

L'usage de drogues en Communauté française

Rapport
Communauté française
2009

M. RWUBUSISI, M. HOGGE, L. CASERO,
C. VANHUYCK, M. DAL, P. BASTIN



Table des matières

Introduction	7
Remerciements	14
1. Cadre légal et organisationnel	15
1.1 Organisation	15
1.1.1. Compétences	15
1.1.2. Les stratégies politiques	17
1.2 Financement public du secteur toxicomanie	25
1.2.1. Considérations générales	25
1.2.2. L'Etat fédéral	26
1.2.3. La Communauté française	27
1.2.4. La Région wallonne	28
1.2.5. La Commission communautaire française (COCOF)	28
1.2.6. La Communauté germanophone	29
1.3 Les développements législatifs récents	29
1.3.1. Arrêté royal relatif aux plans stratégiques de sécurité et de prévention ; 7 décembre 2006.	29
1.3.2. Décret relatif au plan de cohésion sociale dans les villes et communes de Wallonie, pour ce qui concerne les matières dont l'exercice a été transféré de la Communauté française ; 6 novembre 2008.	30
1.3.3. Circulaire concernant la concertation avec le ministère public en cas d'infractions à la législation sur les stupéfiants commises à l'intérieur des établissements pénitentiaires ; 6 février 2009.	33
1.3.4. Décret relatif à l'agrément en vue de l'octroi de subventions et à l'octroi de subventions aux réseaux et aux services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes ainsi qu'à la reconnaissance en vue de l'octroi de subventions et à l'octroi de subventions à leurs fédérations ; 30 avril 2009.	34
1.3.5. Décret modifiant le décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école ; 20 juillet 2006	35
1.3.6. Implémentation de la fonction de coordinateur de soins au sein des plates-formes de concertation en soins de santé mentale concernant le traitement de personnes présentant un problème lié aux substances. Projet-pilote (en cours depuis 2002).	36
1.3.7. Décret de la COCOF relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé ; 5 Mars 2009.	37
1.4 Débat/évolution de la situation	38
1.4.1. Plan National Alcool : « Non, non, rien n'a changé... »	38
1.4.2. La sécurité, notre fidèle compagne	41
1.4.3. Plans de cohésion sociale : enfin agir à la source des problèmes !	43
1.4.4. Mais où en est le « Fonds Demotte » de lutte contre les assuétudes ?	44
1.4.5. « Points d'appui » assuétudes dans les CLPS : première auto-évaluation par les CLPS	46

2. Situation épidémiologique et tendances	49
2.1. La prévalence des usages de drogues	49
2.1.1. L'usage de drogues dans la population générale	49
2.1.2. L'usage de drogues chez les jeunes	53
2.2 Les conséquences sur la santé	58
2.2.1 Demande de traitement auprès des services spécialisés en toxicomanies : données issues de l'indicateur de la demande de traitement (TDI)	58
2.2.2 La morbidité en rapport avec la consommation de drogues	80
2.2.3 La mortalité en rapport avec la consommation de drogues	86
2.3 Les conséquences sociales	88
2.3.1 Données recueillies par les forces de l'ordre	88
2.3.2 Accidents de la route	90
2.3.3 Disponibilité et offre	91
3. Données indicatives sur l'usage de drogues dans des groupes spécifiques	97
3.1 L'usage de drogues en milieu festif	97
3.1.1 Les proportions de consommation rapportées au cours de l'évènement	98
3.1.2 Type de consommation et polyconsommation au cours de l'évènement	99
3.1.3 Le retour après l'évènement	101
3.2 L'usage de drogues « en rue »	102
3.2.1 Les proportions de consommation du public de rue	102
3.2.2 Les usagers de drogues par injection (UDI)	103
3.2.3 Comportement à risque chez les UDI	104
3.3 L'usage de drogues en prison	105
3.4 Données issues du dispositif d'échange de seringues	106
3.4.1 La distribution de seringues	106
3.4.2 L'échange de seringues	107
3.4.3 Les kits stériles d'injection (Stéricups®)	108
3.4.4 Les pochettes d'injection en pharmacie (Stérifix®)	108
3.5 L'usage de drogues chez les personnes prostituées	109
4. Dossier: le dopage	113
4.1 Introduction: les dieux du stade	113
4.2 Cadre légal et réglementaire	117
4.2.1 Le code mondial antidopage	117
4.2.2 Décret du 8 mars 2001 relatif à la promotion de la santé dans la pratique du sport, à l'interdiction du dopage et à sa prévention en Communauté française	121
4.2.3 Ordonnance relative à la promotion de la santé dans la pratique du sport, à l'interdiction du dopage et à sa prévention – 19 juillet 2007, Région de Bruxelles-Capitale.	124
4.2.4 Résumé comparatif	125

4.3 Stratégies politiques en Communauté française	127
4.3.1 Contrôles	127
4.3.2 Prévention	127
4.4 Situation épidémiologique et tendances	128
4.4.1 Chiffres des contrôles antidopage	128
4.4.2 Autres chiffres	133
4.4.3 Du sport de haut niveau vers les autres drogues ?	136
4.5 Acteurs/Outils	137
4.5.1 Communauté française de Belgique.	137
4.5.2 France	138
4.6 Débat / Evolution	142
4.6.1 Quel est le problème ?	142
4.6.2 Solutions actuelles et leur (in)efficacité	144
4.6.3 La tentation de la « pureté »	147
4.6.4 Cause commune, ou le besoin de « héros positifs »	148
4.6.5 Solutions nouvelles / Propositions	151
5. Cadre et missions d'Eurotox	159
Introduction	159
5.1 Sous-Point Focal de l'OEDT	160
5.1.1 Missions du Sous-Point Focal Eurotox	160
5.2 Observatoire Socio-Epidémiologique Alcool Drogues en Communauté française	163
5.2.1 Rapport sur l'usage de drogues en Communauté française	163
5.2.2 Développement du recueil de données (système de monitoring) en Communauté française	164
5.3 Autres activités de l'asbl Eurotox	165
5.3.1 Recherche	165
5.3.2 Action spécifique	166
6. Bibliographie	167
7. Liste des tableaux et figures	171
8. Annexes	175
8.1 Exemple de message d'alerte précoce	175
8.1.1 Message d'Alerte Précoce du 30 septembre 2009	175
8.2 Exemple d'échange de messages via le « yahoo group » sur les tendances émergentes créé par Eurotox : la Mephedrone	176

Introduction

L'asbl Eurotox est l'auteur du présent rapport. Elle remplit, depuis septembre 2000, les missions d'Observatoire Socio-Epidémiologique Alcool-Drogues en Communauté française et de Sous-Point Focal belge de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies. Il s'agit du cinquième rapport socio-épidémiologique produit par Eurotox sur l'usage de drogues (légal et illégal) en Communauté française. Il couvre les données épidémiologiques de l'année 2007 (et 2008, lorsqu'elles étaient disponibles). Il arrive toutefois que des années antérieures soient prises en compte, de manière à dégager des tendances sur un long terme. Pour ce qui est des données sociologiques et de cadre légal ou réglementaire, le rapport est plus souple, remontant parfois en amont, descendant parfois en aval de l'année 2008.

Le rapport est composé de **cinq chapitres**, suivis d'annexes. Les conclusions générales ne sont plus présentées en fin de rapport, mais évoquées ici même, dans l'introduction aux différents chapitres, principalement en ce qui concerne le cadre légal et organisationnel (chapitre 1) et la situation épidémiologique (chapitres 2 et 3).

Le **PREMIER CHAPITRE** décrit le **cadre légal et organisationnel** relatif aux assuétudes en Belgique en général, et en Communauté française en particulier. Il aborde la question des **compétences des différents pouvoirs publics concernés**, du **financement public** et des **développements législatifs** ou de **stratégies politiques** récents.

On y découvre ainsi un « **Plan National Alcool** » rédigé par la « Cellule Politique de Santé en matières de Drogues » (CPSD), parfois en groupes de travail intra-CPSD, et en collaboration avec une Conférence Interministérielle en Santé publique (CIM). On s'y inquiète de la surmultiplication des étapes proposées par ce plan et du risque subséquent de diluer la volonté d'agir, mais aussi de la multiplication des fourches caudines de différentes assemblées auxquelles doivent résister des mesures qui demanderaient un grand courage politique. Un grand saupoudrage des responsabilités semble également régner, n'incitant pas à un devoir de résultat. Par ailleurs, on ne comprend pas toujours la chronologie des étapes proposées, qui semblent faire des allers-retours ressemblant parfois à du « surplace » (notamment autour d'« ébauches d'actions concrètes », censées déboucher sur des « recommandations pour des actions concrètes »). Les quelques huit étapes qui précèdent un examen final par la CIM des recommandations découlant du PANA doivent elles-mêmes être suivies d'une « mise en musique » dont décidera la CIM, selon une procédure qui reste indéterminée à ce jour. L'inquiétude règne donc, dans le secteur socio-sanitaire, quant à un réel engagement politique visant à s'attaquer au mésusage d'alcool en Belgique.

On découvre aussi dans ce premier chapitre les tous nouveaux « **plans stratégiques de sécurité et de prévention** », derniers rejetons des « plans drogues » et des « volets drogues des contrats de sécurité ». C'est l'occasion de souligner que faire de la « prévention » dans les communes qui présentent le taux de criminalité le plus élevé est, en fait, antinomique. C'est en amont de ce genre de situation qu'il faut agir si l'on veut prévenir un comportement. C'est aussi l'occasion de rappeler que, s'il est louable et même nécessaire d'être à l'écoute du

sentiment d'insécurité de franges croissantes de la population, et d'essayer de le réduire, cela ne s'apparente pas, dans l'acception actuelle de « lutte contre le sentiment d'insécurité », à de la prévention (a fortiori à de la prévention des assuétudes), mais bien plus à de la répression, qui est une mission toute différente. On s'y rappelle par ailleurs, faisant une brève comparaison avec les classes ouvrières naissantes du XIX^{ème} siècle, que celles-ci furent « sécurisées » (mises en sécurité et rendues plus sûres) par les réformateurs sociaux de l'époque via l'avènement de nouveaux statuts, dont le contrat de travail à durée indéterminée, mais aussi par des politiques sociales volontaristes, dont l'émergence du logement ouvrier ou social. Pour « sécuriser » les classes populaires d'aujourd'hui, les réformateurs de ce début de siècle et de la fin du précédent n'ont hélas bien souvent que le bâton à agiter, sans réelle contrepartie telles qu'ont pu en jouir ces anciennes masses ouvrières en mutation, puisque les statuts et les anciennes certitudes sont au contraire en train de voler en éclat face à toujours plus de flexibilité, d'insécurité de l'emploi, de délocalisations, etc. C'est très probablement là que naît un sentiment d'insécurité légitime, bien plus que dans les supposés comportements de franges de plus en plus stigmatisées de la population (« jeunes en décrochage », « sans abri », « migrants », « sans emploi », etc.). Quant à la légitimité de l'autorité et du politique, elle est bien plus liée aux contreparties que cette autorité est capable de procurer qu'à son habileté à manier le bâton comme elle le fait depuis une vingtaine d'années.

En revanche, on fait connaissance ensuite avec les « **plans de cohésion sociale** », eux aussi tous nouveaux, et beaucoup plus prometteurs en termes de prévention au sens où l'entend la promotion de la santé. Certes, on y retrouve l'indéboulonnable « lutte contre l'insécurité », mais à côté d'elle, et avec une pondération bien plus marquée, on trouve le **développement social des quartiers et la lutte contre toute forme de précarité**. On s'écarte du symptôme pour adopter un regard éloigné, une vue d'ensemble, ce qui en principe permet d'agir en amont de l'émergence d'un problème, et de le prévenir. L'utilisation novatrice d'un **indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux** pour déterminer les populations bénéficiaires va selon nous dans le même sens : on ne prend plus uniquement les criminels ou les délinquants pour restaurer la sécurité en les ramenant à leurs devoirs (un peu tard); on vise plutôt les lieux et les gens dont la cohésion sociale est menacée, et on tente de leur rendre des droits avant d'avoir à les ramener à leurs devoirs !

Les commissions d'accompagnement de ces plans pourront, quant à elles, inclure des réseaux d'aides et de soins en assuétudes, tels que décrits par le « décret relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudes » de la Région Wallonne, ce qui semble le gage d'un ancrage de terrain bien nécessaire.

On fait connaissance par ailleurs, dans ce premier chapitre, avec divers textes légaux récents concernant les **infractions aux lois sur les stupéfiants commises en prison**, mais aussi l'agrément en vue de l'octroi de subventions et l'octroi de subventions aux **réseaux et aux services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes** en région wallonne (remplacement de l'ancien décret « réseaux » de la Région Wallonne), la **promotion de la santé à l'école**, la fonction de **coordinateur de soins** au sein des plates-formes de concertation en soins de santé mentale concernant le traitement de personnes traitées pour des problèmes de dépendance, ou encore **l'offre de services ambulatoires** dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé en **Région bruxelloise francophone**.

On s'arrête un moment sur le **Fonds fédéral de lutte contre les assuétudes**, dit « Fonds Demotte », d'un montant de cinq millions d'euros, dont la majeure partie a servi à soutenir des

actions dans le domaine du traitement, tandis que moins d'un tiers a financé des campagnes d'information. De telles campagnes sont censées être du ressort du pouvoir fédéral, tandis que la prévention reste la prérogative des communautés. Ces dernières n'ont donc pas en principe de voix délibérative sur l'utilisation du fonds.

On clôture enfin ce premier chapitre par l'auto-évaluation, par les CLPS, des **points d'appui assuétudes (PAA)** instaurés en leur sein pour soutenir la prévention des assuétudes en milieu scolaire en faisant le lien avec les institutions spécialisées « toxicomanie ». Cette auto-évaluation jette notamment un premier regard sur les trois missions des PAA (état des lieux de l'offre et des besoins ; diffusion de l'information et enfin création et renforcement de réseaux). Les actions menées tout d'abord en termes **état des lieux de l'offre et des besoins** auraient eu pour impact notamment une identification des ressources auxquelles les écoles ont parfois eu recours sans pour autant que les directions en aient eu connaissance, une meilleure connaissance de la demande du milieu scolaire par les intervenants spécialisés comme pour els acteurs du milieu scolaire lui-même, ou encore la construction d'un langage commun aux interventions, entre acteurs scolaires et acteurs spécialisés.

Ensuite, la **diffusion de l'information** telle qu'elle a été entamée par les PAA aurait eu pour premiers impacts une meilleure connaissance réciproque des acteurs impliqués, ainsi qu'une augmentation de la visibilité des PAA eux-mêmes, tout ceci grâce à des actions comprenant notamment des journées de rencontre et d'échange sur des pratiques professionnelles, l'organisation de formations ou encore la mise en ligne de sites web.

La **création et le renforcement de réseaux**, troisième mission, ont également été entamés, mais les CLPS soulignent que cette mission est particulièrement ambitieuse pour la qualité de projet-pilote d'une durée de trois ans qu'ont les PAA. Pérenniser le dispositif, pour mener à bien cette mission comme les deux premières, semble indispensable pour les CLPS. Les impacts déjà identifiés quant aux débuts de cette troisième mission, comportent une meilleure connaissance mutuelle des spécificités des acteurs concernés, l'amorce de la construction d'une philosophie de travail partagée, un premier décloisonnement du secteur de la prévention des assuétudes vers les écoles ou encore la mise en place de projets inter-établissements. On notera pour cette mission, en termes de **perspectives**, la volonté d'élargir plus avant le réseau d'acteurs (à d'autres secteurs).

On conclura donc sur un *satisfecit*, en restant néanmoins un tout petit peu sur sa faim sur ce qui est mis en place dans le détail dans chaque bassin scolaire, sur les difficultés rencontrées, les spécificités locales à prendre en compte, etc.

Le **DEUXIÈME CHAPITRE** présente le volet épidémiologique du rapport. Dans un premier temps, il présente **la prévalence de l'usage de drogues en Communauté française dans la population générale et dans la population scolaire**. On y présente succinctement la méthodologie des enquêtes réalisées et compilées, puis leurs principaux résultats. La situation épidémiologique est ainsi dépeinte, les modes de consommation et leur ampleur sont estimés, tout comme les prévalences de consommation des différents produits.

Les résultats de l'enquête HBSC 2006 montrent ainsi que le cannabis reste le produit illégal le plus fréquemment consommé par les jeunes en Belgique. Ils montrent également que l'expé-

rimentation et l'usage régulier d'alcool ont tendance à se stabiliser depuis 1994. On constate néanmoins une augmentation de l'usage problématique d'alcool parmi les élèves de l'enseignement secondaire.

Les données récoltées par l'asbl Infor-Drogues montrent quant à elles que le cannabis, la cocaïne et l'alcool sont, par ordre d'importance, les produits le plus fréquemment évoqués lors des contacts pris avec le service d'information et d'aide en matière de drogues.

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

Les conséquences sur la santé sont d'abord abordées à travers les résultats du monitoring des **demandes de traitement auprès des services spécialisés en toxicomanie (l'indicateur de la demande de traitement, TDI)**. Après un bref rappel du contexte de recherche et de la méthodologie employée, on trouvera une présentation détaillée des demandes de traitement introduites en 2007. Nous distinguerons ainsi les premières demandes de traitement de l'ensemble des admissions, et nous dépeindrons les caractéristiques sociodémographiques et le profil de consommation des demandeurs, ainsi que leurs antécédents judiciaires. Nous tenterons ensuite d'établir un profil type des patients primo-demandeurs en fonction du type de produit principal consommé (opiacés, cocaïne, cannabis et alcool). Les analyses de ces données montrent que l'âge moyen des patients admis en 2007 est d'environ 34 ans. Les patients sont majoritairement de sexe masculin et d'origine belge, mais on notera tout de même que 25% des patients sont d'origine étrangère. Une importante portion des demandeurs est peu scolarisée et, corollairement, sans emploi. Les patients vivent généralement seul, en couple, ou avec leur(s) parent(s). On notera également que 15% des patients ne possèdent pas de logement fixe. Au niveau de la consommation, on observe que la classe des opiacés est la plus fréquemment à l'origine de demandes de traitement enregistrées en 2007. Le mode de consommation des produits le plus fréquemment rapporté est l'inhalation/fumette, suivi de l'absorption par voie orale. Néanmoins, environ 11% des demandeurs ont déclaré avoir eu récemment recours à des comportements d'injection. Enfin, plus de la moitié des patients ayant introduit une demande de traitement en 2007 présente des antécédents judiciaires.

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

Les données issues du **registre belge des cas séropositifs** et des malades du SIDA montrent que, après avoir diminué régulièrement de 1992 à 1997, l'incidence de l'infection au VIH a fort augmenté pendant la période 1997-2003. Elle s'est ensuite relativement stabilisée de 2003 à 2007. Parmi les modes de transmission les plus fréquemment rapportés par les patients, on retrouve, par ordre d'importance, les contacts hétérosexuels (58%), les contacts homosexuels (30%), et l'injection de drogues par voie intraveineuse (5,5%).

Les données issues de l'**indicateur « maladies infectieuses »** montrent que la proportion de patients atteints par le VHC est relativement importante, puisqu'elle correspond à environ un quart des patients testés. La proportion de sujets atteints par le VHB parmi les patients testés est en revanche plus petite (environ 11%). Finalement, la proportion de sujets atteints du VIH parmi les patients testés est très faible (2,7%). De manière générale, on observe qu'une grande majorité des patients infectés par ces maladies ont déjà eu recours à des comportements d'injection.

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

Finalement, dans un troisième temps, ce chapitre aborde les **conséquences sociales**, en présentant les données recueillies par les forces de l'ordre, mais aussi par d'autres instances telles le ministère des affaires économiques ou des intervenants socio-sanitaires. Nous nous pencherons également sur les **prix des drogues en rue** et leur évolution par produit. Notons d'ores et déjà que nous sommes un des seuls pays à fournir à l'Europe une estimation réaliste du prix des drogues en rue et ce, grâce à la centralisation des données fournies par nos partenaires (contrairement aux autres pays qui ne fournissent que des données issues des saisies policières). Nous présentons les prix pour l'ensemble de la Communauté française, puis procéderons à leur comparaison selon la région, en discutant des facteurs qui peuvent influencer ces prix. Ces données nous montrent que le prix du cannabis (résine et herbe) a fortement augmenté ces dernières années, en particulier en 2008. A l'inverse, on constate une diminution du prix de l'héroïne, celui-ci ayant subi une forte diminution cette même année. Finalement, on observe une stabilisation relativement généralisée du prix des psycho-stimulants (cocaïne, amphétamines et ecstasy). Ces fluctuations ont bien évidemment des conséquences directes sur la disponibilité des différents produits et donc sur les choix de consommation des usagers.

Le **TROISIÈME CHAPITRE** présente des **données indicatives sur l'usage de drogues dans des groupes spécifiques** et à hauts risques (personnes rencontrées en milieu festif, personnes rencontrées en rue ou en prison à travers les opérations « Boule de Neige », personnes prostituées rencontrées lors des campagnes de vaccination contre l'hépatite B). Ces données sont généralement récoltées par des associations de terrain qui oeuvrent (notamment) de manière à réduire les risques liés à l'usage de drogues.

De manière générale, on constate que le produit le plus consommé en 2007 après le tabac et l'alcool est le cannabis et ce, quel que soit le groupe spécifique envisagé (24.2 % des personnes rencontrées en milieu festif¹, 84% des personnes rencontrées lors des opérations « Boule de Neige » en rue² et 24% des personnes rencontrées lors des opérations « Boule de Neige » en prison³).

Plus particulièrement, on constate en **milieu festif** (c'est-à-dire à travers les différents événements couverts par des acteurs de la réduction des risques liés à l'usage de drogues en milieu festif), que la majorité des indicateurs de consommation est en diminution progressive depuis 2004 (consommation d'au moins un produit hors tabac et alcool, consommation d'au moins un produit illégal, consommation d'au moins un produit illégal hors cannabis, consommation de stimulants). Le phénomène de polyconsommation semble également en diminution depuis 2005.

On constate également, à travers les **opérations « Boule de Neige »** réalisées **en rue**, que la proportion d'usagers de drogues (en ce compris l'alcool) parmi l'ensemble des répondants est très élevée et stable dans le temps. La consommation du cannabis, d'alcool, de cocaïne et d'héroïne est relativement stable dans le temps, tout comme le phénomène de polyconsom-

1 Consommation au cours de l'événement.

2 Opérations d'information et de réduction des risques visant spécifiquement les consommateurs de drogues en rue (et non la population générale), via le réseau social de « jobistes », eux-mêmes consommateurs de drogues (principe « peer-to-peer »).

3 Consommation pendant l'incarcération.

mation, qui est d'ailleurs particulièrement marqué au sein des usagers de drogues : on note ainsi une moyenne de 5 produits différents consommés au cours du dernier mois précédant l'enquête. En outre, en 2007, environ 38% des répondants ont déclaré avoir eu recours à l'injection au cours du dernier mois, et ils sont majoritairement enclins à avoir commis des comportements à risque au cours des six derniers mois (utilisation de seringues usagées, etc.). De manière générale, le recours à l'injection est en diminution depuis 2000 (quoique l'on n'observe plus vraiment d'évolution depuis 2004), mais les comportements à risque ne diminuent guère dans le temps.

Grâce aux données récoltées au sein du **dispositif d'échange de seringues**, nous pouvons suivre depuis 1994 l'évolution de la distribution et de l'échange de seringues et de matériel d'injection usagés. On constate ainsi une augmentation constante du nombre de seringues distribuées de 1994 à 2002, puis on observe un léger fléchissement en 2003, suivi d'une stagnation jusqu'en 2006. En 2007, le nombre de seringues distribuées a augmenté de 73.188 unités par rapport à 2006, et le taux d'échange de seringues est de 87%.

Finalement, les données récoltées auprès des **personnes prostituées** lors de campagnes de vaccination contre l'hépatite B montrent que, de 2003 à 2008, 17,5% des personnes interrogées ont déclaré consommer des drogues illicites (dont 5,4% par voie intraveineuse). En ce qui concerne la consommation d'alcool, 35% des répondants ont déclaré en consommer quotidiennement, dont 12% de façon abusive. On constate néanmoins certaines différences en termes de consommation en fonction de l'origine et de l'âge des personnes prostituées.

Le **QUATRIÈME CHAPITRE** est un **dossier sur le dopage**. On y découvre que le « geste dopant » est bien plus large que la seule consommation de substances interdites : l'hypermédicalisation du sport, la prise de compléments alimentaires et une logique de modification « scientifique » du corps du sportif assurent un solide ancrage de l'appel aux « adjuvants » par ce dernier. Une communauté d'intérêts dans la recherche de « héros positifs » par les gouvernements, par le public, par les fédérations sportives, par les chaînes de télévision et par les sponsors, achèvent de faire la part belle à l'obligation de résultats toujours meilleurs, et contribuent à fermer trop souvent les yeux de ces différents acteurs sur la santé des sportifs, au profit des résultats. La société de consommation dans son ensemble y a d'ailleurs sa part de responsabilité, puisqu'aujourd'hui, même en dehors du champ du sport, pour « assurer » dans un environnement de plus en plus éprouvant, insécurisant, c'est au tout-venant (y compris aux enfants) que la publicité propose *le* produit (le yaourt, la boisson énergisante, la barre vitaminée ou le complément alimentaire) qui permettra de « tenir ».

On découvre également dans ce débat que la « lutte contre le dopage », comme une certaine « guerre à la drogue » le fait par ailleurs, échoue à préserver la santé des sportifs si elle se limite au couple détection/répression, négligeant des interventions éducatives et de prévention qui seraient appliquées loin en amont du geste final qu'est le dopage.

On y fait connaissance, toutefois, avec des initiatives intéressantes en termes de prévention, principalement en France, et qu'il pourrait être intéressant d'implémenter chez nous. On pense notamment à l'ouverture d'un numéro vert pour les sportifs ou leur entourage, qui pourrait

contribuer à mettre dans les mains de ces usagers particuliers les clés de leur propre santé, cela d'autant plus que le dopage est vécu par le sportif dans une solitude insoupçonnée.

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

Dans ce dernier cadre on y détaille les différentes missions :

- la participation au « **Belgian National Report** » sur l'usage de drogues, à destination de l'OEDT ;
- la mise en oeuvre des **cinq indicateurs épidémiologiques-clés** que sont
 - l'**indicateur de demande de traitement** (TDI),
 - la **prévalence d'usage dans la population générale**,
 - la prévalence de l'**usage problématique**,
 - les **maladies infectieuses** liées aux drogues et enfin
 - la **mortalité** liée aux drogues ;
- l'alimentation de la base de données européennes **EDDRA**⁴ et enfin
- le **système d'alerte précoce** sur les nouveaux produits ou nouveaux modes de consommation entraînant des risques accrus, dit aussi « **Early Warning System** » ou « **EWS** ».

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

Enfin, pour clore le chapitre, les autres activités d'Eurotox sont décrites, notamment en termes de **recherches** mais aussi de collecte des **tendances émergentes** (avec l'évolution du Yahoo Group sur les tendances émergentes annoncé puis décrit dans nos rapports précédents⁵, véritable forum Internet d'échange de savoirs entre professionnels des assuétudes, à propos des produits ou des modes de consommation émergents).

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

4 European Drug Demand Reduction Actions, voir : <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1580>

5 http://fr.groups.yahoo.com/group/tendances_emergentes_alerte_precoce

Remerciements

Pour leur collaboration, l'échange et la bonne circulation de l'information, indispensables à la rédaction de notre rapport, nous tenons à remercier :

- Les Institutions de terrain actives en toxicomanies en Communauté française, que ce soit dans le domaine de la prévention ou du traitement, qui ont participé au recueil de données et collaboré à la collecte d'information sur leurs activités. Sans elles, ce rapport ne pourrait exister.
- Parmi elles, une mention particulière pour les institutions qui nous ont fourni, parfois avant leur publication, des données illustrant parfois d'un jour nouveau certaines parties de nos chapitre 2 et 3. Soit en particulier pour cette année, Espace P et le Réseau Hépatite C Bruxelles, l'ULB-PROMES, la FARES, le ministère des Affaires Economiques (Institut National de Statistiques), l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, Infor-Drogues et Modus Vivendi.
- Les centres de traitement qui ont participé au recueil des données épidémiologiques (TDI), ainsi que les structures responsables de réunir les données de plusieurs centres (CTB-ODB pour les données bruxelloises, et la Cellule Recherche et Concertation pour les données de la région de Charleroi).
- Toutes les institutions de terrain qui ont participé à la première phase du cadastre des actions de prévention des assuétudes et de réduction des risques en Communauté française.
- Les Feditos, et en particulier les membres de celles-ci qui ont participé au groupe de travail sur ce cadastre.
- Les autres Sous-points focaux belges de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT), soit le VAD (Vereniging voor Alcohol en andere Drug problemen de la Communauté flamande), la CTB (Coordination Toxicomanie Bruxelles), le SPZ (Sozial-Psychologisches Zentrum).
- Le Point focal belge de l'OEDT, soit l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISSP), dépendant du Ministre fédéral en charge de la Santé.
- Les cabinets et administrations des Ministres ayant en charge la Santé en Communauté française et en Région wallonne, ainsi qu'à Bruxelles, pendant la période couverte par ce rapport (2006).
- Certains organismes publics ou parastataux tels l'IBSR, l'INS, le SPP ou encore la Police Fédérale.
- Les partenaires privilégiés que sont Infor-Drogues, Modus Vivendi et Prospective Jeunesse qui par leur travail, leur collaboration bénévole et leurs conseils, contribuent activement à la réalisation des activités et des missions d'Eurotox.
- Gilles Goetghebuer, rédacteur en chef du magazine « Sport et Vie », pour avoir bien voulu contribuer par son expertise à éclairer certains points relatifs à notre dossier « dope ».

1. Cadre légal et organisationnel

1.1 ORGANISATION

1.1.1. Compétences

Ces matières étant très stables, nous renvoyons pour leur description exhaustive à notre rapport 2004-2005, disponible via Internet à l'url suivant : <http://www.eurotox.org/documents/documents.html>. Nous nous bornerons ici pour la deuxième année d'affilée à un bref rappel de chaque rubrique, et ne développerons plus en détails que certains changements ou évolutions marquants, que ce soit dans les compétences, dans les budgets ou dans les stratégies politiques.

Les matières qui touchent aux drogues relèvent principalement des secteurs de la santé et de la justice. D'autres secteurs interviennent toutefois (ministère des Finances, cabinet et administration du Premier Ministre, ministère de l'Intérieur, ministère des Affaires Etrangères...). Les compétences en la matière sont échelonnées entre l'état fédéral, les entités fédérées, les provinces et les communes.

1.1.1.1. L'Etat fédéral

- **Traitements / réhabilitation** : Le ministère de l'Intérieur est compétent via le Plan National de Sécurité (dernière levée: 2008-2011), et surtout via les « Plans Stratégiques de Sécurité et de Prévention », derniers descendants des « Contrats de Sécurité » et des « Plans Drogues » (voir points 1.1.2.2. et 1.1.2.3.).
- **Prévention de la criminalité** : Le ministère de l'Intérieur est compétent (Plans drogues et Volets drogues des Contrats de Sécurité et de Prévention), via le (SPP)⁶.
- **Recherches** : Le ministère des Affaires sociales et de la Santé publique finance des recherches, de même que le premier ministre, via la « Politique Scientifique Fédérale »⁷
- **Coordination** : Une cellule de coordination dite « Cellule Générale de Politique en matière de Drogues » devait être créée depuis 2002.⁸ Elle dépend de la « Conférence interministérielle politique en matière de Drogues », laquelle regroupe tous les ministres fédéraux ou des entités fédérées des différentes compétences concernées (santé, sécurité, répression, transports, etc.). Cette cellule a enfin été créée, comme nous le détaillerons au point 1.1.2.4. Bien qu'elle se

6 Le SPP (Le secrétariat permanent à la politique de prévention) est le département du Ministère de l'Intérieur chargé de soutenir les initiatives de prévention locales ainsi que la politique générale de prévention du pays, dans le sens où l'entendent les ministères de l'intérieur et de la justice.

7 Voir www.belspo.be et plus précisément: <http://www.belspo.be/belspo/fedra/prog.asp?l=fr&COD=DR> (24 août 2009).

8 Selon le texte légal suivant : Accord de coopération entre l'Etat, les Communautés, la Commission Communautaire commune, la Commission Communautaire française et les Régions pour une politique des drogues globale et intégrée (2 septembre 2002)

soit fait attendre pendant six ans, une “Cellule Politique Santé Drogues” (CPSD, compétente pour le volet “santé” des problèmes de drogue) a été créée bien avant elle, et a effectué depuis 2002 ce travail de concertation entre les différents niveaux de pouvoir.

1.1.1.2. La Communauté française

La Communauté française est compétente en matière de prévention des assuétudes (département promotion de la santé). Elle subventionne également la réduction des risques liés à l'usage de drogues, mais en commun avec les deux régions.

1.1.1.3. La Région wallonne

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

1.1.1.4. La Commission Communautaire française (COCOF)

Un changement législatif est à signaler en 2009: la publication d'un nouveau décret qui revoit l'organisation des trois grands secteurs: Social, Famille, Santé, en rassemblant et en agréant les services ambulatoires de ces secteurs. Il s'agit du « Décret de la COCOF relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé » (5 mars 2009). Les compétences de la COCOF en termes d'assuétudes restent toutefois inchangées. Quant au décret, il sera détaillé au point 1.3.7.

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

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

La COCOF finance aussi les fédérations, qui peuvent prendre le relais de coordination pour leurs membres.

1.1.1.5. Les provinces

Le niveau provincial peut prendre des initiatives dans le domaine de la *médecine préventive*. C'est ainsi que certaines provinces ont mis en place, au sein d'institutions provinciales, des cellules Assuétudes/ Drogues (secteur de la prévention mais parfois aussi de la prise en charge). Elles ont un rôle de coordination. De plus, dans chaque province on trouve une plate-forme de concertation pour la santé mentale. On notera le chevauchement occasionnel des compétences du fédéral et des entités fédérées, puisque le pouvoir fédéral a lancé en 2002 le projet pilote

d'une « fonction de coordinateur de soins au sein des plates-formes de concertation en soins de santé mentale concernant le traitement de personnes présentant un problème lié aux substances » (voir le point 1.3.6.).

1.1.1.6. Les communes

Des projets de réduction de la demande sont menés sous l'impulsion de divers acteurs tels l'Aide en milieu ouvert ou les Plans stratégiques de sécurité et de prévention, dont la responsabilité est fédérale (Cfr. 1.1.1.1. et 1.1.2.3.), mais dont la gestion est locale.

1.1.2. Les stratégies politiques

1.1.2.1. Le Plan National Alcool (PANA)

Suite à un appel lancé par l'Organisation Mondiale de la Santé à ses pays membres et relayé par l'Union Européenne, une conférence interministérielle de la Santé publique s'est réunie le 13 juin 2005 et a chargé la Cellule Politique Santé Drogues (CPSD) d'élaborer un « Plan National Alcool » qui vise à « prévenir et limiter les méfaits de l'alcool ».

Ensuite, les étapes suivantes ont été observées :

- un rapport préparatoire à un tel plan a été rédigé par la CPSD ;
- à partir de ce rapport préparatoire, une note de discussion a été rédigée ;
- cette note de discussion a été corrigée et affinée par un groupe d'experts intra-CPSD ;
- la CPSD « plénière » l'a parachevé, et c'est cette note finale qui constitue le Plan d'Action national en matière d'alcool « PANA ».

Cependant, il est précisé en introduction du PANA que le texte final n'engage que la CPSD dans sa totalité, et pas le groupe d'experts intra-CPSD, ni les membres individuels de la CPSD.

Voici ce qu'on peut lire dans le PANA :

LE PROBLÈME

Selon l'enquête de santé HIS, 8% des Belges avaient une consommation problématique d'alcool en 2004. Par « problématique », on entend dans ce préambule du PANA soit une consommation entraînant des problèmes de santé, qui ont à leur tour des répercussions dans d'autres domaines ; soit une consommation dans un contexte ou à un moment qui ne s'y prêtent pas. Cette même année, 18% des Belges déclaraient avoir abusé régulièrement de l'alcool (plus de six verres en une journée au moins une fois par mois). Cette pratique concerne surtout les jeunes (15-24 ans). Cette tendance à la consommation excessive serait plus importante que la moyenne européenne.

La consommation inadéquate d'alcool peut entraîner de nombreux problèmes de santé mentale ou physique et de problèmes sociaux. Le nombre d'années de vie potentiellement perdues à cause de la consommation d'alcool était estimé à 93 000 (pour environ 10 M de Belges !) en 1995.

La santé mentale est concernée dans le sens où 22.000 des 90.000 admissions en milieu psychiatriques pour troubles mentaux (dépression, angoisse, schizophrénie, etc.) seraient liées à un diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool.

Par ailleurs, l'abus d'alcool a des conséquences économiques dans le domaine professionnel : baisse de la productivité, absentéisme, perte d'emploi. Les coûts sociaux liés à l'alcool dans le milieu du travail se chiffrent à environ 2,2 milliards d'euros.

Autre conséquence sociale à prendre en compte : les accidents de la route. 25 à 40% de ceux-ci sont attribués par certains experts à la consommation d'alcool. Enfin, l'abus d'alcool entraîne un coût social à considérer. L'OMS a ainsi estimé que ce coût se montait à 1 à 3% du PIB.

VISION ET OBJECTIFS GÉNÉRAUX

La vision affichée du plan se veut une vision de promotion de la santé. Il s'agit de « servir les intérêts de la santé publique et de la collectivité (...) » (p14) dans les rapports qu'entretient cette collectivité avec l'alcool. Dans ce cadre, les membres de cette collectivité sont classés en trois catégories, soit ceux qui présentent :

- « Une consommation modérée ou raisonnable (éventuellement non consommation)
- Une consommation immodérée ou à risques
- Une consommation dépendante (avec une dépendance physique ou pas) » (p14) ».

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

- « Prévenir les dommages liés à l'alcool »
- Avant d'en arriver à ce qui est présenté comme le stade ultime d'un mésusage de l'alcool, soit la *dépendance*, le plan considère que d'autres consommations inappropriées peuvent engendrer ou aggraver des problèmes médicaux et psychosociaux. Il n'y a donc pas que la dépendance qui est visée par le plan. Il faut « Combattre la consommation inadaptée, excessive, problématique et risquée d'alcool ».
- Un certain nombre de situations particulières ou de groupes-cibles doivent de plus retenir l'attention, à cause de risques accrus de dommages sociaux ou de santé. Il en va ainsi des adolescents, des femmes enceintes, des hommes, des conducteurs automobiles, des travailleurs (alcool au travail).

DÉVELOPPEMENT D'UNE POLITIQUE INTÉGRÉE

Toutes ces stratégies doivent se développer non en interventions saucissonnées mais en une politique intégrée qui touche l'ensemble de la population.

LIGNES DE FORCE STRATÉGIQUES

Sept « lignes de force stratégiques » sont ensuite proposées. Elles sont basées sur 10 points d'action repris dans le « Cadre pour une politique alcool dans l'OMS – région Europe ».

Ces « lignes de force stratégiques » sont également à considérer de manière intégrée et non isolées les unes des autres. Des changements dans l'une impliqueront des changements dans les autres. Elles contiennent par ailleurs des « objectifs concrets » qui doivent s'inscrire à l'intérieur des objectifs généraux sus-cités.

■ Première ligne de force : une politique de prévention intégrée pour les secteurs et les groupes-cibles

- « Les initiatives de prévention doivent être axées sur la sensibilisation, l'information cohérente, l'éducation et l'assistance, et s'inscrire dans le cadre d'une politique globale menée dans tous les secteurs de la société, avec une attention particulière pour certains groupes. »

- « Si nous voulons que les méthodes soient appliquées à grande échelle et d'une manière efficace, il faut envisager de libérer des moyens supplémentaires pour la prévention. »

Objectifs « concrets » :

Faire que « tous les secteurs de la société » (et notamment le secteur du travail) soient amenés à élaborer une politique intégrée (c'est-à-dire intégrée entre secteurs). Pour ce faire, « il faudra » former des personnes ressources dans chacun de ces secteurs afin qu'elles élaborent et mettent en œuvre une telle politique. Cette politique devra comporter quatre éléments, qui devront être soigneusement articulés :

- « réglementation et maintenance ;
- encadrement structurel ;
- information et éducation: tant formel qu'informel (transmission d'information, apprentissage de compétences, travailler à un climat protecteur,...) ;
- intervention (précoce): stratégie claire quand des problèmes se présentent (approche interne et suivi des orientations) avec l'accent sur l'intervention précoce. »

Par ailleurs, on peut lire au sein de cet « objectif concret » qu'« il conviendra également de consacrer une attention particulière à certains groupes-cibles et de mener des actions spécifiques en leur faveur. »

■ **Deuxième ligne de force : les situations à risque**

▪ **L'alcool au volant**

Objectifs « concrets » :

L'application sévère de la réglementation existante doit être une priorité avec un renforcement des contrôles. Il faut également développer le recours à des peines alternatives pour les contrevenants. Un effort doit être fait en termes de prévention, par une sensibilisation du personnel et du management du secteur Horeca, qui pourrait ainsi assumer un rôle préventif de première ligne.

▪ **L'alcool au travail**

Risque d'accident de travail ; absentéisme ; baisse de la productivité ; démotivation du personnel sont autant de conséquences d'une consommation abusive d'alcool au travail. Le « code sur le bien-être au travail interdit aux employeurs la mise à disposition de boissons alcoolisées de plus de 6°. En revanche, les travailleurs eux-mêmes ne sont pas visés par ce texte. Ce dernier, par ailleurs, n'interdit ni la consommation au travail ni même le fait de se rendre à son travail en état d'ébriété. L'interdiction de mise à disposition est par ailleurs mal contrôlée.

Il n'existe de plus aucune politique ou réglementation qui institue l'« intervention précoce » et l'assistance en milieu de travail.

Objectifs « concrets » :

« Essayer de limiter les répercussions néfastes de l'alcool sur différents aspects de la vie professionnelle en mettant en œuvre systématiquement une politique en matière d'alcool en milieu de travail. Ici il faut consacrer une attention particulière aux groupes professionnels (par exemple le transport,...) pour lesquels les risques de la consommation d'alcool sont plus grands. » (p20).

■ Troisième ligne de force : détection des risques, intervention précoce et traitement.

Il faut favoriser une détection précoce des consommations à risques, notamment en impliquant l'entourage familial, mais aussi en assurant une communication fluide entre les différents intervenants sanitaires, notamment au sein des réseaux de soins. Dans cette optique, le « case management » dans le secteur de l'assistance peut être un atout.

Enfin, une meilleure collaboration entre secteur socio-sanitaire et justice est suggérée pour favoriser cette détection et cette intervention précoces, notamment « afin de répondre également aux demandes d'aide qui ne sont pas d'ordre somatique ou psychologique. »

■ Quatrième ligne de force : marketing et publicité

L'utilisation des nouvelles technologies a favorisé l'essor de la publicité pour les boissons alcoolisées. Les études montrent l'efficacité de ces campagnes, notamment sur le public jeune, amenant ce dernier à consommer plus tôt et des quantités plus importantes.

Le système actuel d'auto-régulation des alcooliers en ce qui concerne la publicité pour les boissons alcoolisées ne suffit pas à enrayer ce problème.

Objectifs « concrets » :

Le code d'auto-régulation doit être remplacé par une législation claire qui « bride » la publicité pour l'alcool, notamment quand elle cible les jeunes. Un organe de contrôle et de répression public, indépendant de l'industrie de l'alcool, doit être institué pour faire respecter cette législation.

Mais... : ce sont surtout les jeunes qu'il conviendra de protéger contre l'influence des techniques marketing et de la publicité, entre autres en leur apprenant à faire preuve de sens critique (...) (p23).

■ Cinquième ligne de force : la politique des prix

Le fait d'augmenter le prix des boissons alcoolisées via une augmentation des accises présenterait un rapport efficacité-coût très satisfaisant pour ce qui est de réduire les méfaits de l'alcool, surtout vis à vis d'une clientèle jeune. Le prix de ce type de boissons est, en Belgique, 13% inférieur à la moyenne européenne. L'alcool est par ailleurs relativement bon marché par rapport aux autres denrées.

Objectifs « concrets » :

- Simplifier et harmoniser la réglementation actuelle, et communiquer clairement à ce sujet, afin qu'elle puisse être contrôlée efficacement.
- Mettre à niveau le prix des boissons alcoolisées en Belgique par rapport à la moyenne européenne.
- Injecter une partie substantielle des revenus des accises sur les boissons alcoolisées dans la lutte contre les méfaits de l'alcool.

■ Sixième ligne de force : la disponibilité

Il faut avoir 18 ans pour pouvoir consommer des spiritueux dans les établissements Horeca. Mais il ne faut que 16 ans pour pouvoir consommer de la bière et du vin. De plus, tout un chacun peut acheter bières et vins dans les magasins ou stations-services.

Objectifs « concrets » :

- Il faut relever l'âge minimal d'accès légal aux boissons alcoolisées, quelles qu'elles soient.
- Le nombre de points de vente doit être réduit, notamment en jouant sur la taxation sur le droit de vente des produits alcoolisés.

■ **Septième ligne de force : la recherche**

La Belgique aurait pris beaucoup de retard par rapport à ses voisins européens quant à la recherche en matière de consommations d'alcool.

Objectifs « concrets » :

« Les évolutions sociales quant à la consommation d'alcool devront également être étudiées de façon permanente, de manière à suivre la question de près. Il faudra par ailleurs étudier l'efficacité des programmes de prévention et d'assistance, afin de les mettre en adéquation avec les besoins.

La participation à des programmes actuels de recherche doit être encouragée ainsi qu'un soutien autour d'une répartition efficace des résultats de la recherche. » (p25).

INITIATIVES CONCRETES

Après les « objectifs concrets » formulés pour chaque « ligne de force », des « amorces d'actions » traduisant ces objectifs concrets sont proposées, là où la CPSD et le groupe d'experts sont déjà arrivés à un accord. Pour le reste, il faudra attendre que des « groupes de travail » formés autour de chaque « ligne de force » (y compris pour les compétences ne dépendant pas des ministres de la santé) rendent des listes d' « actions prioritaires ».

Nous ne citerons que certaines « amorces d'actions concrètes », à titre d'exemples.

1. Amorces d'actions concrètes en politique intégrée pour secteurs et groupes-cibles

- « stimuler le développement d'une politique de prévention intégrée (...) ;
- chaque ministre devra envoyer un signal clair au secteur relevant de sa compétence et lui donner les moyens financiers nécessaires à la mise en oeuvre d'une politique relative à l'alcool ou à la prise d'initiatives en ce sens ;
- augmenter l'opérationnalisation et la mise en place d'une politique concernant l'alcool et les drogues dans les secteurs suivants : enseignement, travail, bien-être, mouvements de jeunesse, sport ; (...)
- sensibilisation dans les écoles, les entreprises, ... par rapport à la problématique de l'alcool.
- sensibilisation, conscientisation, information de différents groupes cibles, p.ex. initiatives axées sur les jeunes ; Initiatives axées sur les femmes enceintes (...). »

2. Amorces d'actions concrètes pour les situations à risque

- **Alcool au volant**
 - augmenter les contrôles ;
 - faire jouer un rôle de prévention au secteur Horeca ;
 - étudier la possibilité de recourir à l'alcolock dans les voitures ;
 - développer les transports en commun ;

- rechercher des moyens pour une plus grande harmonie entre les secours et la justice autour des problèmes d'alcool.

- **Alcool au travail**

- « inciter à et soutenir la mise en oeuvre d'une politique en matière d'alcool en milieu de travail ;
- développer une base légale pour pouvoir délimiter le rôle des médecins du travail dans la politique en matière d'alcool sur les lieux de travail ; (...)
- limiter la disponibilité des boissons alcoolisées au travail. » (p.27)

3. Amorces d'actions concrètes en détection des risques, intervention précoce et traitement

- développer les méthodes de détection « evidence-based » ;
- sensibiliser les professionnels à ce type d'intervention en cas de consommation à risques ;
- développer la prise en charge, l'accompagnement et le soutien des proches des personnes manifestant une dépendance problématique à l'alcool ;
- développer la prévention des rechutes.

4. Amorces d'actions concrètes en ce qui concerne le marketing et la publicité.

- adopter et mettre en œuvre une réglementation claire, respectant les normes européennes, avec contrôle strict du contenu des réclames et de leur volume ;
- créer un organe de contrôle indépendant qui fasse respecter la loi en la matière ;
- interdire les stratégies de marketing visant les mineurs ;
- augmenter la résistance des mineurs aux stratégies de marketing agressives.

5. Amorces d'actions concrètes en ce qui concerne la politique des prix.

- réguler et contrôler les actions de promotion comme les « happy hours » ;
- augmenter le prix des boissons alcoolisées pour se rapprocher des moyennes européennes, ce qui aurait un effet dissuasif ;
- affecter les recettes générées par les accises de l'alcool à la prévention des méfaits de l'alcool ;
- rechercher « l'opportunité de l'introduction de taxes spécifiques pour des produits alcoolisés comme par exemple des alcopops. » (p30)

6. Amorces d'actions concrètes en ce qui concerne la disponibilité des boissons alcoolisées.

- « Interdire la vente de boissons alcoolisées aux jeunes de moins de 16 ans et maintenir l'âge minimal de 18 ans pour les spiritueux ;
- examiner la possibilité de relever à 18 ans l'âge minimal fixé pour la vente aux jeunes de boissons alcoolisées, quelles qu'elles soient ;
- accorder une attention particulière à la restriction de vente d'alcool dans des lieux à risque (le long des autoroutes, dans les magasins de nuit, les stations essence, etc.) ;
- interdire la vente de boissons alcoolisées dans des distributeurs ;
- étudier l'influence de l'endroit où les produits alcoolisés sont placés dans les supermarchés . » (p 30)

7. Amorces d'actions concrètes en ce qui concerne la recherche.

- il faut arriver à établir des standards en termes de définitions des modes de consommation (notamment le « binge-drinking ») ;

- il faut étudier le coût social de l'alcool en Belgique ;
- il faut étudier les effets négatifs de l'alcool sur la santé en Belgique ;
- il faut étudier les manières de communiquer efficacement les informations scientifiques pertinentes.

ROLE DE LA CPSD ET DE LA CONFERENCE INTER-MINISTERIELLE (CIM)

Les étapes prévues après l'écriture de ce plan sont les suivantes :

- approbation du plan par la CIM ;
- création de groupes de travail au sein de la CPSD pour les parties du plan qui sont de la compétence des ministres de la santé ;
- formulation de recommandations pour des actions concrètes par ces groupes de travail ;
- validation de ces recommandations pour des actions concrètes par la CPSD ;
- approbation de ces recommandations par la CIM ;
- décision de la CIM quant à la « procédure à suivre », suite à ces recommandations.

1.1.2.2. Le « Plan National de Sécurité » 2008-2011

Le « Plan national de sécurité » (PNS) des ministres de l'Intérieur et de la Justice en est à sa deuxième levée. Il se veut une stratégie nationale de lutte contre toutes les formes d'insécurité et de sentiment d'insécurité.⁹

Parmi 12 priorités sur lesquelles agir, figure « la production et le trafic de drogue ainsi que la criminalité liée à la drogue (avec une attention particulière pour la production de drogues synthétiques, la culture du cannabis, l'importation et le transit d'héroïne et de cocaïne ainsi que le trafic de rue) ». (p7)

En cela, le PNS se veut l'application de la Note politique fédérale drogues de 2001, qui mettait l'accent sur la répression pour les trafiquants.

Le plan se veut essentiellement dissuasif et sécuritaire en matière de drogues mais souligne toutefois la nécessité de développer la désormais proverbiale « politique globale et intégrée » avec « tous les acteurs concernés », et encourage en ce la création de la « cellule générale » drogues, elle aussi promise par la note fédérale de 2001 et qui, on le sait, a effectivement vu le jour depuis.

1.1.2.3. *Feu* les « Contrats de sécurité et de prévention » et « plans drogues », et surtout leurs descendants, les « Plans stratégiques de sécurité et de prévention ».

Le sentiment d'insécurité de la population, depuis la fin des années 80 et le début des années 90, est allé croissant dans la plupart des pays occidentaux, dont le nôtre. Pour faire baisser celui-ci, les responsables politiques de la fin du vingtième et du début du vingt-et-unième siècles ont déployé des dispositifs assez larges et assez coûteux visant notamment à rassurer les populations dans les « quartiers », avec une intervention visible, au niveau local, d'agents (comme les agents « de prévention » ou les gardiens de parc en uniformes) subsidiés par le pouvoir fédéral. Ce fut par ailleurs également un moyen de refinancer les communes et d'ajouter des mesures sécuritaires là où il était difficile d'accroître encore les missions de la police.

⁹ Voir l'intégralité du plan à l'URL : <http://www.polfed-fedpol.be/pub/pdf/PNS2008-2011.pdf> sur le site de la police fédérale.

Nous reviendrons largement sur ce sentiment d'insécurité, ses origines et son statut, dans la partie « débat, évolution ». Pour l'heure, constatons surtout que la dernière version d'une longue série de ces dispositifs locaux guidés par le fédéral, soit les « Contrats de sécurité et de prévention » et les « plans drogues », a vécu, et qu'ils sont une fois encore remplacés par leurs derniers « descendants », soit les « Plans stratégiques de sécurité et de prévention ». La lutte contre le sentiment d'insécurité reste le maître mot, et pour y parvenir la lutte contre les nuisances sociales (et notamment les nuisances liées aux drogues) reste la méthode préconisée.

Nous détaillerons le texte fondateur de ces nouveaux « plans » dans la partie « développements législatifs récents ».

1.1.2.4. La note politique fédérale

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

Cette note portait déjà création, à ces fins, de la Conférence Interministérielle sus-citée, regroupant les ministres compétents des instances fédérales et des entités fédérées, et d'une « cellule drogues ». Cette « cellule drogues », dite aussi « cellule générale drogues » (pendant fédéral de la « Cellule Politique Santé Drogues » réunissant tous les ministres de la santé ou leurs délégués), a enfin vu le jour en 2008 et s'est déjà réunie sur un certain nombre de matières. Il est encore trop tôt pour en tirer un bilan, mais nul doute que ce sera un lieu de rencontre qui permettra de réaliser des économies d'échelle, puisque toutes les compétences touchées par le phénomène des drogues y sont représentées (Santé, Intérieur, Justice, etc.), ce qui doit permettre de discuter des stratégies fondamentales en impliquant directement tous les acteurs.

1.1.2.5. Politique de la Communauté française en matière de prévention des assuétudes

Celle-ci s'articule autour du concept de « promotion de la santé », un concept qui, loin d'être axé uniquement sur la connaissance des produits, privilégie plutôt l'analyse des représentations sociales et la compréhension des comportements liés aux produits, ce qui favorise l'action communautaire et la responsabilisation plutôt que la prévention primaire. Cette approche favorise notamment les interventions en termes de réduction des risques liés à l'usage de drogues, qui veillent à laisser l'utilisateur se positionner lui-même par rapport à sa consommation, sans l'encourager ni le décourager, mais en lui donnant les outils pour minimiser les risques encourus, quel que soit son choix.

Les stratégies d'intervention en matière d'assuétudes sont définies dans les *plans quinquennaux de promotion de la santé* de la Communauté française. Ceux-ci se traduisent par des « Plans Communautaires Opérationnels » (PCO). Le PCO 2008-2009 propose, parmi 10 priorités sur lesquelles travailler, les assuétudes.

Rappelons à ce sujet qu'à la demande des ministres de la santé en Communauté française, en Région Wallonne et à Bruxelles un « collège d'experts » a achevé la rédaction d'un rapport préalable à un plan concerté d'intervention en matières d'assuétudes en Communauté

française, en Région wallonne et à Bruxelles (2005). Ce rapport contenait 76 recommandations, lesquelles ont donné lieu notamment à la création des « points d'appui » en matière d'assuétudes au sein des CLPS, mais sont également censées inspirer l'élaboration et la mise en oeuvre des PCO.

1.1.2.6. Le programme de la Région de Bruxelles-Capitale

Le programme de la Région de Bruxelles-Capitale se résume en 11 points élaborés par la Concertation Toxicomanies Bruxelles - Overleg Druggebruik Brussel (CTB-ODB):

1. Rassembler les données épidémiologiques de façon systématique
2. Pourvoir l'information sur les services et les personnes ressources
3. Soutenir la prévention et rassembler ses acteurs
4. Encourager les intervenants non-spécialisés de première ligne
5. Développer un accompagnement à la réinsertion
6. Établir une coordination entre les différents niveaux de pouvoir en Belgique
7. Participer aux travaux et collaborer avec les instances internationales
8. Intervenir auprès des instances compétentes pour assurer l'aide et les soins aux usagers de drogues
9. Intervenir auprès de l'ordre des médecins et de l'ordre des pharmaciens
10. Soutenir le comité de concertation et le coordonnateur dans la réalisation du programme bruxellois
11. Encourager et développer la réduction des risques.

1.2 FINANCEMENT PUBLIC DU SECTEUR TOXICOMANIE

1.2.1. Considérations générales

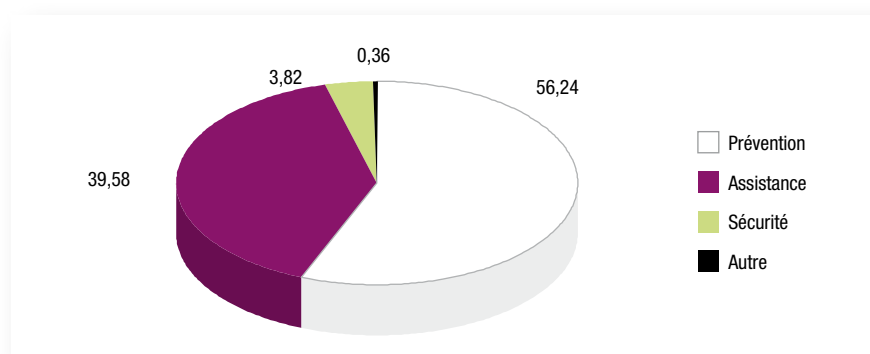
En Belgique, il existe une grande diversité de sources de financements. Il est complexe d'avoir une image exhaustive du financement du secteur. Toutefois, les résultats des études « La politique des drogues en chiffres¹⁰ » et « La politique des drogues en chiffres II ¹¹ », confiées à des représentants de plusieurs universités belges (KUL, ULB, RUG et UA), apportent aujourd'hui une réponse plus complète à cette question.

Le constat est simple : bien que la prévention, depuis la note politique fédérale de 2001, reste la priorité politique n°1, suivie dans l'ordre par l'assistance et la sécurité, dans les faits c'est exactement l'ordre inverse qui est adopté dans les *dépenses* consenties dans ces différents secteurs, comme l'indiquent les chiffres détaillés dans notre rapport précédent (rapport 2007 sur l'usage de drogues en Communauté française, disponible sur commande ou téléchargeable à l'URL : <http://www.eurotox.org/documents/documents.html>)

Nous ne reprenons ci-dessous que la figure détaillant la répartition de l'argent consacré aux « drogues » en Belgique, avec notamment la part allouée à la prévention et à la sécurité.

10 DE RUYVER B., PELC I., CASSELMAN J. et al., 2004.

11 DE RUYVER B., PELC I., DE GRAEVE D. et al., 2007

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

Source : De Ruyver et al. 2007

1.2.2. L'Etat fédéral

1.2.2.1. La Cellule Politique de Santé en matière de Drogues (CPSD)

Le budget de la Cellule Politique de Santé en matière de Drogues est reconduit (et indexé) chaque année. Le protocole d'accord de cette même cellule instituait un budget de départ de 7 millions de FB (soit environ 175.000 €, réparti entre le fédéral et les entités fédérées). En voici l'évolution depuis 2006, avec la quote-part de la Communauté française :

Tableau 1 : Budget de la Cellule Politique Santé Drogues

	montant engagé (sur base du protocole d'accord)	montant utilisé	montant engagé CF	montant utilisé
2006	187.096,40	134.086,70	22.077,37	15.822,23
2007	190.585,16	138.014,65	22.486,04	16.285,73
2008	195.610,26	141.699,64	22.082,00	16.720,56
2009	N.A.		23.899,68	

1.2.2.2. Le Fonds fédéral de lutte contre les assuétudes

Ce fonds, établi par le Ministre Demotte, alors en charge de la santé au niveau fédéral, est actif depuis 2006 (voir point 1.4.4.). Lors du premier exercice (2006-2007), 36 projets furent financés pour un montant global de 4.665.000 €. L'exercice suivant, couvrant l'année 2008, a soutenu 23 projets, pour un budget global de 3.286.000 €.

1.2.2.3. Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique

Le ministère des Affaires sociales et de la Santé publique finance, via l'INAMI, des centres thérapeutiques spécialisés pour personnes toxico-dépendantes (non agréés comme centres hos-

pitaliers). Il finance par ailleurs des centres hospitaliers (hôpitaux psychiatriques, sections psychiatriques des hôpitaux généraux, maisons de soins psychiatriques et habitations protégées) qui accueillent des usagers de drogues.

Pour des raisons techniques, nous n'avons pu disposer des données dépassant l'année 2006. Pour les données de 2003 à 2006, nous renvoyons à la précédente édition de ce rapport.

1.2.2.4. Ministère de l'Intérieur

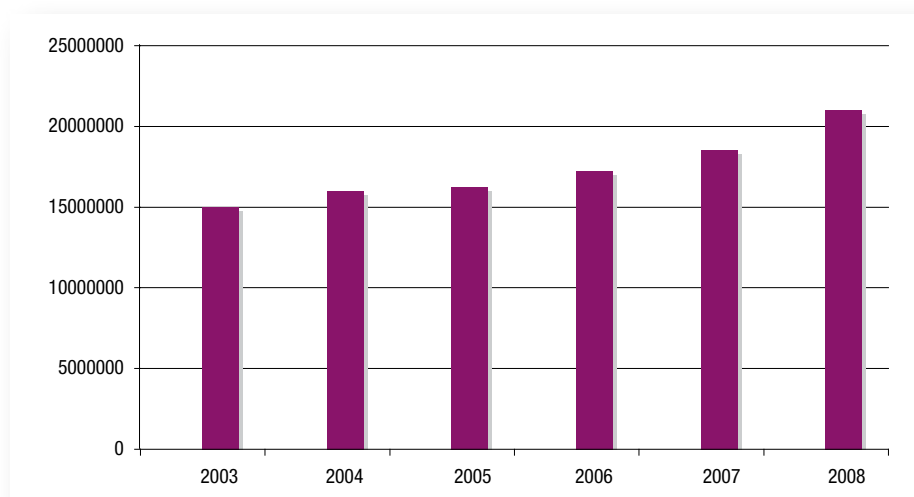
Pour des raisons techniques, nous n'avons pu avoir accès aux derniers budgets accordés à la "prévention des nuisances liées aux drogues" par le ministère de l'Intérieur, qui demanderont un réexamen dans notre prochaine édition, notamment en raison du passage des « plans drogues » et « volets drogues des contrats de sécurité » aux « plans stratégiques de sécurité et de prévention ». Pour les budgets accordés à ces matières de 2002 à 2006, nous renvoyons à la précédente édition de ce rapport.

1.2.3. La Communauté française

Voici une évolution du « budget santé global » (dit « programme 2 – médecine préventive ») depuis 1998 en Communauté française. C'est dans le contexte de ce budget global que doivent être replacées les différentes lignes budgétaires touchant de près ou de loin aux assuétudes.

Nous en sommes à 20.757.000 € en 2008, pour 18.870.000 € en 2007.

Figure 2 : Budget global « santé » (dit « programme 2 – médecine préventive ») de la Communauté française, 1998-2006



Source : Communauté française DG santé, Tatiana Pereira – communication personnelle

Voici à présent une contextualisation du poste budgétaire touchant aux assuétudes par rapport au budget santé global (dit : « programme 2 de médecine préventive »).

Tableau 2 : En Communauté française, postes budgétaires liés aux assuétudes et pourcentage du budget santé global qu'ils représentent

	Assuétudes	%	Budget santé global
2003	1.351.214	9,0	15.039.000
2004	1.353.601	8,6	15.808.000
2005	1.411.347	8,9	15.978.000
2006	1.659.563	9,7	17.188.000
2007	1.809.746	9,6	18.870.000
2008	1.562.308	7,5	20.757.000

Source : Communauté française DG santé, Tatiana Pereira et cellule dopage, Luc Mathieu – communications personnelles

On notera la baisse du budget « assuétudes » de 2006 à 2008, particulièrement de 2007 à 2008, et on suivra avec intérêt le destin de ce budget sous la nouvelle législature et la nouvelle ministre.

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

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

1.2.4. La Région wallonne

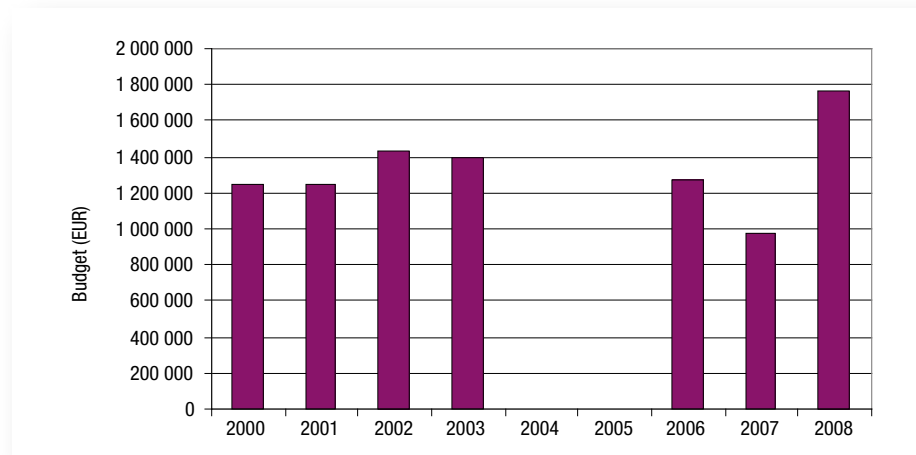
Le budget dédié aux assuétudes en Région wallonne fut de 1.267.017 € en 2006, de 979.058 € en 2007 et 1.771.000 € en 2008. Pour des raisons techniques, l'administration du ministre en charge de la Santé en Région wallonne n'a pu compiler les données budgétaires des années 2004 (changement de législature) et 2005, ce qui nous laisse un « trou » dans l'évolution de ces montants.

1.2.5. La Commission communautaire française (COCOF)

Les budgets consacrés aux assuétudes par la COCOF vont aux associations agréées par elle pour 5 ans pour remplir une ou plusieurs des 6 missions décrites au point 1.1.1.4. En marge des agréments, des initiatives sont également subsidiées (exemple : DUNE - comptoir d'échanges de se-

ringues fixe et mobile). Malheureusement, les budgets n'ont plus été transmis systématiquement après 2004. Le montant de ce budget s'élevait alors à 3.429.000 €. En 2008, il fut de 3.956.691 €.

Figure 3 : Evolution du budget « assuétudes » en Région wallonne.



Source : cabinet et administration du Ministre de la Santé en Région wallonne, communication personnelle ; et Bahija Lamkaddem (ISSP), communication personnelle.

1.2.6. La Communauté germanophone

La Communauté germanophone a consacré aux assuétudes un budget de 364.601,76 € aux assuétudes en 2007, pour 379 903,00 € en 2008.

1.3 LES DÉVELOPPEMENTS LÉGISLATIFS RÉCENTS

Les textes et références diverses seront exposés ici avec le minimum de commentaires, mais seront débattus pour partie dans la section 4, « Débat, évolution de la situation ». Tous les textes ci-après sont disponibles sur le site du ministère de la Justice à l'URL www.just.fgov.be, à la rubrique « moniteur belge », puis « législation belge », classés entre autres par date de promulgation.

1.3.1. Arrêté royal relatif aux plans stratégiques de sécurité et de prévention ; 7 décembre 2006.

Ce texte met fin à et remplace les anciens contrats de sécurité et de prévention (qui comprenaient parfois un volet « drogues »), et les plans drogues, qui étaient des contrats de sécurité particuliers consacrés quant à eux dans leur entièreté à la lutte contre les nuisances liées aux drogues.

Ces deux anciens dispositifs sont remplacés par leur nouveau « rejeton » : les « plans stratégiques de sécurité et de prévention », qui visent les mêmes objectifs, mais en quelques sorte « deux en un ». Soit lutter contre le sentiment d'insécurité lié à un certain nombre de nuisances, et parmi elles les nuisances liées aux drogues. En effet, pour décrocher le financement d'un de ces nouveaux « plans », voici ce qu'une commune doit présenter :

Art. 2. § 1er. Pour conclure une convention la commune doit avoir réalisé un diagnostic local de sécurité et remplir l'une des conditions suivantes :

- 1° avoir une population qui excède 60 000 habitants;
- 2° appartenir aux communes qui ont le taux de criminalité par habitant le plus élevé;
- 3° appartenir aux communes qui ont le revenu moyen, par habitant le plus faible et qui en outre ont une population qui excède 10 000 habitants et un taux de criminalité qui figure dans le premier quartile national.

Le ministre de l'Intérieur classe les communes candidates en fonction de ces critères, et les mieux classées sont retenues, compte tenu des crédits disponibles. Le Ministre de l'Intérieur classe par région toutes les communes en fonction des critères visés sous 2° et 3°, et retient les mieux classés compte tenu des limites des crédits disponibles.

Art.2 § 2. La répartition des crédits disponibles entre les communes bénéficiaires s'établit sur base de leur nombre d'habitants, de leur taux de criminalité et de leur revenu moyen par habitant.

On imagine aisément que la commune la plus peuplée, avec le taux de criminalité le plus élevé et le revenu moyen le plus bas se voit octroyer le plus gros crédit.

Voici ce qu'il en est des priorités à développer dans les plans :

Art. 3. Les points d'attention prioritaires développés dans les conventions sont :

- 1° les projets de prévention à l'égard des délits contre les biens et les personnes;
- 2° la technoprévention;
- 3° les projets de prévention des nuisances sociales;
- 4° la lutte contre la toxicomanie.

Une attention particulière est en outre accordée à la problématique de la délinquance juvénile et à la protection de certains groupes de population vulnérables, tels les seniors et les professions à risques dont certaines catégories de professions libérales et d'indépendants. L'élaboration des conventions tend également à garantir une synergie maximale avec le plan zonal de sécurité. On le voit, on est davantage dans la sécurité et la « lutte contre » que dans la prévention. C'est particulièrement vrai pour les consommations de drogues (« lutte contre la toxicomanie »).

EVALUATION

Art. 16. Le Ministre met en place un Comité chargé de rendre un avis sur l'évaluation des différents objectifs et résultats développés au sein de la convention, et d'en vérifier l'exécution.

Art. 17. Le Ministre de l'Intérieur fixe le contenu précis et les modalités de présentation de cette évaluation.

1.3.2. Décret relatif au plan de cohésion sociale dans les villes et communes de Wallonie, pour ce qui concerne les matières dont l'exercice a été transféré de la Communauté française ; 6 novembre 2008.

ORIGINE

L'évaluation des « Plans de prévention et de proximité » du ministère de l'Intérieur (contraction des anciens « contrats de sécurité » et « plans drogues »), axés notamment sur le fait de faire

baisser le « sentiment d'insécurité » chez les citoyens, a fait émerger certaines lacunes : notamment l'imprécision des objectifs et l'absence d'indicateurs d'évaluation des politiques menées.

Les responsables politiques ont donc estimé devoir recentrer les objectifs sur la cohésion sociale. Les assuétudes sont un des facteurs qui sont pris en considération à cet effet. La cohésion sociale est définie comme suit, à l'article 2,§2 du décret :

OBJECTIFS

« L'ensemble des processus qui contribuent à assurer à tous les individus ou groupes d'individus l'égalité des chances et des conditions, l'accès effectif aux droits fondamentaux et au bien-être économique, social et culturel, afin de permettre à chacun de participer activement à la société et d'y être reconnu, et ce quels que soient son origine nationale ou ethnique, son appartenance culturelle, religieuse ou philosophique, son statut social, son niveau socio-économique, son âge, son orientation sexuelle, sa santé ou son handicap. »

Les **objectifs** affichés du décret sont le **développement social des quartiers** et la **lutte contre toute forme de précarité et d'insécurité**. Le souci de faire baisser l'insécurité reste donc présent, comme dans les anciens « contrats » et plans drogues. Le développement social des quartiers, comme objectif connexe et égal, semble plus neuf.

Le décret stipule que, pour atteindre ces objectifs, des actions doivent être menées par les communes selon les **trois axes suivants** :

- 1) l'insertion socioprofessionnelle ;
- 2) l'accès à la santé et les traitements des assuétudes ;
- 3) le retissage des liens sociaux, intergénérationnels et interculturels.

OUTILS

Deux outils servent à évaluer la situation des communes candidates, en termes de cohésion sociale :

■ Un indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux

Celui-ci prend la mesure de l'accès de la population de la commune à certains droits fondamentaux : le droit à un revenu digne, le droit à la protection de la santé et à l'aide sociale et médicale, le droit à un logement décent et à un environnement sain, le droit au travail, le droit à la formation, le droit à l'épanouissement culturel et social. L'accès à ces droits est mesuré par des indicateurs tels le taux de bénéficiaires de l'aide sociale, un indicateur des faibles revenus, l'espérance de vie à la naissance, le pourcentage de logements de qualité insuffisante, etc. S'y ajoute un facteur de risques par rapport au maintien de la cohésion sociale sur le territoire de la commune. Ce facteur de risque prend notamment en compte des données comme le taux de personnes isolées de plus de 65 ans, le taux de ménages monoparentaux et le nombre de demandeurs d'asile en procédure. Cet indicateur synthétique sert donc à évaluer la situation de départ d'une commune. Il doit permettre d'objectiver l'octroi des subsides en renforçant le soutien aux communes qui en ont le plus besoin.

■ Un diagnostic de cohésion sociale

Celui-ci sera réalisé par les communes candidates elles-mêmes pour faire l'inventaire des besoins locaux, des forces et des faiblesses locales en matière de cohésion sociale. Par ce diagnostic, il faut entendre le diagnostic :

- 1° des initiatives publiques ou privées déjà mises en oeuvre sur le territoire communal;
- 2° des attentes de la population;
- 3° des manques à satisfaire en termes de populations, quartiers, infrastructures, services (...). (Art.5, §2).

SELECTION DES COMMUNES

Le gouvernement de la Région Wallonne évalue les demandes de plan introduites par les communes, après appel à candidatures. Cette évaluation se fait selon les facteurs suivants :

- l'indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux, cité plus haut ;
- l'appréciation du diagnostic de cohésion sociale proposé par la commune ;
- la cohérence entre ces deux éléments et les actions proposées par la commune ;
- la qualité des partenariats proposés par la commune avec des institutions, association et services locaux afin d'atteindre les objectifs du plan (travail en réseau pour renforcer la cohésion sociale).

FINANCEMENT

Le financement principal est assuré par le ministère de l'Intérieur (comme pour les plans drogues et les contrats de sécurité). Des points « APE » (Aide à la Promotion de l'Emploi, soit une aide à la rémunération de travailleurs et à la réduction des charges patronales) sont par ailleurs alloués aux communes par le ministre de l'emploi. Les communes elles-mêmes interviennent également pour partie. Le budget des plans est constitué d'un financement de base dépendant de la taille des communes, complété par un financement modulé proportionnel à l'indicateur synthétique de cohésion sociale.

Les Plans de cohésion sociale bénéficieront d'une subvention allouée aux communes par le Ministre des Affaires intérieures qui sera déterminée en fonction de la catégorie démographique de la commune et de son indicateur d'accès aux droits fondamentaux, l'objectif étant d'aider davantage les communes ayant le plus de besoins. Des points APE dédiés au Plan de cohésion sociale seront alloués par le Ministre de l'Emploi aux communes.

Les communes doivent intervenir à concurrence de 25% du financement du plan approuvé par le gouvernement. Cependant, le gouvernement peut allouer des moyens supplémentaires à rétrocéder aux associations impliquées dans le travail de réseau, apparemment à discrétion (ces moyens supplémentaires échappent en effet aux modes de calcul du financement de base et du financement modulé).

MISE EN ŒUVRE

La commune désigne un chef de projet et met sur pied une commission d'accompagnement du plan. Le chef de projet est en quelque sorte le responsable exécutif du plan sur le terrain, notamment dans la gestion des partenariats. La commission est composée de représentants du collège communal (soit l'exécutif communal), du CPAS, du secteur associatif, des associations partenaires du plan, du gouvernement wallon et de tout autre représentant proposé par ce dernier.

Outre les associations partenaires de la commune dans le cadre du plan, membres d'office de la commission, la commune peut y intégrer d'autres services ou associations, notamment un service d'aide en milieu ouvert (AMO) ou une maison de jeunes, mais aussi, plus en rapport avec les assuétudes, un « réseau d'aide et de soins en assuétudes » ou un « plan stratégique de sécurité » accordé par le ministère de l'intérieur à la commune.

« La commission veille à la coordination, la cohérence, l'articulation, la promotion et l'évaluation des actions menées dans le cadre du plan. Elle organise le mode de participation de la population à la réalisation du plan. » (Art. 28)

SUIVI ET EVALUATION

Les plans sont accordés pour une durée de six ans renouvelable. La dernière année de la législature communale (qui dure six ans), le plan est évalué par la commission. Cette évaluation, ainsi que la mise en œuvre du plan, doit être accompagnée par un service désigné par le gouvernement. Un autre service est désigné par le gouvernement pour assurer le suivi financier du plan.

Tous les six ans, le gouvernement transmet au parlement un rapport d'évaluation global des plans de cohésion sociale. En fonction de cela, il est possible qu'un plan soit reconduit, ou qu'une commune soit sanctionnée (diminution de l'allocation) ou encore même que l'agrément ne soit pas renouvelé. Dans ce dernier cas, il existe un régime progressif de sortie pour les communes sanctionnées.

1.3.3. Circulaire concernant la concertation avec le ministère public en cas d'infractions à la législation sur les stupéfiants commises à l'intérieur des établissements pénitentiaires ; 6 février 2009.

Deux nouvelles circulaires parallèles ont vu le jour début 2009, en vue d'harmoniser les pratiques en termes de répression des faits de drogues en prison. Il s'agit d'abord d'une circulaire à destination des établissements pénitentiaires, régissant la constatation, l'enregistrement mais aussi le signalement (au parquet, à la police) des faits de drogues en prison. Il s'agit par ailleurs d'une deuxième circulaire, dont le contenu est resté confidentiel (à destination des magistrats du ministère public), qui encadre le traitement de ces dossiers « drogues » issus des prisons.

L'ensemble est un peu un « tour de vis » en la matière. En effet, il apparaît que les faits de drogues en prison étaient très inégalement traités en fonction des établissements pénitentiaires, et le département de la justice a estimé qu'un certain laxisme s'était installé.

La circulaire destinée aux magistrats entendait rencontrer les objectifs suivants :

- « Etablir une politique des recherches et des poursuites efficace, efficiente et cohérente.
- Assurer son application homogène sur le territoire national.
- Fournir à la direction de chaque établissement pénitentiaire une prévisibilité suffisante dans l'action du ministère public aux fins d'orienter ses propres choix de manière optimale, et lui communiquer les informations qui lui sont nécessaires, sans préjudice du secret de l'instruction et de l'information.
- Assurer la communication et la concertation entre le parquet, la police locale et la direction de l'établissement pénitentiaire pour une gestion pragmatique et cohérente de la problématique, davantage centrée sur la personne du contrevenant. »

Pour assurer une « prévisibilité » des actions du ministère public, copie de cette circulaire a évidemment été adressée aux directions des établissements pénitentiaires. Elle n'est pas censée apporter de solution miracle, mais une « pierre à l'édifice » :

« La circulaire du Collège des Procureurs généraux n'entend pas apporter une solution à la problématique de la drogue en prison. Elle entend constituer un élément d'une politique qui doit être multidisciplinaire

et globale, et prendre en compte la situation du détenu dans toute sa complexité (thérapie, occupations, perspectives d'avenir, ressources...). »

Quant à la circulaire à destination des prisons, elle oblige d'abord le personnel pénitentiaire à signaler tout fait de drogues par un rapport administratif complet, même s'il n'y a pas de suspect et qu'il ne s'agit que de quantités trouvées sans propriétaire.

De plus, suivant un article du Code d'Instruction Criminelle (CIC), la circulaire rappelle aux directions pénitentiaires l'obligation de signaler tout crime ou délit aux autorités judiciaires. Ainsi, le principe appliqué est un signalement immédiat à la police locale, sauf s'il n'y a pas de détenteur identifié et que les quantités sont modestes (sous 20g de cannabis, 10 pilules d'ecstasy, 2 grammes de cocaïne ou d'amphétamines). Autre exception notoire : si le détenteur est identifié mais en possession de moins de 3g de cannabis. Cette exception suit la tolérance en cours actuellement dans la société civile. Dans ces deux cas, le directeur envoie cependant le rapport administratif en matière de stupéfiants dans les 10 jours ouvrables au Procureur du Roi. Il envoie également une copie de ce rapport administratif en matière de stupéfiants, dans le même délai, à la police locale.

Par ailleurs, toute substance illicite doit être saisie sans exception.

L'accent est mis sur une communication fluide entre les parquets et les prisons. Notamment, en cas de saisie d'une substance qui se révélerait particulièrement toxique à l'analyse, les parquets doivent prévenir les directions, pour le cas où la substance circulerait encore dans l'établissement. Le souci affiché est d'ordre sanitaire plutôt que sécuritaire.

Enfin, dans chaque arrondissement comportant une prison au moins, une concertation est organisée entre la direction des établissements pénitentiaires, le procureur du Roi et la police locale. Elle est centrée notamment sur la stratégie générale, la circulation de l'information, le débriefing de situations problématiques antérieures et l'échange d'informations sur des affaires en cours ainsi que leur évaluation.

Enfin, la circulaire doit faire l'objet d'une évaluation tous les deux ans, par les coordinateurs drogues de la direction générale des établissements pénitentiaires. Ils participeront également à l'évaluation de la circulaire du Collège des Procureurs généraux, qui sera organisée tous les deux ans par le team de coordination du réseau d'expertise stupéfiants du Collège des Procureurs généraux.

1.3.4. Décret relatif à l'agrément en vue de l'octroi de subventions et à l'octroi de subventions aux réseaux et aux services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes ainsi qu'à la reconnaissance en vue de l'octroi de subventions et à l'octroi de subventions à leurs fédérations ; 30 avril 2009.

L'ancien décret sur les réseaux de soins en assuétudes en Région Wallonne est abrogé, et remplacé par ce nouveau décret, qui régit les mêmes matières. Les réseaux de soins spécialisés en assuétudes sont maintenus. Ils sont actifs et répartis selon des « zones de soins » qui sont au nombre de douze, sur le « territoire de langue française de la Région Wallonne ».

Certaines nouveautés sont à signaler :

- Les **réseaux sont à présent dissociés des services**. Dans le précédent décret, un service devait être agréé par un réseau pour être agréé par la Région. Ce n'est plus le cas. En théorie, un service pourrait bénéficier d'un agrément de la Région Wallonne sans être inclus dans un réseau de soins (ou après être sorti d'un réseau de soins, ou si ce réseau perd lui-même son agrément de la Région en tant que réseau).
- Les **agréments** ne sont plus limités dans le temps. Ils peuvent être pérennes, sous bénéfice d'évaluation (évaluation bisannuelle via un expert engagé à cet effet par le gouvernement de la Région Wallonne).
- Le « **projet de service** » : celui-ci remplace les anciennes demandes d'agrément quinquennal. Il est constitué d'un canevas standard plus développé que celles-ci. Chaque service et chaque réseau de soins devra en introduire un, et chacun de ces projets de service servira de base à l'évaluation bisannuelle qui décidera de la pérennité de l'agrément.
- Les **missions** des réseaux sont redéfinies afin d'améliorer la qualité des soins mais aussi d'assurer la continuité des prises en charge (Art.5 du décret). Notamment, la collaboration avec les plates-formes de santé mentale doit être développée, entre autres pour **définir l'offre existante**. Il s'agit par ailleurs également de définir la **complémentarité** des interventions via une **concertation institutionnelle** entre les différents acteurs. Il faut également élaborer des **conventions** et des **outils communs** sur différents aspects des interventions (accompagnement psychosocial, prise en charge résidentielle, réduction des risques, etc.). A ces fins, une **interview** doit être organisée entre les membres du réseau si ce ne fut déjà fait sous la précédente législature.

1.3.5. Décret modifiant le décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école ; 20 juillet 2006.

Pour rappel, l'ancienne Inspection Médicale Scolaire (IMS) a été réformée, pour évoluer vers la promotion de la santé à l'école. Ainsi, l'article 5, §1^{er} du *Décret relatif à la promotion de la santé à l'école (20 décembre 2001)*, stipule que :

Les (programmes visés par le décret) peuvent concerner les problèmes de santé mentale et d'assuétude, la prévention des accidents domestiques et de la route, la vie affective et sexuelle, la prévention des maladies sexuellement transmissibles, la prévention des violences et de la maltraitance, la pédiculose, l'alimentation, la santé dans le sport, ou toutes autres problématiques de santé spécifiques à certaines populations scolaires. Le Gouvernement peut fixer d'autres programmes en fonction de l'évolution du plan quinquennal de promotion de la santé.

On le voit, ces problématiques doivent être abordées dans le cadre de la promotion de la santé, remontant ainsi en amont du dépistage d'un problème de santé (IMS), pour œuvrer à la notion de bien-être, d'hygiène de vie, etc. (PSE), bref, de la création d'un cadre où peut s'épanouir la santé. Car la santé, c'est plus que l'absence de maladie. Des services de Promotion de la Santé à l'École ont donc vu le jour. Ceux-ci, pour accomplir leur mission, sont censés collaborer avec les élèves, les parents et les enseignants, mais aussi les directions, les centres PMS et les Pouvoirs

Organisateurs, les Centres Locaux de Promotion de la Santé (CLPS) et même s'il y a lieu les conseillers en prévention, les services de médecine du travail ou encore l'inspection des denrées alimentaires.

Ce décret a donc de surcroît été modifié le 20 juillet 2006. Cette modification a eu pour objet de **modifier la durée des conventions** passées entre chaque service et un établissement scolaire (passage de trois à six ans). Par ailleurs, des mesures sont adoptées pour **favoriser le travail en réseau**. Ainsi, outre la collaboration avec les centres PMS, déjà inscrite dans le décret de 2001, la collaboration avec les services de l'ONE est instaurée, afin d'assurer une continuité dans le dossier de l'enfant. Par ailleurs, une représentation des CLPS et d'un Service Communautaire de Promotion de la Santé (SCPS) dans la Commission de promotion de la santé à l'école a été instituée, afin de garantir l'intégration dans les activités des centres PSE des grandes priorités de la promotion de la santé définies par la Communauté française notamment dans ses Plans Communautaires Opérationnels (PCO).

Autre changement important : le **remplacement de l'ancien « projet-santé » par un « projet de service »**. Ce dernier est censé être plus vaste, et englober l'ancien concept de « projet-santé ». Le projet de service est une identité que se donne le centre PSE en définissant quelles seront les priorités qu'il privilégiera en promotion de la santé, tenant compte des besoins du terrain mais aussi du Programme quinquennal et des Plans communautaires opérationnels (PCO). Notamment, le PCO 2008-2009 comprend, parmi 10 priorités, les assuétudes.

Les « projets de service » sont élaborés pour une durée de six ans (2007-2014). Ils seront évalués chaque année et réadaptés en fonction des évaluations si c'est nécessaire.

1.3.6. Implémentation de la fonction de coordinateur de soins au sein des plates-formes de concertation en soins de santé mentale concernant le traitement de personnes présentant un problème lié aux substances. Projet-pilote (en cours depuis 2002).

Un projet-pilote a été mis sur pied entre la ministre de la Santé fédérale et les plates-formes de soins en santé mentale de la Communauté française. Il s'agit de l'« implémentation de la fonction de coordinateur de soins au sein des plates-formes de concertation en soins de santé mentale concernant le traitement de personnes présentant un problème lié aux substances ». La période de développement du projet-pilote est l'année 2009. La réalisation des objectifs de la convention conditionne un subside visant à alimenter ce projet.

La création d'un coordinateur de soins doit favoriser la coordination et l'intégration des différentes interventions et intervenants, bien sûr, mais en tenant compte des spécificités de chacune de ces interventions. Ce faisant, le coordinateur de soins est censé créer des « circuits de soins sur mesure » pour répondre de la manière la plus adaptée aux trajectoires spécifiques des consommateurs de drogues en traitement, *dans le domaine de la santé mentale*.

Les plates-formes de soins en santé mentale doivent, dans cette optique, inventorier la demande de soins en santé mentale mais également l'offre de services y répondant, et la rationaliser (détecter les fonctions manquantes via une concertation locale, ainsi que les chevauchements,

et y remédier). La concertation se fera notamment parmi les acteurs en santé mentale suivants : les hôpitaux généraux disposant d'un service de neuropsychiatrie d'observation et de soins ; les hôpitaux psychiatriques et les maisons de soins psychiatriques ou encore les services ou centres de soins en santé mentale.

Le coordinateur de soins doit, de plus, collaborer avec les autres coordinateurs de soins, et notamment ceux liés au décret wallon sur les réseaux de soins mais aussi par exemple les coordinateurs liés aux projets thérapeutiques.

1.3.7. Décret de la COCOF relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé; 5 Mars 2009.

Ce décret rassemble et agréée les services ambulatoires qui offrent des services dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé.

Un seul décret régit donc désormais ces différentes matières et structures (santé mentale, assuétudes, soins à domicile, Centres d'Action Sociale Globale, etc.)

L'obligation est instituée, pour chacune des structures agréées, de mener à bien une démarche d'évaluation qualitative. Celle-ci est définie comme permanente et auto-administrée. Elle implique les membres du personnel des structures agréées mais aussi leurs conseils d'administration. Les partenaires de ces structures peuvent également être consultés. Enfin, éventuellement, dans les respects de la déontologie en vigueur, il peut même être fait appel aux bénéficiaires de ces services pour participer à cette évaluation.

Le Collège de la COCOF détermine les thèmes propres à chaque secteur, sur propositions des services eux-mêmes et dans le respect des missions de chaque secteur. Chaque structure choisit parmi ces thèmes ceux qui seront privilégiés et feront l'objet de l'évaluation qualitative. Des objectifs précis sont fixés par l'organisme, en relation avec les thèmes privilégiés, ainsi que les modalités d'évaluation de ces objectifs. Le tout est proposé sous forme de projet d'évaluation sur une période de trois ans. Dans la mesure des crédits disponibles, le collège accompagne méthodologiquement et financièrement les projets d'évaluation menés par les organismes, notamment en désignant des agents de ses propres services pour assurer cet accompagnement.

On notera l'apparition de « réseaux » agréés et subventionnés pour une durée de trois ans renouvelable. Cette disposition nouvelle fait penser à l'établissement de réseaux de soins en Région Wallonne par deux décrets successifs (voir point 1.3.4.). Il s'agit ici, comme en Région Wallonne, de favoriser la collaboration, le suivi, la mise en commun des ressources concernant les trajectoires des bénéficiaires, pour promouvoir en principe plus de cohérence dans les interventions multiples concernant parfois un seul et même de ces usagers. Le tout doit se faire dans le respect du secret professionnel. Concernant les assuétudes, les Services actifs en toxicomanies sont agréés pour une durée « indéterminée ».

1.4 DÉBAT/ÉVOLUTION DE LA SITUATION

1.4.1. Plan National Alcool : « Non, non, rien n'a changé... »

ANALYSE DU PROCESSUS

Résumons *littéralement* le processus du PANA :

- un rapport préparatoire à un plan national alcool a été rédigé par la CPSD ;
- à partir de ce rapport préparatoire, une note de discussion a été rédigée ;
- cette note de discussion a été corrigée et affinée par un groupe d'experts intra-CPSD ;
- la CPSD « plénière » l'a parachevé, et c'est cette note finale qui constitue le « PANA ». Celui-ci n'engage toutefois que la CPSD dans sa totalité, et pas le groupe d'experts intra-CPSD, ni les membres individuels de la CPSD ;
- d'après 7 « lignes de force » dégagées par le PANA, des « ébauches d'actions concrètes » sont proposées dans le plan même ;
- d'après ces « ébauches d'actions concrètes », de *nouveaux* groupes de travail dans la CPSD vont travailler à des « recommandations pour des actions concrètes » (sic !) ;
- ces « recommandations pour des actions concrètes » devront ensuite être validées par l'ensemble de la CPSD ;
- ces recommandations seront ensuite examinées par la Conférence Interministérielle (CIM) en Santé publique, qui devra à nouveau les approuver ;
- la CIM décidera ensuite de la « procédure à suivre ».

Surmultiplication des étapes ; dilution subséquente de la volonté d'agir ; multiplication des fourches caudines de différentes assemblées auxquelles doivent résister des mesures qui demanderaient un grand courage politique ; dilution des responsabilités ; retours en arrière (élaborer des « recommandations pour des actions concrètes » sur base d'« ébauches d'actions concrètes ») ; propositions de notes que personne ne veut assumer ; etc., etc. ... Et à la fin de tout ça, il faudra encore que les ministres décident de la « procédure à suivre » ?

Même avec la meilleure volonté du monde, c'est non, non, et non ! Nous n'*arrivons* pas à investir ce plan d'une once de confiance et de l'espoir le plus modeste. Rien dans ce manque d'engagement et cette frilosité, hormis quelques positions de principe éparses, ne peut emporter l'adhésion d'intervenants socio-sanitaires sincères.

ANALYSE DU CONTENU

■ Il y a ce qui existe déjà :

Etudier le coût social de l'alcool ; étudier les effets négatifs de l'alcool sur la santé ; interdire la vente de boissons alcoolisées aux moins de 16 ans tout en maintenant 18 ans comme âge d'accès aux spiritueux ; interdire les stratégies de marketing visant les mineurs ou encore adopter une réglementation claire avec contrôle strict du contenu et du volume occupé par les publicités... voilà autant d'« engagements » qui ne sont qu'une récitation de mesures déjà prises.

Pendant qu'on dit qu'on va proposer ce qui est *déjà* proposé, on évite de dire comment on va faire *appliquer* ce qui est déjà proposé mais nullement respecté. Et à ce propos, la publicité pour les boissons alcoolisées est effectivement régie par une convention signée entre le ministre de la santé fédéral et les alcooliers notamment. C'est un code de bonne conduite

qui repose sur la bonne volonté d'acteurs privés, dont les intérêts économiques sont au fond à l'opposé des principes qu'on leur demande de respecter dans cette convention. Mais ce qu'on oublie de dire, c'est que cette convention était censée être rendue contraignante par l'ajout à cet effet, de la « main » du ministre de la Santé, d'un article spécial dans la loi de 1977 sur les denrées alimentaires. Cela n'a pas été fait. Tout au plus un article a-t-il été rajouté par le Ministre Demotte qui fait valoir qu'une telle convention « pourra être approuvée » par le Roi (article 7bis). De deux choses l'une : ou bien c'est là l'article contraignant promis (mais à le lire, même sans être juriste, on en doute), ou bien c'est un article inutile ajouté pour pouvoir dire qu'on a « fait quelque chose ». Pourquoi ne s'émeut-on pas de cet état de fait dans le PANA ? Pourquoi par ailleurs réinventer la roue alors que certaines mesures proposées ont déjà été couchées noir sur blanc dans une convention qui n'attend qu'un article spécial pour avoir force de loi ? Peut-être parce qu'il est plus confortable de tourner en rond que de s'en prendre aux intérêts privés gigantesques des alcooliers. En ce sens, les accises colossales dégagées par les ventes d'alcool sont elles aussi un fameux poids dans la balance, et plutôt du côté mercantile que du côté de la santé.

■ **Il y a ce qui, pour des actions déclarées « concrètes » (même à l'état d'« ébauches »), ne déborde pas de concrétude.**

Citons, pêle-mêle : « examiner la possibilité » de relever à 18 ans l'âge minimal fixé pour la vente aux jeunes de boissons alcoolisées, quelles qu'elles soient ; « accorder une attention particulière » à la restriction de vente d'alcool dans des lieux à risque (boutiques le long des autoroutes, etc.) ; rechercher « l'opportunité de l'introduction de taxes spécifiques pour des produits alcoolisés comme par exemple des alcopops. » ; « étudier la possibilité » de recourir à l'alcolock dans les voitures...

« Examiner la possibilité » ; « accorder une attention particulière » ; « rechercher l'opportunité » ; « étudier la possibilité »... n'équivaut pas, et nous en sommes désolés, à avoir le courage de planifier des actions concrètes.

■ **Il y a ce qui pourrait vite glisser vers une forme de traque.**

Développer les méthodes de détection « evidence-based ». ; sensibiliser les professionnels à ce type d'intervention en cas de consommation à risques ; organiser une meilleure collaboration entre secteur socio-sanitaire et justice pour favoriser la détection et l'intervention précoces, notamment « afin de répondre également aux demandes d'aide qui ne sont pas d'ordre somatique ou psychologique. »

Les méthodes de détection « evidence-based » (« basées sur la preuve ») ne sont-elles pas en réalité un alcootest au bureau ? Va-t-on faire passer l'alcootest à tous les employés de bureau tous les jours ? Ou seulement à certains ? Et sur quelle base objective seront-ils sélectionnés, alors : leur attitude, leur démarche, leur haleine ? Ou sera-ce seulement en cas de consommation « à risque » ? Comment savoir dès lors si une consommation est « à risques » et doit être testée, avant justement d'avoir effectué les tests ? Ce sera soit en testant tous les employés, soit à discrétion de la hiérarchie de ceux-ci.

Et quid de la collaboration entre les secteurs justice et socio-sanitaire ? Elle concernerait donc les demandes d'aide qui ne sont pas « d'ordre somatique ou psychologique ». Mais de quel ordre seraient-elles, alors ? Juridique ? Qu'est-ce, exactement, qu'une demande d'aide « juridique » d'un patient qui abuse de l'alcool ? Et quid du secret professionnel des inter-

venants socio-sanitaires vis-à-vis du secteur justice, dans cette meilleure collaboration, cette détection, cette intervention précoce ?

Tout ceci ressemble trop à une porte ouverte sur l'arbitraire, mais aussi sur du sécuritaire grand cru. Or, si on a l'ambition de proposer un « plan national alcool », se limiter à détecter, juger et sanctionner, c'est selon nous se limiter à de l'activisme qui ne résout rien.

■ **Il y a enfin ce qui ressemble à un saupoudrage de la responsabilité de la prévention des abus d'alcool :**

Ainsi, on apprend qu'il faut « faire jouer un rôle de prévention au secteur Horeca ». Subtil. Si rien ne change, ce sera donc au moins en partie à cause du secteur Horeca, qui n'aura pas voulu faire de prévention du mésusage de l'alcool.

On apprend aussi qu'il faut « apprendre aux jeunes à faire preuve de sens critique » par rapport aux publicités pour les boissons alcoolisées. Pratique. Si on met le paquet là-dessus, ça permet même de ne pas trop s'en prendre aux publicistes et aux alcooli-ers pour réguler leur marketing agressif vers les nouveaux marchés jeunes (alcopops, nightlife...).

Et, dérivé de cette logique de saupoudrage, les publics-cibles se multiplient jusqu'à englober l'ensemble de la population : il faut viser les adolescents, les femmes enceintes, les hommes, les conducteurs automobiles, les travailleurs. A-t-on oublié quelqu'un ? De plus, un peu plus bas dans le plan, il est précisé que toutes ces stratégies doivent se développer non en interventions saucissonnées mais en une politique intégrée qui touche l'ensemble de la population. Toucher des groupes cibles donc, mais d'un autre côté, toucher l'ensemble de la population.

En bref, tout le monde est public-cible, et dès lors toutes les compétences sont concernées (santé, travail, jeunes, circulation routière, commerce, Horeca, pourquoi pas action sociale, pourquoi pas immigration, pourquoi pas armée et génie civil, etc., etc.). Et toutes les entités responsables (ministres, administrations) doivent mettre en œuvre une « politique intégrée », soit articulée et coordonnée. Quelle meilleure manière d'assurer l'immobilisme que de déclarer *tout le monde* responsable d'agir *en même temps* et de manière logique et *articulée*. Il est trop facile, en pareilles circonstances, de se décharger sur la partie du plan du voisin, dont « on attendait » de la voir noir sur blanc, ou qu'elle soit mieux coordonnée avec la nôtre, ou qu'elle soit élaborée plus sérieusement, ou, ou, ou...

On n'arrive pas, là non plus, à y croire.

■ **Il y a aussi çà et là, quand même, quelques principes ou « engagements », qu'on a envie de retenir :**

- des moyens supplémentaires doivent être dégagés pour la prévention si on veut que tous ces principes et méthodes soient appliqués à grande échelle et efficacement ;
- il faut que la cellule générale drogues assure la coordination politique et le suivi de ce plan ;
- il faut créer un organe de contrôle indépendant qui fasse respecter la réglementation en matière de publicités pour les boissons alcoolisées (le Jury d'Ethique Publicitaire, actuel dépositaire de cette mission, n'est nullement indépendant, puisqu'il est constitué en très grande partie des annonceurs publicitaires eux-mêmes).

Ces éléments sont effectivement à retenir et à maintenir, mais ils ne sont qu'une goutte d'eau par rapport aux problèmes, contradictions et imprécisions soulevés par ailleurs.

ANALYSE DU CONTEXTE

Les accises sur l'alcool rapportent des fortunes à l'Etat. La situation actuelle, soit un usage, et en partie un mésusage de l'alcool très courant, très répandu et très valorisé, ne gêne pratiquement personne (une fois qu'on sort du cercle de l'utilisateur lui-même et de son entourage direct) en dehors de certains acteurs socio-sanitaires (voir à ce sujet notre « dossier alcool » dans le rapport Eurotox 2004-2005 sur l'usage de drogues en Communauté française¹²).

« Ennuier » les petits indépendants brasseurs ou cafetiers avec des règles éthiques qui au final peuvent représenter pour ces derniers une perte sèche, c'est potentiellement s'aliéner cet électorat. Il faut un grand courage politique pour le faire.

« Ennuier » le travailleur qui souhaite boire sa bière et fumer sa cigarette en paix, c'est potentiellement s'aliéner cette autre part de l'électorat. Cela aussi demande un grand courage politique.

Par ailleurs, par le biais de nominations dans les conseils d'administrations d'hommes forts des grands partis politiques, le monde belge de l'entreprise s'assure depuis toujours un appui, voire un relais, au sein de ces partis. Il est dès lors compliqué pour des mandataires (législateurs ou autres) de ces partis de « marcher sur la tête » de ces hommes forts pour imposer des règles qui déplairaient, par exemple aux alcooliers ou aux publicistes. A titre d'exemples, un ancien premier ministre est ainsi administrateur du groupe Inbev (ex Interbrew, premier brasseur belge), tandis qu'un ancien président de parti fut quant à lui président de la multinationale de publicité VVL.

CONCLUSION

Si un ou plusieurs ministres de la santé très volontaire(s) et très fort(s) politiquement ne se réapproprie(nt) pas ce plan pour lui redonner de la substance (par exemple via la cellule générale drogues, qui réunit toutes les compétences touchant par un angle ou un autre les consommations de psychotropes légaux et illégaux), ce dernier risque de rester une coquille vide, un simple écran de fumée qui n'aura d'autre fonction que celle d'alibi. On sera peut-être obligé de constater alors avec dépit, comme nous le craignons dans notre « dossier alcool » cité ci-dessus, que 5500 morts attribués à la consommation d'alcool sur 100.000 morts annuels, dans un pays postindustriel prospère, s'avèrent être le tribut irréductible à payer à l'équilibre de toutes les forces en jeu, la moindre d'entre elles n'étant pas le commerce.

1.4.2. La sécurité, notre fidèle compagne

Penchons nous un instant sur la dernière version des plans élaborés par le gouvernement pour rendre au Belge la confiance perdue dans son environnement : les « plans stratégiques de sécurité et de prévention ».

Deux choses toutes simples, pour commencer, par rapport au terme de « prévention », associé au mot-clé de sécurité ».

¹² Voir : http://www.eurotox.org/images/stories/docs/rapport-eurotox_2004-2005.pdf

D'abord, faire de la prévention dans les communes au taux de criminalité le plus élevé, comme le propose le texte fondateur des « plans stratégiques de sécurité et de prévention », est antinomique. Comment agir sur la criminalité et le sentiment d'insécurité qu'elle génère, là où elle fleurit déjà ? Réponse : en la *réprimant*, bien entendu, et pas en la prévenant (puisqu'elle « est déjà là »). Ca semble trivial, c'est donc le moment de le rappeler.

Ensuite, « lutter contre la toxicomanie » s'apparente également à une intervention bien tardive plutôt qu'à de la prévention. Quand on est dans la « manie », on est déjà dans une consommation dont on a perdu le contrôle. Prévenir cette perte de contrôle, donc faire de la *prévention* des assuétudes ne se fait efficacement que bien avant la chute dans la « manie ».

Lutter contre le sentiment d'insécurité est bien légitime si ce n'est pas qu'un hochet électoral. Il est anormal que les gens aient peur. Mais n'y aurait-il pas lieu de distinguer une bonne fois pour toutes la *lutte contre les nuisances* de la *prévention* (prévention de la précarité, de la criminalité, des assuétudes notamment), au lieu d'agiter systématiquement dans ce champ la « lutte contre la toxicomanie », épouvantail bien malingre à nos yeux, qui permet trop souvent de ne pas prendre à bras le corps les vrais problèmes ? Pour prendre un exemple un peu plus large : la société russe actuelle est-elle malade de l'alcoolisme à cause du manque de programmes de « lutte contre l'alcoolisme », ou à cause du manque de lien social, de l'extrême précarité des populations, et d'une société à deux vitesses qui relègue de plus en plus de citoyens sur le bas-côté ?

Depuis les années 90 au moins, les politiques de gauche comme de droite ont cru bon de confondre le sentiment d'insécurité qui se répand dans la société avec une insécurité réelle qui serait créée par des groupes de population réputés ou étiquetés dangereux (« jeunes en décrochage », « familles monoparentales », « immigrés », « sans emplois », etc.). Une autre théorie, pourtant, est que ce sentiment d'insécurité, moins qu'à des groupes-cibles, pourrait plutôt être attribué au délitement des anciennes certitudes, notamment le contrat de travail à durée indéterminée, voire la carrière locale ou régionale, partis en fumée avec l'avènement de la flexibilité et la montée du chômage, le virage libéral des politiques économiques de droite comme de gauche, les délocalisations d'entreprises, la compétition individuelle généralisée. Ces concurrences en engendrent d'autres, sur les marchés de l'emploi non qualifié, du logement social ou des prestations familiales, ce qui prolonge et amplifie effectivement le sentiment d'insécurité professionnelle par un sentiment d'insécurité sociale.

Pour autant, faut-il charger peu à peu la justice et la police de restaurer l'Eden perdu de cette sécurité désormais proverbiale ? Et ce, en leur confiant des missions (la prévention des assuétudes !) qui n'étaient pas les leurs auparavant, et qu'elles n'ont sans doute pas les moyens de mener à bien seules ? Nous ne le croyons pas, bien sûr.

Les désordres sociaux dus aux dérégulations de la société actuelle peuvent être comparés aux désordres sociaux liés à une autre grande mutation sociétale : la révolution industrielle du XIX^e siècle, avec son exode rural massif et une perte de repères dans la mutation des classes paysannes en masses ouvrières. Or, les réformateurs sociaux du XIX^e siècle, pour tenter de discipliner cette classe ouvrière émergente en perte de repères, proposèrent certaines régulations *sécurisantes*, dont le contrat à durée indéterminée, apparu à cette époque. L'avènement de ces statuts a introduit la prévisibilité dans la vie ouvrière, et ce d'autant plus qu'ils furent associés au développement de politiques sociales. Les réformateurs sécuritaires du XXI^e siècle, eux, veulent circonscrire les bouleversements liés aux mutations actuelles en maniant le bâton et

divers outils d'autorité pour garantir la paix sociale, mais sans les mesures sociales structurantes qui accompagnèrent la mutation de la société industrielle naissante (puisqu'on en est à toujours plus de dérégulation, de flexibilité, d'imprévisibilité).

Est-ce que ça marche ? Pas très bien, tant que l'autorité qui propose ces mesures reste en perte de légitimité. Or, la légitimité est bien plus liée aux contreparties que cette autorité est capable de procurer qu'à son habileté à manier le bâton. Et ces contreparties s'effilochent de jour en jour. C'est de là que provient, bien plus probablement, le sentiment d'insécurité.¹³

Et « la drogue », dans tout ça ?

« Fixer » les masses ouvrières en mutation en les sécurisant, à la fin du XIX^e siècle, passait par la régulation d'un certain nombre de comportements, dont les consommations d'alcool. Les « ligues de tempérance » et les mouvements abstentionnistes ou prohibitionnistes apparus à l'époque (surtout dans le monde anglo-saxon il est vrai), n'auraient pas suffi à eux seuls à amener une gestion satisfaisante des consommations. Ils n'étaient rien sans les contreparties sociales que nous venons de citer, ou sans la promotion des nouveaux repères dans le monde du travail industriel. Qu'en est-il de la « lutte contre la toxicomanie » intégrée aujourd'hui dans les plans stratégiques de sécurité et de prévention ? Nous pensons de même : sans l'avènement de nouveaux repères et la procuration de nouvelles contreparties sociales, l'autorité qui propose de restaurer la sécurité notamment par la « lutte contre la toxicomanie » ne préviendra ni le sentiment d'insécurité, ni le risque de basculement de franges précarisées de la population dans des comportements à risques comprenant l'« anesthésie et l'automédication » par des drogues légales ou illégales, ou encore les jeux d'argent.¹⁴

Pour toutes ces raisons, nous préférons de loin les portes ouvertes par les tous nouveaux « plans de cohésion sociale » proposés par la Région wallonne, objet du point suivant.

N.B. Tout ceci ne s'applique pas au volet de lutte contre le trafic et la production promus par le « plan national de sécurité » des ministres de l'Intérieur et de la Justice. Celui-ci se veut en effet uniquement et explicitement répressif, remplissant par là le volet de « répression contre les trafiquants » ouvert dans la Note Politique Fédérale de 2001. Il y aurait bien sûr long à dire sur la « guerre à la drogue » entamée il y a quelques décennies, sur Prométhée attaché au mont Caucase dont le foie repoussait la nuit pour être dévoré par un aigle le jour, et sur le rocher de Sisyphus, mais c'est évidemment un autre débat.

1.4.3. Plans de cohésion sociale : enfin agir à la source des problèmes !

Nous voyons certaines promesses dans les plans de cohésion sociale, et, comme leur nom l'indique un peu, une certaine cohérence. Pour commencer, pointons, à côté de l'indéboulonnable lutte contre l'insécurité, le **développement social des quartiers** et la **lutte contre toute forme de précarité**.

Voici donc, pour la première fois depuis longtemps en Communauté française, un engagement typique de la promotion de la santé, ou de l'action communautaire telle qu'on la trouve par

¹³ Bonelli, 2008.

¹⁴ Jamoulle, 2009.

exemple dans l'aide à la jeunesse en difficulté. On s'écarte du symptôme pour adopter un regard éloigné, une vue d'ensemble, ce qui en principe permet d'agir en amont de l'émergence d'un problème, et de le prévenir.

Pour essayer d'adopter une vue plus large encore, nous sommes d'avis que, le jour où on aura réellement réinvesti à la source de toutes les fragilités, dans le développement social des quartiers mais aussi dans l'insertion socioprofessionnelle, dans le retissage de liens sociaux et dans l'accès à la santé¹⁵, peut-être que cette santé tant recherchée - et notamment une (auto)-gestion satisfaisante des consommations - fleurira d'elle-même, sans plus avoir besoin de plans de sécurité, de plans drogues, ou autres points de contacts police-école, ni même de « décret mixité » pour tenter de sortir des populations de leur ghetto, de leur précarité, et d'une certaine tendance aux conduites à risques...¹⁶

L'utilisation d'un **indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux** pour déterminer les populations bénéficiaires va selon nous dans le même sens : on ne prend plus uniquement les criminels ou les délinquants pour restaurer la sécurité en les ramenant à leurs *devoirs* (un peu tard); on vise plutôt les lieux et les gens dont la cohésion sociale est menacée, et on tente de leur rendre des droits *avant* d'avoir à les ramener à leurs devoirs ! Si c'est appliqué avec rigueur, c'est un changement qualitatif presque historique par rapport aux contrats de sécurité, plans drogues, et leurs divers dérivés.

Quant aux **commissions d'accompagnement** des plans, leur composition partagée entre représentants du collège communal, du CPAS, du secteur associatif, des associations partenaires du plan et du gouvernement wallon et de représentants proposés par ce dernier semble très ouverte et variée, ce qui garantit une certaine pluralité des points de vue.

Enfin, l'inclusion suggérée dans cette commission d'un réseau d'aide et de soins en assuétudes, tel que décrit par le « décret relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudes » de la Région wallonne, nous semble viser un solide ancrage de terrain et l'inclusion possible de savoirs et de savoir-faire de professionnels des assuétudes dans l'accompagnement des plans de cohésion sociale.

Sur papier, donc, on applaudit des deux mains, et on attend avec impatience de voir ce que vont donner ces plans sur le terrain. On notera aussi que le suivi et l'évaluation de chaque plan par sa commission d'accompagnement doit être lui-même accompagné par un service « désigné par le gouvernement ». Il sera intéressant de voir quel sera ce service et quelle sera la liberté d'action laissée aux commissions.

1.4.4. Mais où en est le « Fonds Demotte » de lutte contre les assuétudes ?

Pour rappel, un « fonds fédéral de lutte contre les assuétudes » a été mis en place fin 2006 par le Ministre Demotte quand celui-ci était en charge de la santé pour le pouvoir fédéral. Ce fonds a englobé l'ancien « fonds tabac » créé par le Ministre Reynders et qui se montait à deux millions d'euros. Trois millions s'y sont rajoutés pour obtenir un fonds de lutte contre les assuétudes doté de cinq millions d'euros.

¹⁵ Toutes choses proposées par ces plans de cohésion

¹⁶ Jamoulle, 2005.

Sur les trois millions initiés par monsieur Demotte, une grosse partie est consacrée à soutenir des actions dans le domaine du traitement, tandis que le reste (moins d'un tiers) a servi à financer des actions de type campagnes d'information. Celles-ci sont censées être du ressort du pouvoir fédéral, tandis que la prévention reste la prérogative des communautés. Ces dernières n'ont donc pas de droit de regard ou de voix délibérative sur le fonds.

Un enjeu s'est rapidement dessiné : comment fallait-il sélectionner les projets à financer ? A cette fin, une structure a été créée : l'asbl IDA. Rapidement, des représentants du terrain des assuétudes ont approché les ministères pour demander que le terrain soit représenté et intervenue dans le processus (en plus des publicistes, des cabinets et des administrations), afin de ne pas sans cesse réinventer la roue, puisque de nombreuses initiatives valorisables par ce fonds existent déjà et sont plus que rodées (notamment des call-centers). C'est ainsi que, outre des représentants du cabinet fédéral en charge de la santé publique et de son administration, des représentants des deux Féditos et du VAD ont été associés au processus.

Pour ce qui est des **campagnes d'information**, IDA crée un groupe de travail par campagne, comprenant des membres du CA d'IDA et des représentants de terrain extérieurs. Une agence de publicité est recrutée, mais la conception de la campagne est encadrée par le groupe de travail. Le CA d'IDA doit approuver la campagne. Ce groupe de travail est notamment le lieu où faire valoir la définition de la promotion de la santé adoptée en Communauté française, qui est celle de la charte d'Ottawa, proche de l'action communautaire et évitant le recours à la peur.

La première campagne traitait de l'alcool et des drogues. On en réclame encore aujourd'hui les fascicules. Elle a été évaluée conjointement par PROMES et l'Université d'Anvers. Il est ainsi ressorti que les *affiches géantes* (20m²) suscitaient peu ou pas de réactions. Idem pour les *clips*. En revanche, les *affiches dans les salles d'attentes* (médecins...) ont suscité beaucoup de réactions, de même que des *brochures* distribuées par des institutions-relais et des *vrai ou faux* présentés dans des journaux quotidiens à grand public.

Quantitativement, la campagne aurait touché 18,8% de la population générale, dont environ un tiers de jeunes. Cela constitue un bon ratio, comparé à d'autres campagnes, selon les évaluateurs.

Qualitativement, les objectifs étaient d'inciter le public à réfléchir et/ou à parler de ses consommations de drogues ou de celles de son entourage, de l'inciter à prendre contact avec les organismes de références (les lignes téléphoniques permanentes d'Infor-Drogues et du VAD – « Druglijn »-), et enfin de promouvoir activement ou passivement le matériel de la campagne.

La campagne a été perçue comme incitant globalement à réfléchir et à parler de ces sujets. Le public souhaitait même plus de campagnes de ce style en Belgique. L'utilisation de media modernes comme Youtube ou les sms a été évoquée. Un bémol est à signaler : moins de texte et plus de visuel où d'humour a été souhaité, afin que le grand public soit plus facilement touché.

Les lignes téléphoniques permanentes étaient déjà bien connues des professionnels. Leur utilisation a par ailleurs connu une augmentation suite à la campagne, ce qui peut être interprété comme un pic d'intérêt montré par le grand public.

Enfin, le matériel proposé (affiches) a pu être valorisé activement et passivement par les professionnels qui y ont eu accès. Il paraissait très indiqué pour informer un public jeune. Bémol :

davantage d'encadrement, de guidelines, voire une intervention extérieure, pour utiliser ce matériel, ont été souhaités. La conception d'un outil plus interactif (jeu de cartes, quiz...) a également été suggérée.

Outre la campagne, certains outils d'information existant sur le terrain ont bénéficié d'un budget (réimpressions...) du fonds. Cela a favorisé une réappropriation de la campagne par les acteurs de terrain et une résonance entre la campagne et des actions déjà lancées auparavant.

La deuxième campagne a été lancée en avril 2009 et est encore en cours à la rédaction de ces lignes. Le budget en est un peu moindre. Elle se veut donc plus ciblée et plus légère que la première campagne. Le sujet en est « l'alcool et les jeunes ». Le groupe de travail qui l'a piloté fut lui-même plus restreint : un membre de chaque Fédito et trois membres du VAD y participaient, en plus des membres du conseil d'administration d'IDA. Les *affiches géantes* ont été abandonnées, ainsi que les *vrai ou faux* dans les quotidiens. Des *affiches* (de taille normale) ont à nouveau été distribuées, cette fois dans les maisons de jeunes et via le réseau «Vespasius» (qui place des présentoirs avec de la documentation (notamment culturelle) dans les sanitaires et couloirs des établissements Horeca. Il sera intéressant, à terme, de comparer l'évaluation des deux campagnes.

Quant aux **projets** soutenus à côté des campagnes, un comité de sélection des projets fut constitué, sur base des orientations données par le cabinet fédéral de la santé. Des projets dans le domaine de l'information et du traitement sont sélectionnés. La rigueur du comité de sélection n'a pas permis que tout l'argent soit dépensé la première année d'exercice (2007-2008). Même chose pour la deuxième année d'exercice (2008-2009) : très peu de projets ont passé les fourches caudines du comité, qui applique strictement les consignes. Certains projets ont pu passer après un « repêchage ». Le comité de sélection a demandé à rencontrer le cabinet à l'été 2009 afin de revoir les critères, jugés trop durs.

En conclusion, on retiendra que cinq millions d'euros pour des projets touchant aux assuétudes par un angle autre que sécuritaire, dans un pays aussi petit que la Belgique (et aussi désargenté, pour ce qui est de la santé en Communauté française), c'est une somme considérable, qu'il faut pouvoir apprécier et que le secteur doit pouvoir se réapproprier.

On notera également l'intelligence qu'a montré le politique en se servant de ses propres rouages (Féditos, VAD) pour piloter ces actions, et en créant un écho entre la première campagne et des actions d'information déjà entamées sur le terrain (réimpression d'outils existants...).

1.4.5. « Points d'appui » assuétudes dans les CLPS : première auto-évaluation par les CLPS

Une première auto-évaluation a été réalisée par un groupe de travail intra-CLPS. Celle-ci offre une analyse transversale des interventions proposées par les différents points d'appui, n'entrant pas de manière exhaustive dans les spécificités de chaque « Point d'appui assuétudes » (PAA). Elle jette cependant aussi un premier regard plus spécifique sur les trois missions des PAA (état des lieux de l'offre et des besoins ; diffusion de l'information et enfin création et renforcement de réseaux).

Un constat général est que les objectifs du projet-pilote semblent très ambitieux, à tout le moins sur une période de trois ans, notamment en ce qui concerne la mise en place (ou le

renforcement) et la dynamisation d'un réseau. Il importe donc d'avoir une vision prospective et de projeter cette mise en place/consolidation à une période dépassant les trois années initiales, moyennant des moyens budgétaires suffisants, le maintien des aides à l'emploi actuelles (A.P.E. Région Wallonne/ A.P.E. Enseignement/ A.C.S. Région Bruxelloise) et enfin la poursuite de l'implication conjointe des directions générales de la Santé et de l'Enseignement, mais aussi des ministres concernés.

ANALYSE TRANSVERSALE

D'un point de vue transversal, certains éléments communs aux différents PAA sont évalués positivement :

- la mission de coordination et de mise en place d'une concertation semble avoir emporté l'adhésion de la plupart des acteurs du champ scolaire concernés ;
- les PAA seraient reconnus comme lieu de débat sur une philosophie et une stratégie d'action, et comme interface entre écoles et entre écoles et organismes spécialisés ;
- en outre, l'intégration des PAA au sein des CLPS présenterait certains avantages, dont le fait d'englober l'appréhension des assuétudes (approche « thématique ») dans une démarche globale de promotion de la santé, mais aussi, corollaire direct de ce voisinage, le fait de pouvoir bénéficier d'un savoir-faire méthodologique, de ressources documentaires, de dynamiques locales déjà rodés, qui encouragent le développement de partenariats ;

ANALYSE SPECIFIQUE

PREMIÈRE MISSION : OFFRE DE PRÉVENTION. RÉALISATION D'UN ÉTAT DES LIEUX ET D'UN RELEVÉ DES BESOINS.

De manières variées, tous les points d'appui ont proposé un **état des lieux de l'offre** de prévention (via un site Internet reprenant un répertoire d'organisations, via des outils pédagogiques, un agenda de formations, ou encore un répertoire papier destiné aux écoles).

Les organismes-ressources ont été identifiés via une fiche d'identité présentant la philosophie de travail à côté de renseignements administratifs. A noter que l'inventaire des ressources existantes est toutefois pointé, dans certains cas, comme irréalisable.

Pour ce qui est du **relevé des besoins**, différentes réalisations peuvent être prises en compte : relevé proprement dit (via focus groupes parmi les élèves ; questionnaires adressés aux enseignants ; questionnaires adressés aux élèves ; entretiens semi-directifs avec acteurs scolaires ; etc.) ; réalisation d'outils d'analyse des besoins (guides d'entretien, questionnaires, etc. (réutilisables sur d'autres territoires mais aussi par d'autres acteurs) ; ou encore rencontre des équipes éducatives.

Les **impacts identifiés** par rapport à cette première mission sont notamment :

- meilleure connaissance de l'offre (et des spécificités des intervenants) par une valorisation des ressources existantes ;
- identification des ressources auxquelles l'école a déjà eu recours sans pour autant que la direction en ait connaissance ;
- meilleure connaissance de la demande du milieu scolaire, pour les intervenants spécialisés comme pour les acteurs du milieu scolaire eux-mêmes ;
- amélioration de la visibilité du dispositif PAA ;
- construction d'un langage commun aux interventions, entre acteurs scolaires et acteurs spécialisés.

Les **perspectives** ouvertes par cette première mission comportent notamment le fait de renvoyer aux décideurs politiques, suite à ce premier relevé des besoins, la possibilité d'une saturation de l'offre suite à une augmentation des demandes d'interventions par le monde scolaire. Par ailleurs, il importerait de souligner auprès des intervenants scolaires eux-mêmes leurs qualités d'adulte relais (en termes d'acquisition de savoirs, de savoirs-faires, de savoir-être et d'organisation du cadre de vie) qu'ils méconnaissent parfois. Idem en ce qui concerne les parents, dont la qualité d'adultes-relais pourrait être plus impliquée en termes d'éducation citoyenne.

DEUXIÈME MISSION : DIFFUSION DE L'INFORMATION

Différentes réalisations concrètes peuvent être mises en avant. Parmi elles, des séances d'information thématiques (campagne fédérale IDA) ; des journées de rencontres et d'échanges de pratiques professionnelles ; l'organisation de formations ; la réalisation de supports d'informations sur le dispositif PAA ; la mise en ligne de sites web entièrement dédiés aux PAA ou d'information sur les PAA hébergées sur les sites web des CLPS ; la diffusion de l'information via les newsletters des CLPS ; la création d'outils d'animation ou encore la publication d'informations dans différentes revues comme *Education santé* ou *Revue Prospective Jeunesse*.

Ici aussi, les **impacts identifiés** comprennent une augmentation de la visibilité des PAA et une meilleure connaissance réciproque des acteurs entre eux.

TROISIÈME MISSION : LA CRÉATION ET LE RENFORCEMENT DE RÉSEAUX

Pour réaliser cette mission, des stratégies variées ont été mises en place, compte tenu des spécificités territoriales de chaque PAA. Parmi elles, citons la mise en place d'un groupe de pilotage, l'organisation de groupes de travail thématiques, l'organisation de journées de rencontre et d'échanges sur les pratiques professionnelles, ou encore l'organisation de formations.

Les **impacts identifiés** comportent une meilleure connaissance mutuelles des spécificités des acteurs concernés, l'amorce de la construction d'une philosophie de travail partagée, un premier décloisonnement du secteur de la prévention des assuétudes vers les écoles ou encore la mise en place de projets inter-établissements. On notera pour cette mission, en termes de **perspectives**, la volonté d'élargir plus avant le réseau d'acteurs (à d'autres secteurs).

En conclusion, on ne peut que saluer cet effort d'auto-évaluation effectué par les CLPS, et son résultat globalement positif. On reste toutefois un peu avec l'eau à la bouche quant à la déclinaison de ces projets selon les différents bassins scolaires, les difficultés rencontrées à un niveau plus local et leurs perspectives d'amélioration. Gageons que ces détails s'éclairciront avec le temps.

2. Situation épidémiologique et tendances

2.1. LA PRÉVALENCE DES USAGES DE DROGUES

Nous présenterons successivement des données sur la prévalence de l'usage de drogues dans la population générale et dans la population scolaire. Les données relatives à certains groupes spécifiques tels que le milieu festif, les usagers rencontrés « en rue », etc., seront traitées dans le chapitre 3 du présent rapport, celui-là étant consacré à l'éclairage de la situation épidémiologique à partir des données indicatives issues des activités de terrain.

Les études évoquées seront introduites sous forme du tableau récapitulatif suivant :

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

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

2.1.1. L'usage de drogues dans la population générale

Les enquêtes menées auprès d'échantillons de la population générale permettent d'estimer l'ampleur et le mode de consommation des différentes drogues sur l'ensemble des habitants d'un territoire donné à un moment donné. On peut ainsi estimer la prévalence de la consommation, les types de produits consommés, leur disponibilité, ainsi que le profil des groupes concernés (âge, sexe, ...). Actuellement, en Belgique, les seules données disponibles sur la consommation de drogues dans la population générale proviennent de l'enquête de santé par interview (HIS) réalisée par l'Institut Scientifique de Santé Publique. Comme il s'agit d'une enquête de santé en population générale, le nombre de questions sur les drogues est limité. Dans l'enquête menée en 2001, le questionnaire auto-administré à destination des personnes âgées de 15 à 64 ans comportait deux questions sur le cannabis et deux questions sur les amphétamines et l'ecstasy.

Dans l'enquête réalisée en 2004, six questions portaient sur la consommation de cannabis. Les résultats de ces enquêtes ont été répertoriés dans nos rapports précédents. Les analyses de l'enquête HIS 2008 ne sont malheureusement pas encore disponibles, mais ils seront présentés dans notre prochain rapport annuel.

En 2008 l'Institute for Social Drug research (ISD) de l'Université de Gand a mené une étude de faisabilité de la réalisation d'une enquête récurrente « alcool-drogues » dans la population générale, en collaboration avec le centre de recherche CELLO de l'université d'Anvers (Decorte et al, 2008). L'étude présente une comparaison détaillée de méthodes utilisées dans les enquêtes de prévalence dans différents pays européens, ainsi que l'évaluation des forces, des restrictions, des conditions préalables et des coûts de ces études. Elle présente trois scénarios possibles pour la réalisation d'une enquête en population générale, en tenant compte du contexte culturel et social et des spécificités liées à la Belgique. Nous espérons vivement que cette enquête permettra d'améliorer et de systématiser la récolte de données épidémiologiques en la matière.

2.1.1.1. Ligne téléphonique et autres contacts enregistrés par Infor-Drogues

“**INFOR-DROGUES**” est la ligne téléphonique francophone d'information et d'aide en matière de drogues créée en 1971. Depuis 1989, cette ligne est accessible 24h/24, et ce durant toute l'année. L'appel n'est pas gratuit mais depuis novembre 2000, le coût de l'appel est le même peu importe l'endroit de Belgique d'où il émane. Les contacts enregistrés par Infor-Drogues le sont en énorme majorité par téléphone, mais comprennent aussi des demandes écrites ou formulées lors d'une visite dans les locaux de l'organisation.

Depuis 2005, Infor-Drogues a mis en place un service « d'e-permanence ». Celui-ci permet aux utilisateurs de poser des questions, de manière tout à fait confidentielle, et de recevoir des réponses via le site Internet de l'association. Les responsables du service traitent les questions et produisent une réponse dans un délai maximum de 72 heures. Un total de 331 courriels ont été reçus au cours de l'année 2008. Ces courriels représentent un total de près de 433 demandes identifiées, qui sont le fait de 266 personnes (lesquelles peuvent bien sûr être l'auteur de plusieurs demandes). Les personnes qui utilisent ce type de service sont en grande majorité des personnes plus jeunes que celles qui font usage de la ligne téléphonique. Les courriels sont par ailleurs davantage le fait de consommateurs (53%).

Parmi les produits évoqués, le cannabis reste le premier produit (32 % des courriels en 2008). Il faut souligner une forte progression pour l'alcool qui passe de 7,50 % des produits évoqués en 2007 à 16 % des cas en 2008. La cocaïne représente 17% des demandes.

En ce qui concerne **la ligne téléphonique**, Infor-Drogues choisit à dessein de comptabiliser les produits « évoqués » plutôt que déclarés comme étant « consommés ». En effet, la majorité des contacts ont lieu avec des personnes se déclarant non-consommatrices. Il est donc logique, et plus pertinent scientifiquement de parler de produits évoqués plutôt que « consommés », ce qui permet par ailleurs d'identifier les produits qui suscitent le plus de questions au sein de la population.

En 2008, il y a eu 3.460 produits évoqués lors des contacts, soit une diminution de 13 % par rapport à l'année 2007. Le tableau 4 détaille les différents produits évoqués lors de contacts pour la période comprise entre 2001 et 2008.

Figure 4 : Age du public du service d'e-permanence pour les années 2007 et 2008 (pourcentage).

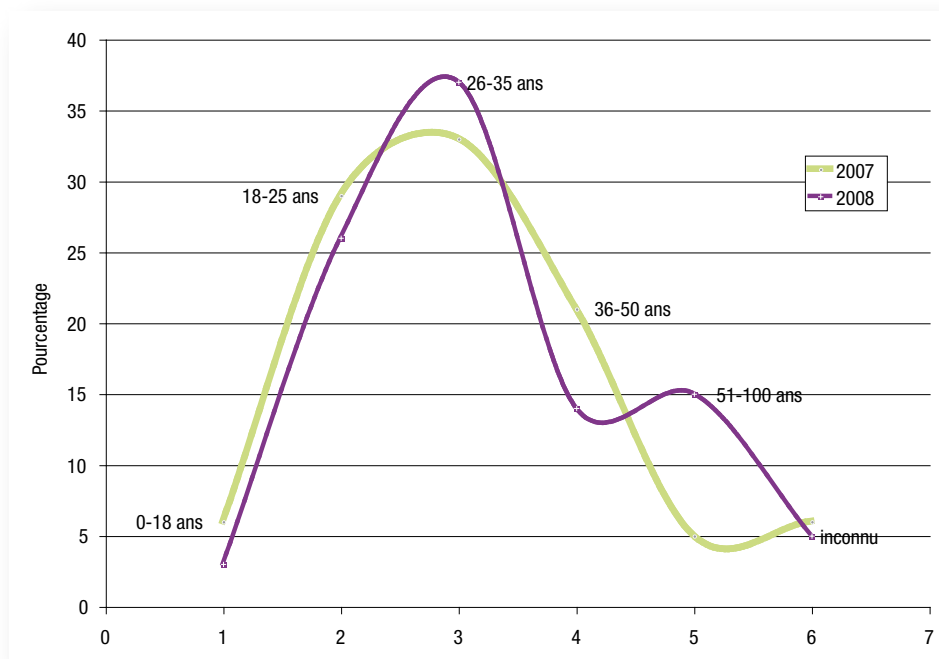


Tableau 3 : Produits évoqués lors des contacts avec Infor-Drogues, 2001-2008.

Produit	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008 %	07/08
	n	n	n	n	n	n	n	n	n	%
Cannabis	1.752	1.761	2.171	1.978	1.659	1.438	1.353	1.205	35	- 11 %
Cocaïne	510	582	846	721	682	742	737	665	19	- 10 %
Alcool	348	460	533	484	483	474	480	422	12	- 12 %
Héroïne	435	402	447	437	382	347	300	323	9	+ 8 %
Médicaments	221	311	392	344	276	270	236	199	6	- 16 %
Methadone	225	213	210	236	250	226	196	185	5	- 6 %
X.T.C.	495	342	301	322	190	190	139	6	1	- 95 %
Crack				137	149	179	226	166	5	- 26 %
Tabac	76	99	136	130	106	133	89	63	2	- 29 %
Amphétamines	192	144	132	135	102	112	93	73	2	- 21 %
L.S.D.	188	102	59	82	39	49	44	30	1	- 32 %
Solvants	32	43	52	39	29	25	32	67	2	+ 87 %
Autres	173	139	100	89	104	55	30	63	2	+ 100 %
Total	4.647	4.598	5.379	5.134	4.451	4.240	3.955	3.460	100	- 13 %

Source : infor-Drogues

Cette année encore, le cannabis est en tête de liste (35% des produits évoqués). Néanmoins il faut constater une diminution dans l'ensemble de produits évoqués à l'exception de l'héroïne et des solvants. Pour ce qui est de l'héroïne, on observe, pour l'année 2008, une légère augmentation (8%) des appels faisant allusion à cet opiacé. La grosse augmentation des appels en relation avec les solvants doit être relativisée. En effet, le grand nombre d'appels reçu est à mettre en relation avec l'impact de la presse, qui a largement rapporté la pratique de deux groupes de jeunes consommant des gaz de briquet et ayant provoqué des accidents. On peut supposer, toutefois, que la consommation de ce produit reste stable.

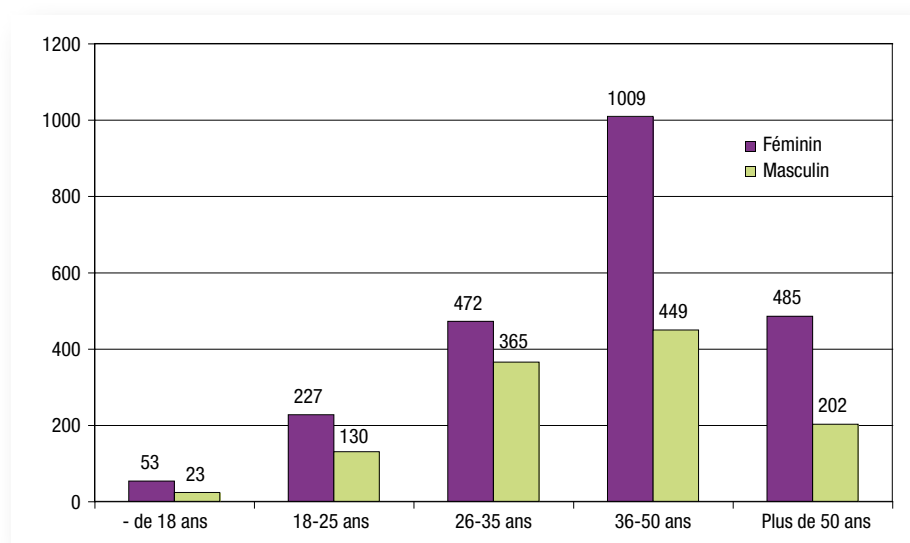
En ce qui concerne le sexe des personnes qui contactent Infor-Drogues, les femmes sont, depuis des nombreuses années, surreprésentées. Dans plus de 60 % des cas, c'est une personne de sexe féminin qui prend contact avec la ligne téléphonique. Cette surreprésentation est encore plus largement marquée au niveau des tranches « 36 – 50 ans » et « + de 50 ans ». Les femmes sont généralement des mères ou des conjointes qui appellent pour obtenir des informations, des conseils pour leurs fils ou leur conjoint.

Tableau 4 : Age et sexe des appelants, année 2008

	- de 18 ans	18-25 ans	26-35 ans	36-50	+ de 50	Age inconnu	Total
	n	n	n	n	n	n	n
Féminin	53	227	472	1009	485	34	2280
Masculin	23	130	365	449	202	24	1193
Inconnu	-	6	2	3	4	133	149

Source : Infor-Drogues

Figure 5 : Ligne téléphonique d'Infor-Drogues. Age et sexe des appelants, 2008.



Quel est le type de public qui contacte Infor-Drogues? Le tableau suivant donne un aperçu général du type de personnes qui font appel à la ligne téléphonique depuis 2002. Les

pourcentages d'appels des usagers (bien qu'en diminution de 5 %) et de l'entourage sont les plus importants avec respectivement 24 % et 44 %. Ces deux catégories représentent près de 68 % de l'ensemble des appelants.

Tableau 5 : Catégories de public qui contactent Infor-Drogues, 2002-2008.

	2002 n	2003 n	2004 n	2005 n	2006 n	2007 n	2008 n	2007/2008 %
Usagers	1.145	1.311	1.258	1.154	1.099	1004	952	- 5 %
Entourage	2.355	2.634	2.501	2.174	1.960	1824	1717	- 6 %
Professionnels	582	636	686	603	482	548	515	- 6 %
Étudiants	434	470	474	354	276	260	251	- 3 %
Autres	723	732	656	630	389	465	386	- 17 %
Ne sait pas	192	152	164	116	62	59	78	- 32 %

Source : Infor-Drogues

2.1.2. L'usage de drogues chez les jeunes

2.1.2.1. Enquête sur le comportement de santé des jeunes scolarisés en Communauté française¹⁷. Enquête HBSC 2006.

L'enquête internationale «Health Behaviour in School-aged Children» (www.hbsc.org) est réalisée à l'échelle de la Communauté française tous les deux ou quatre ans, depuis 1985, par l'Unité de Promotion et d'Education Santé (PROMES). Il s'agit d'une étude élaborée en partenariat avec le Bureau Européen de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les objectifs de l'enquête sont de mieux appréhender la santé et le bien être des jeunes, leur comportement de santé ainsi que le contexte social dans lequel ils évoluent. Un volet assuétudes (tabac, alcool, drogues et multimédias) est également abordé.

Les résultats présentés ci-dessous correspondent au volet « assuétudes » de la huitième enquête, effectuée en 2006 (les résultats préliminaires de l'enquête avaient été publiés dans notre rapport précédent).

Année de collecte de données	2006
Type d'étude	Enquête
Objet primaire	
Population cible	Elèves entre la 5ème primaire et la 6ème secondaire.
Méthode d'échantillonnage	Aléatoire stratifié
Echantillon d'étude	11.860 élèves
Taux de réponse	48%
Couverture	Elèves de la Communauté française
Distribution d'âge	10 à 19 ans
Instrument d'investigation	Questionnaire auto-administré

¹⁷ Favresse et al., 2008.

Méthodes

■ Population

L'enquête se concentre sur les élèves allant de la cinquième primaire à la sixième secondaire. Un total de 83 écoles primaires et 65 écoles secondaires ont participé à l'enquête, ce qui correspond à un taux de participation de 48 %. 11.860 élèves ont participé et 11.817 questionnaires ont été retenus pour l'encodage.

■ Echantillonnage

L'enquête a été effectuée sur un échantillon représentatif d'élèves de la Communauté française (échantillon aléatoire stratifié proportionnellement à la répartition de la population scolaire par province et réseau d'enseignement). Il s'agit d'un échantillon à deux degrés (un tirage des écoles et un tirage des classes)

■ Questionnaire

L'enquête repose sur un questionnaire auto-administré validé au niveau international et communautaire. Pour l'enquête 2006, plusieurs versions du questionnaire ont été utilisées :

- Un questionnaire pour les classes primaires, qui ne reprend pas les questions relatives aux relations sexuelles et aux drogues illicites.
- Un questionnaire pour les jeunes de la première à la cinquième secondaire du réseau de l'enseignement catholique, qui ne reprend pas les questions en relation avec les rapports sexuels.
- Un questionnaire complet pour les élèves de sixième secondaire.

Résultats

■ Alcool

Les résultats de l'étude montrent que parmi les jeunes scolarisés, l'expérimentation et l'usage régulier d'alcool ont tendance à se stabiliser depuis 1994. Cette tendance est particulièrement observée dans les deux dernières années de l'enseignement primaire. Pour ce qui est de la consommation plus problématique (mesurée par la variable « ivre plus d'une fois au cours de la vie »), on constate son augmentation parmi les jeunes de l'enseignement secondaire. Elle est légèrement plus fréquente parmi les élèves de l'enseignement technique et professionnel que parmi ceux de l'enseignement général.

■ Tabac

Parmi les jeunes de l'enseignement secondaire âgés de 13 à 18 ans, 77% déclarent être non-fumeurs, 13,9% déclarent être des fumeurs quotidiens, 4,1% avoir une consommation hebdomadaire et 5,0% une consommation moindre qu'hebdomadaire.

Parmi les élèves de secondaire, tant pour l'expérimentation que pour l'usage quotidien, la consommation est similaire indépendamment des sexes. Par contre les jeunes des filières techniques et professionnelles restent plus nombreux à fumer que les jeunes de l'enseignement général.

On observe une diminution de l'expérimentation du tabac (depuis les années 90) chez les élèves de 5^{ème} et 6^{ème} primaire, ainsi que de la consommation quotidienne de tabac.

■ Cannabis

Le cannabis reste la substance illicite la plus consommée parmi les jeunes en Belgique. Pour ce qui est de la consommation chez les jeunes (12-20 ans) en 2006, l'enquête montre que

79,1% se déclarent non consommateurs, 6,2% se déclarent expérimentateurs (1 ou 2 fois), 9,4% comme usagers moyen (3 à 39 fois) et 5,3% déclarent un usage fréquent (40 fois ou plus). Ainsi, cette enquête révèle que 20,9% des jeunes scolarisés de 12 à 20 ans ont déjà consommé au moins une fois du cannabis dans leur vie.

En ce qui concerne l'expérimentation, les résultats illustrent qu'elle est plus importante chez les garçons que les filles, qu'elle se développe avec l'âge et qu'elle est plus importante dans l'enseignement technique et professionnel que parmi les élèves de l'enseignement général.

Pour ce qui est de la consommation régulière au sein des élèves du secondaire, l'étude montre que les garçons ont deux fois plus de risques que les filles d'avoir une consommation de cannabis au moins hebdomadaire, et trois fois plus de risque d'en avoir une consommation quotidienne.

■ Ecstasy

En 2006, seulement 2,9% des jeunes âgés de 12 à 20 ans rapporte avoir déjà consommé de l'ecstasy. Plus précisément, 1,5% se déclarent comme expérimentateurs, 1,0% comme usagers moyen (3 à 39 fois par an) et 0,4% comme usagers fréquents (40 fois ou plus). L'expérimentation au cours de la vie est peu fréquente parmi les jeunes de 12-20 ans de l'enseignement secondaire. Ils sont 3,8% à rapporter cette expérimentation en 2006. Il y a une diminution de l'expérimentation au cours de la vie depuis 1998. L'expérimentation est plus importante chez les garçons que chez les filles, et plus importante chez les jeunes des filières professionnelles et techniques que chez les élèves de l'enseignement secondaire.

2.1.2.2 Une enquête du CRIOC : "Jeunes et drogues"¹⁸

Année de collecte de données	2007
Type d'étude	Enquête
Objet primaire	Evaluer la consommation de cannabis et d'autres drogues chez les jeunes de 12 à 17 ans
Population cible	Elèves de 12 à 17 ans
Méthode d'échantillonnage	Aléatoire stratifié redressé (pour le résultat global)
Echantillon d'étude	1065 élèves
Taux de réponse	
Couverture	Ecoles secondaires de Belgique
Distribution d'âge	12 à 17 ans
Instrument d'investigation	Interview en face-à-face

RÉSULTATS CONCERNANT LE CANNABIS

Expérimentation : En 2007, un peu plus d'un jeune répondant sur quatre (26%) déclare avoir déjà expérimenté au moins une fois le cannabis. Cette proportion a augmenté depuis 2005 et 2006, puisqu'un jeune sur sept environ déclarait alors avoir expérimenté le cannabis.

¹⁸ CRIOC, 2006.

Usage actuel : 13% des jeunes ont répondu oui à la question : « Utilises-tu actuellement du cannabis ? », pour 8% en 2006.¹⁹

Un **profil des utilisateurs** (expérimentateurs) de cannabis est ensuite proposé. Selon celui-ci, les utilisateurs fréquentent plus souvent l'enseignement professionnel (+15%), sont plus nombreux en 5^{ème} et 6^{ème} années secondaire (+7%), habitent plus souvent en Wallonie (+10%, et en particulier dans les petites localités et les communes rurales), et vivent plus fréquemment dans une famille monoparentale où seule la mère est présente (+20%). En termes relationnels, ils sont plus souvent déçus de leur vie familiale (+13%) ou de leur milieu de vie (+19%) que les non utilisateurs.

Mode d'usage : l'usage de cannabis est considéré par le CRIOC comme une activité collective, et en conséquence l'usage solitaire comme un signe de forte dépendance.²⁰ Un peu moins d'un jeune sur cinq déclare avoir déjà consommé du cannabis seul plus d'une fois. Un peu plus d'un sur cinq l'aurait fait une seule fois, tandis qu'environ trois sur cinq ne l'ont jamais fait. Les filles (72%) sont plus nombreuses à n'avoir jamais consommé seules que les garçons (45%).

Âge de début de consommation. Il semblerait que l'expérimentation débute à 13 ans. On observe en 2007 une augmentation de la fréquence de l'expérimentation de cannabis chez les moins de 15 ans par rapport à 2006.

Cannabis et alcool. Parmi ceux qui ont déjà consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie (26% des répondants), près de la moitié en ont consommé en combinaison avec l'alcool, et ce plusieurs fois, tandis qu'un peu plus d'un quart de ces expérimentateurs l'ont déjà fait une fois.

Disponibilité. Un jeune sur deux environ s'est vu proposer du cannabis par un ami (proche), et un peu plus d'un jeune sur trois s'en est vu proposer par un copain (plus lointain).

Perception. 81% des jeunes interrogés pensent que le cannabis provoque rapidement une dépendance et qu'il est donc préférable de ne pas commencer. Toutefois, 51% pensent que le cannabis n'est pas dangereux si on est attentif à la quantité consommée et à la qualité du produit. En outre, 51% pensent que le cannabis « aide à se relaxer et à calmer ses angoisses », et 25% pensent que le cannabis « aide à mieux s'amuser ». Enfin, 18% des jeunes répondants pensent que consommer du cannabis n'est pas dangereux.²¹

Dépendance. Parmi les usagers « actuels » de cannabis (soit 13% des répondants), moins d'un sur cinq (17% de ces usagers actuels) s'estime être dépendant de cette substance.

19 On notera que cette question est nettement moins précise que les questions habituellement posées pour définir cet item, qui visent en général le dernier mois ou les dernières semaines.

20 Les critères révélant une consommation « problématique » (pour la santé) dans le champ de la promotion de la santé sont en général plus pointus. Ils reprennent notamment la notion de « consommation abusive », soit une consommation dans des circonstances où cela peut être dommageable (par exemple au travail ou au volant), ou encore de consommation « maniaque », qui serait une consommation dont on a perdu le contrôle (en termes de quantités, de qualité – par exemple, encore une fois, dans des lieux inadéquats, ou en ce que la consommation empêche d'accomplir les activités et tâches usuelles du consommateur).

21 En revanche, la publication ne propose hélas pas de comparaison de la perception du cannabis entre les consommateurs et les non consommateurs.

Information des parents. Parmi les jeunes qui ont déjà expérimenté le cannabis, 32%, 25% et 22% ont déclaré que leurs parents étaient au courant, respectivement pour les années 2005, 2006 et 2007.

Rôle des parents. Six jeunes sur dix pensent que les parents jouent un rôle important dans la « prévention de la consommation de cannabis chez les jeunes ». ²²

Parler du cannabis. A la question « Si tu devais parler avec quelqu'un du cannabis, avec qui le ferais-tu ? », 54% des répondants ont indiqué « un(e) ami(e) » ²³, tandis que 19% aimeraient le faire avec leur mère et 16% avec leur père. ²⁴

Utilisation dans l'entourage. Plus d'un jeune répondant sur dix connaît quelqu'un dans sa famille (en dehors du noyau familial) qui consomme du cannabis, et près d'un jeune sur dix déclare avoir un père qui consomme du cannabis ²⁵.

RÉSULTATS CONCERNANT D'AUTRES PRODUITS

Des produits qui **améliorent les performances** sont parfois utilisés par les jeunes. Environ un jeune sur vingt en a déjà fait usage plusieurs fois (6% pour les produits contre la fatigue physique ; ou encore 5% en ce qui concerne les produits améliorant les performances sportives). Ces proportions baissent très légèrement pour ceux qui en ont fait usage une seule fois (3% pour les produits utilisés pour stimuler les performances sportives ; 6% pour les produits utilisés contre la fatigue physique ; 3% pour les produits utilisés pour améliorer les performances aux examens).

Médicaments utilisés comme drogues. Près d'un jeune sur quatre a déjà utilisé des médicaments (calmants, stimulants, amphétamines) une ou plusieurs fois, pour des raisons étrangères à l'amélioration de performances.

La **cocaïne**, **l'ecstasy**, les **produits hallucinogènes** ou les **solvants** ont été utilisés une ou plusieurs fois par moins de 5 jeunes sur 100.

D'autres produits restent très marginalement utilisés (**héroïne**, **GHB**, **Kétamine**, etc.)

²² Ceci souligne selon nous, une fois encore, le rôle central des adultes-relais par excellence, soit les parents eux-mêmes.

²³ Ceci souligne, toujours selon nous, le rôle central joué par les pairs, exploité à des fins de promotion de la santé dans les opérations « Boule de neige ».

²⁴ Ici non plus, la différence n'est pas faite entre les consommateurs et les non consommateurs.

²⁵ Ce qui pourrait dénoter, selon nous, une extension du phénomène et une relative acceptation sociale.

2.2 LES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

2.2.1 Demande de traitement auprès des services spécialisés en toxicomanies : données issues de l'indicateur de la demande de traitement (TDI)

2.2.1.1 Contexte de recherche²⁶

EN EUROPE:

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

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

- demandes de traitement des usagers de drogues ;
- décès liés à la drogue et mortalité des usagers de drogues ;
- maladies infectieuses chez les usagers de drogues par voie intraveineuse ;
- usage de drogues dans la population générale
- estimations de l'« usage problématique » de drogues.

Parmi ces cinq indicateurs, l'indicateur de demande de traitement (appelé TDI, pour *Treatment demand indicator*) complète les informations sur les tendances générales de l'usage problématique de drogues. Il consiste à enregistrer, chaque année civile, les demandes de traitement relatives à un problème d'abus ou de dépendance à une drogue illégale²⁷. Il permet ainsi d'avoir une estimation du nombre et du profil de personnes ayant fait une telle demande auprès d'un centre spécialisé et ce, grâce à un système de récolte des données spécifique composé d'une vingtaine de variables²⁸.

L'obligation européenne de récolter les 5 indicateurs épidémiologiques est à nouveau notifiée dans le plan d'action drogues 2009-2012 de l'Union européenne (UE). Le cadre méthodologique et conceptuel ainsi que les variables en lien avec le TDI ont été initialement définis dans le protocole européen « Joint Pompidou Group- EMCDDA Treatment Demand Indicator Protocol version 2.0 », accessible en ligne sur le site de l'OEDT²⁹.

26 Informations disponibles sur le site de la Commission européenne http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/information/fsj_drugs_information_fr.htm, dernière consultation le 28/09/2009; des informations complémentaires sont également disponibles sur le site du Programme Drogues de l'Institut Scientifique de Santé Publique <http://www.iph.fgov.be/reitox/FR/progdrogues.htm>, dernière consultation le 28/09/2009.

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

28 La sélection de ces variables a été motivée par une importante étude scientifique européenne, dont les détails sont disponibles sur le site de l'OEDT <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1420>, dernière consultation le 28/09/2009.

29 Informations disponibles sur le site de l'OEDT <http://ar2005.emcdda.europa.eu/fr/home-fr.html>, dernière consultation le 14/01/2008.

EN BELGIQUE:

La Belgique a approuvé le plan drogue de l'UE et elle s'est ainsi engagée à récolter ces 5 indicateurs et à les renvoyer à l'UE. Cependant, le protocole européen a été « traduit » au niveau belge afin d'aboutir à des définitions et des instructions communes pour les différents systèmes de collecte répartis sur la Belgique. Il s'agit d'un protocole d'accord signé par tous les ministres de la santé publique, qui a été publié au Moniteur le 3 mai 2006. Une de ses particularités est qu'il mentionne explicitement que la Belgique doit intégrer dans cette récolte les demandes de traitement liées à l'alcool³⁰.

Les données belges des 5 indicateurs récoltées par les différents Sous-Points Focaux et les partenaires sont centralisées par l'Institut Scientifique de Santé publique (ISP), qui officie en tant que Point Focal, avant d'être envoyée à l'OEDT.

LOCALEMENT, AU NIVEAU D'EUROTOX ET DU RÉSEAU DE COLLECTE DES DONNÉES :

Eurotox, en tant que Sous-Point Focal, a développé un système de collecte de données (CCAD/Eurotox) qui tente de couvrir un maximum de types de centres (*pour les détails de la couverture, voir chapitre 5*). Pour ce faire, nous travaillons en collaboration avec trois systèmes opérationnels en Communauté française, à savoir:

- la Coordination Drogues de Charleroi (depuis 1995), appelée aussi « Sentinelles », qui utilise un outil de récolte spécifique,
- la fiche épidémiologique 'santé mentale' en Région wallonne (depuis janvier 2003) pour laquelle un greffon 'toxicomanie' a été élaboré par Eurotox³¹,
- la Coordination Toxicomanies Bruxelles (CTB-ODB) qui travaille avec un logiciel informatique baptisé Addibru.

Ainsi, depuis 1993 en Communauté française, grâce aux trois systèmes de collecte de données, le TDI peut être récolté à travers différents types de centres : les centres de santé mentale spécialisés (ambulatoires) dépendant des entités fédérées ; les structures spécialisées de prise en charge des problèmes liés aux drogues avec ou sans convention « INAMI » (résidentielles et ambulatoires), les hôpitaux, les habitations protégées et les maisons de soins psychiatriques. Ne sont pas inclus actuellement les médecins généralistes³² et les centres non spécialisés.

La liste de centres d'enregistrement inclus dans l'analyse 2007 n'est pas présentée en annexe, contrairement aux autres années, parce que nous allons très prochainement actualiser notre base de données.

2.2.1.2 Méthodes et moyens**PUBLIC CIBLE :**

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

30 Pour plus de détails sur l'implémentation du TDI en Belgique, voir le document suivant sur le site de l'ISSP (<http://www.iph.fgov.be/reitox/Publications/TDIB03.pdf>), dernière consultation le 28/09/2009.

31 Avant la mise en œuvre officielle de la fiche santé mentale en 2003, les Services de santé mentale (SSM) en Région wallonne ont collecté des données épidémiologiques sur base volontaire et pendant de très nombreuses années. Les SSM à mission toxicomanie en particulier ont participé jusqu'en 2002 à la collecte du TDI via la fiche Eurotox.

32 Toutefois, dans notre rapport 2004-2005, nous avons présenté les analyses relatives à la SSMG Alto de la Région wallonne. Nous ne les présentons pas cette année dans la mesure où, pour des questions budgétaires et par manque de moyens humains et logistiques, la SSMG Alto n'a pas pu encoder de données TDI.

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

Pour des raisons techniques et éthiques, la distinction entre les admissions et les premières demandes ne peut actuellement être faite qu'au sein d'une même institution et ce, sur base de la déclaration du demandeur. Cette procédure est problématique puisqu'elle repose entièrement sur les déclarations du demandeur. Plusieurs solutions ont été envisagées par le groupe de travail TDI (pour plus de détails, voir chapitre 5), et il a été décidé de mettre au point un code d'identification unique qui permettra, sans mettre en péril l'anonymat du demandeur, d'identifier automatiquement les demandeurs « récidivistes » afin de pouvoir les distinguer des primo-demandeurs. L'implémentation de ce code d'anonymisation dans notre système de récolte de données est prévue pour 2010.

DÉFINITIONS :

- **Traitement :** on entend par traitement toute activité visant l'amélioration du statut psychique, médical et/ou social des usagers de drogues ayant des problèmes liés à leur consommation personnelle. Cette définition comprend certaines activités de réduction des risques, ainsi que l'offre de soins faite par certaines structures dont l'objectif premier est la désintoxication ou le maintien de l'abstinence, mais elle inclut également l'intervention de structures qui dispensent un avis, des conseils ou encore un soutien au patient. La notion de traitement est donc considérée dans une acception assez large. Notons toutefois que les structures qui ne délivrent qu'une aide sociale ne sont pas intégrées au recueil.
- **Type de centres :** il s'agit de centres qui accueillent des consommateurs de substances psychoactives afin de leur proposer un traitement. Les centres participant au recueil doivent être reconnus et financés par une autorité en tant que centre de traitement ayant une mission généraliste ou spécifique. Il peut en outre s'agir de structures médicales ou non médicales, publiques ou privées. On nomme **systèmes d'enregistrement** nos partenaires directs dans le cadre de la collecte du TDI à savoir : la CTB-ODB, la Coordination Drogues Charleroi et la Région wallonne.
- **Type d'assuétudes :** les assuétudes prises en compte concernent tant les drogues licites qu'illicites, et comprennent donc l'alcool (spécificité belge) et les médicaments. Depuis peu, nous enregistrons également les demandes de traitement pour une dépendance aux jeux de hasard, mais celles-ci restent minoritaires et ne seront pas développées spécifiquement dans le présent rapport (en 2007, nous avons enregistré 29 demandes de traitement de ce type).
- **Prévalence et incidence :** La notion de prévalence des traitements correspond ici au nombre total de patients en demande de traitement sur une année civile donnée. Nous ne sommes pas actuellement en mesure de pouvoir l'estimer, notamment parce que le protocole TDI ne prévoit que l'enregistrement des nouvelles demandes de traitement enregistrées sur une année civile (et non de l'ensemble des traitements en cours). La notion d'incidence

correspond ici au nombre total de patients (sur une année civile) qui sont en demande de traitement pour la première fois de leur vie. Il s'agit en quelques sortes des « nouveaux cas » enregistrés sur une période donnée.

OUTILS ET MOYENS D'INVESTIGATION :

Comme nous l'avons déjà signalé, les données ne sont pas récoltées avec le même support dans tous les types de centres. Certains centres utilisent la « fiche Eurotox » et d'autres le « greffon Eurotox ». Les centres dont les données sont centralisées par la CTB-ODB utilisent le logiciel « Addibru », et les centres liés à la Coordination Drogue de Charleroi utilisent un questionnaire spécifique couvrant également d'autres variables que celles recueillies dans le cadre du TDI.

La multiplicité des outils et systèmes de récolte a comme corollaire que les variables d'intérêt ne sont pas toutes opérationnalisées de la même manière. Le rôle d'Eurotox est donc également de rendre les données les plus « harmonieuses » possibles en recodant voire croisant certaines d'entre elles afin d'obtenir, en définitive et dans la mesure du possible³³, les variables de base telles que demandées par l'OEDT³⁴.

VARIABLES :

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

Ce deuxième axe couvre 5 volets, à savoir :

- les caractéristiques socio-démographiques de l'usager de drogue : âge, sexe, nationalité, résidence, cohabitation, logement, niveau de scolarité, source principale de revenus ;
- les antécédents judiciaires : affaires judiciaires, incarcérations ;
- le profil de consommation au cours du dernier mois (produit(s) à l'origine de la demande, voie d'administration, âge de la première consommation, etc....) ;
- les antécédents thérapeutiques de l'usager: traitement antérieur, origine de la demande ;
- les risques liés à la consommation et les maladies infectieuses en lien avec l'usage de drogues par injection : administration par injection, dépistage du HIV (+ date du test), dépistage de l'hépatite (+ date du test).

BIAS ET LIMITES:

Limite générale : les données collectées dans le cadre du TDI que nous allons rapporter ambitionnent de représenter de manière fiable les caractéristiques des patients pris en charge par les services de soins spécialisés en la matière en Communauté française. Toutefois, il convient d'être prudent lors de l'extrapolation des résultats pour plusieurs raisons. Premièrement, la couverture interne (nombre de « cas » enregistrés / nombre de « cas » traités) relative

33 Les systèmes d'enregistrement avec lesquels nous collaborons ne récoltent pas systématiquement l'ensemble des variables que nous récoltons par ailleurs, soit parce qu'elles ne sont pas officiellement incluses dans le protocole TDI, soit pour des raisons philosophiques. Par conséquent, certaines des variables que nous allons présenter sont inévitablement assorties d'un nombre élevé de « non réponses ».

34 Eurotox avait ambitionné de créer un logiciel informatique pour récolter les données pour les centres qui ne disposent pas encore de moyens informatiques et récoltent les données à l'aide de formulaire papier. Par manque de budget, ce projet n'a toutefois pas pu être mené à terme. Mais nous collaborons actuellement avec la Région wallonne afin de pouvoir intégrer la récolte du TDI dans l'interface informatique de récolte de données épidémiologiques qui est actuellement en cours d'élaboration au sein de la Région wallonne. La finalisation de ce projet devrait se faire dans le courant de l'année 2010.

à cette collecte n'est pas parfaite, essentiellement en raison du manque de moyen des centres de prise en charge. Dès lors, nous pouvons raisonnablement supposer que les données récoltées sous-estiment le nombre réel de cas pris en charge par les centres, bien que nous soyons incapable à l'heure actuelle de le quantifier. Deuxièmement, la couverture externe (nombre d'institutions participant au recueil / nombre total d'institutions de prises en charge des usagers de drogues) relative à la collecte du TDI n'est pas non plus parfaite, et les différents secteurs sont inégalement représentés (voir chapitre 5). Troisièmement, nous sommes dans l'incapacité d'obtenir systématiquement des réponses des patients pour toutes les variables investiguées, d'une part en raison du caractère sensible de certaines d'entre-elles, et d'autres par parce que les fiches ne sont pas toujours remplies en compagnie du patient, mais sont parfois complétées *a posteriori*, sur base des informations (parfois incomplètes à notre égard) récoltées par les intervenants. Quatrièmement, et comme évoqué supra, nous sommes actuellement dans l'incapacité technique d'éliminer les doublons d'enregistrement (les demandes multiples introduites par une même personne sur une année civile).

Pour les diverses raisons que nous venons d'évoquer, les données que nous allons présenter ci-après ne reflètent pas exhaustivement le public pris en charge par les centres de traitement des assuétudes déployés en Communauté française. Néanmoins, le nombre de patients est suffisamment important et d'origine suffisamment diverse pour autoriser une caractérisation représentative de la population des usagers de drogues en demande de traitement en Communauté française de Belgique.

2.2.1.3 Présentation et analyse des résultats³⁵

A. ÉVOLUTION DES DEMANDES ET DE L'ÉCHANTILLON TDI

En 2006 et 2007, respectivement 3848 et 4435 nouvelles demandes de traitement (que nous nommerons « admissions ») pour un problème d'abus ou de dépendance à une substance³⁶ ont été enregistrées en Communauté française. Comme on peut le remarquer sur la figure 6, on observe, de manière générale, une augmentation du nombre d'enregistrements depuis 2005, principalement au niveau du système de collecte de la CTB-ODB. Cette augmentation ne reflète pas forcément une hausse du nombre de personnes introduisant une demande de traitement, car elle peut être due à une amélioration de la couverture des différents systèmes de collecte. En effet, depuis 2006, deux centres de traitement supplémentaires participent à la récolte TDI orchestrée par la CTB-ODB. Le nombre précis de demandes associé à ces deux centres ne nous a toutefois pas été transmis par la CTB-ODB.

Tendances dans le groupe des premières demandes : le nombre de premières demandes a fluctué autour de 800-900 de 2003 à 2005, puis a subi une forte augmentation en 2006 et 2007 (1111 et 1185, respectivement), principalement au niveau des systèmes de collecte de la CTB-ODB et d'Eurotox. Pour information, l'incidence des demandes de traitement était en 2007 de 10 pour 100.000 habitants pour l'ensemble de la Belgique (*EMCDDA, Statistical Bulletin 2009, Table TDI-6*).

³⁵ Par convention, nous ne rapporterons pour chaque variable que les pourcentages actifs, c'est-à-dire ceux qui correspondent aux personnes ayant donné une réponse à la variable correspondante. Le nombre de non réponses est toutefois systématiquement renseigné en dessous de chaque tableau, et ce à la fois pour les admissions et les premières demandes.

³⁶ Pour rappel, dans notre système de collecte, nous enregistrons également les demandes de traitement pour problème d'alcool ainsi que pour un problème de jeu/pari pathologique. Nous parlerons de manière générique dans les pages qui suivent de problème d'abus ou de dépendance à une substance, même si, bien évidemment, le jeu/pari ne correspond pas vraiment à une substance.

Figure 6 : Evolution du nombre d'admissions par système de collecte, Communauté française, 2003-2007

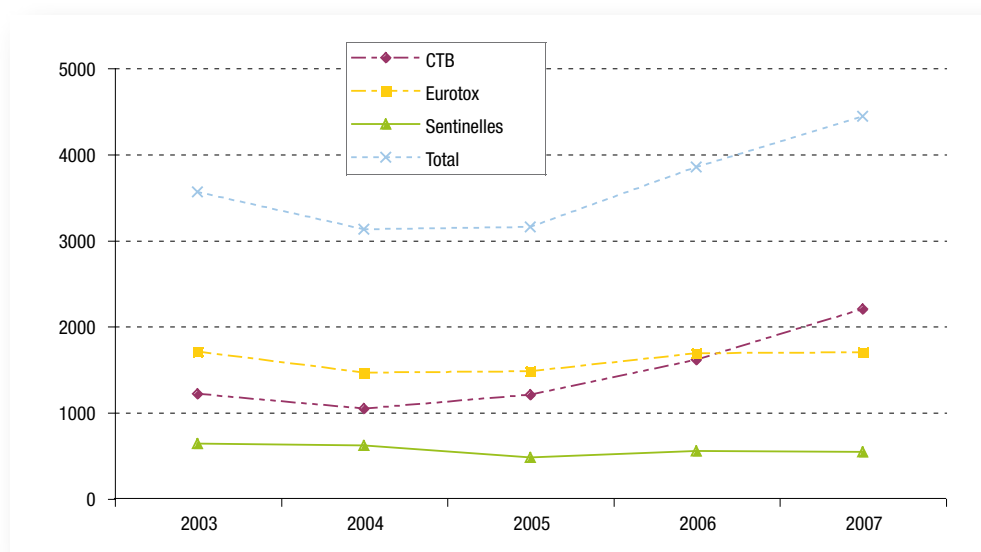
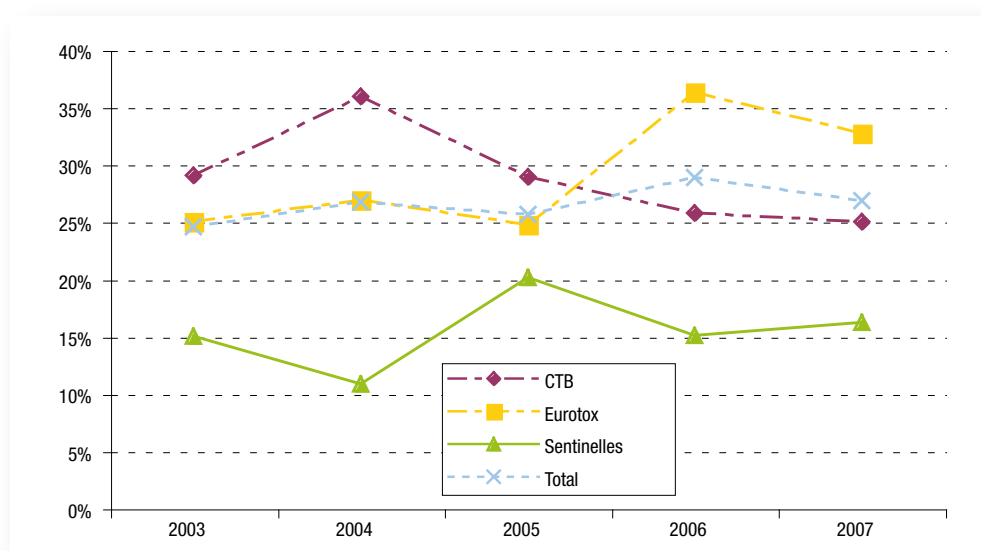


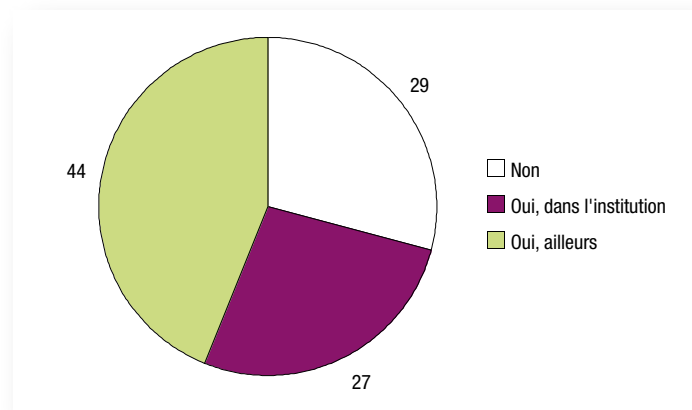
Figure 7 : Evolution du pourcentage annuel de premières demandes de traitement par système de collecte, Communauté française, 2003-2007



Dans la mesure où le nombre de premières demandes est directement proportionnel au nombre d'admissions, nous présentons dans la figure 7 le rapport entre le nombre de premières demandes et le nombre d'admissions, afin de neutraliser cette influence. On peut ainsi remarquer que le pourcentage global de premières demandes varie entre 25 et 29 pourcents sur l'ensemble de la période étudiée. Toutefois, on observe d'importantes fluctuations au sein de chaque système de collecte. Ainsi, alors que le pourcentage des premières demandes enregistrées par Eurotox avoisinait les 25% de 2003 à 2005, il a fortement augmenté en 2006 (36%) pour légèrement

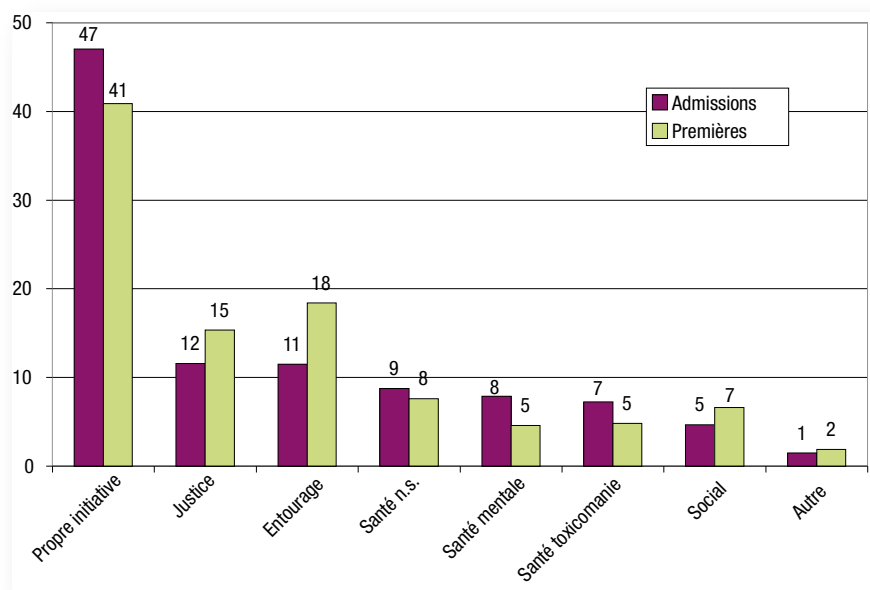
redescendre en 2007 (33%). Cette augmentation pourrait être due (en tout ou en partie) à l'amélioration du taux de réponses à la question permettant de savoir si le patient a déjà suivi un traitement antérieur pour un problème d'abus ou de dépendance à une substance (508 non réponses en 2005 contre 360 en 2007). À l'inverse, on observe une diminution progressive du pourcentage de premières demandes enregistrées par la CTB-ODB depuis 2004. Finalement, on peut remarquer que les pourcentages de premières demandes enregistrées par Sentinelles subit des fluctuations davantage en dents de scie. Elles restent toutefois largement inférieures à celles observées par Eurotox et la CTB-ODB, ce qui suggère que les patients pris en charge dans la région de Charleroi sont davantage « récidivistes » en termes de demandes de traitement.

Figure 8 : Répartition (en %) des admissions en fonction des antécédents thérapeutiques, Communauté française, 2007 (n= 4435)



Nombre de non réponses = 362

Figure 9 : Répartition (en %) des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185) en fonction de l'origine de la demande de traitement, Communauté française, 2007



Nombre de non réponses = 393 (admissions) et 64 (premières demandes)

B. ANTÉCÉDENTS THÉRAPEUTIQUES

En 2007, un peu moins d'un tiers (29%) de l'ensemble des personnes qui ont fait une demande de traitement et dont les antécédents thérapeutiques sont connus ont introduit une première demande de traitement. Environ une personne sur quatre (27%) s'était déjà adressée à l'institution précédemment pour une demande similaire, et près de la moitié (44%) des patients dont les antécédents sont connus avaient déjà introduit une demande dans une autre institution.

C. ORIGINE DE LA DEMANDE DE TRAITEMENT

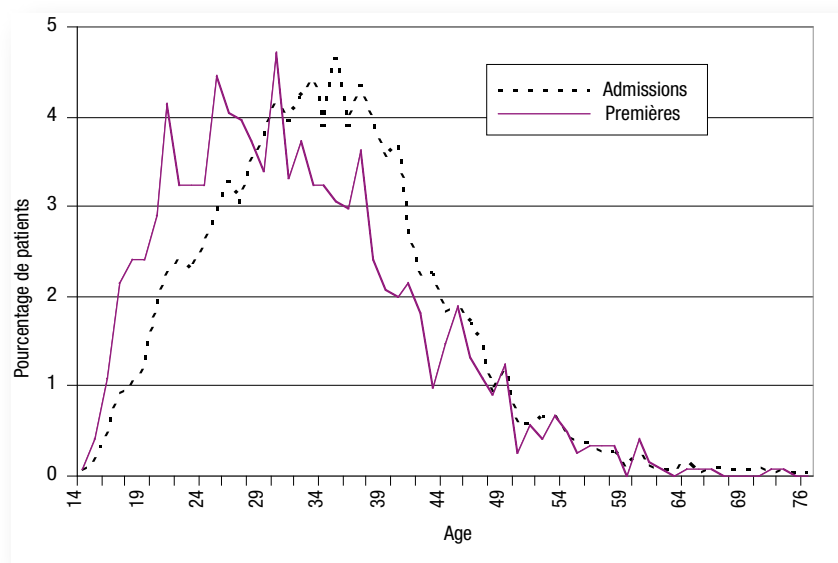
En 2007, près de la moitié des patients ont été admis sur base d'une initiative propre. Les admissions relevant du secteur de la justice atteignent 12%, et 11% des patients sont en demande de traitement par le biais de leur entourage. Les admissions en provenance du secteur santé varient de 7 à 9%. La répartition de l'origine de la demande dans le groupe des primo-demandeurs est relativement équivalente, quoique l'on observe davantage de patients admis sur base de l'intervention de leur entourage et du secteur justice. En contrepartie, les primo-demandeurs sont un peu moins fréquemment admis sur base de leur propre initiative ou du secteur santé mentale.

D. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

■ L'âge

L'âge moyen de l'ensemble des patients admis en 2007 (cf. Admissions) est de 34,21 ans (médiane = 34) et leurs âges varient de 14 à 76 ans (voir figure 10). L'âge moyen des patients en première demande de traitement (cf. Premières) est environ de trois ans plus petit que celui observé pour les admissions (31,65 ans ; médiane = 30), leur âge variant de 14 à 73 ans. De manière générale, ces valeurs sont légèrement plus élevées que celles observées sur l'ensemble des pays participants de l'Union Européenne, dont la moyenne d'âge des admissions est de 31 ans (29 ans pour les premières demandes).

Figure 10 : Distribution des âges au sein des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185), Communauté française, 2007

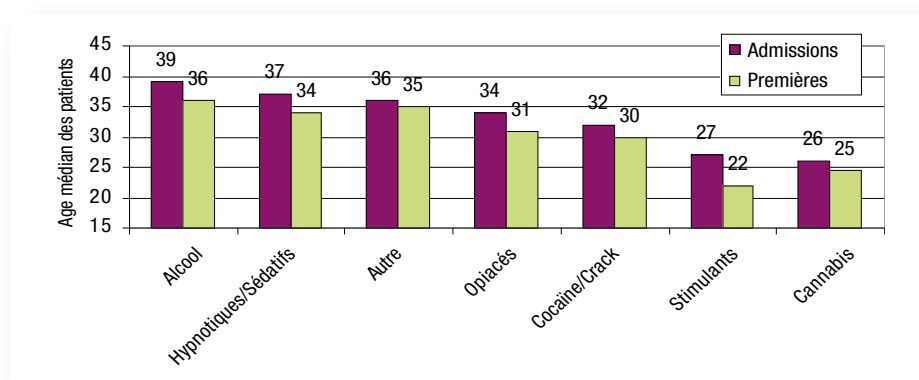


Nombre de non réponses = 102 (admissions) et 32 (premières demandes)

Il convient toutefois de noter que l'âge des patients varie significativement en fonction du type de structure de prise en charge ($F=17,5$; $p<.001$), mais les différences restent somme toute minimales : ambulatoire (33,4 ans), résidentiel (32,5 ans), MASS (33 ans). Ces variations sont en outre beaucoup moins importantes que celles observées sur l'ensemble des pays participants de l'Union Européenne.

Dans le même ordre d'idée, on peut constater dans la figure 11 que l'âge des patients varie significativement en fonction du type de produit à l'origine de la demande, et ce tant pour l'ensemble des admissions ($F=86.83$; $p<.001$) que dans le groupe des premières demandes ($F=28.65$; $p<.001$).

Figure 11 : Age médian des admissions ($n=4435$) et des premières demandes ($n=1185$) en fonction du type de produits consommé, Communauté française, 2007

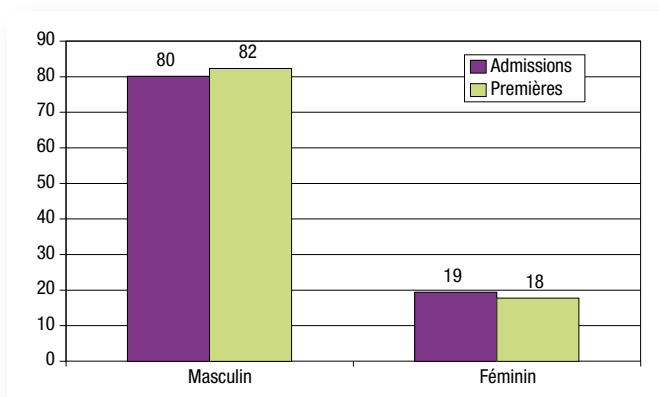


■ Le sexe

On peut constater dans la figure 12 que le ratio hommes/femmes au sein des patients admis annuellement est d'environ 4 pour 1. Des valeurs sensiblement équivalentes sont observées dans le groupe des premières demandes de traitement. Ce ratio est quasiment identique à celui observé parmi l'ensemble des patients admis en demande de traitement en Europe (voir EMCDDA, *Statistical Bulletin 2009, Table TDI-9*). Il est difficile de déterminer si ce ratio correspond à celui qu'on observerait lors d'enquêtes de prévalence belges sur l'usage expérimental, occasionnel et régulier de drogues dans la population générale, puisque de telles enquêtes n'existent pas. Il ne nous est donc pas possible, à l'heure actuelle, d'estimer s'il y a ou non une différence de sexe au niveau de la probabilité de devoir effectuer une demande de traitement en cas d'usage de drogues³⁷. Notons toutefois qu'il y a proportionnellement plus de femmes dans les structures de soins ambulatoires (24,2%) que dans les structures résidentielles (19%) et les MASS (16,3%), ces différences étant significatives ($\text{Chi}^2=23.9$; $p<.001$).

37 Les dernières enquêtes HBSC et HIS réalisées en Belgique (voir nos rapports précédents) suggèrent néanmoins que le sexe ratio varie d'une part en fonction du type de consommation (expérimentation, usage occasionnel, usage régulier), et d'autre part en fonction du type de produits et de l'âge des personnes interrogées. Malheureusement, cette question n'a pas été envisagée systématiquement et elle ne porte que sur certains produits. Différentes données récoltées dans d'autres pays européens confirment toutefois que le sexe ratio observé dans les enquêtes de prévalence subit de pareilles variations (voir OEDT, 2006). Dans notre échantillon, nous avons toutefois constaté que le sexe ratio des patients admis en 2007 ne fluctue que modérément en fonction du type de produits à l'origine de la demande (de 3,2 à 5,2). En revanche, les fluctuations liées à la classe d'âge des patients sont beaucoup plus marquées (de 1 à 6,5).

Figure 12 : Répartition (en %) des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185) en fonction du sexe, Communauté française, 2007

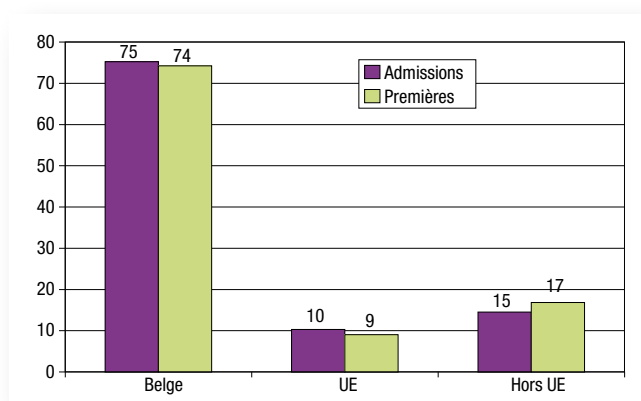


Nombre de non réponses = 20 (admissions) et 1 (premières demandes)

■ La nationalité

En 2007, parmi les patients admis dont la nationalité est connue, la majorité est d'origine belge (75,2%), alors que 10,3% sont non belges mais originaire de l'Union européenne (UE) et 14,5% non belges et ne provenant pas de l'Union Européenne (hors UE). La répartition des nationalités au sein de personnes qui ont fait une première demande en 2007 est sensiblement équivalente à celle observée pour l'ensemble des admissions. Il ne nous est pas permis actuellement de déterminer si ce degré de représentation de patients d'origine non belge dans les structures de soins correspond à leur degré de représentation au niveau de la prévalence d'usage dans la population générale.

Figure 13 : Répartition (en %) des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185) en fonction de la nationalité, Communauté française, 2007



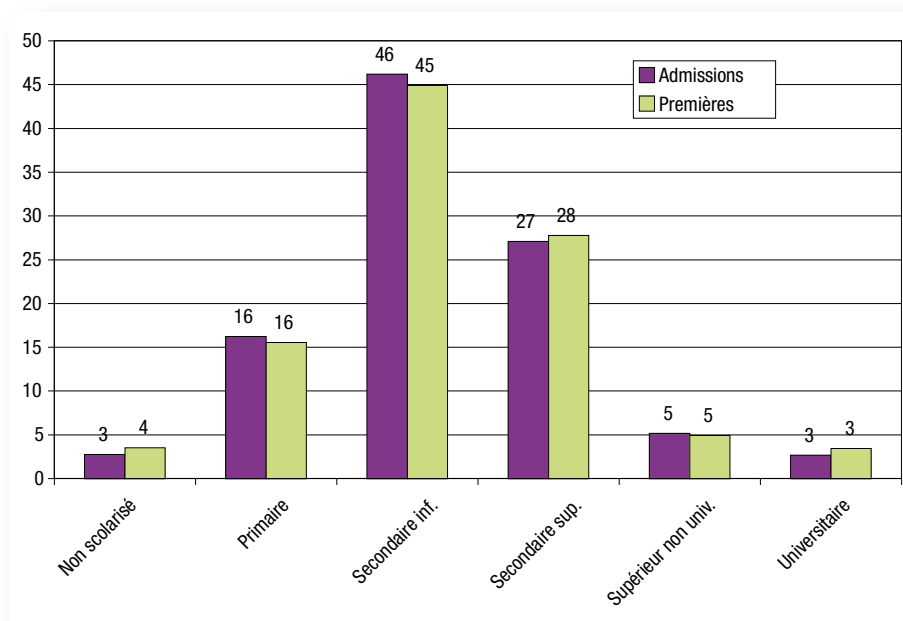
Nombre de non réponses = 353 (admissions) et 75 (premières demandes)

■ Le niveau de scolarité

En 2007, 65% des demandeurs ayant renseigné leur degré de scolarité ne possèdent aucun diplôme ou ont terminé uniquement le niveau primaire ou secondaire inférieur. Les 35%

restant ont au moins achevé le cycle d'études secondaires. Moins d'un demandeur sur 10 possède un diplôme de niveau supérieur ou universitaire.

Figure 14 : Répartition (en %) des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185) en fonction du niveau de scolarité, Communauté française, 2007



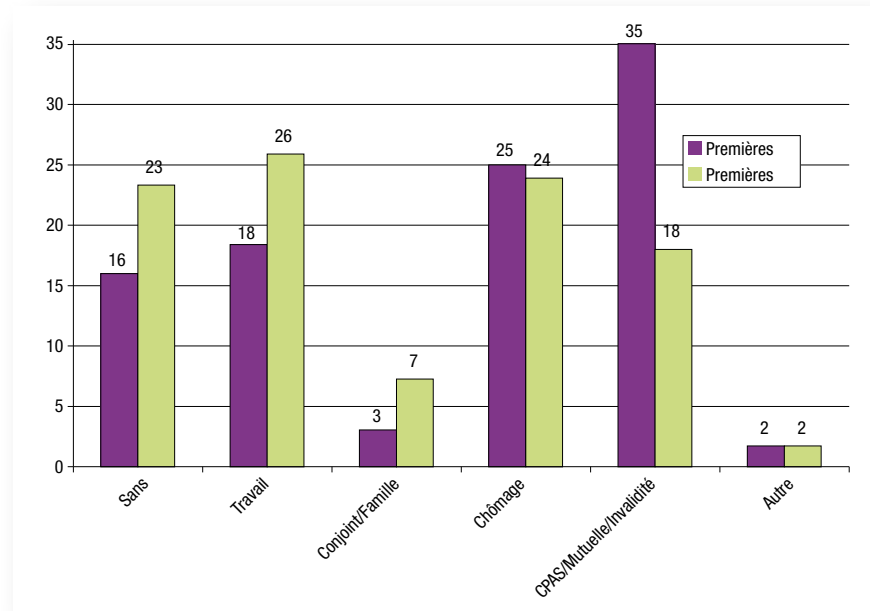
Nombre de non réponses = 1034 (admissions) et 245 (premières demandes)

■ La ressource principale

En 2007, 16% des demandeurs déclaraient ne pas avoir de source de revenu. Environ un tiers (35%) des demandeurs bénéficiait d'un revenu de remplacement (CPAS, mutuelle, invalidité). Enfin, un quart des demandeurs (25%) relève du chômage alors que 18% sont autonomes (travail régulier et/ou occasionnel). Cette surreprésentation des demandeurs à faibles revenus (et peu scolarisés ; voir supra) est toutefois probablement surestimée en raison d'un biais de sélection : les personnes en situation d'abus ou de dépendance à une substance qui ont de meilleurs revenus ont probablement davantage tendance à consulter et suivre un traitement dans un cabinet privé.

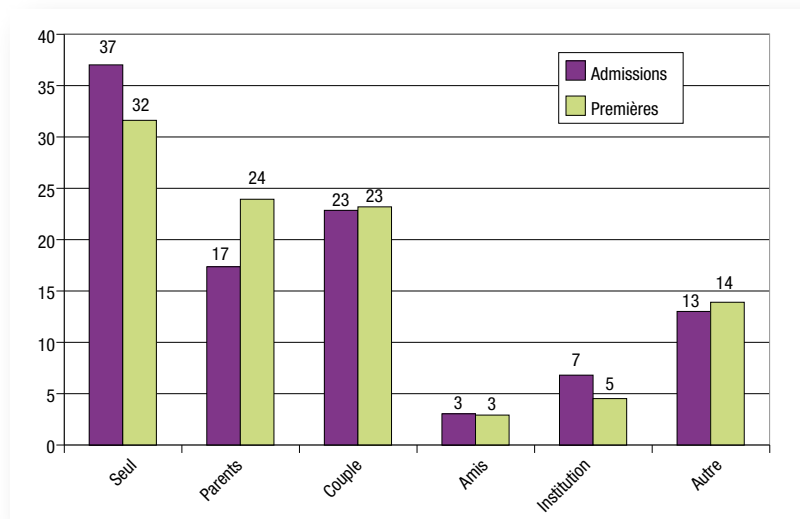
La répartition des ressources est sensiblement différente dans le groupe des premières demandes de traitement. Ainsi, les proportions de patients sans revenus, ayant un travail rémunéré ou encore étant alimentés financièrement par des parents ou le conjoint sont plus importantes que dans le groupe des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

Figure 15 : Répartition (en %) des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185) en fonction de l'origine des revenus, Communauté française, 2007



Nombre de non réponses = 590 (admissions) et 134 (premières demandes)

Figure 16 : Répartition (en %) des admissions et des premières demandes de traitement en fonction du mode de vie, Communauté française, 2007



Nombre de non réponses = 658 (admissions) et 143 (premières demandes)

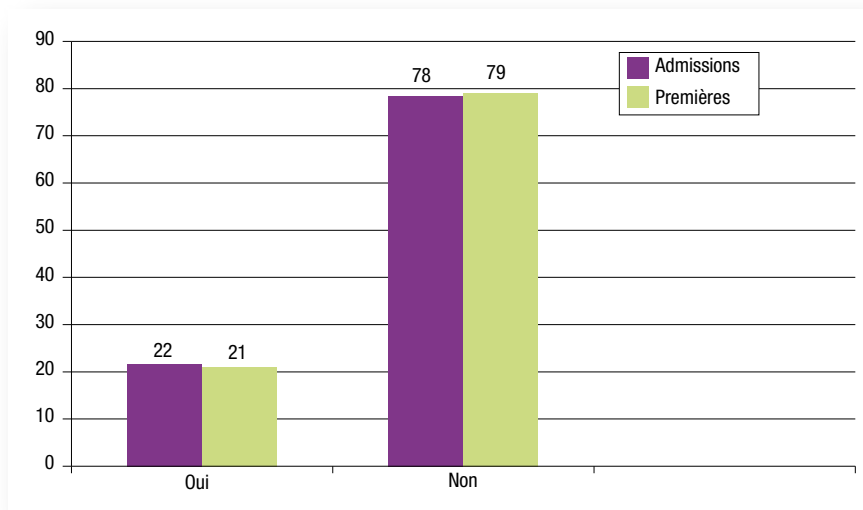
■ **Le mode de vie**

En 2007, plus d'un tiers (37%) des demandeurs sont isolés, 43% vivent en couple, en famille ou avec des amis, et 20% vivent en institution, en prison ou en communauté. La répartition des premières demandes est sensiblement équivalente, si ce n'est que ces patients vivent moins seuls et davantage en famille (probablement en raison de leur plus jeune âge).

■ Les enfants

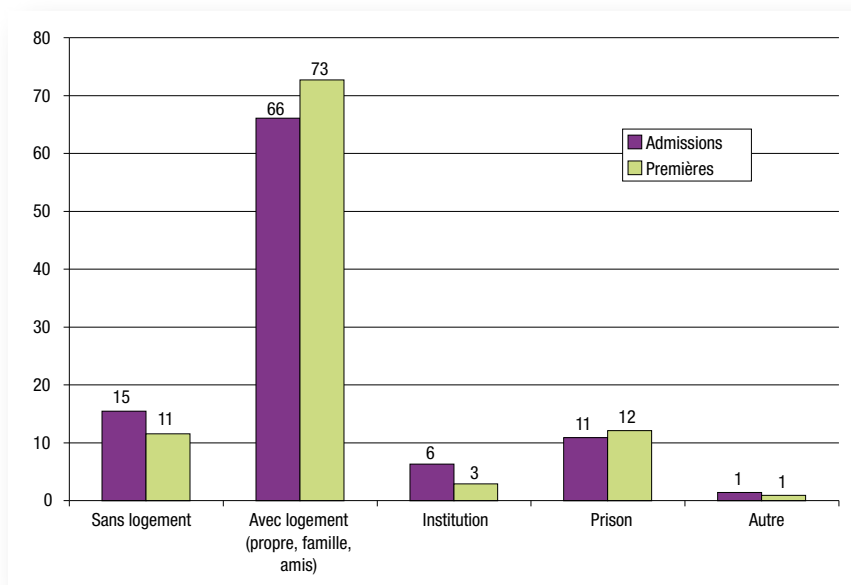
Parmi les demandeurs qui ont répondu à cette question, 22% vivent avec au moins un enfant. Cette proportion est quasiment la même pour le groupe des premières demandes (21%). A noter que le nombre anormalement élevé de non réponses pour cette variable s'explique par le fait que la CTB-ODB (données bruxelloises) ne la récolte pas.

Figure 17 : Répartition (en %) des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185) en fonction du fait de vivre ou non avec un (des) enfant(s), Communauté française, 2007



Nombre de non réponses = 2762 (admissions) et 689 (premières demandes)

Figure 18 : Répartition (en %) des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185) en fonction du lieu de vie, Communauté française, 2007



Nombre de non réponses = 1050 (admissions) et 176 (premières demandes)

■ **Le lieu de vie**

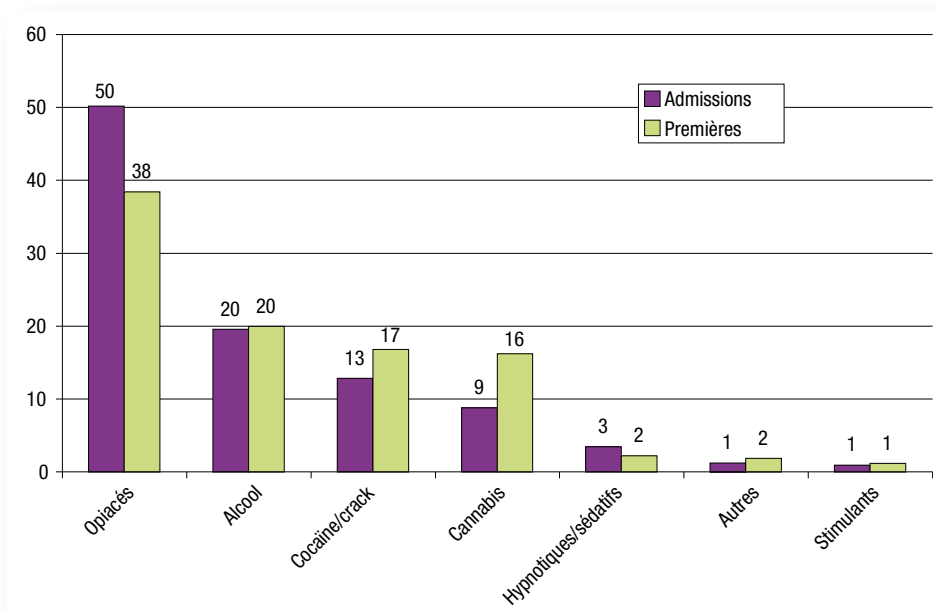
En 2007, près d'un tiers des personnes dont on connaît le lieu de vie sont sans logement ou logées en prison/institution. Les primo-demandeurs ont davantage tendance à avoir un logement. Néanmoins, on constate qu'ils sont aussi enclins à vivre en prison que ce que l'on observe pour l'ensemble des patients admis.

E. PROFILS DE CONSOMMATION DE LA POPULATION AYANT FAIT UNE DEMANDE DE TRAITEMENT

■ **Le produit principal**

En 2007, les opiacés sont à l'origine de la moitié des admissions (50%). L'alcool (20%), la cocaïne (13%) et le cannabis (9%) sont également à l'origine d'une partie non négligeable des demandes de traitement. Cet ordre d'importance est également retrouvé dans le groupe des premières demandes. Il convient de souligner que ces données ne se superposent pas aux données de prévalence de consommation observées dans la population générale (ou même dans des groupes spécifiques ; voir 2.1 et chapitre 2) parce que tous ces produits n'ont pas le même potentiel addictogène. De même, les conséquences psycho-médico-sociales de l'addiction à ces différents produits diffèrent. Pour donner un exemple concret, une personne aura plus de chance de développer une consommation abusive ou dépendante si elle consomme des opiacés que si elle consomme du cannabis, et ce en raison de la manière différente dont ces deux substances agissent sur le cerveau et en bouleversent l'équilibre neurobiologique. De même, et toute chose égale par ailleurs, une consommation abusive ou dépendante d'opiacés aura des conséquences psycho-médico-sociales plus marquées qu'une consommation équivalente de cannabis, d'où la plus grande proportion de patients en demande de traitement pour consommation d'opiacés.

Figure 19 : Répartition (en %) des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185) en fonction du produit principal mentionné, Communauté française, 2007



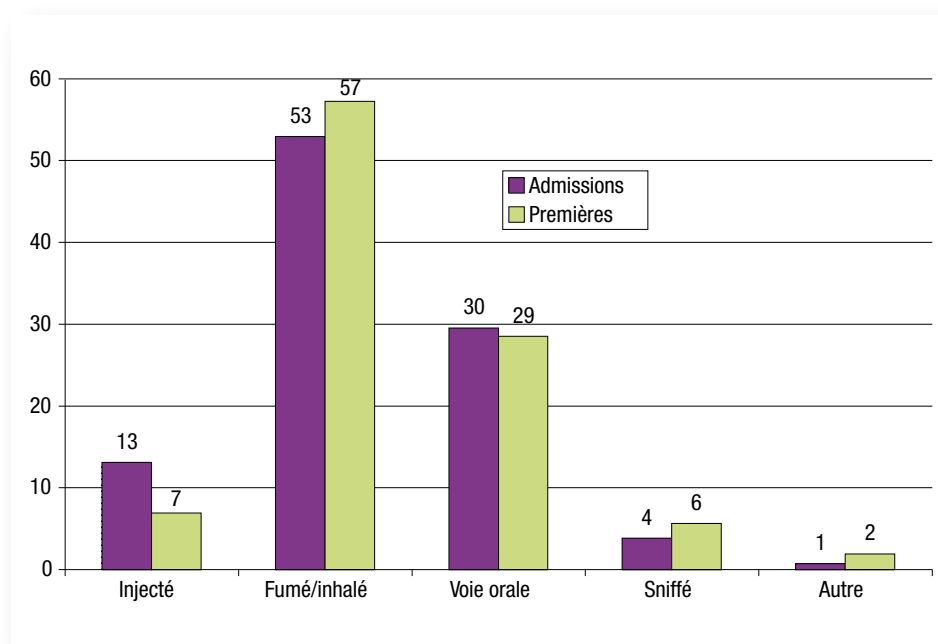
Nombre de non réponses = 224 (admissions) et 46 (premières demandes)

Lorsque l'on effectue une comparaison entre l'ensemble des admissions et les patients primo-demandeurs, on constate certaines différences qui méritent d'être mentionnées. Premièrement, la proportion de patients primo-demandeurs effectuant une demande de traitement pour un problème de consommation d'opiacés est moins importante que dans le cas des admissions. À l'inverse, on observe davantage (en termes de proportion) de patients primo-demandeurs effectuant une demande pour un problème d'abus ou de dépendance au cannabis et, dans une moindre mesure, à la cocaïne/crack.

■ Mode de consommation du produit principal

Une majorité des patients (53%) dont le mode de consommation du produit principal est connu rapportent avoir recours à l'inhalation pour consommer le produit à l'origine de la demande de traitement. La consommation par voie orale est le deuxième mode de consommation le plus souvent rapporté, suivi de l'injection. La répartition de ces modes de consommation est sensiblement équivalente dans le groupe des premières demandes, quoiqu'on y constate moins de recours à l'injection.

Figure 20 : Répartition (en %) des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185) en fonction du mode de consommation du produit principal mentionné, Communauté française, 2007



Nombre de non réponses = 2894 (admissions) et 718 (premières demandes)

Bien entendu, les modes de consommation varient grandement en fonction du type de produit consommé, comme on peut le constater sur les tableaux 6 et 7. En outre, on observe certaines différences entre l'ensemble des admissions et le groupe des premières demandes. On notera particulièrement que les primo-demandeurs ont moins recours à l'injection pour consommer les opiacés, la cocaïne et les stimulants. En revanche, ils consomment davantage de stimulants par voie orale.

Tableau 6 : Répartition des modes de consommation par type de produit principal consommé au sein des admissions (n=4435), Communauté française, 2007

	Injecté	Fumé/inhalé	Voie orale	Sniffé	Autre
Opiacés	23%	69,2%	5,9%	1,7%	0,3%
Cocaïne/Crack	14,3%	59,5%	0,6%	25,6%	/
Stimulants	18,2%	18,2%	45,5%	18,2%	/
Hypnotiques/Sédatifs	/	8,3%	91,7%	/	/
Cannabis	/	98,9%	1,1%	/	/
Alcool	/	/	100%	/	/
Autre	/	16,7%	16,7%	8,3%	58,3%

Tableau 7 : Répartition des modes de consommation par type de produit principal consommé au sein des premières demandes (n=1185), Communauté française, 2007

	Injecté	Fumé/inhalé	Voie orale	Sniffé	Autre
Opiacés	17,7%	78,3%	1,7%	1,1%	1,1%
Cocaïne/Crack	1,8%	57,1%	1,8%	39,3%	/
Stimulants	/	14,3%	71,4%	14,3%	/
Hypnotiques/Sédatifs	/	/	100,0%	/	/
Cannabis	/	98,0%	2,0%	/	/
Alcool	/	/	100,0%	/	/
Autre	/	/	12,5%	12,5%	75,0%

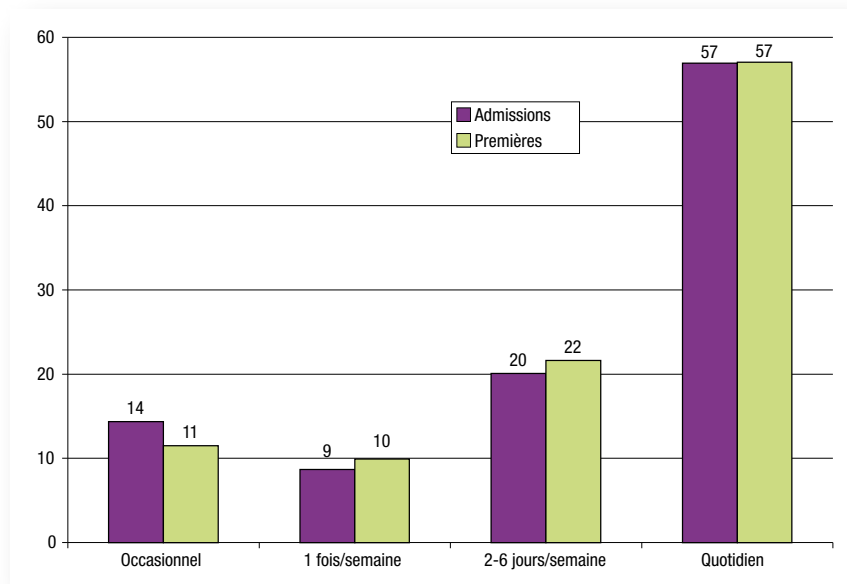
■ Fréquence de consommation du produit principal

En ce qui concerne la fréquence de consommation du produit principal, on notera, de manière peu surprenante, qu'une grande majorité des demandeurs en présente une consommation quotidienne (57%) ou quasi quotidienne (20%). Il existe toutefois une certaine proportion des demandeurs (14%) qui déclarent n'en faire qu'un usage occasionnel.

Afin de mieux comprendre ce qui peut amener des personnes ayant un usage occasionnel d'un produit à entamer une demande de traitement pour un problème d'abus ou de dépendance à une substance, nous avons croisé la variable « fréquence d'usage » avec la variable « origine de la demande ». Il ressort de ces analyses que les patients dont l'usage du produit principal est déclaré occasionnel consultent majoritairement de leur propre initiative (39,8%), ou proviennent du secteur justice (23%) et du secteur santé mentale (13,3%).

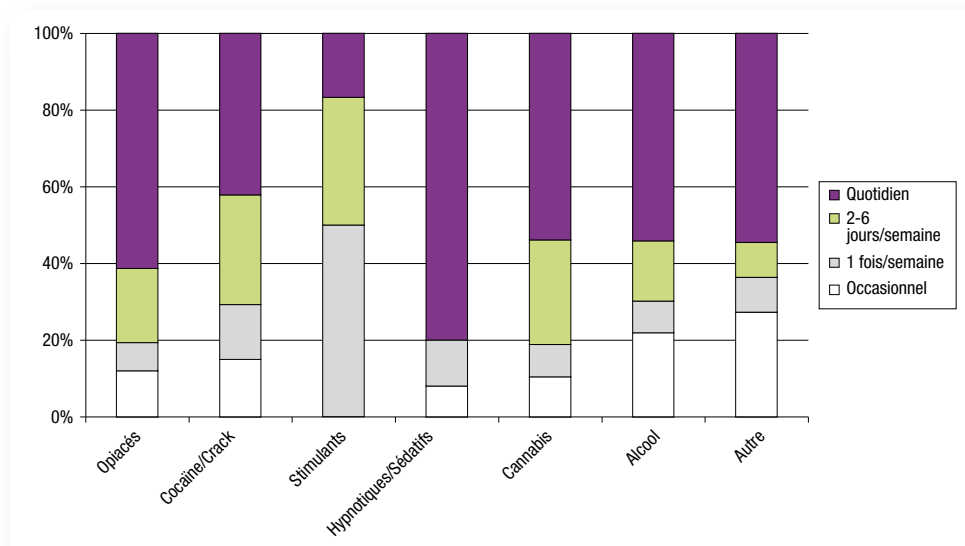
Finalement, nous avons également croisé la fréquence d'usage avec le type de produit principal (voir Figure 22). On peut ainsi remarquer que certains produits sont davantage associés à une consommation quotidienne que d'autres. Par exemple, les personnes en demande de traitement pour un problème de consommation d'hypnotiques/sédatifs en font très majoritairement un usage quotidien, alors que les personnes en demande suite à une consommation problématique de stimulants ont une fréquence d'usage moins élevée.

Figure 21 : Répartition (en %) des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185) en fonction de la fréquence d'usage du produit principal, Communauté française, 2007



Nombre de non réponses = 3037 (admissions) et 750 (premières demandes)

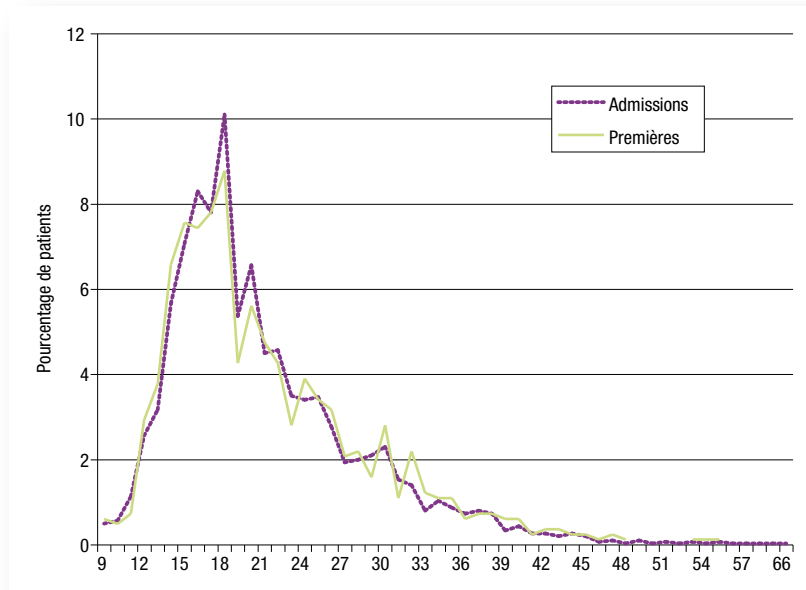
Figure 22 : Fréquence d'usage en fonction du type de produit principal, Communauté française, 2007



■ L'âge du premier usage du produit principal

L'âge moyen du premier usage du produit principal dans le groupe des admissions est de 21,05 ans (l'âge médian étant de 19 ans). Ces valeurs sont quasi identiques à celles observées dans le groupe des premières demandes (âge moyen = 21,36 ans ; âge médian = 19 ans). On peut également remarquer sur la figure 23 que la distribution des âges est sensiblement équivalente dans les deux groupes.

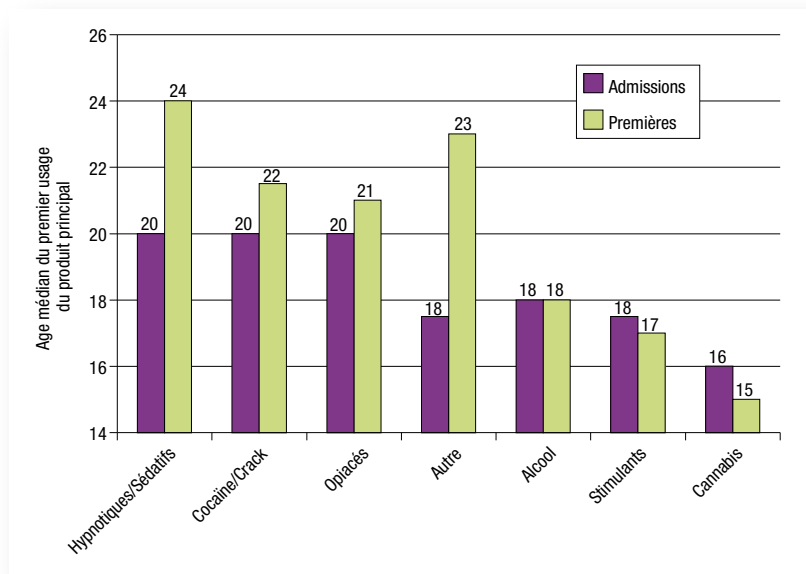
Figure 23 : Distribution des âges du premier usage du produit principal au sein des admissions (n=4435) et des premières demandes de traitement (n=1185), Communauté française, 2007



Nombre de non réponses = 1438 (admissions) et 365 (premières demandes)

Il nous semble néanmoins important de noter que l'âge du premier usage du produit principal diffère significativement en fonction du type de produit consommé, et ce tant pour l'ensemble des admissions ($F=22.14$; $p<.001$) que dans le groupe des premières demandes ($F=13.45$; $p<.001$). On notera principalement que les patients admis pour un problème d'abus ou de dépendance au cannabis, aux stimulants ou à l'alcool ont globalement initié leur consommation de ces produits plus précocement que les patients admis pour les autres substances.

Figure 24 : Répartition par type de produits de l'âge médian du premier usage du produit principal au sein des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185), Communauté française, 2007

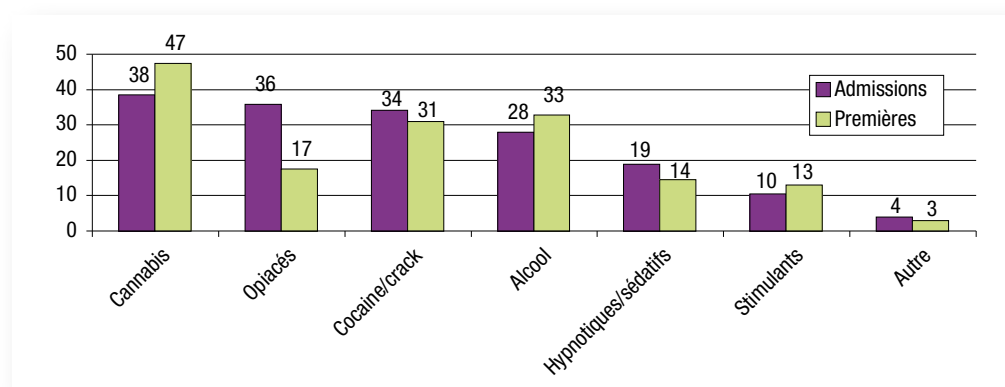


■ Les produits secondaires

Les produits secondaires sont les substances mentionnées par le patient comme contribuant de manière significative (mais secondaire) à la demande de traitement en cours. Un même patient peut mentionner plusieurs produits secondaires, ce qui explique pourquoi la somme des différents types de produits ne correspond pas à 100%. Un peu plus de la moitié des patients admis en 2007 ont mentionné la présence d'au moins un produit secondaire. Cette proportion est quasi identique dans le groupe des premières demandes. Les produits le plus fréquemment mentionnés sont, par ordre d'importance, le cannabis, les opiacés, la cocaïne/crack, l'alcool, les hypno-sédatifs, les stimulants, et la catégorie « autres » (qui reprend, pour rappel, les hallucinogènes, les inhalants volatiles, les autres substances psychotropes et enfin les paris/jeux).

On remarque que les patients primo-demandeurs citent davantage le cannabis et, dans une moindre mesure, l'alcool comme produit secondaire, et ce par rapport à l'ensemble des admissions. En revanche, ils sont proportionnellement moins nombreux à citer les opiacés comme produit secondaire.

Figure 25 : Répartition (en %) des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185) en fonction des produits secondaires mentionnés, Communauté française, 2007

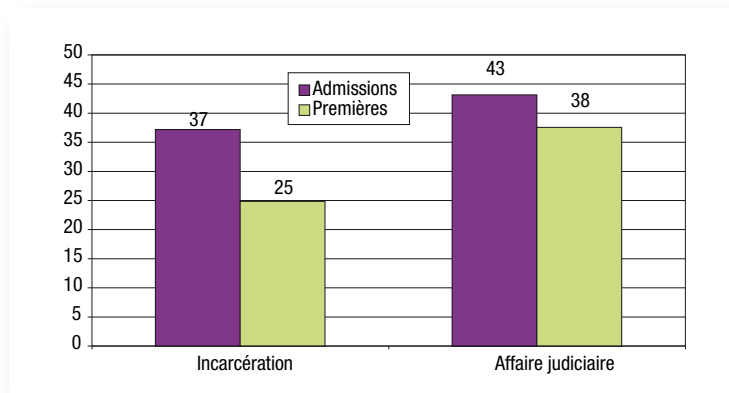


Nombre de patients mentionnant un produit secondaire : 2634 (admissions) et 633 (premières demandes)
 Nombre de patients mentionnant deux produits secondaires : 1286 (admissions) et 267 (premières demandes)
 Nombre de patients mentionnant trois produits secondaires : 534 (admissions) et 103 (premières demandes)
 Nombre de non réponses : 1412 (admissions) et 395 (premières demandes)

F. ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES

En 2007, 43% et 37% des demandeurs dont les antécédents judiciaires sont connus ont respectivement déjà été entendus par un juge ou un parquet (« affaire judiciaire »), ou ont déjà eu une expérience d'incarcération dans leur vie. Ces pourcentages sont significativement moins importants dans le groupe des premières demandes ($p < .01$). Enfin, si on réunit ces deux variables (non visible sur la figure 26), le pourcentage de patients ayant un passé judiciaire est significativement moins élevé dans le groupe des premières demandes que dans le groupe des admissions (39% versus 55% ; $\text{Chi}^2 = 38.33$; $p < .001$).

Figure 26 : Répartition (en %) des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185) en fonction des antécédents judiciaires, Communauté française, 2007



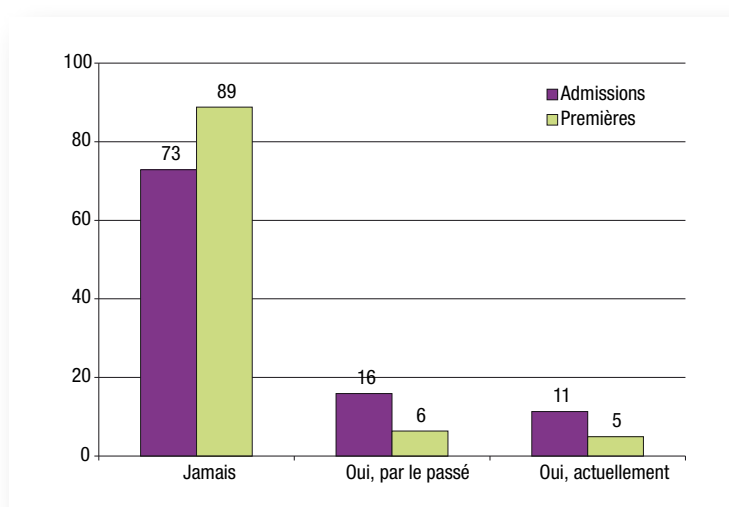
Nombre de non réponses pour la variable « incarcération » : 2403 (admissions) et 586 (premières demandes)
 Nombre de non réponses pour la variable « affaire judiciaire » : 2395 (admissions) et 586 (premières demandes)

G. COMPORTEMENTS D'INJECTION

Nous avons pu voir au point 2.2.1.4/e que 13% des demandeurs et 7% des primo-demandeurs ayant mentionné leur mode de consommation du produit principal le consomment par injection. Ces données ne reprennent toutefois qu'une partie des patients injecteurs, puisque certains patients peuvent avoir recours à l'injection uniquement pour consommer un produit secondaire. En outre, ces données ne nous renseignent pas la proportion de patients ayant eu recours à des comportements d'injection par le passé.

Dans la figure 27, nous rapportons la prévalence d'injection actuelle et passée parmi l'ensemble des admissions et les premières demandes enregistrées en 2007. Plus d'un quart des patients (27%) ont déjà eu recours à des comportements d'injection parmi l'ensemble des admissions. On constate également que les comportements d'injection sont moins fréquents parmi les primo-demandeurs (11%).

Figure 27 : Répartition (en %) des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185) en fonction de l'occurrence de comportements d'injection, Communauté française, 2007



Nombre de non réponses = 956 (admissions) et 207 (premières demandes)

H. PROFILS DES « PREMIÈRES DEMANDES » SELON LE PRODUIT PRINCIPAL CONSOMMÉ

Le tableau suivant présente de manière résumée une caractérisation des personnes qui ont adressé pour la première fois une demande de traitement en 2007. Nous les avons classées par type de produits consommés principalement, en ne ciblant que les types de produits les plus fréquemment mentionnés comme étant à l'origine de la demande. Certaines des informations présentées dans ce tableau ont déjà été présentées précédemment, mais pas forcément sous l'angle du type de produit principal consommé³⁸. Nous n'en commenterons que quelques aspects marquants.

- Les primo-demandeurs qui consomment le cannabis en produit principal sont en moyenne plus jeunes (24,9 ans) et ont initié leur consommation plus précocement que les autres demandeurs (16,3 ans), tandis que les consommateurs d'alcool ont une moyenne d'âge plus élevée (37,1 ans).
- Il ne semble pas y avoir de différence de genre selon le type de produit principal consommé, puisque le sexe ratio ne varie que modérément. En revanche, on constate des variations plus importantes en ce qui concerne la nationalité des demandeurs. Ainsi, les patients belges sont proportionnellement plus nombreux au sein de l'ensemble des patients primo-demandeurs dont le produit principal mentionné est le cannabis ou l'alcool.
- La plupart des patients (entre 71% et 78%) vivent dans un logement stable, et ce quel que soit le type de produit principal mentionné. En revanche, ils sont majoritairement peu scolarisés, en particulier en ce qui concerne les patients mentionnant les opiacés ou, dans une moindre mesure, la cocaïne comme produit principal. On notera toutefois que les patients en demande de traitement pour un problème d'alcool et, dans une moindre mesure, de cannabis, ont un niveau de scolarité plus élevé.
- Environ un quart des patients primo-demandeurs n'ont aucun revenu, et ce quel que soit le type de produit principal mentionné. Les patients mentionnant les opiacés comme produit principal semblent économiquement moins actifs que les autres patients. Les patients mentionnant le cannabis comme produit principal sont davantage dépendants financièrement de leur famille, probablement en raison de leur plus jeune âge.
- Finalement, et sans surprise, les comportements d'injection (actuels ou passés) sont plus fréquents chez les patients admis pour un problème lié aux opiacés.

³⁸ On notera également que certaines variables ont été ici simplifiées ou recodées de manière à augmenter la lisibilité du tableau. En outre, la colonne « Total » porte sur l'ensemble des premières demandes et non uniquement sur la somme des patients primo-demandeurs ayant mentionné comme type de produit principal les opiacés, la cocaïne, le cannabis ou l'alcool.

Tableau 8 : Profil des primo-demandeurs (n=1185) selon le type de produit principal consommé, Communauté française, 2007

	Total	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Alcool
N	1185	437	191	184	227
% des premières demandes	\	36.9	16.1	15.5	19.2
Age					
Moyenne	31.7	31.4	30.4	24.9	37.1
Minimum	14	16	17	14	16
Maximum	73	57	58	49	73
Sexe					
Homme	82.3	83.1	84.3	84.8	80.2
Femme	17.7	16.9	15.7	15.2	19.8
Nationalité					
Belge	74.1	72.3	71.4	81.8	80.6
EU	9	9.7	12.4	6.1	6.3
Hors EU	16.8	18.1	16.2	12.2	13.1
Logement					
Sans	11.5	17.7	8.6	3.5	10.8
Avec	72.7	72.5	71.4	78.4	75.5
Institution	2.9	2.8	2.9	3.5	1.4
Prison	12.1	5.9	16.6	13.5	11.8
Scolarité					
Non scolarisé	3.5	3.4	3.9	1.3	3
Primaire	60.4	69.4	59.5	58.8	46.7
Secondaire	27.8	23.2	26.8	30.6	37
Supérieur	8.3	4	9.8	9.4	13.3
Source de revenu					
Sans	23.3	22.8	20.2	26.6	20.3
Travail	25.9	16	36.1	27.7	32.4
Conjoint/Famille	7.3	5.1	2.7	18.5	3.4
Chômage	23.9	31.2	22.4	16.2	21.3
Remplacement*	18	23.1	18	8.7	19.8
Affaire judiciaire	37.6	34.5	27.3	45.4	47.9
Expérience de prison	24.7	30.1	19.2	22	20.5
Age de la 1ère consommation	21.4	22.9	23	16.3	21.3
Comportement d'injection (passé ou actuel)	11.2	24.3	6.7	3.1	0.5

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

2.2.2 La morbidité en rapport avec la consommation de drogues

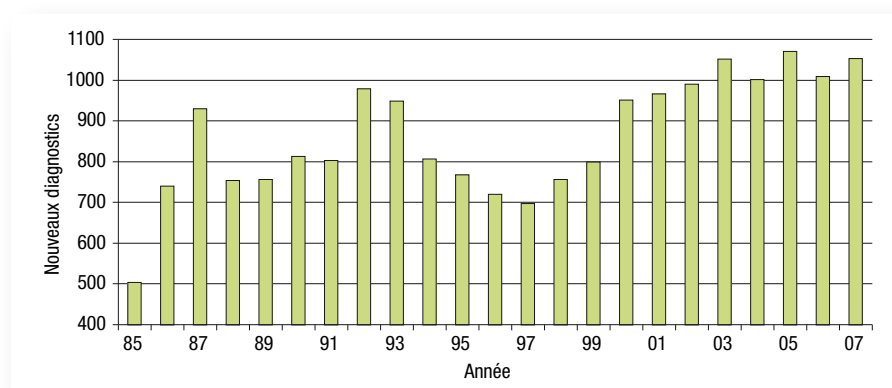
2.2.2.1 L'infection au VIH et aux hépatites B et C

A. DONNÉES ISSUES DU REGISTRE BELGE DES CAS SÉROPOSITIFS ET DES MALADES DU SIDA ³⁹

En Belgique, sept laboratoires de référence SIDA ont pour mission de réaliser des tests de confirmation sur les échantillons jugés séropositifs lors d'un test de dépistage préalable. Nous rapportons ici (voir Figure 28) le nombre de nouveaux cas d'infection au VIH confirmés par les analyses réalisées dans ces laboratoires.

Depuis le début de l'épidémie et jusqu'au 31 décembre 2007, près de 21.000 personnes ont été diagnostiquées comme étant infectées par le VIH en Belgique. On peut constater qu'après avoir diminué régulièrement de 1992 à 1997, l'incidence de l'infection au VIH a fort augmenté pendant la période 1997-2003 (+47%). Elle s'est ensuite relativement stabilisée de 2003 à 2007⁴⁰.

Figure 28 : Evolution du nombre de nouveaux diagnostics d'infection VIH



Source: Institut Scientifique de Santé Publique

L'âge et le sexe ont pu être précisés pour 96,4% des patients diagnostiqués depuis le début de l'épidémie (ce qui correspond à 19.300 patients). Ces informations sociodémographiques nous renseignent que les diagnostics d'infection au VIH concernent environ 1,6 fois plus d'hommes que de femmes. Chez les hommes, les tranches d'âge les plus touchées sont les 30-34 ans (20%), les 35-39 ans (18%), et les 25-29 ans (17%), alors que chez les femmes il s'agit des 25-29 ans (24%), des 30-34 ans (21%) et des 20-24 ans (14%).

De même, la nationalité, le sexe et le mode probable de transmission ont pu être déterminés pour 64% des patients diagnostiqués (ce qui correspond à 12.810 patients). Parmi les modes de

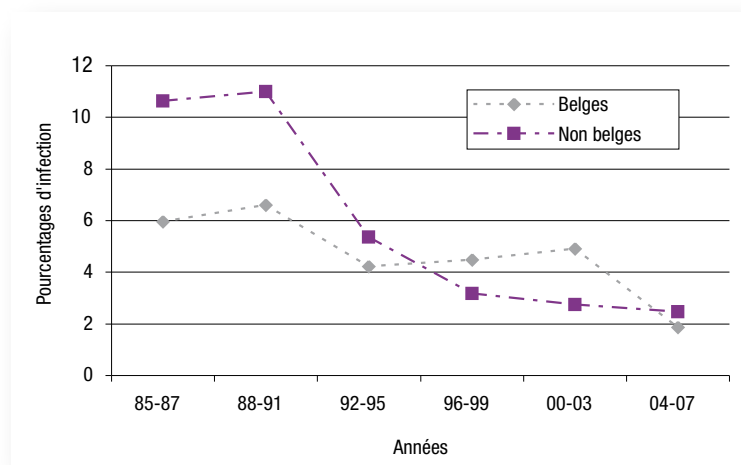
39 Sasse, Defraye, Buziarsist, Van Beckhoven et Wanyama, (2008). Epidémiologie du SIDA et de l'infection au VIH en Belgique, situation au 31 décembre 2007, IPH/EPI rapport annuel 2007, Bruxelles.

40 Pour information, les chiffres absolus des diagnostics d'infection au VIH pour les huit dernières années sont de 951 (2000), 966 (2001), 989 (2002), 1051 (2003), 1001 (2004), 1070 (2005), 1008 (2006) et 1052 (2007). Il convient de noter ici que ces chiffres subissent chaque année une mise à jour rétroactive en raison de l'identification tardive de doublons, c'est-à-dire de personnes ayant été erronément comptabilisées à deux reprises. La survenue de ces doublons est liée au fait que l'enregistrement est anonyme et que plusieurs tests de confirmation sont parfois réalisés pour un même patient, ce qui peut engendrer des erreurs de comptabilisation multiple d'un même patient. Cette remarque permet d'expliquer pourquoi les chiffres rapportés dans le présent rapport ne sont pas identiques à ceux présentés dans notre rapport précédent.

transmission les plus fréquemment rapportés par les patients, on retrouve, par ordre d'importance, les contacts hétérosexuels (58%), les contacts homosexuels (30%), et l'injection de drogues par voie intraveineuse (5,5%). Il convient de noter que le mode d'infection le plus fréquemment mentionné varie en fonction de la nationalité (belge *versus* non belges) et du sexe des patients. Par exemple⁴¹, alors que les contacts homosexuels sont majoritairement cités comme source d'infection chez les hommes belges (68,3%), cela n'est pas le cas chez les hommes non belges (24,4%). Toutefois, et de manière générale, les pourcentages d'infection liée à l'injection de drogues par voie intraveineuse restent sensiblement équivalents quels que soit le sexe et la nationalité des patients (les variations observées oscillent entre 2% et 8,9%). Les sujets apparemment les plus à risque quant à ce mode d'infection sont, sur l'ensemble de la période évaluée, les hommes non belges (8,9%) et les femmes belges (7,6%).

En plus de varier en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge et nationalité), l'incidence de l'infection au VIH subit également des variations au cours du temps. Ainsi, comme on peut le voir dans la Figure 29, le pourcentage d'infections apparemment liées à l'injection de drogues par voie intraveineuse diminue continuellement depuis 1991, et ce tant chez les individus belges que non belges. Cette remarquable diminution est probablement le fruit du travail sans relâche des associations qui oeuvrent dans le domaine de la réduction des risques liés à l'usage de drogues (e.g. Modus Vivendi, Infor-Drogues, Prospective Jeunesse, etc.), en particulier le développement et l'augmentation des dispositifs d'échanges de seringues usagées (voir chapitre 3.4).

Figure 29 : Evolution quadriennale du pourcentage d'infection au VIH en Belgique lié à l'injection de drogues par voie intraveineuse chez les patients belges et non belges.



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

41 Nous renvoyons le lecteur au rapport annuel 2007 de l'ISPP pour une présentation plus détaillée de ces résultats.

B. DONNÉES ISSUES DE L'INDICATEUR « MALADIES INFECTIEUSES »

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

Il faut reconnaître que, malgré nos efforts, cette récolte n'est actuellement que peu développée en Communauté française. La raison principale est le caractère optionnel de cet indicateur depuis 2002, ce qui laisse ainsi aux intervenants le choix de compléter ou non les données relatives au statut sérologique des patients qu'ils prennent en charge. Le logiciel 'Addibru', qui assure la récolte TDI en région bruxelloise, et l'enquête 'Sentinelles', qui l'assure dans la région de Charleroi, ne permettent d'ailleurs pas actuellement de récolter ces informations. Par conséquent, l'échantillon de patients testés est extrêmement réduit, et pas forcément représentatif de la population des usagers de drogues en demande de traitement en Communauté française. En outre, ces chiffres reprennent à la fois les cas d'infections auto-rapportées par les patients et les cas basés sur un test de laboratoire consigné dans le dossier médical des patients. Les données que nous allons exposer doivent donc être considérées comme purement indicatives et ne peuvent être directement comparées à celles que nous venons de rapporter précédemment pour l'infection au VIH.

Tableau 9 : Comparaison des profils des patients séropositifs VHC, VHB et VIH, Communauté française, 2007

	VHC	VHB	VIH
Patients testés : n (%)	289 (6.5%)	275 (6.2%)	300 (6.8%)
Patients séropositifs: n (% des patients testés)	75 (26%)	31 (11.3%)	8 (2.7%)
Age : moyenne (min-max)	35 (16-55)	36 (23-49)	35 (32-45)
Sexe masculin	85%	80%	75%
Nationalité belge	85%	87%	100%
Logement instable (sans domicile fixe, prison)	37.5%	39%	50%
Affaires judiciaires	73%	80%	75%
Expérience de prison	59%	58%	50%
Traitement antérieur	95%	87%	87.5%
Consommation d'alcool	31%	19%	25%
Consommation de cocaïne	41%	52%	25%
Consommation d'héroïne	74.5%	84%	100%
Comportements d'injection (passé ou présent)	78.5%	81%	87.5%

Comme on peut le voir dans le tableau 9, les patients en demande de traitement ayant effectué un test de dépistage pour ces maladies infectieuses sont marginaux (environ 6%). On peut tout de même remarquer que la proportion de patients atteints par le VHC est relativement importante, puisqu'elle correspond à environ un quart des patients testés (26%).

Cette constatation n'est pas étonnante vu les modes de transmission du virus⁴² et l'absence actuelle de vaccin préventif. En fait, différentes études entreprises dans les années 90 ont montré que la prévalence de l'hépatite C avoisinait les 80% chez les usagers de drogue par voie intraveineuse des pays occidentalisés (e.g. *Garfein, Galai, Doherty, et Nelson, 1996 ; Thomas et al., 1995*). Cette prévalence semble être en régression depuis plusieurs années (e.g. *Des Jarlais et al., 2005 ; Emmanuelli, Jauffret-Roustide et Barin, 2003 ; Hahn, Page-Shafer, Lum, Ochoa et Moss, 2001*), cette réduction étant probablement due au succès relatif des programmes de prévention et de réduction des risques (en particulier le développement des programmes d'échange de seringues usagées et de distribution de matériels d'injection). Mais la guerre est loin d'être gagnée...

En effet, l'usage de drogues par voie intraveineuse reste encore actuellement le facteur de risque principal de contraction du VHC, et la prévalence actuelle au sein des usagers de drogues par voie intraveineuse reste somme toute élevée (en Belgique, elle varie de 47 à 85%, suivant les études ; *Matheï, Robaey, Van Ranst, Van Damme et Buntinx, 2005*). En outre, environ 70% des nouveaux cas observés chaque année en France sont clairement liés à l'usage de seringues ou matériels d'injection contaminés (*Médecins du Monde, 2009*), ce qui semble correspondre aux chiffres que nous observons, puisque 78,5% des patients infectés dans notre échantillon consomment ou ont consommé des drogues par voie intraveineuse. Cette transmission élevée chez ce type d'usagers est souvent due au partage de seringue, mais également au partage du matériel d'injection (cuillère, filtre, coton, eau), qui peut aussi être contaminé par le sang d'un patient infecté (voir *Hagan et al., 2001 ; Thorpe et al., 2002*). Notons que le risque de transmission chez les usagers de drogues par voie nasale est également relativement élevé en cas de partage du matériel (paille, billet, etc.) servant à priser la substance (voir *Martinez et Talal, 2008 ; Tortu, McMahan, Pouget et Hamid, 2004*), et ce en raison de la résistance temporaire (plusieurs jours) du virus au contact de l'air. En outre, de récentes études suggèrent qu'il n'est pas exclu qu'une contamination puisse également se produire en cas de partage d'un matériel d'inhalation (pipe à eau ou pipe à crack ; *Macías et al., 2008 ; Tortu et al., 2004*), mais ces données ne font pas l'unanimité et doivent encore être confirmées.

La proportion de sujets atteints par le VHB parmi les patients testés dans notre échantillon est en revanche plus petite que celle observée pour le VHC (11,3%). Cette plus faible proportion ne peut *a priori* être attribuée à l'existence d'un vaccin spécifique pour l'hépatite B puisque, dans notre échantillon de 275 patients testés, seulement 5 patients déclarent avoir reçu ce vaccin. Il est possible que cette différence soit attribuable aux modes de transmission préférentiels de ces deux virus (par voie sexuelle dans le cas du VHB, et par voie parentérale dans le cas du VHC). En effet, la prévalence du VHB chez les usagers de drogues par voie intraveineuse est systématiquement moins élevée que celle du VHC (elle varie de 45 à 65% pour le VHB, selon les études ; *Garfein et al., 1996 ; Hahn et al., 2001 ; Murrill et al., 2002*), ce qui pourrait être dû à un usage plus systématisé du préservatif, alors que les comportements à risque liés à l'injection de drogues ne sont pas encore massivement enrayerés (en particulier l'échange de matériel

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

d'injection). Pour information, dans notre échantillon, 81% des patients infectés déclarent avoir consommé des drogues par voie intraveineuse.

Finalement, la proportion de sujets atteints du VIH parmi les patients testés est très faible (2,7%), ce qui est cohérent avec les chiffres rapportés par le registre de l'incidence belge de l'infection au VIH (voir *supra*), qui indiquaient que sur la période 2004–2007, environ 2,5% des patients avaient déclaré avoir contracté le virus suite à l'injection de drogues par voie intraveineuse. Tous les patients infectés dans notre échantillon sont consommateurs d'héroïne et ont majoritairement eu recours à des comportements d'injection. Cette proportion d'infection reste toutefois (on peut s'en réjouir) plus petite que celles actuellement rapportées dans une grande partie des pays occidentalisés (voir *Mathers et al., 2008, pour une revue*).

En conclusion, les personnes dépistées séropositives au VIH, VHB ou VHC sont majoritairement de sexe masculin, d'environ 35 ans, de nationalité belge, consommatrices d'héroïne (avec comportements d'injection passé ou présent), et n'en sont pas à leur première demande de traitement pour abus ou dépendance à une substance. Ces personnes ont souvent un passé carcéral et/ou ont été entendues par un juge ou un parquet. Enfin, une importante proportion de ces patients est sans domicile fixe ou réside en prison. Même si elles sont en baisse, les proportions d'usagers de drogues atteints par une de ces maladies infectieuses sont telles qu'il paraît nécessaire de continuer, voire de renforcer, les programmes de sensibilisation et de prévention des risques liés à l'usage de drogues, en particulier au niveau des groupes à risque dépeints par ce profil. En effet, les résultats de la dernière enquête sur l'usage de drogues dans les prisons belges (*Todts et al., 2009*), ainsi que les opérations « boules-de-neige » (voir chapitre 3) entreprises par l'asbl Modus Vivendi nous apprennent que, même si les risques liés au partage de seringues sont désormais mieux connus des usagers, un nombre encore élevé de ceux-ci ne sait pas (ou « oublie » temporairement) que le partage du matériel d'injection (cuillère, filtre, coton, eau) comporte également des risques de contamination. En outre, une proportion non négligeable d'usagers rapporte avoir commis des comportements à risque (échange de seringues ou de matériels usagés, etc.) alors qu'ils possèdent des connaissances exactes des comportements à risque en la matière⁴³. Enfin, les risques de contamination du virus de l'hépatite C par un partage du matériel d'inhalation ou de prise sont probablement très peu connus. Un autre point inquiétant des données que nous rapportons, qui justifie également les programmes de réduction des risques, mérite d'être mentionné : la proportion relativement élevée de consommateurs d'alcool parmi les patients présentant une hépatite.

2.2.2.2 La Tuberculose

La tuberculose est une maladie infectieuse d'origine bactérienne qui est susceptible de toucher tous les organes du corps humain. La tuberculose pulmonaire reste toutefois la forme la plus fréquente (72,5% des cas en Belgique pour l'année 2007), notamment en raison de son carac-

43 Il convient en effet de remarquer qu'une connaissance des risques ne suffit pas forcément à empêcher la survenue de comportements à risque chez les usagers, en particulier lorsqu'ils sont en situation de manque ou sous l'effet d'un produit susceptible de biaiser leur jugement et leur prise de décisions. Certaines études neuropsychologiques suggèrent d'ailleurs qu'un des effets dévastateurs (et possiblement irréversible) de certains produits hautement addictifs (cocaïne, héroïne et alcool, principalement), lorsqu'ils sont consommés chroniquement, est de biaiser systématiquement les prises de décisions lorsque des récompenses immédiates (plaisir, argent, drogue, etc.) sont disponibles, et ce même lorsque les usagers ne sont pas sous l'effet du produit ou en situation de manque. On parle alors de "myopie" envers le futur, provoquant des prises de décision préjudiciables à plus long terme (voir *Bechara, 2005, pour une revue*). Les auteurs de ces travaux estiment en outre que ces biais sont en grande partie responsables des comportements addictifs et des difficultés qu'éprouvent les usagers à maintenir durablement leur abstinence, en particulier lorsque le « craving » (envie irrésistible de consommer) se manifeste. Ces processus décisionnels déficitaires ont pu être mis en relation avec un dysfonctionnement au niveau de certaines régions du cortex préfrontal (voir par exemple *Bechara et al., 2001; Bolla et al., 2003*).

tère éminemment contagieux (transmission par voie aérienne). Actuellement, la tuberculose survient de manière préférentielle dans les milieux sociaux défavorisés (sans abris, détenus, toxicomanes), ainsi que parmi les immigrants de pays à haute prévalence de la maladie (dont font souvent partie les demandeurs d'asiles et les illégaux). Cette maladie se concentre plus particulièrement dans les grandes villes, où ces populations à risque sont majoritairement rassemblées.

En Communauté française de Belgique et pour l'année 2007, 596 patients ont été déclarés tuberculeux (sur 1028 patients pour l'ensemble de la Belgique). On a pu identifier chez certains de ces patients (environ 33% des cas en Communauté française) différents facteurs ayant pu favoriser la déclaration de la maladie suite à leur infection. Les facteurs favorisant les plus fréquemment cités en 2007 (voir tableau 10) dans le registre belge de la tuberculose⁴⁴) sont la dénutrition (10,2% des cas), l'alcoolisme chronique (8,4% des cas) et l'infection au VIH (5,7% des cas). La toxicomanie par injection n'est quant à elle citée que pour 2,5% des cas pour cette même année.

Tableau 10 : Patients présentant au moins un facteur favorisant le développement de la tuberculose, Communauté française, 2007

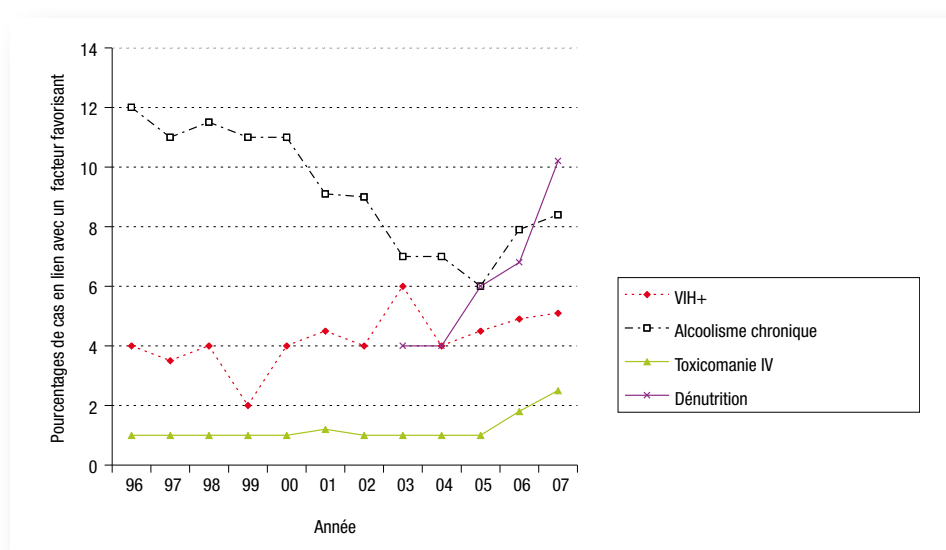
	Région de Bruxelles		Région Wallonne		Communauté française	
	N	%	N	%	N	%
VIH+ (séropositifs)	24	8,2%	10	3,3%	34	5,7%
Insuffisance rénale	2	0,7%	8	2,6%	10	1,7%
Traitement immunosuppresseur	4	1,4%	22	7,3%	26	4,4%
Pneumoconiose (silicose)	0	0,0%	14	4,6%	14	2,3%
Diabète	13	4,4%	18	6,0%	31	5,2%
Toxicomanie IV (par voie intraveineuse)	6	2,0%	9	3,0%	15	2,5%
Alcoolisme chronique	17	5,8%	33	10,9%	50	8,4%
Lésions fibrotiques RX thorax	6	2,0%	22	7,3%	28	4,7%
Dénutrition	20	6,8%	41	13,6%	61	10,2%
Cancer cou/tête, leucémie, lymphome Hodgkin	1	0,3%	11	3,6%	12	2,0%
Total des facteurs favorisant mentionnés	93		188		281	
Total des patients avec au moins 1 facteur favorisant	77	26,2%	124	41,1%	201	33,7%
Total des patients déclarés tuberculeux en 2007	294		302		596	

Source : FARES

44 Registre Belge de la Tuberculose 2007, FARES. Ce registre ne reprend que les cas de tuberculose active (maladie déclarée), car il n'existe pas à l'heure actuelle de données belges sur la prévalence d'infection tuberculeuse latente. Notons par ailleurs que plusieurs facteurs « favorisant » peuvent coexister chez un même patient. Ces facteurs favorisant doivent en outre être distingués des facteurs de risque de contraction de l'infection, comme par exemple la fréquence de contacts avec une personne contaminée ou encore les conditions d'habitation. En outre, gardons à l'esprit que l'on ne peut extrapoler chez ces patients un rôle causal de ces facteurs favorisant dans le déclenchement de leur maladie, car il ne s'agit que d'observations de la co-occurrence de deux phénomènes (i.e. la présence d'un facteur favorisant et une tuberculose active).

Dans la figure 30, nous présentons l'évolution des pourcentages de cas de tuberculose active ayant pu être mis en relation avec les quatre facteurs favorisants les plus intéressants pour notre propos⁴⁵. On peut remarquer que le pourcentage de cas présentant un alcoolisme chronique a été décroissant jusque très récemment, alors que le pourcentage de patients porteurs du VIH ou ayant recours à l'injection de drogues par voie intraveineuse a été plutôt stable. Dans l'ensemble, on remarque toutefois que les pourcentages de patients présentant ces différents facteurs favorisants sont en nette augmentation depuis 2004-2005. Nous n'avons, à l'heure actuelle, pas d'explication claire à donner à cette évolution.

Figure 30 : Evolution belge des pourcentages de cas en lien avec un facteur favorisant



Source : FARES

2.2.3 La mortalité en rapport avec la consommation de drogues

Dans la Figure 31, nous présentons l'évolution annuelle des taux de mortalité masculine et féminine liés à l'usage de drogues et de médicaments psychotropes observés en région de Bruxelles-Capitale⁴⁶. Ces données nous ont été transmises par l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale.

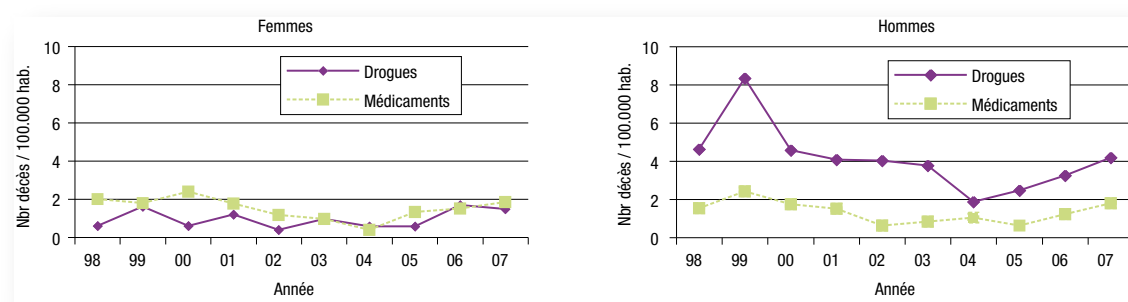
Le taux de mortalité correspond ici au nombre de décès observés sur une population de 100.000 habitants. Le terme « drogues » couvre l'ensemble des substances suivantes: opiacés (héroïne, méthadone, morphine, etc.), stimulants (cocaïne, amphétamines, MDMA, etc.), hallucinogènes (LSD, mescaline, etc.) et cannabis. Les décès liés à l'alcool ne sont donc pas pris en

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

46 L'Institut Scientifique de Santé Publique est responsable du traitement des données sur la mortalité liée à l'usage de drogues mais ne dispose plus depuis 1997 des données de la Communauté française en la matière. Néanmoins, les données des années 1999, 2000 et 2004 sont désormais disponibles et devraient prochainement nous être communiquées. Elles seront traitées, commentées et diffusées sur le site Internet d'Eurotox dès que possible, en attendant d'être intégrées dans notre prochain rapport annuel. Pour les données de la Communauté française couvrant la période 1987-1997, nous renvoyons le lecteur à notre rapport 2004-2005 disponible en format pdf sur ce même site Internet (www.eurotox.org).

compte dans ces statistiques. Le terme « médicaments psychotropes » correspond quant à lui à l'ensemble des produits suivants : hypno-sédatifs (benzodiazépines, hypnotiques, barbituriques, etc.), anti-épileptiques et autres médicaments psychotropes non classés ailleurs. Enfin, les décès répertoriés couvrent à la fois les cas d'intoxications létales intentionnelles et accidentelles, mais également les cas de décès imputables à des troubles mentaux ou comportementaux liés à l'usage d'un produit.

Figure 31 : Evolution des taux de décès liés à l'usage de drogues et médicaments psychotropes chez les hommes et les femmes, Bruxelles-Capitale, 1998-2007.



Source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, Myriam De Spiegelaere, communication personnelle

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

En ce qui concerne les hommes, on constate une diminution globale du taux de décès entre 1999 et 2004, alors que la tendance s'inverse à partir de 2005, et ce tant pour les décès liés à l'usage de drogues que pour ceux liés à l'usage de médicaments psychotropes. Le taux de décès reste en outre plus important pour l'usage de drogues que pour celui de médicaments psychotropes sur cette période. Finalement, on constate un pic important de mortalité lié à l'usage de drogues chez les hommes pour l'année 1999. Ce pic est en fait dû à une augmentation des décès liés à la consommation d'opiacés, mais nous n'avons pu trouver d'explication plausible à ce phénomène dans l'historique des alertes précoces lancées au cours de cette année (produit de coupe potentialisant les risques de dosage léthal, héroïne anormalement pure, etc.). Notons toutefois que ce pic de mortalité n'a pas été observé en France (voir *Lopez, Martineau et Palle, 2004*), et que nous n'avons pu déterminer s'il fut limité à la région de Bruxelles en Belgique.

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

Finalement, il nous paraît intéressant d'insister sur le fait que le nombre de décès lié à l'usage de drogues et de médicaments psychotropes est en augmentation depuis 2003, tant chez les hommes que chez les femmes, alors que le nombre total des décès (quelle qu'en soit la cause) dans la région bruxelloise est en constante diminution depuis cette même année (passant de 10.017 en 2003 à 8850 en 2007). Nous n'avons pas d'explication claire à donner à ce phénomène.

2.3 LES CONSÉQUENCES SOCIALES

2.3.1 Données recueillies par les forces de l'ordre

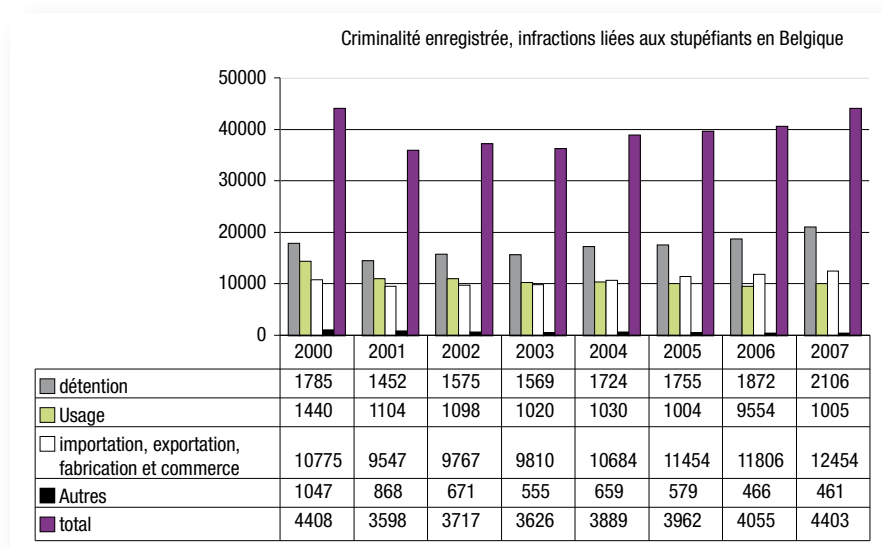
Nous présentons dans ce sous-chapitre les chiffres concernant la criminalité enregistrée (les infractions pour lesquelles un procès-verbal a été dressé, soit des infractions accomplies et des tentatives d'infractions). Les données proviennent des statistiques policières de criminalité. Pour la période comprise entre 2000 et 2007, ces données ont été obtenues en intégrant trois banques de données, à savoir le flux d'informations SPC (Statistiques Policières de Criminalité) en tant que source principale, complété par des données issues de la Banque de données nationale générale et des archives ISLP.

Les données présentées dans les graphiques suivants font partie des nouvelles statistiques mises à disposition par la police fédérale. Des adaptations techniques ont été apportées par rapport aux données des années précédentes.

Les statistiques des infractions liées aux stupéfiants doit être interprétées avec prudence. Les fluctuations que l'on observe dans les chiffres de la criminalité peuvent avoir pour origine une augmentation ou une diminution réelle de certaines formes de criminalité, mais peuvent toutefois être le reflet d'autres éléments, comme les modifications de la nomenclature sur différentes années ; les modifications de la politique de sécurité aux niveaux fédéral et local ; les nouvelles procédures: PVs simplifiés, enquête policière d'office (EPO), la disposition à signaler de la population; la disposition à enregistrer de la part de la police et la politique d'autres instances (p. ex: sociétés d'assurances).

En ce qui concerne la criminalité enregistrée, on peut également présenter une comparaison par régions des infractions liées au trafic (importation, exportation, fabrication, commerce). On observe une certaine stabilité dans les proportions du trafic enregistré dans chaque région. La Région flamande est en tête avec environ 60% du trafic enregistré.

Figure 32 : Criminalité enregistrée, infractions liées aux stupéfiants en Belgique.



Source: Police fédérale, voir : http://www.polfed-fedpol.be/crim/crim_stat_fr.php

Figure 33 : Nombre annuel d'infractions liées aux stupéfiants, par région, de 2000 à 2007

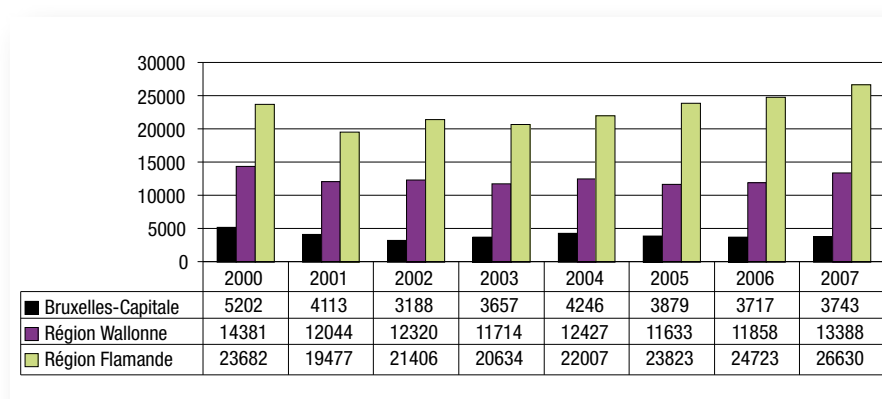
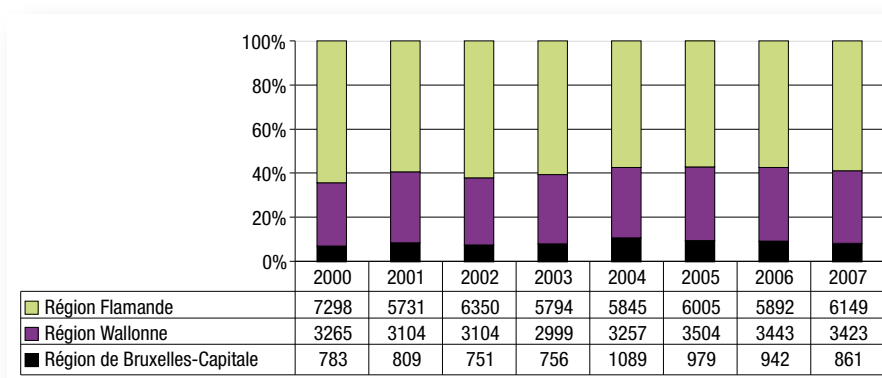


Figure 34 : Nombre annuel d'infractions liées au trafic, par région, 2000-2007



2.3.2 Accidents de la route

Sécurité routière et alcool

Tableau 11 : Nombre de conducteurs et de piétons victimes d'un accident selon le résultat du test d'alcoolémie - 2008

	2008			
	Nombre de victimes	Nombre de tués 30 jours	Nombre de blessés graves	Nombre de blessés légers
Test alcool non exécuté	18.581	169	2.008	16.404
Refusé par le conducteur	101	0	6	95
Positif	3.258	0	174	3.084
Négatif	22.566	2	975	21.589
Inconnu
Non disponible	6.803	620	2.133	4.051
TOTAL	51.309	791	5.295	45.223

Source : Ministère des Affaires Economiques, Institut National de Statistiques, B. Kestemont, communication personnelle

Les proportions sont assez stables depuis quelques années. Sur un total de 52.664 personnes impliquées dans ces accidents de roulage en 2007, 29.728 se sont vues proposer le test d'alcoolémie. Sur les 29.629 qui l'ont accepté, les personnes avec un test d'alcoolémie positif représentent 5,3% de l'ensemble.

On rappellera toutefois que les statistiques de l'IBSR, qui ne tiennent pas compte des piétons impliqués, signalent généralement un taux de présence d'alcool dans les accidents approchant les 10%.

Sécurité routière et drogues

Tableau 12 : Nombre de conducteurs victimes suivant leur état (ivresse, influence de médicaments...)* - 2008

	Nombre de conducteurs victimes				
	TOTAL	%	Décédés 30 jours**	Blessés graves	Blessés légers
Total	27541	100%	46	2265	25230
Etat normal	24103	88%	37	1854	22212
Ivresse manifeste	2816	10	5	262	2549
Sous l'influence de médicaments ou drogues	66	0	–	9	57
Malade, fatigué	556	2	4	140	412

*N= les conducteurs qui ont été testés/évalués; ne comptent donc pas les délits de fuites et les tests non pratiqués/états non évalués.

** Décédés 30 jours = tués sur place + mortellement blessés.

Source : Ministère des Affaires Economiques, Institut National de Statistiques, B. Kestemont, communication personnelle.

Il faut évidemment tempérer les chiffres présentés ici en ayant bien le dénominateur (le « N ») en tête : en effet, les différents pourcentages se rapportent à l'ensemble des conducteurs testés/évalués, et non pas au total des conducteurs impliqués dans des accidents (certains commettent des délits de fuite, ou ne sont pas testés/évalués).

La catégorie « ivresse manifeste » (10% de l'ensemble) est toujours assez « fournie » (beaucoup plus importante que la catégorie « médicaments ou drogues », dans l'absolu et, bien sûr, en proportions).

2.3.3 Disponibilité et offre

2.3.3.1 Les saisies en Belgique

Le tableau 13 présente le nombre de saisies (ainsi que les quantités associées, exprimées en kilogrammes) enregistrées annuellement pour chaque produit par la Police Fédérale Belge. Ces données ne permettent évidemment d'appréhender que de manière indirecte la disponibilité de ces substances sur le territoire belge, puisque ne sont consignés que les résultats positifs de contrôles et enquêtes. En outre, les variations annuelles de ces chiffres ne reflètent pas forcément des fluctuations de disponibilité, puisque ces variations peuvent parfois s'expliquer par des modifications du contexte politique et des stratégies de poursuite (e.g. la récente, quoique informelle, « tolérance » envers les petites infractions au cannabis) ainsi que par d'occasionnelles saisies « exceptionnelles ».

Tableau 13 : Nombre et quantités des saisies opérées en Belgique, Police Fédérale Belge, 2004-2007

Année	2004		2005		2006		2007	
	Nbre de saisies	Quantité saisie (kg)	Nbre de saisies	Quantité saisie (kg)	Nbre de saisies	Quantité saisie (kg)	Nbre de saisies	Quantité saisie (kg)
Cannabis résine	6378	39921	4492	6394	1659	10481	5870	58545
Cannabis herbe	16400	3854	\	5058	4901	4563	19196	12759
Cannabis plants	388	67814	456	83113	209	110368	466	148251
Héroïne	1981	142	3505	270	619	176	2850	549
Cocaïne	2880	3522	2225	9228	935	3946	3656	2470
Amphétamines	4734	2540	3976	175	867	119	2767	484
Ecstasy*	\	\	\	2547874	582	482904	1798	541245
LSD*	34	1000	3	855	1	120	1	1

*Il s'agit du nombre de doses saisies pour ces deux produits, alors que pour les autres produits les quantités saisies sont exprimées en kg.

2.3.3.2 Le prix des drogues en Belgique

Chaque année, l'OEDT sollicite les différents points focaux des pays membres afin de récolter des informations sur le prix des drogues.

En Belgique, Eurotox est le seul sous-point focal qui contribue à cette récolte. En effet, nous avons mis en place une centralisation de données sur les prix des drogues en rue fournis par différents partenaires (travailleurs de rue, comptoirs d'échange de seringues, intervenants en milieu festif, Infor-Drogues). Ces données sont en outre complétées par celles de la Police Fédérale issues des saisies annuelles. Grâce à la synthèse de ces deux sources d'information, nous sommes en mesure de donner une estimation relativement fiable du marché du prix des drogues en Communauté française⁴⁷.

Année de collecte de données	- depuis 1999 (données de la Police fédérale), - depuis 2004 (données d'Eurotox)
Type d'étude	synthèse des prix des drogues issues des saisies policières et collecte des prix des drogues en rue auprès des usagers via les dispositifs d'échange de seringues, les travailleurs de rue et le milieu festif, Infor-Drogues, etc.
Objet primaire	monitoring et analyse géo-politique des tendances
Population cible	pour Eurotox : usagers de drogues en rue
Echantillon d'étude	pas d'application pour la Police ; 10 à 20% des personnes rencontrées pour les partenaires d'Eurotox
Taux de réponse	Non estimé
Couverture	Belgique pour les données de la Police, Communauté française (Wallonie et Bruxelles) pour Eurotox
Distribution d'âge	pas d'application
Instrument d'investigation	synthèse des informations pour la Police, interviews des usagers pour Eurotox (via ses partenaires)

A) LE PRIX DES DROGUES ESTIMÉ LORS DES SAISIES POLICIÈRES

Le tableau 14 montre l'évolution du prix des drogues tel qu'estimé par les saisies effectuées par la Police Fédérale⁴⁸. D'un point de vue méthodologique, il s'agit de données agrégées au départ des informations contenues dans les rapports de police communiqués au Service Central Drogues de la Police Fédérale tout au long de l'année civile et sur l'ensemble du territoire belge. Il s'agit, plus précisément, du prix de vente (estimé en euros) déclaré par les dealers et les consommateurs lors de leur interrogatoire.

On peut remarquer que les prix de ces produits, tels que déclarés par les contrevenants, subissent de légères fluctuations en dents de scie, tout en restant relativement stables au cours du temps. Ces fluctuations sont probablement (en partie) imputables aux variations de l'offre et de la demande, elles-mêmes sous la dépendance du rapport entre le flux de production et les quantités saisies. Ces prix sont en outre le reflet de moyennes nationales, et ils peuvent bien évidemment varier en fonction de la localisation géographique. Ainsi, et de manière générale, le prix de vente d'un produit sera moins élevé s'il se trouve à proximité de son lieu de production (par exemple, un laboratoire clandestin) ou de son lieu d'acheminement (par exemple, le port d'Anvers). Les prix déclarés peuvent également varier annuellement en fonction des propor-

47 Il convient toutefois de noter que les données issues des saisies policières couvrent l'ensemble de la Belgique alors que les données fournies par l'enquête Eurotox sont limitées à l'ensemble de la Communauté française.

48 A noter que les données des années 2002 et 2004 ne sont pas disponibles.

tions respectives des différents types de contrevenants (« grossiste » *versus* petit dealer local), que nous ne connaissons malheureusement pas.

Ces remarques étant faites, on peut constater que la cocaïne reste encore actuellement la drogue la plus chère (48 euro/gramme), même si son prix baisse régulièrement depuis le pic de 2000. L'ecstasy est quant à lui actuellement le produit le plus cher (4.01 euro/unité).

Tableau 14 : Evolution historique du prix moyen des drogues en Belgique (prix estimés à partir des saisies policières), Police Fédérale Belge, 1999– 2007

	1999	2000	2001	2003	2005	2006	2007
Cannabis résine (1 gramme)	8.1 (6.2-9.9)	5.6 (5.0-6.2)	7.3 (3.7-12.5)	5.5 (4-7)	6 (2.5-20)	6.65 (2-18.66)	6.53 (2-12)
Cannabis herbe (1 gramme)	5.6 (3.7-7.4)	4.2 (3.4-5.0)	7.9 (3.7-12.5)	5 (1-10)	5.75 (2.5-17)	5.38 (1.0-13.33)	5.97 (2-12.5)
Héroïne* (1 gramme)	39.7 (19.8-59.5)	26.8 (18.8-34.7)	30.7 (12.5-50)	25.5 (9-50)	24.71 (9-50)	26.1 (6.66-60)	24.98 (10-60)
Cocaïne (1 gramme)	55.8 (37.2-74.4)	60.1 (45.9-74.4)	53.4 (42.2-64.6)	44.5 (10-75)	50.32 (25-100)	48.04 (20-75)	48.23 (20-100)
Amphétamines (1 gramme)	7.9 (6.0-9.9)	5 (3.7-6.2)	11.9 (9.4-14.4)	10 (3-20)	9.85 (5-20)	8.53 (3.61-20)	10.52 (3-25)
Ecstasy (1 dose)	7.2 (4.5-9.9)	7.3 (5.7-8.9)	6.3 (3.7-13.1)	5.5 (2-13)	4.21 (0.3-20)	3.31 (0.5-10)	4.01 (1-10)
LSD (1 dose)	/	3.1 (2.5-3.7)	8.7 (7.4-9.9)	10 (7-13)	/	6.5 (2-10)	8.33 (5-10)

Note : Les prix sont exprimés en euros. A titre indicatif, nous avons également mis entre parenthèses les prix les plus bas et les plus hauts mentionnés par les personnes interpellées (min-max).

* La police fédérale n'opère plus de distinction entre héroïne brune et blanche depuis 2006. Ainsi, les données des années 1999-2005 correspondent au prix de l'héroïne brune (de loin plus disponible sur le marché que l'héroïne blanche), alors que depuis 2006, il s'agit du prix de l'héroïne quelle qu'en soit la couleur.

B) LE PRIX DES DROGUES EN RUE

Depuis 2004, Eurotox sollicite ses partenaires pendant environ deux mois afin de récolter directement auprès des usagers des informations sur les prix des drogues en rue. Concrètement, les partenaires ont pour consigne d'interroger 10 à 20% des usagers à l'aide d'un document standardisé. Nous calculons ensuite la moyenne, le minimum et le maximum des prix déclarés pour un gramme de chaque produit (sauf en ce qui concerne l'Ecstasy et le LSD, dont les prix correspondent à un comprimé).

En 2008⁴⁹, nous avons compilé des informations en provenance d'une centaine de personnes interrogées par 4 partenaires sur Bruxelles, 4 dans le Hainaut, 3 à Liège et 1 à Namur.

49 Nous rapportons ici les données récoltées en 2008 parce que les données de 2007 ont déjà été publiées dans notre précédent rapport, dans la mesure où il s'agissait d'une récolte s'étendant sur 2006-2007.

EVOLUTION HISTORIQUE DES PRIX DES DROGUES EN RUE

Comme on peut le voir sur le tableau 15, le prix du cannabis (résine et herbe) a quant à lui fortement augmenté ces dernières années, en particulier en 2008. Cette augmentation est probablement à mettre en relation avec la récente diminution de l'offre, qui est due à une diminution de la production au Maroc (*UNODC, Rapport Mondial sur les Drogues 2008*) et à l'augmentation des saisies policières dans notre pays (voir tableau 15) ainsi que l'intensification des contrôles aux Pays-Bas. Cette augmentation des prix est probablement due en outre à la présence corollaire de cannabis frelaté sur le marché⁵⁰ (ce qui a pu entraîner une augmentation du prix du cannabis de « qualité »).

L'augmentation des prix du LSD est probablement due à la relative rareté de ce produit dans le commerce illégal de rue, celui-ci étant essentiellement consommé (et donc disponible) dans les milieux festifs. Il n'est donc pas à exclure que les prix pratiqués dans ces milieux soient inférieurs à ceux fournis par la présente enquête.

A l'inverse de ces deux produits dont le prix est en hausse, on constate une diminution du prix de l'héroïne, celui-ci ayant subi une forte diminution en 2008, alors qu'il était auparavant en hausse. Cette diminution est probablement une conséquence de la récente augmentation (depuis 2006 et surtout en 2007-2008) de la production d'opium en Afghanistan (*UNODC, 2009*).

Finalement, on observe une stabilisation relativement généralisée du prix des psycho-stimulants (cocaïne, amphétamine et ecstasy).

Tableau 15 : Evolution historique des prix des drogues en rue, Eurotox, 2004-2008.

	2004	2005	2006-07	2008
Cannabis résine (1 gramme)	5.1 (4-10)	5.5 (2.8-10)	6.8 (1.5-20)	8.7 (0.6-16)
Cannabis herbe (1 gramme)	4.6 (4-5)	5.7 (2-10)	6.3 (2-15)	9.2 (1-20)
Héroïne brune (1 gramme)	22 (14-40)	28.7 (10-50)	33.2 (10-75)	24.6 (10-52)
Cocaïne (1 gramme)	40.8 (30-100)	50.5 (35-125)	48.4 (20-75)	49.9 (25-81)
Amphétamines (1 gramme)	10 (2.5-10)	7.8 (1-12)	10.9 (5-30)	9.5 (3-20)
Ecstasy (1 dose)	4.9 (2.5-7)	5.2 (3-10)	6.2 (1-20)	6.1 (2-20)
LSD (1 dose)	7.5 (5-10)	8.8 (1.5-17.5)	8.9 (5-15)	10.5 (4-30)

Note : Les prix sont exprimés en euros. A titre indicatif, nous avons également mis entre parenthèses les prix les plus bas et les plus hauts mentionnés par les personnes interrogées (min-max).

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

COMPARAISONS RÉGIONALES DES PRIX DES DROGUES EN RUE

Le tableau 16 présente les prix déclarés en 2008 par province/région⁵¹. Les prix moyens sont exprimés en euros, avec entre parenthèses les prix les plus bas et les plus hauts mentionnés par les consommateurs. Le N correspond au nombre de consommateurs contributifs de chaque moyenne pour chaque région/province. Une telle comparaison nous paraît indispensable dans la mesure où les prix pratiqués peuvent varier d'une région à l'autre selon la disponibilité (ou rareté) du produit, selon le degré de concurrence entre dealers (qui est proportionnel à leur nombre sur un territoire donné), mais également en fonction du conditionnement (variation de l'écart entre le poids déclaré et le poids réel des « paksons », degré de pureté du produit). Il est toutefois difficile à ce stade d'identifier la (ou les) cause(s) exacte(s) des différences régionales de prix que nous relatons ici.

Tableau 16 : Prix des drogues en rue par région/province, Eurotox, 2008

	Bruxelles		Liège		Namur		Hainaut	
	N	Moyenne (Min-Max)	N	Moyenne (Min-Max)	N	Moyenne (Min-Max)	N	Moyenne (Min-Max)
Cannabis résine (1 gramme)	37	6.4 (5.3-8.7)	46	9.3 (6.2-13.7)	3	10 (2.6-12)	14	9.2 (7.1-12)
Cannabis herbe (1 gramme)	36	8.3 (6-11)	45	8.1 (5.3-12.3)	3	6.5 (3-12)	14	11.4 (7.6-16.6)
Héroïne brune (1 gramme)	30	25 (20-30)	58	28.7 (24.9-37.2)	3	13.5 (12-25)	16	24.2 (20-30)
Cocaïne (1 gramme)	40	46.3 (37.9-52.5)	50	57.9 (47.7-70)	3	50 (25-50)	16	46.3 (39.7-53.8)
Amphétamines (1 gramme)	7	13.8 (10-17.5)	39	6.1 (4.6-7.5)	1	7.5	7	10.8 (5-10)
Ecstasy (1 dose)	11	6.3 (4-7.5)	45	7.5 (4.6-11)	3	6.8 (0.3-20)	8	4.3 (3.1-17)
LSD (1 dose)	9	12 (8-20)	35	8.6 (7.9-14.1)		/	6	11.9 (7-16.2)

On peut remarquer que les prix pratiqués en région liégeoise sont en moyenne les plus hauts pour trois produits (héroïne, cocaïne et ecstasy), alors que ceux du LSD et des amphétamines sont les plus bas de cette comparaison interrégionale. En outre, ces deux produits trouvent leurs prix les plus hauts à Bruxelles.

En moyenne, la cocaïne est moins chère à Bruxelles et dans le Hainaut que dans les autres provinces. La résine de cannabis est également moins chère à Bruxelles, alors qu'elle est en moyenne plus chère à Namur (soulignons toutefois la petitesse de l'échantillon pour cette province). L'herbe de cannabis est quant à elle en moyenne moins chère à Namur (même remarque) et plus chère dans le Hainaut.

PERSPECTIVES ET LIMITES

L'OEDT a récemment manifesté son souhait d'intensifier son travail sur les prix des drogues, en organisant des journées de réflexion durant lesquelles les différents pays participants ont

⁵¹ Il convient toutefois de mentionner que la Police Fédérale met « dans le même panier » des chiffres d'origine sensiblement différente (par exemple, issu d'un petit dealer de quartier, d'un « grossiste » ou d'un simple consommateur lors de leur interpellation) sans qu'il y ait pondération des prix mentionnés.

présenté leur protocole de récolte. Eurotox y a bien entendu participé, et l'OEDT devrait prochainement publier un protocole standard afin d'améliorer et d'harmoniser la qualité des données récoltées dans les différents pays de l'Union Européenne. Une amélioration de la qualité de cette collecte devrait faciliter la mise en relation des fluctuations du prix des drogues avec les changements de comportement des consommateurs (ex. la diminution des prix des drogues entraîne-t-elle une surconsommation chez certains usagers ? Quel est l'impact des variations de prix des drogues sur les autres dépenses de l'utilisateur ?). Nous serons ainsi en mesure de comprendre l'impact des variations du prix des drogues dans une perspective « santé publique » dépassant les approches économiques et policières.

Au terme de la présentation de ces résultats, il convient donc de mentionner les limites méthodologiques actuelles de cette enquête sur le prix des drogues en rue, susceptibles d'en affecter la fiabilité. Notons que nous travaillons actuellement sur un remaniement de la méthodologie utilisée afin d'améliorer dès 2010 la qualité et la fiabilité des données récoltées, et ce conformément à de récentes recommandations émanant de l'OEDT.

Voici les limites actuelles :

- 1) L'échantillon reste de petite taille, puisque seulement une centaine de consommateurs ont pu être interrogés en 2008. On pourrait donc considérer que les chiffres mentionnés ne sont pas représentatifs des prix effectivement pratiqués en rue. Néanmoins, il faut garder à l'esprit qu'un grand nombre de consommateurs s'approvisionnent auprès d'un petit nombre de dealers, de sorte qu'il n'est *a priori* pas nécessaire d'interroger tous les consommateurs pour connaître les prix pratiqués en rue. De plus, les prix que nous rapportons ici sont relativement proches de ceux mentionnés par la Police Fédérale.
- 2) Il est également important de noter que le poids des produits est estimé approximativement et rapporté par les usagers lors des interviews. Le gramme pesé ne correspond pourtant pas forcément au gramme vendu en rue... Dans ce contexte, les données issues des saisies effectuées par la Police Fédérale paraissent complémentaires à la récolte effectuée par Eurotox, dans la mesure où les prix récoltés par la police sont directement mentionnés par les contrevenants⁵².
- 3) Nous ne disposons d'aucune information fiable sur la qualité des produits dont nous parlent les consommateurs. Il est pourtant avéré que les prix varient en grande partie en fonction de la pureté du produit. Par exemple, un gramme de cocaïne pure à 40 % n'est certainement pas vendu au même prix qu'un gramme de cocaïne pure à 10%.
- 4) Dans le même ordre d'idée, le protocole de récolte que nous utilisons actuellement ne nous permet pas de déterminer si les prix rapportés correspondent à l'achat de petites, moyennes ou grandes quantités. Pourtant, le prix de ces produits varie de manière inversement proportionnelle à la quantité achetée.
- 5) Finalement, il nous paraît essentiel de mettre davantage en correspondance les fluctuations des prix de drogues avec les « lois du marché » (saisies récentes dans une région, arrestation d'un dealer, etc.), afin d'appréhender le phénomène dans sa globalité.

⁵² Le questionnaire comprend également différents items permettant d'identifier a) certains comportements à risques (recours à l'injection, partage de seringues, utilisation d'un véhicule lors du retour, etc.), b) une série de problèmes pouvant être liés à l'usage de drogue (problème relationnel ou sexuel, etc.), et certaines attitudes chez ces usagers de drogues (recours au test HIV).

3. Données indicatives sur l'usage de drogues dans des groupes spécifiques

Comme nous avons pu le voir dans le chapitre 2, les enquêtes de prévalence sur l'usage de drogues dans la population générale sont rares, et elles sont quasi inexistantes dans des groupes spécifiques (hormis dans la population scolaire). Dans ce contexte, le recours aux données issues d'associations travaillant dans le secteur des assuétudes se révèle incontournable, d'autant plus qu'il permet d'appréhender la situation de l'usage de drogues dans des groupes à hauts risques. Toutefois, malgré leur intérêt incontestable, ces données n'ont pas la prétention de répondre aux exigences des études scientifiques, en raison 1) de l'absence de méthodes d'échantillonnage, 2) de modes de récolte des données peu ou pas standardisés, et 3) d'outils de récolte non validés. Pour ces raisons, les résultats de ce type d'enquête doivent être interprétés avec prudence et être plutôt considérés comme une première indication sur la problématique de l'usage de drogues dans ces groupes spécifiques, permettant de formuler des hypothèses de travail qui pourront être validées par des recherches plus poussées.

Dans le présent chapitre, nous présenterons des données récoltées par des associations qui travaillent avec les groupes spécifiques suivant: publics rencontrés en milieu festif, en rue, en prison, dans les dispositifs d'échange de seringues et dans le milieu de la prostitution.

3.1 L'USAGE DE DROGUES EN MILIEU FESTIF

Des données relatives à l'usage de drogues en milieu festif sont récoltées annuellement en Communauté française (en région wallonne et bruxelloise) à l'aide d'un questionnaire⁵³ servant de prise de contact avec le public cible lors d'actions de réduction des risques en milieu festif. En 2007, 2618 questionnaires ont été récoltés par 35 associations (ex. : Accueil Drogues, Modus Vivendi, Service de prévention de la ville de Mons, etc.) lors de 61 événements répartis tout au long de l'année.

Année de collecte des données	2003 à 2007
Objet primaire	Information et réduction des risques en milieu festif
Population cible	Usagers de drogues en milieu festif
Couverture	En 2007, 61 événements
Distribution d'âge	En 2007, moyenne (min.- max.) : 21,4 ans (10– 65)
Répartition des sexes	En 2007 : 48% hommes, 35% femmes, 17% inconnu
Nationalité	71.9% belges, 21.6% français, 0.5% autres, 6% inconnu
Instrument d'investigation	Questionnaire auto-administré ou administré en face à face

53 Le questionnaire comprend également différents items permettant d'identifier a) certains comportements à risques (recours à l'injection, partage de seringues, utilisation d'un véhicule lors du retour, etc.), b) une série de problèmes pouvant être liés à l'usage de drogue (problème relationnel ou sexuel, etc.), et certaines attitudes chez ces usagers de drogues (recours au test HIV).

3.1.1 Les proportions de consommation rapportées au cours de l'évènement

On peut noter dans le tableau suivant qu'en 2007, les hommes restent majoritaires dans l'échantillon des personnes qui ont rempli ce questionnaire, même si on constate une augmentation progressive au cours du temps de la proportion de femmes. Ce tableau fournit également des indications sur l'évolution des pourcentages d'usage de drogues parmi les personnes rencontrées en milieu festif en Communauté française. Il s'agit de la consommation rapportée au cours de l'évènement. Toutefois, il est possible que ces résultats sous-estiment la consommation ayant réellement eu cours lors de l'évènement⁵⁴.

Tableau 17 : Pourcentages d'usage au cours de l'évènement chez les personnes rencontrées en milieu festif, Communauté française, 2004 à 2007.

Année	2004	2005	2006	2007
Événements couverts (n)	51	52	76	61
Personnes rencontrées (n)	1354	1950	2402	2618
Ratio hommes/femmes	1.7	1.71	1.63	1.4
Moyenne d'âge (min-max)	22.4 (13-77)	21.1 (11-61)	21.9 (10-88)	21.4 (10-65)
Produits consommés au cours de l'évènement (%)				
Alcool	57.5	59.8	63.8	59.9
Tabac	38	38.4	38.9	33.9
Cannabis	27.4	29.7	27.9	24.2
Amphétamines - speed	11.2	10.5	10.4	9.2
Ecstasy	12.6	11.1	9.0	6.5
Cocaïne	4.1	4.6	3.7	3.5
Champignons hallucinogènes	2.5	3.8	3.0	3.1
Benzodiazépines	3	3.2	2.1	3.1
LSD	1.2	2.5	1.7	1.7
Héroïne	0.7	1.2	0.7	1.4
Crack	0.9	1	1.2	1.1
GHB	0.9	1.6	1.2	1.1
Kétamine	0.4	0.8	0.6	1.0
Colles – solvants	0.5	1.1	0.7	0.8

Source : Modus Vivendi

On peut remarquer que l'alcool et le tabac seraient les produits les plus consommés en milieu festif, suivi de près par le cannabis (24,2% en 2007), puis, dans une moindre mesure, les amphétamines – speed (9,2% en 2007) et l'ecstasy (6,5% en 2007). Les autres produits sont consommés de manière beaucoup plus marginale.

⁵⁴ En effet, il n'est pas possible de différencier les réponses en fonction du moment où les personnes ont rempli le questionnaire (début ou fin de l'évènement). Or, il est possible que certaines personnes aient rempli le questionnaire avant d'initier leur consommation de la soirée.

On observe également, depuis 2004, une tendance à la diminution de la consommation de certains produits (tabac, cannabis, ecstasy, champignons hallucinogènes, colles -solvants), alors que la consommation d'autres substances est relativement stable ou en voie de stabilisation (cocaïne et crack, amphétamines, LSD, GHB, kétamine) ou encore subit des variations en dents de scie (alcool, benzodiazépine, héroïne)⁵⁵.

3.1.2 Type de consommation et polyconsommation au cours de l'évènement

Tableau 18 : Type de produits consommés et polyconsommation en milieu festif, Communauté Française, 2004 – 2007.

Année	2004	2005	2006	2007
Personnes rencontrées (n)	1354	1950	2402	2618
Au moins un produit hors tabac (%)	66	66.4	68.5	66.7
Au moins un produit hors tabac et alcool (%)	37.8	38.3	34.7	32.2
Au moins un produit illégal* (%)	37.1	37.3	34	31
Au moins un produit illégal hors cannabis (%)	21.7	19.4	17.2	16.1
Consommateurs de stimulants** (%)	19.9	17.3	14.7	13.6
Consommateurs d'hallucinogènes*** (%)	3.3	5.2	4.7	4.5
Consommation d'un produit (alcool compris, hors tabac)	33.6	31.7	36.7	37.8
Consommation de deux produits (alcool compris, hors tabac)	17.9	20.6	18.6	16.9
Consommation de trois produits ou plus (alcool compris, hors tabac)	14.6	14	13.2	11.5

*Produits illégaux : tous les produits sauf alcool, tabac, benzodiazépines, colles/solvants.

** Consommation d'au moins un des produits suivants : cocaïne, ecstasy, speed/amphétamine.

*** Consommation d'au moins un des produits suivants : LSD, champignons hallucinogènes, kétamine

Source : Modus Vivendi

Il ressort de l'examen de ce tableau que la majorité des indicateurs de consommation est en diminution progressive depuis 2004 (consommation d'au moins un produit hors tabac et alcool, consommation d'au moins un produit illégal, consommation d'au moins un produit illégal hors cannabis, consommation de stimulants). Le phénomène de polyconsommation semble également en diminution depuis 2005. Cette diminution des indicateurs de consommation pourrait toutefois s'expliquer par un élargissement de la couverture des milieux festifs depuis 2004 (par exemple, inclusion de bals de villages), lui-même dû à l'augmentation du nombre de partenaires participants à ces actions de réduction des risques en milieu festif.

55 Ces tendances doivent toutefois être lues avec précaution, parce que différentes variables non contrôlées peuvent influencer les résultats et en rendre compte (variation annuelle dans la sélection des événements, absence d'échantillonnage au sein de la population rencontrée lors des événements, etc.). En outre, ces variations de consommation ne renseignent pas sur les quantités consommées mais sur le nombre de personnes ayant consommé ces produits au cours de l'évènement, et ce quelle qu'en fut la quantité.

Tableau 19 : Répartition (en %) et profilage démographique des personnes présentant des problèmes en lien avec l'usage de drogues, Communauté française, 2004-2007.

Année	2004	2005	2006	2007
Au moins un problème (%)	53.5	48.8	47.8	41.1
Sexe (%)*				
Féminin	29.7	28.9	28.1	31.2
Masculin	58.3	57.6	55.5	52.6
Inconnu	12	13.5	16.4	16.2
Age (%*)				
Moins de 18 ans	11.3	17	16.2	17.4
Entre 18 et 24 ans	63	63	59.1	60.0
Entre 25 et 29 ans	15.1	13.6	16.1	14.9
Plus de 30 ans	10.6	6.4	8.6	7.7
Problèmes rencontrés (%**)				
Physiques	25.8	22.2	24.4	19.3
Relationnels	25.9	24.1	23.3	17.4
Psychologiques	22.3	19.6	19	15.9
Au travail	19.1	18.8	16.7	13.3
Judiciaires	16.8	13.9	13.3	11.8
Economiques	13.3	14.1	11.9	10.7
Sexuels	12.6	11.6	11.6	10.2

* Répartition des sexes et des âges parmi les participants ayant rapporté la présence d'au moins un problème.

** Ces pourcentages ont été calculés sur l'ensemble des personnes ayant rempli le questionnaire (2618 en 2007).

Source : Modus Vivendi

Le pourcentage de participants ayant rapporté au moins un problème en relation avec leur usage de drogue est en baisse progressive depuis 2004, ce qui pourrait à nouveau s'expliquer par un élargissement des milieux festifs couverts depuis cette même période. De manière corollaire, les pourcentages obtenus en 2007 pour les différents problèmes investigués sont également en baisse, lorsqu'ils sont estimés sur l'ensemble des personnes interrogées. En revanche, lorsque ces pourcentages sont calculés au sein des personnes mentionnant au moins un problème, on peut remarquer que les pourcentages rapportés sont relativement stables dans le temps (nonobstant quelques variations).

En 2007, plus de la moitié des personnes ayant mentionné avoir connu au moins un problème en relation avec leur consommation (et dont le sexe est connu) sont des hommes. Ce sexe ratio est relativement stable dans le temps, quoiqu'on observe en 2007 une légère augmentation du pourcentage de femmes ainsi qu'une diminution du pourcentage d'hommes mentionnant l'existence d'au moins un problème. En 2007, les hommes mentionnent plus fréquemment que les femmes avoir connu des problèmes en relation avec leur consommation (44,7% des hommes contre 37,1% des femmes).

La tranche d'âge la plus représentée parmi les personnes mentionnant au moins un problème lié à leur consommation est systématiquement celle des 18-24 ans. Toutefois, il s'agit également de la tranche d'âge la plus représentée sur l'ensemble de l'échantillon de l'étude. Lorsque l'on tient compte de ce biais (par le calcul de ratios), on remarque que la tranche des 25-29 ans semble être la plus touchée par la survenue de problèmes liés à la consommation (suivie de la tranche des 30 ans et plus).

En 2007, les problèmes les plus fréquemment rapportés sont les problèmes physiques, suivi des problèmes relationnels et des problèmes psychologiques.

3.1.3 Le retour après l'événement

En 2007, 18.6% des personnes rencontrées ayant consommé au moins une substance (hors tabac) avaient projeté de conduire un véhicule après l'événement, ce qui constitue une légère amélioration par rapport aux années précédentes. Près d'un tiers des répondants mentionnent être rentrés en voiture en tant que passager. Nous ne connaissons toutefois pas la proportion de personnes étant montées dans une voiture dont le conducteur avait consommé une des substances mentionnées.

Toujours en 2007, plus de la moitié des répondants consommateurs ayant projeté de conduire une voiture après l'événement sont des hommes (58.2%), et un quart sont des femmes (23.2% ; 18.6% de non réponses). On retrouve des proportions un tout petit peu moins déséquilibrées au sein des répondants ayant mentionné ne pas avoir consommé de substance lors de l'événement (53.3% d'hommes, 30.5% de femmes, 16.2% de non réponses). Les hommes sembleraient donc plus enclins que les femmes à prendre le risque de conduire une voiture lorsqu'ils ont consommé un produit psychoactif lors d'un événement festif.

Tableau 20 : Répartition (en %) du mode de retour après l'événement des personnes rencontrées en milieu festif ayant consommé un produit (hors tabac), Communauté française, 2004-2007.

Année	2004	2005	2006	2007
Personnes rencontrées (n)	1354	1950	2402	2618
UD* hors tabac	894	1294	1647	1733
Retour à domicile (%)				
Passager	32.5	38.7	30	28.1
Autre (auto-stop, etc.)	6.5	11,8	12.5	21
Conduite d'un véhicule	20.5	22.2	21.9	18.6
A pied ou à vélo	12.1	7	9.8	12.1
Transports en commun	11.1	9,3	13.3	10,6
Non réponses	17.3	11	12.5	9.6

* Usager de drogues légales et/ou illégales

Source : Modus Vivendi

3.2 L'USAGE DE DROGUES « EN RUE »

Des données sur l'usage de drogues dans des groupes spécifiques sont également récoltées ponctuellement lors d'opérations « Boule de Neige » (BdN), dont la finalité est de réduire les risques liés à l'usage de drogues au sein d'un public de rue. Le principe des opérations Boule de Neige consiste à former en plusieurs séances (pour un total d'environ 15 heures) des consommateurs de rue (appelés « jobistes ») afin qu'ils puissent dispenser auprès de leurs pairs des messages de prévention sur le SIDA, les hépatites ainsi que d'autres risques liés à l'usage de drogues. L'intérêt de ces opérations est de permettre la transmission d'un message de prévention adapté à une catégorie de population très peu touchée (en raison de sa marginalité) par les campagnes de prévention classiques.

Les données qui vont être présentées ont été récoltées de 2000 à 2007 lors de différentes opérations Boule de Neige « classiques »⁵⁶. Les opérations menées en 2007 ont permis de récolter 618 questionnaires sur quatre provinces (140 questionnaires à Bruxelles, 140 à Charleroi, 119 à Namur et 219 à Liège).

Année de collecte des données	2000 à 2007
Objet primaire	Réduction des risques chez les usagers de drogues en rue, indication sur les proportions de consommation
Population cible	Usagers de drogues en rue
Couverture	En 2007, 8 opérations en Communauté française
Instrument d'investigation	Questionnaire* administré en face à face

* Le questionnaire utilisé est un outil de contact dont l'objectif principal n'est pas la récolte de données mais l'évocation de différentes problématiques liées à l'usage de drogues.

3.2.1 Les proportions de consommation du public de rue

En 2007, les produits les plus consommés par les UD⁵⁷ sont, par ordre d'importance, le cannabis (84%), l'alcool (83.3%), l'héroïne (81.9%), la cocaïne (71.9%) et les benzodiazépines (51.7%). La consommation des quatre premiers produits reste relativement stable dans le temps, quoique subissant des variations en dents de scie plus ou moins importantes selon le produit. On notera que le phénomène de polyconsommation est particulièrement marqué chez les usagers de drogues rencontrés en rue. Il est d'ailleurs en augmentation en 2007, puisqu'on observe en moyenne pour l'ensemble des UD une consommation de 5,4 produits au cours du mois précédant le remplissage du questionnaire.

56 D'autres types d'opérations « Boule de Neige » ont également été menées par Modus Vivendi en 2007: quatre opérations en « prison » et une opération « pilote » dans un squat.

57 C'est-à-dire les personnes rencontrées en rue ayant déclaré avoir consommé au moins une fois un des produits mentionnés dans le tableau (hors alcool) au cours du dernier mois.

Tableau 21 : Pourcentage de l'usage des produits au cours du dernier mois chez les personnes rencontrées en rue, Communauté française, 2000-2007.

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Personnes rencontrées (n)	232	1050	882	689	1140	1053	357	618
UD* (%)	92.7	93.9	92.1	90.6	91.8	94.5	90.8	93.2
Moyenne d'âge des UD	29.7	29.4	29.8	30.3	31.9	31.1	31.1	31.5
Produits consommés par les UD (%)								
Cannabis	90.7	87.4	85.8	81.9	83.2	86.1	82.7	84
Alcool	5.1	51.3	78.3	78.2	79.6	80.1	77.8	83.3
Héroïne	94	74.5	73.6	70.8	73.1	76.2	71.3	81.9
Cocaïne	75.3	66.3	62.8	68.3	64.4	64	69.8	71.9
Benzodiazépines	48.8	51	51	44.6	43.5	47.4	30.9	51.7
Méthadone	30.2	28.5	30.5	26.6	34.6	38.5	27.2	38.9
Ecstasy	4.2	38.4	30.9	28	27.4	25.3	26.2	35.9
Speed-Amphétamines	19.5	29.9	24.9	15.5	17.9	20.4	18.8	34.7
Hallucinogènes (LSD, PCP,...)	19.5	26.9	25.4	16.8	19.6	20.5	19.1	27.4
Codéine	2.3	15	25.6	17	19.6	17.9	12	22.6
Morphine	27.9	14.6	16.9	9.9	14.3	14.1	9.3	15.1
Buprénorphine	18.6	10.3	10.7	9.1	11.7	12.2	7.1	13
Barbiturique	32.1	16.2	13.7	11.4	13.5	11.9	7.7	13
Consommation d'un produit (alcool compris)	4.2	6.1	4.7	6.1	4.6	3.3	5.6	3.1
Consommation de deux produits (alcool compris)	11.6	11.2	11.1	11.7	13.2	13.5	14.2	9.5
Consommation de trois produits ou + (alcool compris)	84.2	82.8	84.2	82.2	82.2	83.2	80.2	87.3
Moyenne des produits consommés	4.3	4.8	4.9	4.4	4.6	4.9	4.2	5.4

* UD: usagers d'au moins un produit (hors alcool et tabac) au cours du dernier mois.

Source : Modus Vivendi

3.2.2 Les usagers de drogues par injection (UDI)

Après avoir diminué de 2000 à 2002, la proportion d'UDI est restée relativement stable de 2002 à 2007, quoiqu'accusant une diminution de 4%. Les proportions d'UDI vie sont en revanche plus importantes. Ainsi, en 2007, 17,8% des personnes rencontrées en rue ont déclaré avoir déjà consommé des drogues par injection sans y avoir eu recours au cours du dernier mois. Les proportions hommes/femmes, après avoir connu une relative stabilité de 2000 à 2005, ont récemment fluctué puisqu'on observe en 2007 et (surtout) en 2006 une augmentation de la proportion d'hommes et une diminution de la proportion de femmes.

En 2007, les personnes qui ont déclaré avoir actuellement recours à l'injection sont majoritairement des hommes de 30 ans ou plus et de nationalité belge. Mais on notera toutefois que près d'un quart des injecteurs ainsi déclarés ne sont pas de nationalité belge. De même, un quart de ces injecteurs ont entre 25 et 29 ans.

Tableau 22 : Profil démographique des UDI rencontrés en rue, Communauté française, 2000-2007.

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Personnes rencontrées (n)	232	1050	882	689	1140	1053	357	618
UDI* (%)	60.8	45.8	42.1	41.2	39.6	38.5	37.8	38.2
UDI vie** (%)	72	59.2	59	57	56.3	53.8	53.2	56
UDI/UD***	0,66	0,49	0,46	0,46	0,43	0,41	0,42	0,41
Sexe (%)								
Hommes (%)	66	69.9	67.7	68.7	61.2	62.7	77.8	71.2
Femmes (%)	30.5	29.5	30.7	30.6	37.3	35.1	22.2	27.5
Inconnu (%)	3.5	0.6	1.6	0.7	1.5	2.2	0	1.3
Classe d'âge (%)								
Moins de 18 ans (%)	0.7	1.5	0.8	0	0.9	0.7	0.7	0.8
18 – 24 ans (%)	14.9	17.3	20.8	19	17.1	19.3	16.3	16.1
25 – 29 ans (%)	31.9	28.9	27	27.1	20.6	20.2	21.5	24.2
30 ans et plus (%)	51.1	52.2	50.9	53.5	60.8	58.5	60.7	56.4
Moyenne d'âge	30.7	30.5	30.2	30.8	31.9	31.7	31.4	32
Nationalité belge	68.1	67.4	57.6	71.2	62	62.7	70.7	75.9

* UDI : usagers de drogues par injection au cours du dernier mois.

** UDI vie : usagers de drogues par injection au cours de la vie.

*** Proportion d'UDI parmi l'ensemble des UD.

Source : Modus Vivendi

3.2.3 Comportements à risque chez les UDI

Tableau 23 : Comportements à risque au cours des 6 derniers mois, et connaissance et fréquentation des comptoirs d'échange de seringues chez les UDI rencontrés en rue, Communauté française, 2000-2007.

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
UDI (n)	141	481	371	284	451	405	135	236
Comportements à risques (%)								
Utilisation d'une seringue usagée d'une autre personne	1.4	32.4	31.5	31.7	28.8	30.4	30.4	42.4
Utilisation d'une seringue trouvée en rue	0	2.5	6.2	5.6	3.1	7.4	6.7	5.9
Utilisation de matériel usagé d'une autre personne	51.8	42	46.6	48.2	43.2	50.9	47.4	53.8
Prêt d'une seringue usagée à une autre personne	2.1	35.6	33.7	35.6	34.8	32.1	32.6	38.6
Prêt de matériel usagé à une autre personne	48.9	43.2	33.7	41.5	37.5	37	31.1	25.8
Connaissance des comptoirs (%)	90.1	58.4	64.4	74.3	74.5	72.6	58.5	80.9
Fréquentation des comptoirs (%)	78	41.2	50.1	54.9	64.7	60.5	45.2	71.2

Source : Modus Vivendi

On peut remarquer que les comportements à risque restent encore très fréquents parmi les utilisateurs de drogues par injection rencontrés en rue. La prévalence de ces comportements chez les répondants n'a d'ailleurs pas diminué ces dernières années. Notons que nous n'obser-

vons pas de différence de sexe au niveau de ces différents comportements à risque. Une grande majorité des UDI rencontrés en 2007 déclarent connaître au moins un comptoir d'échange de seringues et la plupart l'ont déjà fréquenté au moins une fois. Néanmoins, nous ne savons pas si cette fréquentation est habituelle ou occasionnelle.

3.3 L'USAGE DE DROGUES EN PRISON

Année de collecte des données	2006 – 2007
Objet primaire	Réduction des risques chez les usagers de drogues en prison, étude de la proportion de consommation
Population cible	Usagers de drogues en prison
Couverture	En 2007, 4 opérations en Région wallonne
Instrument d'investigation	Questionnaire administré en face à face

Au cours de l'année 2007, quatre opérations « Boule de Neige » ont été réalisées, et ce dans les prisons d'Arlon, de Jamioulx, de Namur et de Lantin, permettant ainsi de récolter 99 questionnaires par le biais de détenus « jobistes ». En raison du type d'établissements et des sections investiguées, ces opérations ont touché exclusivement des personnes de sexe masculin. En ce qui concerne l'âge, 45,5% des détenus rencontrés avaient moins de 30 ans et 52,5% plus de 30 ans (2% de non réponses). La majorité des personnes interrogées (61% en 2007) étaient de nationalité belge.

Tableau 24: Répartition (en %) des produits consommés en dehors et en prison par les personnes rencontrées lors des opérations BdN prison, Communauté française, 2006-2007.

Année	2006		2007	
	Personnes rencontrées (n)		Personnes rencontrées (n)	
	70		99	
Produits consommés (%)	Hors prison	En prison	Hors prison	En prison
Héroïne	43	34	14	9
Cocaïne	54	34	19	5
Méthadone	30	33	9	7
Amphétamines	27	13	11	3
LSD - champignons	23	4	6	2
Ecstasy	33	14	25	6
Poppers	19	9	7	0
Barbituriques	23	27	6	8
Morphine	26	14	8	3
Codéine	39	26	12	7
Benzodiazépine	54	40	11	11
Cannabis	66	44	25	24
Tabac	80	61	33	31
Alcool	63	26	35	15
Au moins un produit illicite	77	83	27	38
Comportements d'injection (%)	27	4	8	2

Source : Modus Vivendi

Comme on peut l'observer dans le tableau 24, les pourcentages de consommation des différents produits ont considérablement baissé de 2006 à 2007, tout comme les comportements d'injection. Ces diminutions pourraient être dues aux fluctuations annuelles des lieux (prisons) où sont effectuées ces opérations, certaines prisons étant davantage concernées par les problèmes de consommation que d'autres.

3.4 DONNÉES ISSUES DU DISPOSITIF D'ÉCHANGE DE SERINGUES

Année de collecte des données	1994 à 2007
Objet primaire	Distribution de seringue et de matériel d'injection
Population cible	Usagers de drogues en rue
Couverture	Communauté française*
Instrument d'investigation	Inventaire des seringues et du matériel d'injection distribués

*La couverture diffère d'une année à l'autre: nous passons de 13 institutions en 2006 à 17 en 2007. De plus, il ne s'agit pas systématiquement des mêmes institutions, ce qui influence bien entendu les chiffres.

Le dispositif d'échange de seringues est composé des comptoirs fixes, de systèmes d'échange en pharmacie ainsi qu'en rue et, de manière plus marginale, de programmes d'échange de seringues en milieu festif. Il répond à trois objectifs : i) augmenter l'accessibilité au matériel d'injection⁵⁸ et réduire les risques de transmission du VIH ou des hépatites liés à l'injection (conseils, documentation) ; ii) réduire les risques de piqûres accidentelles par des non consommateurs en encourageant la récupération systématique des seringues ; iii) permettre le contact avec les usagers et la création de « liens ». Ce dispositif vise ainsi à réduire les risques liés à l'injection en accordant un rôle actif aux consommateurs dans ce processus. Les comptoirs fixes sont également des lieux de relais d'éventuelles demandes de prise en charge sociale, psychologique ou médicale. Ils sont un lieu d'écoute et d'échange accessible aux horaires souvent décalés des usagers.

Afin de veiller à réduire les risques liés à la consommation de drogues par injection, le dispositif d'échange de seringues vise à promouvoir des modes de consommation alternatifs et moins dangereux que l'injection, et met à la disposition des usagers des conseils de réduction des risques, des informations sur le SIDA et les hépatites, sur les drogues ainsi que sur les substances en circulation qui pourraient être plus particulièrement dangereuses. Dans certains comptoirs, une infirmière est disponible afin d'octroyer des soins de base et de sensibiliser les usagers à ménager leur « capital santé ».

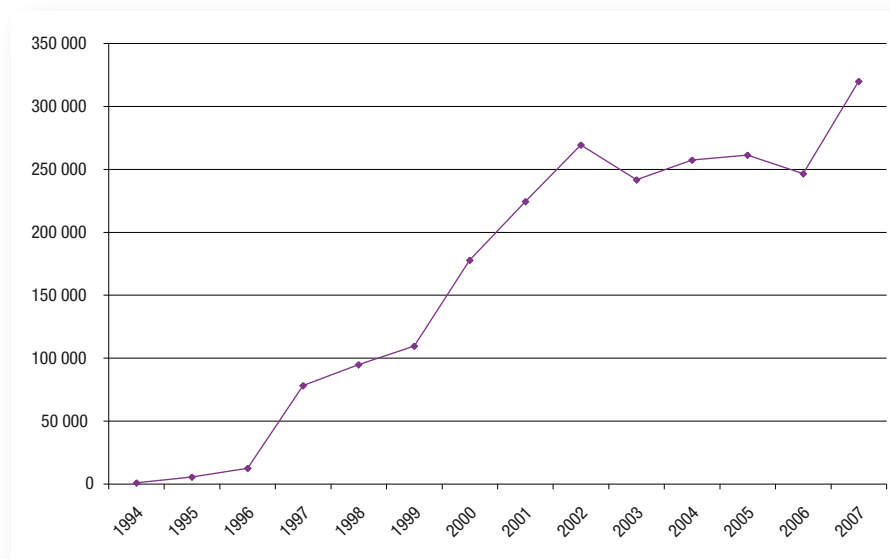
3.4.1 La distribution de seringues

L'accès au matériel d'injection fut longtemps cantonné à un achat en pharmacie. L'échange de seringues (via des comptoirs fixes ou mobiles) ne s'est développé il y a une quinzaine d'années, dans un premier temps en région liégeoise et, dans une moindre mesure, à Bruxelles. En 2001,

58 Outre les seringues, on y trouve de l'eau stérile pour injection, des tampons désinfectants, de l'acide ascorbique et - de manière moins systématique - des cuillères et filtres (Stéricup®).

il s'est étendu à Dinant et Charleroi, et a été renforcé en région bruxelloise, les provinces du Hainaut et du Luxembourg étant encore actuellement assez pauvres en termes d'accessibilité au matériel d'injection. On peut ainsi voir sur la figure 35 que le nombre de seringues distribuées a fortement augmenté de 1994 à 2002, puis a connu une stabilisation de 2003 à 2006. En 2007, le nombre de seringues distribuées a augmenté de 73.188 unités par rapport à 2006.

Figure 35: Évolution du nombre de seringues distribuées aux usagers de drogues injecteurs via les dispositifs d'échange de la Communauté française, 1994 – 2007.

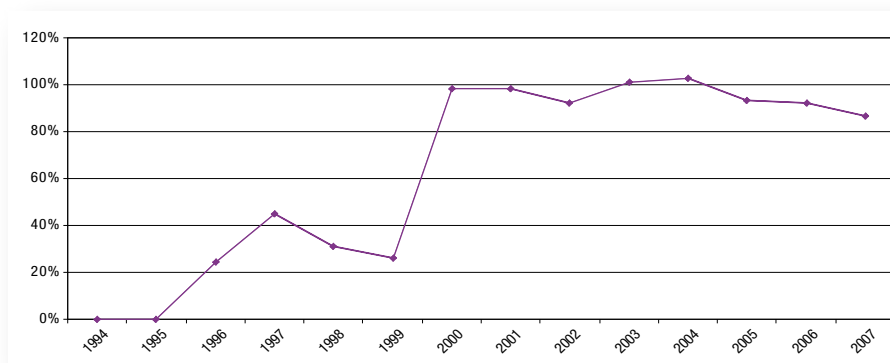


Source : Modus Vivendi

3.4.2 L'échange de seringues

On peut facilement estimer le taux d'échange de seringues en comparant, pour une année civile, le nombre de seringues distribuées et le nombre de seringues récupérées par les différentes antennes du dispositif d'échange.

Figure 36: Évolution du taux d'échange de seringues en Communauté française, 1994-2007.



Taux d'échange = nombre de seringues récupérées par rapport au nombre de seringues données par les dispositifs d'échange de seringues de la CF (en %).

Source : Modus Vivendi

En fait, les taux de récupération de seringues usagées sont très élevés en Communauté française, comparés à ce que l'on observe dans d'autres pays de l'Union Européenne. Ainsi, le taux de récupération était de 103%⁵⁹ en 2004 et de 87% en 2007. A titre d'exemple, l'échange de seringues en Communauté française a été l'occasion d'un minimum⁶⁰ de 15.985 contacts en 2002, pour 22.500 contacts en 2005.

La population rencontrée dans ces services est très marginalisée, comme l'a illustré une enquête réalisée en 2002 au comptoir de Charleroi (*Hariga & Van Lierde, 2002*). Âgés de 15 à 40 ans, ces usagers sont des hommes à 80%, vivent seuls pour la plupart, avec un à quatre enfants pour un tiers environ. Près de la moitié vivent chez une tierce personne, dans un squat ou à la rue, ou encore en institution. Enfin, près de 80% des répondants ont déjà eu au moins une expérience d'emprisonnement, et un tiers d'entre eux y ont fait usage de drogues par voie intraveineuse. La même enquête, réalisée au comptoir d'échange de seringues de Saint Gilles, le CLIP, a montré des résultats sensiblement équivalents en termes de profil sociodémographique des usagers.

3.4.3 Les kits stériles d'injection (Stéricups®)

Les Stéricups® (kits contenant une cuillère stérile et un filtre) sont également distribués autant que possible. Cependant, faute de moyens, ils ne sont pas disponibles dans tous les comptoirs, où ils sont souvent « rationnés ».

3.4.4 Les pochettes d'injection en pharmacie (Stérifix®)

Les pochettes Stérifix contiennent chacune deux tampons alcoolisés, deux fioles d'eau stérile injectable, des conseils sanitaires et des adresses utiles au plan local. Ces pochettes sont accessibles dans certaines pharmacies⁶¹ des villes de Bruxelles, Liège, Namur, Charleroi, Chimay et Couvin. Ce sont les usagers eux-mêmes qui, lors d'« opérations Stérifix », démarchent les pharmaciens afin d'en étendre l'accessibilité: les objectifs de ces opérations sont de (re)-sensibiliser les pharmaciens à l'importance de mettre à disposition des UDI du matériel stérile d'injection et donc augmenter le nombre de pharmacies impliquées dans le projet. Outre ce travail de sensibilisation, les opérations visent également à rapprocher usagers de drogues et pharmaciens, ainsi qu'à promouvoir la citoyenneté des usagers par leur participation à un programme de prévention et à favoriser la concertation et l'échange d'informations entre les intervenants impliqués (usagers, intervenants professionnels, etc.).

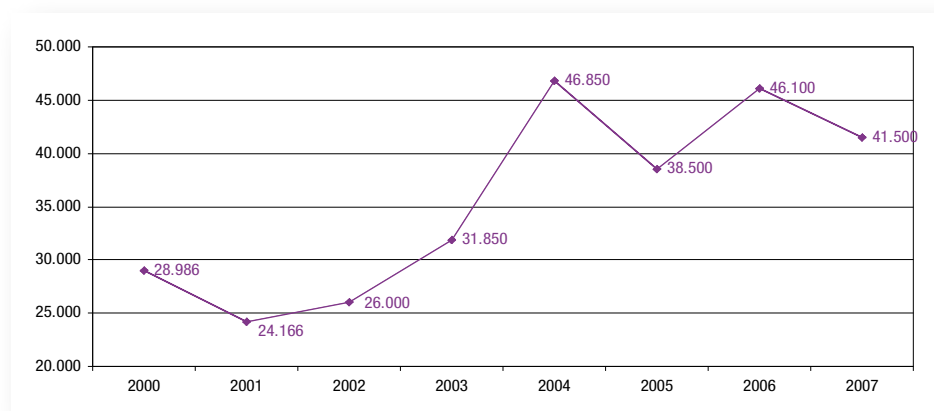
En 2007, 20.750 pochettes ont été envoyées aux distributeurs-répartiteurs. Puisque les pharmaciens incluent dans chaque pochette une moyenne de 2 seringues, un total de 41.500 seringues a donc été distribué en 2007 via ces pochettes.

59 Les taux supérieurs à 100% observés en 2003 et 2004 s'expliquent par le fait que les usagers rapportent des seringues provenant d'autres sources de distribution, telles que les pharmacies.

60 Les données sont incomplètes ou indisponibles en certains lieux.

61 La pochette Stérifix® est fournie gratuitement aux pharmaciens et ceux-ci sont invités à y glisser 2 seringues et à vendre le tout pour 0,5 euro. Il faudrait idéalement y inclure deux Stéricups®. Les pharmaciens peuvent s'approvisionner directement en pochettes auprès des distributeurs-répartiteurs.

Figure 37 : Évolution du nombre de seringues vendues en pharmacie sous le format Stérifix, Communauté française, 2000-2007.



Source : Modus Vivendi

3.5 L'USAGE DE DROGUES CHEZ LES PERSONNES PROSTITUÉES

Le recensement du nombre de personnes prostituées sur un territoire donné n'est pas chose aisée, en raison de la fréquente clandestinité et de la multiplicité de ce type d'activités (prostitution en rue ou en vitrine, via des salons de « massages », dans des clubs privés, par le biais d'Internet, etc.). Différentes sources permettent néanmoins une première estimation du nombre de travailleurs sexuels en Communauté française. Ainsi, d'après Favresse, De Smet, Piette et Godin (2007), 2,7% des personnes (n=4810) fréquentant les centres de dépistage VIH spécialisés en Communauté française sur la période 2005-2006 déclarent s'être déjà prostituées. Selon d'autres sources éparses, on estimait en 2006 que le nombre de personnes prostituées en Région bruxelloise oscillait entre 4000 et 5000 (*Van den Hazel et al., 2008*).

Enfin, les dix associations de prévention ayant participé à l'enquête européenne TAMPEP ont rencontré 5161 travailleurs sexuels sur l'ensemble du territoire belge. Enfin, selon d'autres estimations, il y aurait environ 53% de prostituées migrantes en Belgique (Enquête européenne TAMPEP) et 33% en Région wallonne (sur les 1648 personnes prostituées dépistées en Région wallonne par Espace P entre 1998 et 2008). Espace P, qui est une association pour la défense des droits des personnes qui se prostituent, mentionne également que 80 % de femmes rencontrées à la permanence médicale de Bruxelles en 2008 sont en provenance des pays de l'Est.

Les personnes prostituées constituent un groupe particulièrement vulnérable en ce qui concerne les conduites à risque, d'une part en raison de leur fréquente marginalisation, d'autre part en raison de l'influence délétère du réseau social dans lequel s'inscrivent fréquemment ces pratiques. En outre, le recours à des produits psychotropes y est fréquent, et constitue trop souvent une forme d'automédication maladroite mise en œuvre afin d'atténuer la douleur et les sentiments négatifs et culpabilisants qui accompagnent souvent cette activité.

Bien que les conduites addictives soient vraisemblablement répandues dans ces milieux, il n'existe aucune étude de prévalence permettant de l'attester et d'en quantifier la mesure. Néanmoins, en Communauté française, des campagnes de vaccination contre l'hépatite B ont permis de récolter des informations relatives à l'usage de drogues chez les personnes prostituées contactées via ces campagnes. Ainsi, des questionnaires ont été administrés en face à face par les travailleurs d'Espace P

Liège, Namur et Charleroi auprès de toutes les personnes prostituées à qui la vaccination contre l'hépatite B a été proposée entre mars 1998 et décembre 2008, soit un total de 1786 questionnaires. Les données que nous allons rapporter ne peuvent toutefois être considérées comme purement représentatives de la population des personnes prostituées⁶², en raison de l'absence d'échantillonnage aléatoire et du nombre parfois important de non réponses.

Année de collecte de données	1998 – 2008
Type d'étude	Enquête
Objet primaire	Evaluation d'une campagne de vaccination
Population cible	Personnes prostituées
Couverture	Liège, Namur, Charleroi
Distribution d'âge	
Instrument d'investigation	Questionnaire standardisé administré en face à face

La majorité des personnes ayant participé à cette enquête sont de sexe féminin (97.3%) et de nationalité belge (67.4%). On notera néanmoins qu'une portion importante de l'échantillon est composée de personnes en provenance des pays d'Europe de l'Est (16.3%). La moyenne d'âge de l'échantillon est de 31.3 ans (de 17.8 à 72 ans), et l'âge moyen du premier rapport sexuel payant est de 26.3 ans. (de 12 à 56 ans). Sur l'ensemble de l'échantillon constitué depuis 2003, le travail sexuel s'effectue le plus fréquemment en privé (43.5%), en vitrine (26.9%) ou dans des bars (25.2%), et se déroule rarement en rue (4.3%).

Un total de 17.5% des personnes prostituées ont déclaré consommer des drogues illicites (dont 5.4% par voie intraveineuse), sur les 1164 personnes ayant répondu à la question (65.2% de l'échantillon). On peut toutefois supposer que ces pourcentages sont sous-estimés, en raison du nombre important de non réponses, inhérent à la méthode utilisée pour récolter ces données: il n'est en effet pas toujours évident de se confier verbalement par interview lors d'un premier entretien, même si cela se fait dans un contexte médical et dans un climat se voulant rassurant. En ce qui concerne la consommation d'alcool, 35% des répondants (69.1% de l'échantillon depuis 2003) déclarent en consommer quotidiennement, dont 12% de façon abusive.

On constate néanmoins certaines différences en fonction de l'origine des personnes prostituées. Ainsi, les prostituées d'origine non-belge sont plus jeunes et travaillent plus souvent en bar ou en rue, et moins souvent en privé, par rapport aux prostituées d'origine belge. Elles sont plus souvent sans couverture sociale (32 % vs 6 %), sans médecin traitant ni gynécologue (18 % vs 4 %) et ce médecin est plus souvent dans l'ignorance de leur prostitution. Elles abusent plus souvent d'alcool (20% vs 9%), mais sont par contre moins souvent usagères de drogues que les prostituées d'origine belge (12% vs 20%).

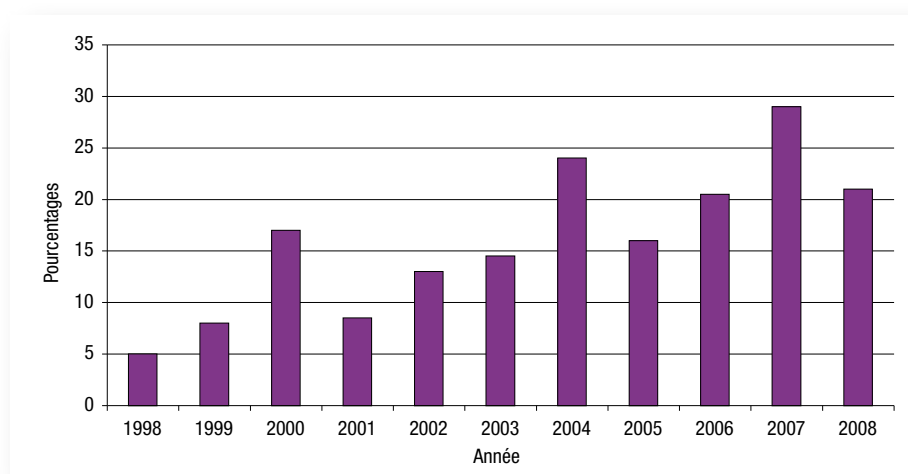
Finalement, on observe également des différences significatives en fonction du groupe d'âge. Ainsi, les personnes prostituées de moins de 25 ans comptent davantage de ressortissantes de pays étrangers (principalement d'Europe de l'Est et d'Afrique Subsaharienne), et elles travaillent davantage en bar ou en rue par rapport aux personnes prostituées de plus de 25 ans

⁶² Ces données et leur évolution sont celles des prostituées recrutées par Espace P et ne sont pas nécessairement représentatives de celles des prostituées en général, leur mode de recrutement n'étant pas aléatoire mais le plus souvent dicté par des impératifs d'organisation pratique ou des choix stratégiques.

(68% vs 60%). Elles ont aussi une moins bonne couverture sociale, un moins bon suivi médical et sont plus exposées à l'usage de drogues (24% vs 15%).

Comme on peut le constater dans la figure 38, l'usage de drogues (tout produit illégal confondu) est en augmentation progressive au fil des années, bien que cette augmentation s'effectue en dents de scie.

Figure 38 : Usage de drogues chez les personnes prostituées.



Source : *Analyse des données et évaluation de la campagne de vaccination contre l'hépatite B (Espace P, 1998-2008)*, Document Espace P, 2009, p27.

Finalement, il convient d'insister sur le fait que l'échantillon des prostituées ayant pris part à cette étude ne constitue pas un groupe homogène. En effet, il apparaît que les prostituées d'origine non belge, les prostituées de bar ou de rue et les prostituées les plus jeunes présentent certains facteurs de risque rendant leur condition globalement plus défavorable: une moindre couverture sociale, un moindre recours au système de soins et davantage de consommation de drogues ou d'alcool. Il importe donc que les actions de prévention et de réduction des risques soient davantage déployées envers ces groupes à plus haut risque, ce qu'assurent d'ailleurs les différentes antennes d'Espace P, notamment en ayant recours (depuis 2008) à des « jobistes » afin d'effectuer des opérations « Boules de Neige » auprès des prostituées toxicomanes, opérations telles que celles développées par Modus Vivendi (pour plus de détails, voir *Espace P, 2009*).

4. Dossier : le dopage

4.1 INTRODUCTION: LES DIEUX DU STADE

Le dopage n'est pas un problème de santé publique simple, que l'on peut appréhender entièrement avec les outils et les concepts « habituels » de promotion de la santé. Il implique des dimensions philosophiques, économiques, de psychologie sociale et parfois quasi de *raison d'état*, qui en font un phénomène bien plus complexe à approcher et qui interdisent un angle d'approche unique.

A première vue, c'est dommage, car il serait plus facile pour les acteurs du champ socio-sanitaire que nous sommes de pouvoir (au moins dans un premier temps) appliquer au dopage des outils et concepts connus et plus ou moins rôdés (voire évalués) par ailleurs, et notamment en prévention des assuétudes. Mais tâchons d'assumer, et essayons d'esquisser cette complexité du « phénomène » dopage.

Voici d'une part une définition officielle, légale, du dopage en Communauté française de Belgique, et d'autre part trois faits sportifs apparemment sans lien direct les uns avec les autres, mais qui révèlent des ponts insoupçonnés, et recèlent quelques surprises.

DÉCRET RELATIF À LA PROMOTION DE LA SANTÉ DANS LA PRATIQUE DU SPORT, À L'INTERDICTION DU DOPAGE ET À SA PRÉVENTION EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE (8 MARS 2001); ARTICLE 1.7. :

***Dopage:** usage de substances ou application de méthodes susceptibles d'améliorer artificiellement les performances des sportifs, qu'elles soient ou non potentiellement dangereuses pour leur santé, ou usage de substances ou application de méthodes figurant sur la (liste des substances ou méthodes défendues) arrêtée par le Gouvernement.*

Cet article est issu des principes du « Code mondial antidopage », que 192 gouvernements ont adopté via une déclaration internationale et une convention de l'UNESCO dès la fin de l'année 2006 (entrée en vigueur : 1^{er} février 2007). C'est dire que cette définition du dopage est en fait commune à tous ces pays.

FAIT N°1 : 1988, LE SPRINTER BEN JOHNSON EST DÉCHU DE SON TITRE OLYMPIQUE ET DE SES RECORDS

Été 1988, la « planète sport » vacille : Ben Johnson, sprinter canadien d'origine jamaïcaine à l'ascension fulgurante, est reconnu coupable de dopage au Stanazonol, un stéroïde anabolisant figurant sur la liste des substances dopantes interdites aux sportifs. Il est immédiatement déchu de ses titres majeurs et des records qui les accompagnaient, soit le record du monde du 100m masculin établi aux mondiaux de Rome de 1987 (9,83 sec), et surtout son tout nouveau record de ce même 100m masculin, établi quelques jours plus tôt aux JO de Séoul en 9,79 sec.

Après des tentatives de retour ratées, il sera une nouvelle fois contrôlé positif à Montréal en 1993. Il est alors banni à vie par l'IAAF⁶³. Et, fait lourd de signification sur lequel on aura l'occasion de s'étendre, le ministre des Sports canadien de l'époque, Pierre Cadieux, qualifie alors Johnson de « disgrâce nationale » et invite même le coureur à « retourner chez lui, en Jamaïque ».

Selon notre article 1.7., Johnson est sans conteste contrevenant à l'interdiction du dopage, puisqu'il réunit tous les critères constitutifs de l'infraction : il a fait usage d'une substance améliorant artificiellement ses performances ; cette substance était, de surcroît, dangereuse pour sa santé et enfin cette substance figurait sur une liste officielle des produits interdits aux sportifs. A l'époque (il n'y a que 20 ans de cela), sa performance est considérée comme extra-terrestre, au point que l'annonce de son contrôle positif ne surprend personne. En effet, à Séoul, il avait littéralement laissé sur place Carl Lewis, pourtant empereur de la discipline à l'époque et considéré comme un des plus grands athlètes du 20^e siècle. La performance de Johnson semble simplement surréaliste, hors du champ humain.

FAIT N°2 : JUSTINE HÉNIN ABANDONNE EN FINALE DE L'OPEN D'AUSTRALIE 2006, SUR DOULEURS GASTRIQUES

Finale de l'Open d'Australie 2006 : Justine Hénin, menée 6-1, 2-0 contre Amélie Mauresmo, abandonne sur douleurs gastriques, cédant la victoire à sa rivale. Elle expliquera dans une interview accordée à la « Dernière heure – les sports » du 28 janvier 2006, qu'elle avait un « mal d'estomac à pleurer », causé par la prise d'une double dose d'anti-inflammatoires destinés à soigner une épaule qui devenait trop douloureuse (*Rédaction D.H.net, 2006*).

Qui songerait à condamner cette grande championne pour dopage ? Elle n'a, que nous sachions, pas subi de contrôle antidopage positif. Et pourtant, que dit notre article 1.7. ? Il interdit l'usage de substances ou application de méthodes susceptibles d'améliorer artificiellement les performances des sportifs, qu'elles soient ou non potentiellement dangereuses pour leur santé (...). Et ô surprise : non seulement, par la prise d'un produit, « notre » Justine a tenté de mettre son épaule douloureuse en état de réaliser une performance momentanément inaccessible de manière « naturelle » (c'est en effet bien une amélioration « artificielle », qui juggle la réaction inflammatoire « naturelle » d'une épaule sur-sollicitée), mais encore cette prise de produit est-elle de surcroît dangereuse pour sa santé (la preuve : cet abandon sur une douleur intolérable – chacun connaissant bien, par ailleurs, les problèmes de type ulcères que peut causer la prise massive d'anti-inflammatoires par voie orale).

Or, le code mondial antidopage le stipule, une substance ou une méthode doit remplir deux des trois critères suivants pour être susceptible d'être incluse dans la Liste : 1) elle a le potentiel d'améliorer artificiellement la performance sportive ; 2) elle présente un risque pour la santé des sportifs ; 3) elle est contraire à l'esprit sportif. On en conviendra, les deux premiers critères au moins sont réunis, et on laissera les fans de Justine et les tenants de la morale sportive s'étriper sur la présence du troisième critère. L'important, c'est la confusion dans laquelle nous plonge une pratique qui, bien que nulle fédération au monde ne songerait à la condamner, est en fait similaire dans son principe (amélioration artificielle de la performance, fût-ce au détriment de la santé) à des pratiques qui ont fait radier des athlètes à vie.

63 IAAF : International Association of Athletics Federation (l'Association Internationale des Fédérations d'Athlétisme).

Devant ce genre de rage à être surhumain, de refus de ses limites (une épaule si douloureuse ne commande-t-elle pas le repos ?), le problème en termes de santé publique, d'éthique sportive et même de règle, c'est de savoir comment faire avaler à de futurs petits Ben Johnson de ne pas faire usage de produits ou de méthodes qui améliorent artificiellement leurs performances ou qui soient potentiellement dangereux pour leur santé, voire même contraires à l'éthique sportive. Le ver est dans le fruit.

FAIT N°3 : JEUX OLYMPIQUES D'ÉTÉ 2008 : LE SPINTER JAMAÏCAIN USAIN BOLT REMPORTE L'OR SUR 100 M EN 9 SEC 69 CENTIÈMES (RECORD DU MONDE), OUVRANT AINSI SELON LES COMMENTATEURS SPÉCIALISÉS, UNE « NOUVELLE ÈRE ».

A peine 20 ans après la marque irréaliste atteinte par Ben Johnson le dopé (9"79), et après notamment que l'Américain Tim Montgomery ait encore amélioré cette marque en 9"78 (2002) avant... de tomber à son tour pour dopage, un homme nouveau surgit presque de nulle part (au moment de son record, il n'en est qu'à une dizaine de 100 m officiels, sa distance de prédilection étant le 200m) et fait voler en éclats toutes les prévisions scientifiques en termes de performances humaines.

En effet, en février 2008, l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale, France), publiait une étude sur les limites humaines et les records. Selon le modèle statistique, la limite sur 100 m plat, située autour de 9"67, ne devait être améliorable que de quelques millièmes de secondes (Mathiot, 2009). Or, Usain Bolt, devançant ses adversaires de deux longueurs dès les 80 m, a relâché son effort pendant les 20 derniers mètres, se frappant la poitrine et commençant à hurler sa joie. En un mot, il a couru 9"69 « en faisant le mariale ».

Usain Bolt n'a pas subi de test antidopage qui se soit avéré positif. Il a intégré le « Registered testing Pool » de l'IAAF (la fédération internationale d'athlétisme) en 2006. Le « Registered Testing Pool » est un groupe qui comprend des athlètes de haut niveau régulièrement testés. En 2007, le Jamaïcain comme son compatriote Asafa Powell faisait partie des athlètes les plus contrôlés, et a été contrôlé au moins quatre fois hors compétition et de façon inopinée. Il a aussi été contrôlé pendant les compétitions. En août 2008, il avait subi des contrôles classiques au cours de l'année, dans les meetings qu'il avait disputés, ainsi que trois contrôles urinaires inopinés, tous négatifs. Il remplit de plus à heure et à temps ses fiches de localisation (« whereabouts »), qui permettent ces contrôles inopinés et accessoirement de rendre les athlètes « traçables » dans un contexte où les séjours à l'étranger, notamment auprès de médecins à la réputation sulfureuse, peuvent constituer des éléments de soupçon. Fort de toute cette transparence, le département antidopage de l'IAAF considère Bolt comme un athlète propre.

Les questions ne manquant cependant pas de fuser devant la manière, le court laps de temps séparant ce record propre des précédents records usurpés ou encore la rafle opérée par l'ensemble de l'équipe de sprint jamaïcaine aux JO de 2008 (9 médailles, dont 5 d'or, dans les disciplines de course, pour une petite île de moins de 3M d'habitants !), le médecin chef de l'athlétisme jamaïcain, Herb Elliott, a déclaré ne pas avoir transformé Bolt, mais l'avoir aidé à progresser, « notamment au niveau de la biomécanique » (Miquel, 2008).

Comme son nom l'indique, la biomécanique est l'étude de la mécanique des systèmes biologiques, mais aussi de *l'ingénierie* qui permet de *faire fonctionner* ces systèmes. On isole des techniques de plus en plus sophistiquées en termes de sollicitations du corps, de réponses optimales à du matériel ou à des méthodes d'entraînement toujours plus pointues, forgeant (quand la biomécanique est appliquée au sport) les champions d'une *nouvelle ère*. La biomécanique au sens large a des applications en rhumatologie, traumatologie, orthopédie, médecine du sport ou traitement du handicap notamment, mais aussi - dans sa branche « mécanique des fluides » - en chirurgie vasculaire et urologique.

La question est : où s'arrêter ? En effet, la *logique* qui sous-tend ce genre de pratiques fait au fond du corps de l'athlète un objet d'*intervention scientifique*. Cette intervention scientifique appelle de fil en aiguille des pratiques qui ne relèvent plus de la simple mécanique mais d'une *médecine améliorative* très poussée qui inclut d'ores et déjà, sans états d'âme, la *modification* du corps du sportif, en vue de permettre la sollicitation extrême qui lui sera infligée. Et dans cette logique d'optimisation, on va de nos jours jusqu'à provoquer par exemple, sous monitoring biologique, des microlésions de muscles qui, pour se réparer, vont produire un facteur de croissance⁶⁴ qui rendra le muscle deux fois plus gros à l'endroit de la réparation, et ses fibres plus résistantes. (Queval, 2004).

Des performances hallucinantes, des tests antidopage négatifs, une préparation médicale, biomécanique, voire biologique, qui n'a pas encore livré tous ses secrets... obligent à anticiper la question : les sportifs de demain, préfigurés par les champions d'aujourd'hui, ne seront-ils pas des machines à « performer » qui, sans plus avoir recours à des produits qui les détruisent, exhiberont simplement un corps modifié, plus fort, plus endurant, d'une plus grande longévité, bref... en meilleure *santé* ? Et si c'est le cas, que fera la santé publique, et accessoirement les autorités sportives, devant ce qu'il sera peut-être logique de considérer comme *la fin du dopage* ?

On le voit dans cette longue introduction, les questions « qui se dope, qui utilise des produits ou méthodes améliorant artificiellement les performances, quels sont dans ces produits ou méthodes ceux qui sont dangereux pour la santé, et enfin où est l'éthique sportive ? », ne trouvent pas de réponse simple et univoque.

Essayons donc de reprendre le raisonnement et le cheminement par le menu, en signalant d'emblée que nous irons souvent faire un tour à l'étranger dans ce dossier, pour au moins trois raisons. Primo, de nombreux sportifs belges évoluent à l'étranger, y vivent parfois, et échappent dès lors en partie ou totalement à la politique antidopage menée en Belgique flamande ou francophone. Secundo, on verra que des sportifs étrangers, français notamment, peuvent très bien avoir affaire à des « soigneurs » belges sulfureux, notamment en cyclisme. Tertio, pour le dire simplement : pour monter l'Alpe d'Huez à vélo plus vite que Pantani (italien, tombé pour dopage et mort d'overdose de cocaïne depuis), il n'y a pas trente six solutions : il faut rouler plus vite que Pantani. Les standards fixés, parfois à l'étranger, par des pratiques douteuses, ont donc une incidence directe sur la hauteur à laquelle la barre est placée, y compris pour les sportifs belges. Et il en va de ces standards et des potions qui les accompagnent comme du nuage radioactif de Tchernobyl : contrairement à ce que disent les plus optimistes, il ne s'arrête pas à la frontière.

64 Le Fibroblast Growth Factor, ou FGF.

4.2 CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE

4.2.1 Le code mondial antidopage

Le « Code mondial antidopage » est un texte réglementaire international adopté par 192 gouvernements via une déclaration internationale et une convention de l'UNESCO (entrée en vigueur en février 2007). Comme toutes les conventions internationales, il définit un cadre, que les pays signataires doivent traduire en textes légaux nationaux.

Les principes énoncés comme sous-tendant le code antidopage comprennent la santé, mais aussi l'épanouissement de la personnalité et l'éducation, ou encore l'esprit de groupe et la solidarité. Toutes choses proches de l'action communautaire comme on l'entend dans certains domaines préventifs en Communauté française de Belgique.

Le code fournit des standards internationaux en matière de prélèvements, analyses en laboratoires etc., contraignants en ce qui concerne la validation des contrôles. Le code fournit également des modèles de « bonnes pratiques », à savoir des exemples de règles et règlements contre le dopage, non contraignants pour les pays signataires, mais qui peuvent les inspirer.

Voici ce que contiennent les articles les plus significatifs du code. Et tout d'abord, les articles définissant l'infraction à l'interdit du dopage.

PREMIÈRE PARTIE : CONTRÔLE DU DOPAGE

Eléments constituant l'infraction :

Art. 2.1. Présence d'une substance interdite, de ses métabolites ou de ses marqueurs dans un échantillon fourni par un sportif

Art. 2.2. Usage ou tentative d'usage par un sportif d'une substance interdite ou d'une méthode interdite

Art. 2.3. Refus de se soumettre à un prélèvement d'échantillon ou fait de ne pas s'y soumettre sans justification valable après notification conforme aux règles antidopage en vigueur, ou fait de se soustraire à un prélèvement d'échantillon

Art. 2.4. Violation des exigences applicables en matière de disponibilité des sportifs pour les contrôles hors compétition, y compris le manquement à l'obligation de transmission d'informations sur la localisation, ainsi que les contrôles établis comme manqués sur la base de règles conformes aux Standards internationaux de contrôle. La combinaison de trois contrôles manqués et/ou manquements à l'obligation de transmission d'informations sur la localisation pendant une période de dix-huit mois, telle qu'établie par les organisations antidopage dont relève le sportif, constitue une violation des règles antidopage

Les articles **2.7. et 2.8.** interdisent quant à eux le trafic ou la tentative de trafic, l'administration ou la tentative d'administration à un sportif, en compétition ou hors compétition, d'une substance ou d'une méthode interdite. Ce sont donc là les « organisateurs » du dopage du sportif qui sont visés. Sont également inclus l'encouragement, l'assistance au dopage, etc.

Donc : détection de substances interdites dans les échantillons ; usage ou tentative d'usage d'une substance ou méthode interdite ; refus ou évitement d'un prélèvement et enfin non disponibilité ou refus de localisation, sont autant d'éléments constituant, isolément, l'infraction à l'interdiction de se doper.

Par ailleurs, en ce qui concerne le statut des règles antidopage, on peut lire à la page 16 du code 2009 :

« Chaque signataire établira des règles et des procédures afin que tous les sportifs ou les autres personnes relevant de sa responsabilité et de celle de ses organisations membres consentent à la diffusion de leurs données personnelles dans les cas où le Code l'exige ou le permet. Chaque signataire s'assurera en outre que les mêmes personnes soient liées par les règles antidopage et s'y conforment, et que les conséquences appropriées leur soient imposées le cas échéant. Ces règles et procédures propres au sport ont pour but une harmonisation globale des règles antidopage. Elles sont de nature différente et ne sont donc pas visées, ni limitées, par les restrictions nationales et les normes juridiques applicables aux procédures criminelles ou au droit du travail. Lors de l'examen des questions de faits et de droit dans une affaire, tous les tribunaux, tribunaux d'arbitrage et organes décisionnels devraient reconnaître et respecter la nature distincte des règles antidopage du Code et le fait que celui-ci représente un consensus parmi un large éventail de partenaires intéressés à un sport juste dans le monde entier. »

On le voit : d'emblée, les règles sous-tendant la lutte contre le dopage et pour un sport propre, sont réputées être de nature différente du reste du droit, et ne doivent en aucun cas être limitées par celui-ci. Une sorte de « droit dans le droit », en quelque sorte. C'est peut-être à ce genre de dispositions qu'on doit le contrôle inopiné, en Communauté française de Belgique, des joggeurs amateurs du dimanche, par des équipes médicales qui disposent de pouvoirs de police judiciaire.

Dans la même ligne, parmi les comportements réputés violation du code, l'obligation de localisation énoncée à l'article 2.4. pose évidemment la question du respect de la vie privée des personnes qui pratiquent un sport, notamment en amateur.

L'article 3.1. stipule que la charge de la preuve incombe à l'organisation antidopage, quelle qu'elle soit. Le degré de la preuve doit être au-delà d'un simple équilibre des probabilités, mais peut être en-deçà d'une preuve qui serait au-delà du doute raisonnable.

En clair, pour que quelqu'un soit convaincu de dopage, il suffit à l'organisation antidopage de prouver que plus de la moitié des éléments du dossier sont à charge plutôt qu'à décharge du soupçon de dopage. A ce moment, même s'il reste un doute raisonnable quant à la culpabilité du sportif, celle-ci sera prononcée. En revanche, pour renverser ce type de preuve, le sportif peut toutefois « se contenter » de prouver qu'il y a équilibre des preuves (50-50).

Les articles 4.2. et 4.3. stipulent que l'**AMA**⁶⁵ **publiera la liste des substances et méthodes interdites** en compétition et hors compétition. Pour être incluse, une substance ou méthode doit remplir deux des trois critères suivants : elle améliore, seule ou combinée à d'autres, la performance du sportif ; elle présente un risque avéré ou potentiel pour la santé du sportif ; elle est contraire à l'esprit sportif.

65 AMA : Association Mondiale Antidopage.

On a donc deux critères relativement objectivables, et un critère subjectif (« contraire à l'esprit sportif »).

L'article 4.4. détaille l'**accord de dérogations à des fins thérapeutiques**. Celui-ci est sous la responsabilité des fédérations internationales pour les sportifs internationaux, des organisations antidopage nationales pour les sportifs nationaux. Les dérogations ne peuvent être accordées que sur base d'un dossier médical bien documenté. L'AMA peut renverser un accord ou un refus de telle dérogation si elle estime que les *standards internationaux* en la matière (définis par elle) n'ont pas été respectés.

Selon l'article 4.5., l'**AMA établira des « programmes de surveillance » de substances non encore inscrites sur la liste** des substances interdites, mais dont elle désire évaluer l'usage dans le sport, dans et hors-compétition. Les laboratoires chargés des analyses enverront des rapports statistiques sur ces substances contrôlées à l'AMA. L'anonymat des sportifs contrôlés pour ces substances sera garanti.

L'article 5.1.1. enjoint les fédérations internationales et les organisations nationales antidopage à organiser des contrôles en compétition et hors compétition. De plus, les fédérations internationales et les organisations antidopage nationales définiront respectivement des groupes-cibles de sportifs de niveau national ou international, qui devront répondre aux exigences de localisation permettant de les contrôler hors-compétition.

L'article 5.1.2. précise que **les contrôles inopinés seront une priorité**, et l'article 5.1.3. que des contrôles ciblés devront être organisés (vers les groupes-cibles d'athlètes nationaux et internationaux). Les standards internationaux d'analyses et de contrôles sont définis par l'AMA, et doivent être respectés.

L'article 10.2. détermine les **sanctions en termes de suspension** : La présence d'une substance interdite ou de ses métabolites ; l'usage d'une substance ou d'une méthode interdite ; la possession d'une substance ou méthode interdite, doivent donner lieu selon le code à une suspension de 2 ans lors de la première infraction, à une suspension à vie à l'occasion d'une deuxième infraction. Mais comme l'indique le commentaire de cet article en bas de page (le texte du code, sur le site de l'AMA, est commenté article par article), les sanctions ne semblent pas être harmonisées au niveau international, ni même au sein des différents systèmes nationaux. Il existe des arguments contre l'harmonisation : notamment, un sportif à carrière courte (sprint, gym...) voit sa carrière plus sûrement compromise qu'un sportif à carrière longue (tir, équitation...) ; il serait donc injuste pour lui que la sanction ne soit pas adaptée à la brièveté de sa carrière. Il en existe pour également : pourquoi un sportif pris dans les mêmes circonstances, par la même instance, dans le même pays et pour la même substance qu'un collègue d'un autre sport, se verrait-il infliger une sanction différente ? Mais encore, et c'est important : la non-harmonisation favoriserait la complaisance de certaines organisations pour certains sportifs gratifiés de sanctions très légères pour des raisons autre que légales ou scientifiques.

L'article 10.4.2. indique que les violations de l'article 2.7. et 2.8. (**Interdiction du trafic, de l'administration ou de la tentative d'administration** d'une méthode ou substance interdite) donneront lieu à une **suspension d'au moins 4 ans, pouvant s'étendre à une suspension à vie**. Sanction encore alourdie si le sportif à qui on veut l'administrer est mineur (suspension à vie d'office). On sanctionne ici ceux qui organisent le dopage.

L'article 10.5.2. décrit les **réductions de peines**. Si, en cas de violation des articles sur la « présence » d'une substance, de ses métabolites ou de ses marqueurs, l'« usage » (ou tentative d'usage) d'une substance ou d'une méthode interdite, et enfin l'administration ou tentative d'administration d'une substance ou méthode, si dans un de ces cas, donc, un sportif arrive à démontrer qu'il n'y a pas eu de sa part « faute significative ou négligence », sa période de suspension pourra être réduite, mais pas à moins de la moitié. Si la suspension était à vie, elle ne pourra être réduite à moins de 8 ans.

Cet article admet une certaine ingénuité, mais n'autorise pas pour autant la négligence : les sportifs ne peuvent laisser faire leur entourage professionnel sans se soucier de ce qu'on leur administre⁶⁶. Notamment, l'article 2.1.1. stipule que les sportifs sont responsables de ce qu'ils ingèrent. Ils sont responsables également de s'entourer de personnel qu'ils mettent au courant des règles ; idem pour leurs proches. Cela fait, si on les dope quand même malgré eux et qu'ils arrivent à le prouver, ils peuvent obtenir cette réduction de peine. Cela dit, l'article semble laisser une grande latitude d'interprétation quant à l'absence de « faute significative » dans le chef du sportif accusé : qu'est-ce qu'une faute « significative » ? Le commentaire de bas de page dit que les circonstances doivent être vraiment exceptionnelles, et ne pas valoir dans la majorité des cas.

L'article 10.5.3. parle des **repentis**, incitant à la délation. En effet, il propose la possibilité d'un allègement de sanction en cas de dénonciation de violations du code ayant trait au trafic, à la possession ou à l'administration de produits ou méthodes au sportif par son personnel encadrant.

L'article 23.1.1. liste les acteurs **soumis au code** : l'AMA, le Comité International Olympique, les Fédérations Internationales, le Comité International Paralympique, les comités nationaux olympiques et paralympiques, les organisations responsables de grands événements sportifs, et les organisations nationales antidopage.

L'article 23.1.2. liste les organisations qui ne **sont pas soumises au code mais « encouragées » à le signer** : il s'agit des organisations qui ne sont pas « sous le contrôle d'un signataire » (du code). On pense notamment aux ligues professionnelles (NBA, NFL, etc.). On y reviendra largement.

L'article 14.2. régit la **diffusion publique des éléments relatifs aux infractions** : l'organisation antidopage, une fois l'infraction établie (ou après renoncement à l'audition, ou en l'absence de contestation de l'infraction endéans les délais impartis), rendra publique la nature de cette infraction.

L'article 14.3. définit les obligations en termes de **localisation des athlètes** : les sportifs appartenant à des groupes-cibles susceptibles de subir des contrôles hors-compétition doivent fournir des renseignements suffisants quant à leur localisation pendant ces périodes. La fédération internationale et l'organisation nationale antidopage doivent coordonner l'identification des sportifs et la collecte de données sur leur localisation et les transmettre à l'AMA. Ces renseignements ne serviront qu'à organiser des contrôles (via les organisations antidopage responsables) et seront détruits dès lors qu'ils ne sont plus utiles à ces fins.

NB : parmi les « standards internationaux » (liste des standards à respecter par tous les signataires du code et les organisations qui en dépendent, notamment en termes de procédures des contrôles),

⁶⁶ Cf. le célèbre « *A l'insu de mon plein gré* », du cycliste professionnel Richard Virenque, suite à sa condamnation pour dopage.

l'AMA publie la liste des interdictions. Parmi elles, on trouve le **dopage génétique**, soit le recours à des agents exogènes pour modifier et améliorer l'expression génique endogène de l'athlète.

DEUXIÈME PARTIE : ÉDUCATION ET RECHERCHE

L'article 18.2. stipule que chaque organisation antidopage doit veiller à mettre en place, planifier et appliquer des **programmes d'éducation et d'information** et à en assurer le suivi. Ils devront parler de :

- conséquences du dopage sur la santé ;
- procédures de contrôle ;
- droits et devoirs du sportif ;

L'article 19 encourage la **recherche**. Celle-ci devrait aborder non seulement le dopage comme phénomène médical et physiologique, mais aussi comme phénomène sociologique, éthique et de comportement, et pouvoir se centrer sur l'information et l'éducation en plus des contrôles.

4.2.2 Décret du 8 mars 2001 relatif à la promotion de la santé dans la pratique du sport, à l'interdiction du dopage et à sa prévention en Communauté française

Voici ce que nous disons sur ce décret dans notre rapport 2001-2003 sur l'usage de drogues en Communauté française :

L'ensemble des dispositions vise à contribuer à la responsabilisation des acteurs. Des dispositions de contrôles sont développées qui concernent la prévention et la lutte contre le dopage dans le sport. Une Commission francophone de la promotion de la santé dans la pratique du sport est instituée. La définition du dopage retenue est volontairement large pour permettre d'anticiper sur l'avènement de nouvelles substances ou de nouveaux procédés susceptibles d'améliorer les performances, et de prendre en compte un maximum de situations délictueuses. La Communauté française se charge du contrôle en organisant prélèvements et analyses. La Commission aura une compétence d'avis, de recommandation et une compétence d'évaluation de l'application des procédures et des règlements médicaux.

Le décret s'applique à tout sportif pratiquant en Communauté française, même s'il réside dans une autre région ou un autre pays et qu'il n'est en Communauté française que dans le cadre de son sport (compétition, entraînement, exhibition...).

Et voici la teneur des articles les plus significatifs du décret :

Art. 1. Pour l'application du présent décret, il faut entendre par : (...)

- 2° **manifestation sportive** : toute initiative qui permet à des personnes de pratiquer du sport ;
- 3° **entraînement sportif** : toute initiative qui permet à des personnes de se préparer en vue de participer à des manifestations sportives ;
- 4° **sportif** : personne qui se prépare soit individuellement, soit dans un cadre collectif en vue d'une activité sportive libre ou organisée sous forme de compétition ou de délassement, ou qui y participe ;

7° **dopage** : usage de substances ou application de méthodes susceptibles d'améliorer artificiellement les performances des sportifs, qu'elles soient ou non potentiellement dangereuses pour leur santé, ou usage de substances ou application de méthodes figurant sur la liste arrêtée par le Gouvernement en vertu de l'article 10; (...) (C'est nous qui soulignons).

On le voit, le sportif n'est pas uniquement le sportif de haut niveau en train de concourir, mais somme toute, toute personne qui *fait du sport* ou *se prépare* pour en faire (y compris les amateurs). On retrouve à l'alinéa 7, comme présenté en introduction, la définition du dopage avec ses trois pôles : l'amélioration artificielle de la performance, le statut de la substance ou méthode en termes de santé, et l'appartenance à un « listing » des interdits fixés officiellement.

Art. 2. Le Gouvernement organise des campagnes d'éducation, d'information et de prévention relatives à la promotion de la santé dans la pratique du sport, en veillant notamment à sensibiliser la population, et plus particulièrement les sportifs et leur entourage, sur le respect des impératifs de santé dans ces pratiques. (C'est nous qui soulignons).

C'est le pendant de la deuxième partie du code mondial antidopage (« Education et recherche »). Toutefois, la règle se limite ici à l'éducation, et ne semble rien prévoir pour la recherche.

Art. 3. Le Gouvernement fixe les modalités de prévention et de suivi médical des sportifs, dans une optique de prévention des risques liés au sport et aux conditions d'entraînement, et de promotion d'une pratique sportive adaptée et susceptible d'améliorer la santé, en visant à la responsabilisation du sportif et à l'information du médecin. (C'est nous qui soulignons).

On le voit, le sport est une chose dont les bénéfices ne coulent pas de source, puisqu'il faut en « prévenir les risques » afin qu'il soit « susceptible d'améliorer la santé ». On y reviendra.

Art. 9. La pratique du dopage est interdite à tout sportif. Il est également interdit à tout sportif de se refuser ou de s'opposer aux inspections ou à la prise d'échantillons visés à l'article 12, alinéa 1. Il est interdit à quiconque d'inciter des tiers à la pratique du dopage, de la faciliter, de l'organiser ou de participer à son organisation, notamment en détenant sur les lieux d'une manifestation sportive ou sur les lieux d'un entraînement sportif, en les transportant vers ceux-ci, en préparant, entreposant, cédant à titre onéreux ou à titre gratuit, offrant, administrant ou appliquant à un sportif les substances ou méthodes visées à l'article 1er, 7°.

On note que les comportements visés par cet article sont définis de manière large : détenir une méthode ou un produit interdit sur les lieux d'une manifestation sportive ou d'un entraînement, mais aussi les préparer ou les entreposer peuvent suffire à constituer l'infraction.

Art. 10. Le Gouvernement établit la liste des substances ou méthodes défendues, visées à l'article 1er, 7°, avec indication, le cas échéant, de la dose interdite, et les modalités suivant lesquelles des sportifs atteints d'une affection chronique ou aiguë peuvent être autorisés à ingérer ou à se faire appliquer à des fins thérapeutiques une substance ou méthode prohibée. Le Gouvernement assure la mise à jour régulière de cette liste. (C'est nous qui soulignons).

Cet article est la traduction de la volonté de l'AMA de circonscrire et de contrôler les usages thérapeutiques de substances normalement interdites.

Art. 12. Sans préjudice des contrôles effectués par les fédérations sportives et d'autres organismes, les officiers de police judiciaire veillent à l'application des dispositions (prévues aux articles 9, 10 et 11) du présent décret et des arrêtés pris en exécution de celui-ci. Dans ce cadre, ils peuvent notamment, si nécessaire avec l'assistance des personnes agréées à cet effet, prélever ou faire prélever avant, pendant et après une manifestation sportive ou un entraînement sportif, en vue d'analyse dans un laboratoire agréé, des échantillons du ravitaillement du sportif, des cheveux, du sang, des urines ou de la salive du sportif; ils peuvent également contrôler les véhicules, les vêtements, l'équipement et les bagages du sportif et des personnes qui l'assistent ou l'encadrent d'une manière permanente ou non, sur un plan médical, paramédical ou sur un autre plan. Ils peuvent pénétrer dans les vestiaires, locaux sportifs et terrains de sport. Ils dressent un procès-verbal du contrôle antidopage. Une copie est transmise au sportif concerné, au plus tard dans les quinze jours du constat. Une copie en est également transmise dans le même délai à la fédération sportive concernée. Sans préjudice de la compétence reconnue à d'autres fonctionnaires par ou en vertu d'autres dispositions légales ou décrétales, la qualité d'officier de police judiciaire est accordée aux agents et aux membres du personnel des services du Gouvernement désignés par lui pour exercer les missions visées aux alinéas 1er et 2.

Donc, nous voici au cœur de ce dispositif particulier : les équipes des services du gouvernement de la Communauté française mandatées par lui pour promouvoir une pratique saine du sport, sont « bombardées » officiers de la police judiciaire, et en ont donc les pouvoirs (perquisitions, etc.).

L'article 13 détaille les sanctions pénales encourues par ceux qui organisent le dopage, le facilitent ou l'encouragent. Ces peines vont de 6 mois à 10 ans de prison (la récidive étant un facteur aggravant), et sont assorties d'amendes. Il faut souligner que les sportifs convaincus de dopage n'encourent, eux, que des sanctions disciplinaires, mais rien au pénal.

L'article 16 détaille la constitution d'une Commission francophone de promotion de la santé dans la pratique du sport. Le suivi du décret et des problèmes soulevés par une pratique sportive saine sont assurés par cette commission, qui remet des avis soit d'initiative, soit à la demande du gouvernement de la Communauté française. C'est le gouvernement de la Communauté française qui nomme les membres de cette commission (20 membres maximum) pour une période de 5 ans renouvelable. Selon l'article 17, ces membres seront des « représentants du monde scientifique, médical et sportif, compétents en matière de sport, de médecine du sport, de promotion de la santé dans le sport, de prévention du dopage, de pharmacologie ou de toxicologie. Devront également être représentés, le Comité olympique et interfédéral belge (COIB), le Conseil supérieur de promotion de la santé et le (Conseil supérieur de l'éducation physique, des sports et de la vie en plein air) ».

On a donc une commission qui devrait piloter de manière scientifique (ou experte) la politique de promotion d'un sport sain. Toutefois, sont invités aux sessions de cette commission, avec voix « uniquement » consultative, des représentants du ministre des sports, du ministre de la santé publique et des services publics fédéraux qui dépendent de ces deux ministres. La branche politique de la politique antidopage est donc présente mais n'a pas le « droit de vote ».

NB : on trouve ici aussi, dans la liste des substances et méthodes interdites, publiée par Arrêté afin de compléter le décret : *Le transfert de cellules ou d'éléments génétiques ou l'utilisation de cellules, d'éléments génétiques, ou d'agents pharmacologiques modulant l'expression génique endogène, et ayant la capacité d'augmenter la performance sportive (...)*

Le **dopage génétique** est donc ici aussi, interdit.

4.2.3 Ordonnance relative à la promotion de la santé dans la pratique du sport, à l'interdiction du dopage et à sa prévention – 19 juillet 2007, Région de Bruxelles-Capitale.

Ce texte est évidemment assez proche du précédent, mais il règle notamment le problème des contrôles en région de Bruxelles-Capitale, qui dans un certain nombre de cas n'étaient pas effectués par les communautés pour des raisons de territorialité (20 km de Bruxelles, marathon de Bruxelles, matchs de première division de football et de basket).

Le chapitre II de cette ordonnance est tout entier consacré à « la prévention », au « suivi médical » et à la « promotion de la santé par et dans la pratique du sport ». Il institue notamment en son article 4 que le Collège réuni de la Commission communautaire commune *peut organiser, éventuellement en collaboration avec d'autres autorités publiques, des campagnes d'éducation, d'information et de prévention relatives à la promotion de la santé par et dans la pratique du sport, en veillant notamment à sensibiliser la population, et plus particulièrement les sportifs et leur entourage, sur le respect, dans ces pratiques, des impératifs de santé, qu'il définit.*

Voilà donc une partie de texte légal toute entière dédiée à la prévention des conduites dommageables et à la promotion de la santé dans la pratique du sport, avant même de parler de contrôles. Elle est à mettre en relation avec l'article 3 du décret de la Communauté française (voir ci-dessus).

Voici même un article de l'ordonnance qui, en son premier alinéa, peut être comparé à l'approche de réduction des risques liés aux usages de drogues soutenue par ailleurs par les pouvoirs publics en Communauté française.

Art. 5. Le Collège réuni peut fixer :

- 1° des modalités de prévention sanitaire et de suivi médical des sportifs, dans une optique de prévention des risques liés au sport et aux conditions d'entraînement;*
- 2° des modalités de promotion d'une pratique sportive adaptée et susceptible d'améliorer la santé, en visant à la responsabilisation du sportif et à l'information du médecin;(...)*

Il s'agit donc encore une fois (comme en Communauté française) de promouvoir la santé, voire de l'améliorer, de prévenir les risques liés au sport, d'informer.

En son article 6, cette ordonnance impose aux associations sportives de prévoir un règlement disciplinaire bannissant le dopage, mais aussi de prévoir des sanctions disciplinaires en cas de violation de cette interdiction. Ainsi, un club de football découvrant qu'un de ses joueurs s'est dopé devrait prendre des sanctions disciplinaires à son encontre (suspension, renvoi...). Sur les pratiques interdites (substances, méthodes, facilitation, encouragement...) le texte est similaire à celui du décret de la Communauté française.

On peut cependant lire à l'article 10 :

Art. 10. « Sans préjudice des contrôles effectués par des associations sportives, les officiers de police judiciaire veillent à l'application de l'article 8 de la présente ordonnance et des arrêtés pris en exécution de celle-ci. Le Collège réuni agréé des médecins chargés d'accompagner les officiers de police judiciaire pour les contrôles antidopage. »

En cela, l'ordonnance bruxelloise différerait quelque peu du décret de la Communauté française, qui donne directement aux membres de l'administration chargés des contrôles la qualité d'officier de police judiciaire.

Cela dit, en son article 13, l'ordonnance permet à la Région de déléguer les contrôles aux Communautés. C'est ce qui va arriver dans les faits : la Communauté française est chargée d'étendre ses procédures de contrôle à la région de Bruxelles-Capitale chaque fois que c'est nécessaire.

L'article 17 aborde les **sanctions** que pourraient encourir les associations sportives (clubs...) ou organisateurs s'ils enfreignent les articles précités. Des peines allant jusqu'à 18 mois de suspension d'activité peuvent être prononcées par le collège réuni (c'est-à-dire le pouvoir exécutif) de la COCOM (Commission communautaire commune). En cas de non exécution des peines en question, le collège réuni *peut* prévenir les autorités subsidiaires de l'association ou de l'organisateur. On a donc un cadre légal permettant des mesures potentiellement très contraignantes. Reste à voir qui s'en saisit et qui s'en prendrait notamment à des clubs de sport contrevenants.

Dopage génétique : enfin, en son article 2, §c, le texte interdit toute *manipulation des propriétés génétiques du sportif susceptible de renforcer artificiellement ses performances*.

4.2.4 Résumé comparatif

Le code mondial antidopage est une convention internationale. Les pays signataires ont l'obligation de traduire ses dispositions dans leur droit national. C'est donc ce que sont censés faire les textes en vigueur en Communauté française et en Région bruxelloise notamment.

Interdiction du dopage

Le Code mondial antidopage stipule que **tout sportif de niveau national ou international est soumis à l'interdiction de recours au dopage**. Il prévoit également que les pays signataires peuvent inclure dans l'interdiction les sportifs amateurs (« récréatifs ») s'ils le désirent, en leur appliquant le code avec un degré de sévérité laissé libre. La Communauté française a saisi cette occasion et **inclut les sportifs amateurs** dans sa réglementation antidopage, au même titre que les autres sportifs. Il en va de même de l'Ordonnance bruxelloise qui règle ces matières.

Qu'entend-on par « dopage » ?

Pour le Code mondial : la **détection de substances interdites** dans les échantillons ; **l'usage ou la tentative d'usage** d'une substance ou méthode interdite ; **le refus ou l'évitement d'un prélèvement** et enfin **la non disponibilité ou le refus de donner sa localisation** à une agence antidopage, sont autant d'éléments constituant, isolément, l'infraction à l'interdiction de se doper. La Communauté française quant à elle interdit de manière un peu plus générale la « **pratique du dopage** » à tout sportif. Constitue également une infraction le **fait de refuser ou de s'opposer à un prélèvement ou à une inspection**. Pour autant, la Communauté française n'a pas traduit noir sur blanc dans son décret l'obligation pour les sportifs de fournir les données permettant de les localiser en permanence. Les fédérations et cercles sportifs sont chargés des sanctions disciplinaires à l'égard des sportifs contrevenants. Le texte de l'Ordonnance bruxelloise est essentiellement similaire en termes des éléments qui constituent l'infraction. Là, les associations sportives sont sensées établir un règlement d'ordre intérieur interdisant les pratiques de dopage et établissant des sanctions disciplinaires.

Trafic, organisation, incitation...

Le Code mondial interdit très clairement tout ce qui est **trafic et organisation du dopage** par des tiers (l'entourage du sportif). Les sanctions prévues sont d'ailleurs plus lourdes que pour les sportifs eux-mêmes. Ces dispositions sont traduites dans le décret de la Communauté française. Celle-ci va même plus loin dans les sanctions, puisque les personnes convaincues de trafic, organisation, facilitation etc. encourrent des peines au pénal, ce qui n'est pas le cas des sportifs. Ces peines vont de 6 mois à 10 ans de prison (la récidive étant un facteur aggravant), et sont assorties d'amendes. L'Ordonnance bruxelloise a des dispositions similaires. Les sanctions pénales sont là aussi réservées aux organisateurs, facilitateurs, incitateurs, etc.

Prévention

Le Code mondial prône des **campagnes d'éducation et d'information**, notamment en termes de risques liés aux différents produits dopants. Elle enjoint aussi de diligenter des **recherches scientifiques** en matière de pratiques dopantes. La Communauté française a partiellement traduit cette préoccupation dans ses textes, puisqu'elle doit organiser des **campagnes de prévention, d'éducation et d'information** en matière de promotion de la santé dans la pratique du sport. En revanche, il n'y a pas trace dans ce décret de l'obligation de stimuler la recherche scientifique en la matière. Le texte de l'Ordonnance bruxelloise prévoit simplement que le Collège réuni de la Commission communautaire commune *peut* organiser de telles campagnes. Pas d'obligation pour Bruxelles, donc.

Contrôles

Le Code mondial stipule que **les fédérations internationales et les organisations nationales antidopage organiseront des contrôles** en compétition et hors compétition. La Communauté française **confie les contrôles à une dizaine d'agents** qui soit sont des **officiers de la police judiciaire** soit en reçoivent la qualité s'ils proviennent de l'administration (médecins par exemple). L'Ordonnance bruxelloise contient les mêmes dispositions, à ceci près qu'elle prévoit de nommer des médecins qui *accompagneront* les officiers de police judiciaire, sans pour autant en avoir le statut. Néanmoins, elle précise que le droit de perquisition exercé par la police judiciaire est d'application dans les contrôles antidopage (ce qui, dans les faits, est également le cas en Communauté française). Cela dit, les contrôles sont, délégués aux deux communautés via des accords multilatéraux. De plus, les contrôles effectués en dehors du territoire de Bruxelles-Capitale sont reconnus sur ce territoire.

Dopage génétique

Les trois textes interdisent le dopage génétique, soit la modification de l'expression génique endogène du sportif par des agents exogènes (cellules, agents pharmacologiques...), avec augmentation potentielle de la performance sportive.

Conformité

Les textes nationaux, et a fortiori régionaux ou communautaires, sont censés être en conformité avec les conventions internationales qui les ont inspirés. Ce n'est pas le cas pour la Communauté française, ne fût-ce qu'en termes de disparités entre les régions et communautés, mais aussi de localisation des sportifs, de prélèvements ou de gestion des cas par exemple.

Pour ces raisons, le texte du décret de la Communauté française est en cours de révision. Le nouveau décret paraîtra en cours de législature 2009-2012.

4.3 STRATÉGIES POLITIQUES EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

4.3.1 Contrôles

Rappelons tout d'abord que les compétences en termes de promotion de la santé dans la pratique du sport et de lutte contre le dopage ont connu une évolution ces dernières années. En effet, lors de la législature 2001-2005, la Ministre de la santé en Communauté française s'occupait « entièrement » du dopage. C'est dire qu'elle en assumait les aspects de prévention et de contrôle, ainsi que les aspects plus techniques de compilation des réglementations médicales des fédérations sportives, et d'indications et contre-indications médicales à la pratique de différents sports.

Sous la législature 2005-2009, les arrêtés de compétence des ministres ont attribué au ministre des sports la responsabilité de la prévention et des contrôles, tandis que la ministre de la santé n'a gardé que les aspects plus médicaux d'indications et contre-indications, et de compilation des réglementations des différentes fédérations. Répondant selon ses dires à un « pic » de tests positifs chez les sportifs professionnels à l'automne 2004, le ministre des sports a annoncé vouloir délaissier largement les contrôles effectués auprès des amateurs pour se concentrer sur les professionnels. Les contrôles sur les sportifs professionnels auraient valeur d'exemple pour endiguer les pratiques dopantes de l'ensemble de la communauté sportive.

4.3.2 Prévention

En revanche, la distribution de brochures d'information ciblant les sportifs dans les clubs, destinées à prévenir la pratique du dopage, avait été abandonnée au début de la législature actuelle. De telles brochures n'avaient en fait été distribuées que durant une petite année (en 2004) aux fédérations sportives, aux organismes responsables de la formation des kinésithérapeutes, médecins du sport et professeurs d'éducation physique ou encore dans les établissements de sport-école. Leur impact n'a pu être évalué. Cependant, le ministre Eerdeken, remplacé en cours de législature par Michel Daerden, avait ensuite entamé l'écriture d'une nouvelle brochure de prévention à destination des écoles, à partir de la sixième primaire. Celle-ci devait expliquer aux jeunes l'origine des produits dopants et leurs possibles conséquences néfastes sur la santé (cancers, stérilité ; etc.). Cette brochure est en fait prête, mais l'actuel ministre des Sports en Communauté française refuse de la faire imprimer pour la distribuer, sans qu'on sache pourquoi.

On ne peut donc pas dire que de réelles initiatives planifiées, coordonnées et évaluées soient prises en termes de prévention du dopage au sens où on l'entend habituellement dans le champ de la promotion de la santé. En effet, contrôler et punir n'équivaut pas à prévenir le problème.

A propos des contrôles et de leur impact, d'ailleurs, le Dr Anne Daloze, responsable de la cellule antidopage de la Communauté française, soulignait dès janvier 2006 que la légère baisse des proportions de contrôles positifs observée devait être interprétée avec prudence, dans la mesure où le public contrôlé n'était plus le même (concentration sur les professionnels)⁶⁷. Notamment, selon le Dr Daloze, les sportifs professionnels sont « nettement mieux informés en matière de

⁶⁷ Vande Weyer, 2008.

contrôles antidopage que les autres ». Autre témoin de ce changement de public, la très large baisse des contrôles positifs au cannabis est elle aussi flagrante. Cette substance serait, selon le Dr Daloze, nettement plus en vogue chez les amateurs.

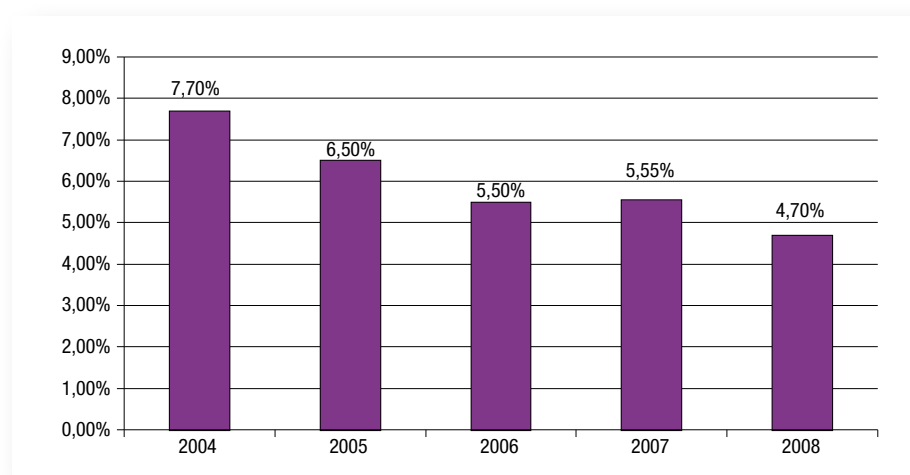
4.4 SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET TENDANCES

Il n'existe pas d'étude de prévalence des pratiques de dopage en Belgique, et ce d'autant moins qu'il s'agit de pratiques illégales, constituant un sujet relativement tabou. Les sportifs n'ont aucun intérêt à attirer l'attention sur le dopage ; les équipes qui les entourent n'ont aucun intérêt à le faire non plus, les sponsors ne se bousculent pas plus (mieux vaut des porte-drapeaux bien performants et bien protégés) ; quant aux autorités politiques, elles se limitent à la « lutte contre le dopage » officielle. Tout au plus peut-on examiner les chiffres des tests effectués en Communauté française dans le cadre de cette lutte. Mais encore les variations qu'ils connaissent sont-elles imputables à des facteurs divers et très difficiles à cerner avec exactitude (apparitions régulières de nouveaux produits ou de nouvelles méthodes masquantes, qui créent un temps de latence entre l'apparition des produits et méthodes et leur détection ; concentration des contrôles sur les professionnels, qui disposent d'équipes hyper spécialisées et donc de produits ou méthodes mieux masqués que chez les amateurs ; majorité des contrôles effectués en compétition plutôt que de manière inopinée hors-compétition, ce qui permet à certains de prendre plus facilement des produits illicites hors-compétition et de s'arrêter à temps pour ne plus être « positifs » au moment de la compétition, etc.).

4.4.1 Chiffres des contrôles antidopage

Voici quelques chiffres couvrant cinq années, issus des statistiques tenues à jour par la cellule dopage de la Communauté française (voir www.dopage.be)

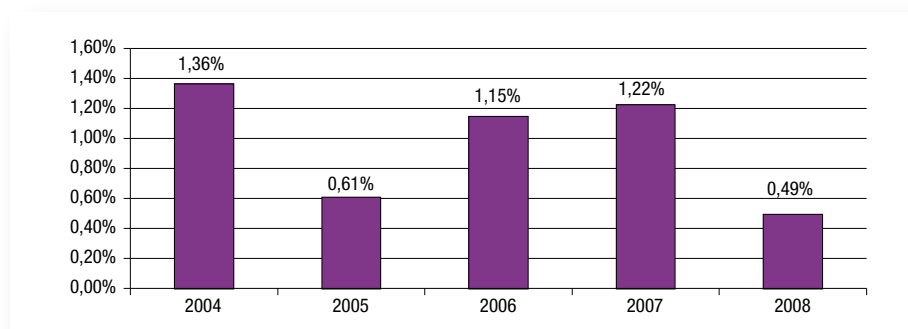
Figure 39 : Pourcentage des tests antidopage positifs en Communauté française de Belgique, période 2004 - 2008



A noter que la répartition des contrôles entre professionnels et amateurs était de 50/50 en 2004, pour passer à 85% de pros (15% amateurs) en 2005, ratio qui resta ensuite proche de celui-ci (de 70/30 à 90/10). Un fait est important à noter pour interpréter ce tableau : les seuils

de positivité aux cortico-stéroïdes ont été rehaussés par l'AMA en 2005, ce qui aurait joué très nettement à la baisse sur l'ensemble des tests positifs, au cours des années qui ont suivi (les taux de positivité aux corticoïdes ont surtout baissé en Belgique en 2006, 2007 et 2008, comme on va le voir plus bas). La cellule de lutte contre le dopage du gouvernement français, observant cette baisse dès 2005, lie très clairement cette chute à ce relèvement des taux (MJSVA, 2007).

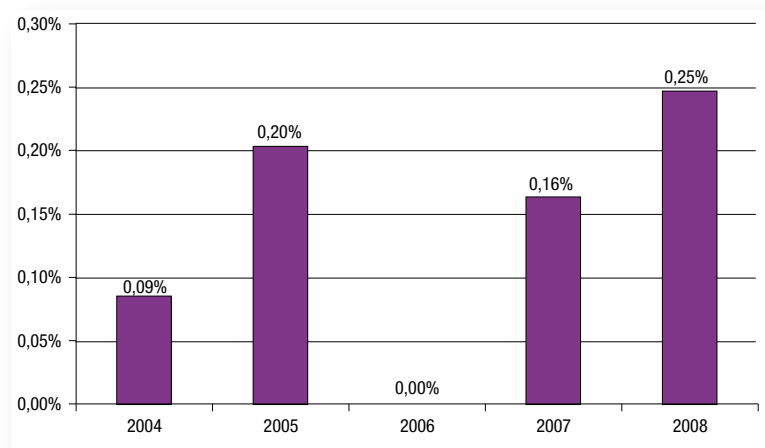
Figure 40 : Pourcentage des tests antidopage positifs aux stimulants en Communauté française de Belgique, période 2004 – 2008



Les principaux stimulants sont les amphétamines, la caféine, la cocaïne, l'adrénaline et l'éphédrine ou autres substances apparentées. Ils agissent surtout sur le système nerveux central et sur le système cardiovasculaire. Les effets obtenus sont : excitation nerveuse, augmentation du débit cardiaque, contraction des vaisseaux sanguins, augmentation de la pression sanguine, augmentation du métabolisme, relâchement de muscles viscéraux, ouverture des voies respiratoires, etc.

Tous ces produits sont sur la liste des produits interdits en Communauté française, mais comme certains peuvent être consommés couramment en dehors de toute pratique dopante, leur présence dans les urines ne constituera une infraction qu'au-delà d'un certain seuil (ex : la caféine). L'usage de stimulants « donne le moral » au sportif dopé, dans le sens où il l'amène à surévaluer ses capacités. La proportion de tests positifs aux stimulants a environ diminué de moitié dès 2005 (lutte portée vers les professionnels), pour remonter à son ancien niveau les deux années suivantes, et à nouveau diminuer de moitié en 2008.

Figure 41 : Pourcentage des tests antidopage positifs aux narcotiques en Communauté française de Belgique, période 2004 - 2008



Les narcotiques sont en fait rangés quant à eux dans la liste des drogues illicites. Il en va ainsi de la morphine et des opiacés en général, dont l'héroïne. Les instances antidopage y rangent également le cannabis (et autres extraits de chanvre, marijuana, haschisch, etc.), mais vu sa haute fréquence de détection, cette substance est comptabilisée à part dans les statistiques de la cellule dopage (voir ci-dessous). Ces substances diminuent la sensation de douleur et présentent un effet antidépresseur et antistress très prononcé. Les effets recherchés sont l'effacement de la douleur, une certaine euphorie, un aiguïsement des sens de la vision et de l'ouïe, une suppression de l'inhibition que peut induire la peur de l'échec...

Ici, la concentration des tests sur les professionnels semble presque avoir eu l'effet inverse sur trois des quatre années suivantes, même si les proportions de tests positifs restent très faibles.

Figure 42 : Pourcentage des tests antidopage positifs aux anabolisants/testostérone en Communauté française de Belgique, période 2004 - 2008

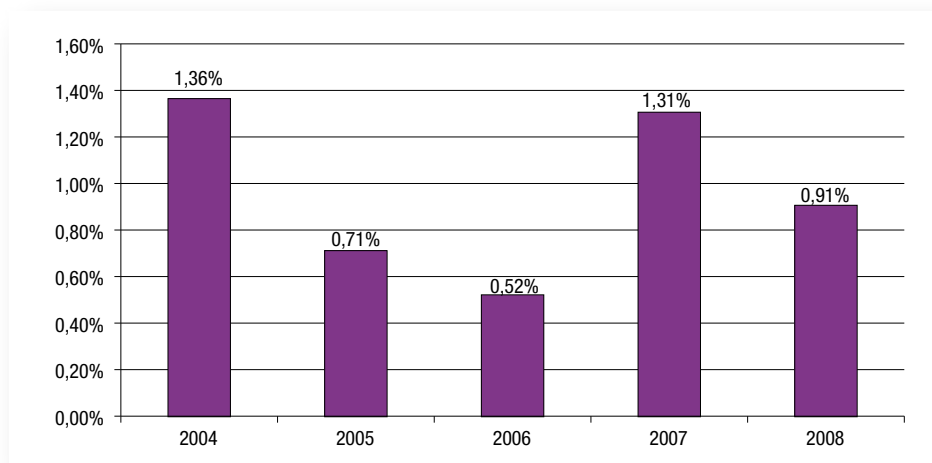
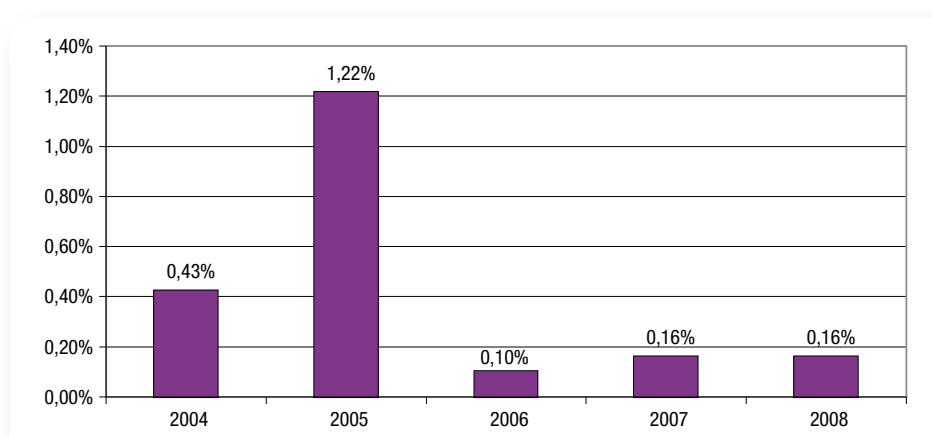


Figure 43 : Pourcentage des tests antidopage positifs aux corticostéroïdes en Communauté française de Belgique, période 2004 - 2008



Les **anabolisants** comprennent principalement des hormones masculines telles la testostérone et la nandrolone, mais aussi d'autres substances comme les bêta-2 agonistes, qui sont des anti-asthmatiques. Ces derniers sont également repris dans la liste des stimulants.

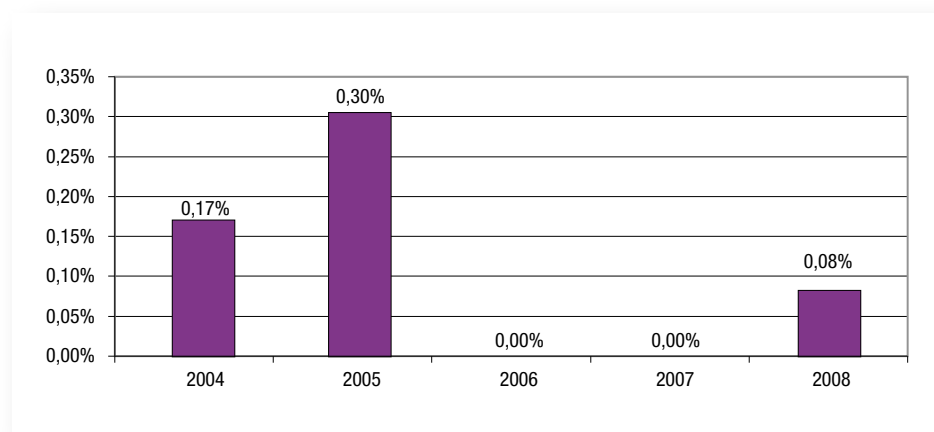
Les effets produits (effets « anabolisants ») sont la synthèse de tissu musculaire accompagnée d'une diminution des tissus graisseux, pour peu que leur prise soit accompagnée d'un entraînement intense de la force et d'une alimentation hyperprotéique. L'athlète sera plus musclé, et aura plus de force mais aussi de résistance à l'effort.

L'année de la bascule des contrôles sur les professionnels (2005) a vu une chute des taux de tests positifs qui s'est maintenue l'année suivante, avant que les taux remontent en 2007 et 2008.

Les **corticostéroïdes** sont des substances sécrétées par les glandes corticosurrénales, ou des substances synthétiques qui leur sont apparentées. On citera la plus connue : la cortisone. Les effets produits sont : effet anti-inflammatoire et analgésique très puissant, stimulation des systèmes énergétiques (glycémie, acides gras), amélioration de l'endurance musculaire et euphorie.

C'est en cours d'année 2005 que les seuils de positivité aux corticostéroïdes ont été relevés par l'AMA, mais aussi que la Communauté française a concentré les contrôles sur les sportifs professionnels au détriment des amateurs. Comme on le voit, les taux de tests positifs ont bondi cette même année, avant de chuter drastiquement les trois années suivantes. Soit cela signifie que seuls les amateurs utilisent ces substances en quantité (mais c'est peu vraisemblable); soit que les sportifs professionnels ont été impressionnés d'être plus visés par les contrôles et se sont restreints (mais ils disposent en fait d'un environnement plus propice à masquer de tels usages que l'environnement des amateurs); soit enfin que le relèvement des seuils de positivité a fait passer des contrôles autrefois positifs aux corticostéroïdes du côté négatif. On peut également envisager un « mix » de ces différentes hypothèses.

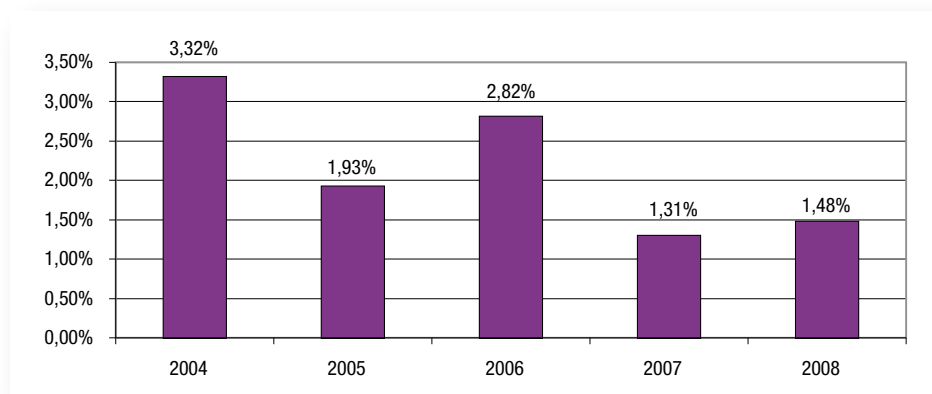
Figure 44 : Pourcentage des tests antidopage positifs aux bêtabloquants en Communauté française de Belgique, période 2004 – 2008



Les bêtabloquants sont des médicaments, essentiellement utilisés pour le traitement de l'hypertension, de certaines arythmies cardiaques, de l'angine de poitrine et de la migraine. Citons le propranolol, le plus connu d'entre eux.

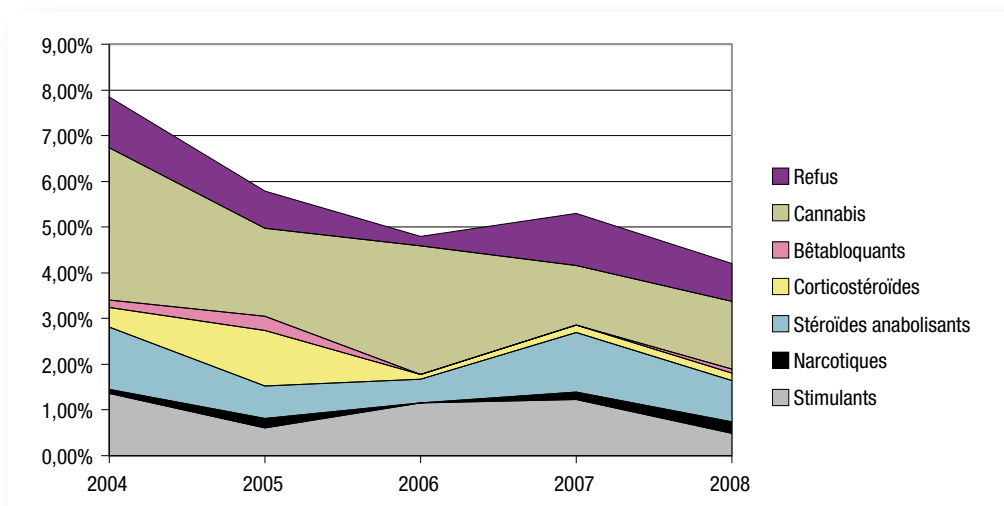
Les effets produits sont : régulation et ralentissement du rythme cardiaque (limite les palpitations liées aux efforts intenses) ; contrôle de l'anxiété ; suppression des tremblements musculaires. C'est pourquoi ces produits sont utilisés dans les sports demandant une grande maîtrise de soi (tir, plongeon, etc.). Ici aussi, la bascule sur les professionnels a vu un saut des contrôles positifs suivi d'une chute drastique et durable (3 ans).

Figure 45 : Pourcentage des tests antidopage positifs au cannabis en Communauté française de Belgique, période 2004 – 2008



On l'a vu, le cannabis est compté au rang des narcotiques dopants (cf. figure 3). Il est cependant comptabilisé à part, sachant qu'il représente en moyenne le plus gros pourcentage des tests positifs en Communauté française. Ainsi, le cannabis emporte la timbale, et de loin. Les professionnels des assuétudes s'accordent d'ailleurs en général à y voir un phénomène de société (la « fumette » de joints se répand, y compris chez les personnes qui pratiquent un sport) plus qu'une réelle pratique dopante, même si ailleurs certains sportifs (surfeurs, notamment) peuvent tirer parti de ses vertus relaxantes.

Figure 46 : Importance relative des principales causes d'infraction à la législation antidopage - Communauté française de Belgique



On le voit, le cannabis tient le « haut du pavé ». Les stéroïdes anabolisants et les stimulants viennent ensuite, avec un volume comparable, quoi qu'un peu supérieur, à celui des refus des contrôles, qui font également grimper les statistiques.

En conclusion, la situation globale est donc la suivante : venant de 7,7% en 2004, la proportion des personnes testées considérées comme contrevenantes à l'interdiction du dopage a chuté progressivement jusque 4,7% en 2008. La bascule des tests effectuée sur les professionnels, « au détriment » des tests sur les amateurs, a eu des effets contrastés sur les différentes substances. Ils sont à nuancer également par le fait que les professionnels sont mieux fournis en produits et méthodes « masquants » que les amateurs. Enfin, le relèvement du seuil de positivité des corticostéroïdes dès 2005 pourrait avoir eu une influence perceptible en 2006, 2007 et 2008.

4.4.2 Autres chiffres

L'absence de chiffres de prévalence du dopage, liée au statut illégal de cette pratique, couplée à l'absence de recherche fédérale menée sur le sujet, et peut-être également à l'absence d'intérêt de l'OEDT pour les drogues licites (les produits dopants, bien que proscrits dans la pratique du sport, ne sont qu'exceptionnellement des drogues illicites), ces lacunes, donc, amènent à se tourner vers d'autres chiffres pour tenter d'évaluer l'ampleur du phénomène. Ceux-ci sont souvent des pièces éparses du puzzle, en l'absence, évidemment, d'un réel monitoring. Ils viennent essentiellement de France, mais il ne faut pas en tirer l'espoir démesuré que nos sportifs soient épargnés par cette réalité, et ce pour au moins deux raisons. D'abord, le sport et ses manifestations se sont internationalisés, et avec eux les standards et les pré-requis à remplir pour atteindre les niveaux exigés. Ensuite, comme l'indique Gilles Goetgebuer, rédacteur en chef du magazine « Sport et Vie » et auteur de nombreux articles repris notamment sur le site de la Communauté française www.dopage.be, « Nous sommes une terre d'élevage avec toute l'industrie et les magouilles hormonales qui tournent autour (...). (Les) humains fonctionnent avec les mêmes molécules que les animaux. (...) En outre, la Belgique a développé une certaine expertise en matière de dopage humain via le cyclisme, où nos sportifs sont très présents (...). A l'instar du tristement célèbre Willy Voet, chez Festina, beaucoup de soigneurs dans les équipes françaises sont belges. » (*Denoël T., 2007*)

Voici donc quelques « autres » chiffres.

Citant des études et articles nombreux, l'auteur de l'essai « S'accomplir ou se dépasser. Essai sur le sport contemporain » cite des chiffres hallucinants (Queval, 2004). Voici ce qu'ils nous apprennent :

- entre 650.000 et 3 millions de sportifs amateurs français auraient eu recours au dopage en 2004. (*Laure P, 2001. Cit. in Queval I, 2004*) ;
- en France, 5 à 15% des amateurs adultes utiliseraient des produits dopants, pour 3 à 5% des enfants sportifs ;
- aux Etats-Unis, les stéroïdes anabolisants sont utilisés dès l'âge de huit ans ; en France, dès douze-quatorze ans ;
- en France, dans la région Midi-Pyrénées, 4,1% des garçons de seize à dix-sept ans déclarent avoir consommé des dopants. Idem en Lorraine pour 8,3% des quinze-vingt et un ans. Des adolescents inscrits en pôles espoirs⁶⁸ avouent un usage de dopants dans une proportion de 6,3% ;

⁶⁸ Les pôles-espoirs sont les viviers de jeunes sportifs pour différents sports. Il y a des pôles-espoirs en rugby, en basket, en volley-ball, etc.

- une autre étude menée sur 2000 sportifs amateurs révèle l'usage de dopants pour 9,5% d'entre eux. Quant aux athlètes de haut niveau, 17,5% d'entre eux avouent des pratiques de dopage (*Laure P, 2001, op cit.*).

Il existe par ailleurs un site Internet français consacré au dopage dans le cyclisme, dont l'URL est le suivant : www.cyclisme-dopage.com . Ce dernier, très documenté, contient notamment une rubrique « bibliographie » très étendue avec abstracts de 54 ouvrages traitant du dopage dans le cyclisme. Il publie également un « annuaire du dopage », qui reprend en détails tous les cas de dopage avérés dans le cyclisme, qu'ils l'aient été via un contrôle positif, via un refus d'un contrôle ou une soustraction à un contrôle, ou encore via des aveux. L'écrasante majorité de ces cas se situe après 1960, ce qui donne l'opportunité à nombre des coureurs incriminés de demander la rectification de certaines données, voire d'attaquer le site en justice.

La méthode de collecte est simple : le responsable du site collecte des données qui sont publiques en se servant des livres, de la presse écrite, d'Internet, des sites de l'Union Cycliste Internationale et de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD, autorité publique indépendante chargée par le gouvernement de la lutte contre le dopage).

La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), autorité administrative indépendante qui veille en France, depuis une loi de 1978, sur le respect des libertés des citoyens dans les domaines relatifs à l'informatique, a voulu faire interdire la parution de cet annuaire au nom du respect de la vie privée. Finalement, le site cyclisme-dopage.com a obtenu de pouvoir le publier de manière anonyme, en remplaçant les noms des coureurs impliqués par des matricules. Ce site est soutenu par d'anciens coureurs comme

Gilles Delion ou Christophe Bassons (honné par le peloton et contraint à une retraite anticipée pour avoir toujours dénoncé tout haut les pratiques systématisées du dopage cycliste) et des spécialistes de la lutte antidopage comme le docteur Jean-Pierre Mondenard (auteur notamment du « Dictionnaire du dopage », paru aux éditions Masson en 2004, ou de « Dopage, l'imposture des performances », paru aux éditions Chiron en 2000). Les chiffres compilés par l'auteur du site ont notamment servi de base au livre « Tempêtes sur le Tour » (*Pierre Ballester. Editions du Rocher. 2008*).

Le pourquoi de cette publication est non pas une mise au pilori d'individus, mais la dénonciation de l'hypocrisie d'un système, la liste des coureurs impliqués étant beaucoup trop longue pour qu'organismes, journalistes, coureurs, entraîneurs puissent rester crédibles en déclarant pour un grand nombre d'entre eux avoir découvert le dopage à l'occasion de l'affaire Festina en 1998.

Voici quelques uns des chiffres avancés par ce site. Ils donnent, eux aussi, le vertige. A noter que le site donne explicitement et de manière visible aux coureurs, conformément à la loi française, un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui les concernent.

- 2082 coureurs sont repris dans cet annuaire du dopage, pour avoir été contrôlés positifs, s'être soustrait à un contrôle ou l'avoir refusé, ou avoir officiellement avoué s'être dopés. 1201 d'entre eux étaient des professionnels.

Tableau 25 : Coureurs du Tour de France qui ont contrevenu au règlement antidopage à un moment de leur carrière

Tour	Participants			Top 10		Podium		Maillot jaune	
	Partants	Epinglés	%	Epinglés	%	Epinglés	%	Epinglés	%
1968	110	38	34,5%	6	60%	3	100%	1	100%
1969	130	62	47,7%	9	90%	3	100%	1	100%
1970	150	56	37,3%	4	40%	2	66,7%	1	100%
1971	130	55	42,3%	8	80%	2	66,7%	1	100%
1972	132	64	48,5%	8	80%	3	100%	1	100%
1973	132	60	45,5%	6	60%	2	66,7%	1	100%
1974	130	57	43,8%	7	70%	2	66,7%	1	100%
1975	140	59	42,1%	5	50%	2	66,7%	1	100%
1976	130	54	41,5%	5	50%	2	66,7%	0	0%
1977	100	53	53%	6	60%	1	33,3%	1	100%
1978	110	58	52,7%	7	70%	3	100%	1	100%
1979	150	57	38%	8	80%	3	100%	1	100%
1980	130	54	41,5%	5	50%	2	66,7%	1	100%
1981	150	62	41,3%	6	60%	2	66,7%	1	100%
1982	170	65	38,2%	8	80%	3	100%	1	100%
1983	140	56	40%	8	80%	3	100%	1	100%
1984	170	64	37,6%	8	80%	2	66,7%	1	100%
1985	180	54	30%	4	40%	1	33,3%	1	100%
1986	210	57	27,1%	2	20%	1	33,3%	0	0%
1987	207	56	27,1%	4	40%	1	33,3%	0	0%
1988	198	54	27,3%	4	40%	2	66,7%	1	100%
1989	198	51	25,8%	8	80%	2	66,7%	0	0%
1990	198	66	33,3%	5	50%	1	33,3%	0	0%
1991	198	52	26,3%	7	70%	3	100%	1	100%
1992	198	61	30,8%	5	50%	3	100%	1	100%
1993	198	71	35,9%	7	70%	2	66,7%	1	100%
1994	189	76	40,2%	10	100%	3	100%	1	100%
1995	189	78	41,3%	7	70%	3	100%	1	100%
1996	198	72	36,4%	8	80%	3	100%	1	100%
1997	198	74	37,4%	9	90%	3	100%	1	100%
1998	189	77	40,7%	5	50%	2	66,7%	1	100%
1999	180	65	36,1%	7	70%	2	66,7%	1	100%
2000	180	73	40,6%	6	60%	2	66,7%	1	100%
2001	189	56	29,6%	5	50%	2	66,7%	1	100%
2002	189	66	34,9%	5	50%	2	66,7%	1	100%
2003	198	61	30,8%	7	70%	3	100%	1	100%
2004	189	57	30,2%	3	30%	2	66,7%	1	100%
2005	189	48	25,4%	6	60%	3	100%	1	100%
2006	176	40	22,7%	2	20%	1	33,3%	1	100%
2007	189	33	17,5%	1	10%	0	0	0	0%
2008	180	25	13,9%	2	20%	1	33,3%	0	0
2009	180	15	8,3%	2	20%	1	33,3%	0	0%
TOTAUX	6911	2397	34,7	243	59,3%	88	71,5%	34	82,9%

Source: Huby, 2009.

- 2 coureurs ont exercé leur droit de réponse ou de demande de modification des données les concernant.⁶⁹

Le tableau 25 présente les statistiques des coureurs du Tour de France qui ont contrevenu au règlement antidopage à un moment de leur carrière. Elles sont reprises sous forme de tableau, qui isolent notamment les coureurs du « top 10 » à l'arrivée du Tour, les podiums (trois premiers) mais aussi (et peut-être surtout) les vainqueurs.

Par « épinglé », il faut donc entendre « ayant contrevenu au moins une fois dans sa carrière aux règlements antidopage ». Cette catégorie comprend : les coureurs ayant été contrôlés positifs (y-compris par constat de carence ou taux d'hématocrites supérieur à 50%⁷⁰), ayant reconnu s'être dopés ou ayant été sanctionnés par la justice, par leur fédération ou par leur équipe dans le cadre d'affaires liées au dopage. N'y entrent pas, par exemple, les coureurs dont l'échantillon « B » (échantillon de contre-expertise) s'est révélé négatif.

Et oui, on lit bien : 34,7% des participants à ces 41 années de tours de France sont tombés à un moment ou l'autre (fût-ce seulement suite à un aveu, et fût-ce après-coup) pour dopage. La proportion monte à presque 6 coureurs sur 10 parmi les coureurs du « top 10 », à 7 coureurs sur 10 pour tous ceux qui ont constitué les podiums de la « Grande boucle », et à 8 coureurs sur 10 pour les vainqueurs du tour.

4.4.3 Du sport de haut niveau vers les autres drogues ?

Trois des premiers patients de tel centre français d'accueil des toxicomanes étaient des héroïnomanes, anciens sportifs de haut niveau en football, natation et aviron. L'étiologie de leur addiction suggérera que l'héroïne fut pour eux un produit de substitution à la drogue dure qu'était leur sport pratiqué de manière intensive. (*Lowenstein, 2000 ; cit. in Queval, 2004*).

Tel autre centre de Haute-Savoie spécialisé dans le traitement des addictions accueille 15% de sportifs de haut niveau en 15 ans. (*Dolivet, 1998 ; cit. in Queval, 2004*).

Une étude effectuée auprès de patients suivant un traitement de substitution aux opiacés dans un centre spécialisé révèle que 8% d'entre eux sont des anciens sportifs sélectionnés dans leur équipe nationale et ayant participé à des compétitions internationales. (*Lowenstein & Al, 1997 ; cit. in Queval, 2004*). Dans un autre centre, cette proportion monte à 14%. Dans les deux centres, une proportion encore plus forte des patients révèlent un passé d'activité sportive intensive, soit de 3 heures de sport ou plus par jour pendant plus de trois ans consécutifs (resp. 20% et 30%). (*Lowenstein & Al, 1999, cit. in Queval, 2004*).

Ces chiffres ont été confirmés par une enquête nationale menée en France auprès de 1111 personnes souffrant d'addictions ou de pathologies associées. Selon celle-ci, 10,5% des personnes interrogées avaient pratiqué un sport au niveau national ou international, et 6% se déclaraient

69 Ces chiffres sont donnés pour illustrer le fait que ces révélations ne soulèvent que très peu de protestations. Ne connaissant pas le nombre exact de coureurs contrôlés pendant toutes les années que couvrent les données, on ne peut toutefois pas en tirer des proportions.

70 Constat de carence : ne pas se présenter à un test antidopage ou le refuser. Taux d'hématocrite : au-delà de 50%, les autorités antidopage estiment que ce taux est anormal et révèle la prise d'érythropoïétine recombinante (EPO), produit dopant bien connu.

sportifs de haut niveau. Chez celles de ces personnes suivies en centre méthadone ou en médecine de ville, une proportion respectivement de 43% et de 37,5% déclarent une addiction à un produit survenue dans la première année d'arrêt de l'activité sportive. (Queval, 2004).

En bref, les sportifs montrent une addiction avérée au mouvement (aux endorphines, à l'illusion de contrôle absolu du corps dans le sport de haut niveau), laquelle semble trouver une certaine continuité avec l'addiction à des produits.

4.5 ACTEURS/OUTILS

Nous avons eu l'occasion de le préciser dans des rapports antérieurs : les outils de prévention en Communauté française sont rares, voire inexistants. Nous parlons bien entendu non pas des contrôles (certains confondent allègrement la « prévention » avec les contrôles antidopage), mais de brochures, de films, de sessions d'information dans les clubs, etc., qui interviendraient dès le début de la pratique sportive, tout à fait en amont du sport de haut niveau. La difficulté qu'il y a à proposer de tels outils et à ce que leur utilisation soit suivie est illustrée par la création de la brochure « futurofoot ». Celle-ci fut élaborée en 2001 par les asbl Infor-Drogues et Prospective Jeunesse puis diffusée et accompagnée de séances d'information dans les clubs. Ces séances furent toutefois un échec, par manque de soutien de la fédération et manque de motivation des responsables sportifs.

4.5.1 Communauté française de Belgique.

4.5.1.1 Acteurs

■ La cellule dopage

L'acteur institutionnel de la lutte contre le dopage est la cellule dopage de la Communauté française. Elle est dirigée par un médecin. Ses deux missions sont :

- la réalisation de contrôles antidopage effectués à l'occasion de diverses manifestations sportives;
- l'organisation de la promotion de la santé dans la pratique du sport.

Selon nos sources, il n'y a pas d'autre acteur institutionnel permanent ou d'autre acteur répertorié officiellement en Communauté française qui contribuerait à la promotion de la santé dans la pratique du sport et préviendrait les pratiques de dopage. Les cabinets en charge de la santé prennent parfois une initiative dans ce sens, sans que ce soit systématique. Quant aux contrôles, ils sont exclusivement réservés à la cellule et aux officiers de police judiciaire qui y oeuvrent.

4.5.1.2 Outils

- Le site www.dopage.be est l'interface de la cellule antidopage avec le public et les institutions.

Il propose notamment de nombreux articles sur le dopage, met à disposition les textes réglementaires, détaille les procédures de contrôle, décrit les différentes classes de produits dopants, leurs effets recherchés et leurs effets nuisibles, et décrit les droits et les devoirs du

sportif. Il s'agit plus d'un outil d'information que d'un véritable outil de prévention, en dehors d'un spot tv et d'un spot radio repris sur le site, datant tous deux de 2003. Il ne comprend pas non plus de répertoire d'autres outils de prévention.

■ **La brochure « Pour l'amour du sport »**

Cette brochure date de 1999. Elle fut réalisée par l'asbl Question Santé, un des « Services communautaires de promotion de la santé » de la Communauté française. Elle propose des clés pour prévenir le dopage. Le premier chapitre énonce les caractéristiques d'un entraînement adapté, arguant qu'il est la seule alternative valable au dopage. Les résultats seraient aussi bons qu'en cas de dopage, la santé en plus. Notamment, la brochure insiste sur la nécessité de ne pas tenter l'impossible à tout prix, et pour ce faire, d'éviter des écueils comme la surcharge permanente ou un temps de récupération insuffisant.

Le deuxième chapitre est consacré au dopage proprement dit, aux raisons de son interdiction, aux substances et méthodes dopantes et à leurs dangers. Le troisième chapitre déconstruit 13 « contre-vérités » sur le dopage, telles « Seuls les sportifs de haut niveau sont concernés », « La répétition des contrôles négatifs constitue une preuve de non dopage ou de sport propre », ou encore « La longévité d'une carrière implique l'absence de dopage ou, pour le moins, une consommation très modérée ».

L'ensemble est émaillé de témoignages de sportifs de haut niveau (Jean-Michel Saive, Justine Hénin...) qui plaident pour un sport « propre ». Cette brochure se présente sous forme d'un carnet haut et un peu plus étroit qu'un A4, de 50 pages.

■ **La brochure « Mettre le dopage hors-jeu »**

Cette brochure a été réalisée lors de la législature 2000-2004 par le cabinet de la ministre de la santé, madame Maréchal. Elle est épuisée. Elle liste elle aussi les différents types de substances utilisées pour se doper, mais avec l'originalité de les regrouper selon la partie du geste sportif ou du sportif lui-même qui est la cible du produit : le sang (EPO), les muscles (bêta-2 agonistes), la fatigue (corticostéroïdes), le mental (bêtabloquants, narcotiques, stimulants...), etc. Les effets secondaires sont également présentés directement en regard des effets recherchés. Ensuite, quelques questions sont soulevées (pourquoi lutter contre le dopage, que risque-t-on en cas de contrôle positif, qui est chargé des contrôles, comment savoir qu'un produit est interdit, peut-on être positif aux contrôles antidopage en absorbant des compléments alimentaires...). La procédure de contrôle inopiné est également décrite (un jogger ébahi par l'interpellation d'un officier de la police judiciaire est d'ailleurs représenté sous la plume de Pierre Kroll). Le tout tient sur un format A3 plié en trois, soit une petite brochure qui tient dans la main.

■ **La brochure « Futurofoot »** (voir ci-dessus, début du point 4.5.).

4.5.2 France

Comme très peu d'initiatives de prévention du dopage peuvent, au final, être répertoriées chez nous, il nous a semblé intéressant de relever certaines initiatives qui ont été proposées en France dans ce domaine, d'une part parce qu'il y en a beaucoup plus, d'autre part parce qu'elles partent parfois du niveau régional ou local, ce qui est souvent un gage d'une certaine connaissance

des besoins du terrain, enfin parce que la langue de communication est, bien sûr, la même, ce qui facilite la comparaison. Sans compter que dans un sport comme le cyclisme notamment, de nombreux coureurs belges évoluent en France. Ces initiatives sont issues d'un article de « Sport et Vie » n°68, intitulé « Le tour des Assos » (Billebaut, 2001). Elles partent notamment du constat que « Les grandes campagnes de prévention restent globalement assez peu efficaces à faire prendre conscience des risques. Quant à changer les comportements... Une meilleure solution consiste à se rendre dans les clubs ou dans les écoles pour discuter avec les jeunes, du sport, de la santé, de la compétition et, accessoirement, du recours aux médicaments pour être plus performant. »

Plusieurs associations se sont attelées à ce type de prévention, soit bénévolement, soit dans le cadre de structures officielles (Fédération sportive, Comité olympique, ministère). Il semble d'ailleurs beaucoup plus facile de trouver des responsables de programmes et de répertorier leurs actions chez les bénévoles que dans les structures officielles, où tout le monde a semblé se renvoyer la balle ou se « cacher » en restant totalement injoignable et en ne rappelant pas le journaliste de « Sport et Vie ». On aura l'occasion d'y revenir.

4.5.2.1 Acteurs institutionnels et acteurs locaux

■ Comité National Olympique du Sport Français / Fondation Sport et Santé

Site web : <http://sportsante.franceolympique.com/accueil.php>

Le Comité National Olympique du Sport Français (CNOSF) a confié la prévention du dopage à une fondation baptisée « Sport et Santé ». Celle-ci doit assurer un rôle d'animateur et de fédérateur. Son objectif est de sensibiliser essentiellement les jeunes, de les informer et de leur fournir des documents pédagogiques. Les jeunes sportifs sont visés via les clubs et les écoles, partant du constat que le dopage est très inefficacement traité en interne dans les milieux professionnels, notamment parce qu'il débute souvent beaucoup plus tôt et plus insidieusement. L'intervention de cette fondation semble proche de la définition de la promotion de la santé issue de la charte d'Ottawa, en vigueur en Communauté française de Belgique. En effet, elle se veut plutôt non jugeante, non moralisatrice, et met surtout l'accent sur les risques pour la santé. Autre axe privilégié : le travail de proximité. Un réseau de 500 personnes, membres de différentes fédérations, est en principe à disposition pour se livrer à un exposé à la demande d'un professeur d'éducation physique, d'un dirigeant de club ou d'une collectivité territoriale. On fait parfois appel aussi à des sportifs de haut niveau pour un exposé auprès des jeunes (le plus illustre de ces conférenciers fut le judoka David Douillet).

■ Les Antennes Médicales de Prévention du Dopage (AMPD)

Site web : http://www.santesport.gouv.fr/contenu/Lutte_Anti_Dopage/antennes_medicales.asp

Une loi récente (2006) a notamment porté création, en France, de structures de soins spécialisées, capables de prendre en charge spécifiquement des personnes ayant eu recours au dopage ou susceptibles d'y avoir recours. Ce sont les AMPD. Les accueillants du numéro vert « Allo écoute dopage » (voir ci-dessous) orientent les usagers vers ces antennes si besoin est. Les AMPD sont implantées dans les établissements publics de santé ; il y en a au moins une par région. Elles sont agréées par les ministres en charge des sports et de la santé. Elles remplissent les quatre missions suivantes :

- le soin aux sportifs ayant eu recours à des pratiques dopantes,
- le conseil (aux sportifs comme à leur entourage ou aux fédérations),
- la recherche,
- le recueil de données épidémiologiques et la veille sanitaire.

Dans un premier temps, elles offrent une consultation médicale anonyme et gratuite aux sportifs. Si nécessaire, elles leur proposent ensuite une prise en charge médicale. Elles ont également un rôle de pharmacovigilance et peuvent à ce titre, sous la coordination de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD), proposer l'inscription ou le retrait de la liste des substances interdites de certains produits ou procédés dopants.

■ Association 100% sport pur

Site internet: www.sport-pur.asso.fr

Avec un budget provenant de sources locales (Conseil Régional Midi-Pyrénées, Conseil Général, Direction Régionale Jeunesse et Sport Midi-Pyrénées et une mairie locale), l'association «100% sport pur» concentre elle aussi son action sur la prévention auprès des jeunes. Selon un de ses fondateurs, il est essentiel de s'appuyer sur des données scientifiques pour contrer les fausses idées répandues parmi les jeunes que le dopage peut tenter. Les procès pour dopage seraient également le moment d'une prise de conscience. Enfin, l'information législative doit être mise à disposition du grand public. Cette association peut compter sur plusieurs dizaines d'intervenants, dont des sportifs, des Conseillers Techniques Régionaux ou des médecins du sport. Chacun intervient dans son domaine pour sensibiliser sur les aspects particuliers du dopage qui y sont liés. Les interventions tiennent compte de ce que le dopage n'est pas réservé à l'élite, mais implique de véritables réseaux amateurs.

■ Association de lutte contre le dopage

Cette association d'Orléans intervient auprès de nombreux clubs de sport, dans les sections sports études ou au niveau des fédérations, par le biais de conférences-débats, d'expositions, de films, de sondages ou de la tenue à la fois d'une revue de presse et d'une bibliographie. Elle fonctionne grâce à l'aide d'une soixantaine de partenaires bénévoles et d'une dotation de la Direction Régionale Jeunesse et Sport, de la ville d'Orléans ou de partenaires privés. A l'instar de la précédente, elle insiste sur les dangers pour la santé du dopage, mais y inclut un aspect moral, insistant sur le fait que le sport lui-même, et notamment le cyclisme, souffre du déficit d'image dû au dopage.

■ Jean-Paul Stephan - L'envers du vélo

<http://www.cycles-lapierre.fr/lapierre/sc/jean-paul-stephan-envers-du-velo>

Jean-Paul Stephan, agrégé d'éducation physique et VTTiste de niveau national, a créé dans son département – la Haute-Marne – une sorte de club qui réunit des personnes refusant le dopage. Celles-ci interviennent dans les clubs ou dans les stages d'entraînement et de préparation physique de la Fédération Française de Cyclisme, pour faire valoir aux athlètes qu'il existe beaucoup d'alternatives au dopage. Il note au passage que les risques sont systématiquement minimisés dans la nébuleuse dopage, ce qui amène des amateurs à hypothéquer leur santé pour des primes dérisoires. Il regrette que les initiatives venues d'en haut (du politique) soient un peu coupées de la réalité du terrain où oeuvrent les associations de bénévoles.

Il organise quant à lui des conférences dans sa région ainsi que des animations avec des enfants, qui s'expriment à travers des textes, des sketches et des poèmes. Il développe toutes ces idées sur le site web renseigné ci-dessus. Il y propose également des articles sur la diététique et l'entraînement, afin d'offrir aux sportifs, jeunes notamment, des alternatives au dopage.

■ « La Française des jeux »

Dernière initiative qu'il nous semble utile de signaler : « La Française des jeux », entreprise publique qui a pour vocation l'organisation et l'exploitation des jeux de loterie et de pronostics sportifs sur le territoire national (comparable à la loterie nationale), finance depuis 2000 une opération baptisée « La règle du jeu », qui est un appel à projets promouvant un sport propre, ouvert à tous, sans violence et sans dopage. L'édition 2007 a ainsi permis de soutenir plus de 300 structures sportives ou socioéducatives à hauteur de 792 000 euros au total. Les projets sont élus sur dossier.

4.5.2.2 Outils

■ Ecoute Dopage

Le gouvernement français a instauré un numéro vert d'écoute du dopage, qui applique au dopage des méthodes d'aide et d'écoute largement éprouvées dans des domaines comme la violence conjugale (SOS Femmes Battues), le sida (Allô Ecoute SIDA) ou le suicide (Ecoute Suicide). Ce numéro est gratuit et, bien sûr, anonyme. Créé en 1998, il traitait déjà, en 2000, 8500 appels par an.

Jean Bilard, responsable du projet et professeur de psychologie du sport à l'Université de Montpellier, insiste une fois encore sur la très large méconnaissance du grand public sur les produits dopants et leurs effets, mais aussi du caractère licite ou non de ces produits. La plupart des appels émanent des sportifs eux-mêmes. Parmi eux, un nombre non négligeable d'adolescents. Plus rarement, ce sont les entraîneurs ou les parents qui se manifestent, ces derniers souvent à la découverte de produits suspects ou à l'occasion d'une transformation précoce et anormale de leur enfant.

Pour le professeur Bilard, le dopage est un drame qui se vit le plus souvent seul, comme en témoignent les nombreux appels de sportifs en détresse, pris dans un engrenage qui affecte leur santé, et qui n'osent en parler à leur entourage. La ligne téléphonique *anonyme* prend ainsi tout son sens. Dans les cas extrêmes, Ecoute Dopage oriente les demandeurs vers des généralistes ou des médecins du sport, ou même les urgences hospitalières si la situation l'exige. Si le professeur Bilard dénonce une répression trop peu dissuasive « en amont », il regrette surtout un manque général d'éducation à la santé. Notamment, le réflexe bien ancré de la surconsommation de médicaments par les Français est selon lui un des éléments de la logique qui mène à se doper.

■ Mallette de prévention de la Fondation Sport et Santé / CNOSF

Cette fondation, décrite ci-dessus, en collaboration avec le ministère de la Jeunesse et des Sports, a produit une petite mallette de prévention, sur laquelle s'appuie le conférencier qui s'adresse aux jeunes dans les clubs et les écoles. Cette méthode a été préférée à des méthodes plus agressives montrant des images des dommages encourus (voir certaines campagnes de prévention routière ou même de prévention du tabagisme).

■ Exposition itinérante « 100% Sport pur »

Entre autres outils/actions, l'Association « 100% Sport pur » décrite ci-dessus propose une exposition itinérante qui, sur le plan scientifique, a reçu l'aval du médecin conseil du ministère de la Jeunesse et des Sports. L'expo s'implante dans des tournois de tennis, des centres commerciaux, des mutuelles étudiantes, des championnats nationaux. Elle s'articule autour d'une vingtaine de panneaux réalisés par des étudiants d'une école de design. Les thèmes évoqués sont les produits, les contrôles, les influences, les risques, etc. Les illustrations ont pour vocation d'être simples, accessibles, explicites et marquantes. A remarquer que les gens ne semblent pas venir facilement vers les animateurs ; qu'il est nécessaire d'aller les « prendre par la main » pour briser la glace et qu'ils puissent recevoir les explications et surtout poser leurs questions. La méconnaissance des gens a frappé les organisateurs, ce qui les a amenés à projeter l'édition de brochures basées sur l'expo, et la réalisation de deux films reprenant notamment les témoignages d'anciens sportifs dopés qui l'ont payé de leur santé, de « repentis » et de sportifs « propres ».

4.6 DÉBAT / EVOLUTION

4.6.1 Quel est le problème ?

Le problème posé aux intervenants en santé publique, est d'arriver à ce que leur public-cible soit en meilleure santé que possible. Le problème moral d'obtenir un sport « propre » n'est donc pas du ressort des intervenants en santé publique, si ce n'est au moment où il empêche un débat serein sur la santé. Nous n'en sommes pas encore là, mais on y viendra plus bas.

La première étape, pour prendre en charge ce public-cible, est de l'identifier et de le contacter, ou – plus efficace – de lui permettre de prendre contact, puisqu'il n'y a pas de répertoire des sportifs dopés, et que ceux-ci vivent en général leur dopage dans une grande solitude. Quel est le public-cible de la prévention du dopage? Les sportifs dopés ? Non si on estime, comme pour le reste de la consommation de stupéfiants, que la personne dépendante (ou plutôt dans une dépendance pathologique) n'est déjà plus le sujet d'une intervention préventive mais plutôt d'une intervention curative. Les sportifs dopés sont la cible des *contrôles* antidopage, qui visent à punir et à exclure, mais échouent visiblement à éviter la récurrence et à éviter que de nouveaux sportifs ne se dopent. Punir et exclure les contrevenants, c'est une action distincte de la *prévention* du dopage.

Les auteurs qui se sont penchés sérieusement sur le dopage s'accordent à dire qu'aujourd'hui, tous les sports sont touchés. Les chiffres des contrôles antidopage ne doivent pas inciter au triomphalisme. Très peu de contrôles ont lieu de manière inopinée ; la majorité se font en compétition. Or certains produits peuvent être pris pendant les entraînements et arrêtés à la venue des compétitions pour éviter qu'ils soient repérés dans l'organisme. Par ailleurs, rappelons que l'AMA a relevé le seuil de « positivité » aux stéroïdes, ce qui peut avoir influencé les chiffres à la baisse à partir de 2006.

On notera aussi que « Le nombre de saisies relatives au dopage humain (en Belgique) a énormément augmenté en 2006 » (*Denoël, 2007*). Sans oublier que le passage à 85% – parfois plus – de contrôles effectués auprès des professionnels dès 2005, pour seulement 15% ou

moins chez les amateurs (venant d'un ratio 50-50), joue également sur les chiffres, puisque les professionnels qui se dopent sont entourés de professionnels qui *les* dopent, bien plus à même de masquer les pratiques dopantes que les sportifs amateurs. Rappelons enfin que selon certains chiffres, 17,5% des athlètes de haut niveau avouent utiliser des produits dopants (Queval, 2004).

Il faut donc prévenir avant de guérir en s'adressant à *tous* les sportifs, si possible en amont du geste final qu'est le dopage. Et il faut, certainement, « guérir » (intervention curative) les sportifs dopés qui en manifestent l'envie, si on arrive à entrer en contact avec eux, et leur éviter la rechute. Que dire, donc, aux sportifs en herbe auprès de qui on veut promouvoir un sport sain ? Il faut leur faire comprendre que la santé de leur corps passe par l'équilibre, et non par le déséquilibre et la sur-sollicitation permanents (qui appellent à terme l'intervention d'artifices chimiques).

Mais quelle est, dans le contexte actuel de notre société, la valeur de l'équilibre : est-ce un idéal à atteindre, comme le pensaient les Grecs anciens, ou « une vague moyenne dans les performances accomplies, vite reléguée au rang de médiocrité » ? (Queval, 2004, p. 217). Dans tous les domaines, la réussite se mesure aujourd'hui à la performance individuelle et à son caractère exceptionnel, singulier parmi la masse, rare. D'où un « rapport concurrentiel permanent à autrui et à soi-même » (Queval, 2004, p. 215). Il ne s'agit plus d'être « bien » ; il faut être « mieux ». Mais y compris mieux *que soi-même*, c'est-à-dire être continuellement prêt à *se dépasser*. Ne pas faire mieux que la fois précédente, dans cette logique, ce n'est pas *bien faire*. L'idéal d'équilibre des Grecs anciens a été remplacé par l'idéal de progrès des lumières ; un progrès qu'on *ne peut arrêter*. Même la récente injonction inverse de « lâcher prise », de droit à un espace personnel apaisé et à l'équilibre, ne pèse que peu de poids par rapport à ce culte généralisé de la performance, comme en témoignent les dépressions des adultes, le suicide des adolescents, certains usages de drogues, les blessures des sportifs ou les pratiques dopantes...

D'autant que cet « équilibre » en vient lui-même à être instrumentalisé : on consomme de l'équilibre (en barre, en boisson, en compléments...). Et on ne consomme pas de l'équilibre « pour être en équilibre », mais bien « pour être plus performant » au boulot, à l'école, etc. Le progrès. La croissance. Le dépassement de soi (et le dépassement des autres).

Dans cette logique, le ver est dans le fruit, en quelque sorte, à partir du moment où la quête sacrée du mieux s'approprie le « bon aliment », amélioré par le « bon adjuvant » qui va permettre la « bonne performance » (celle qui améliore la performance précédente) (Riché, 2002). Dans un tel contexte, pour éviter que le sportif, dont la progression logique, a minima, *vis* le sport de haut niveau (« on n'arrête pas le progrès »), pour éviter donc qu'il ne se détruise la santé en se dopant, on ne peut plus si facilement lui faire valoir ni la vertu de l'équilibre ni celle de la performance sans adjuvant : l'équilibre appartient à l'antiquité, et l'adjuvant, même les enfants des cours de récré en reçoivent pour « tenir » et pour se dépasser.

C'est d'autant plus vrai quand, au-delà de « tenir », il faut en plus « réparer » : il faut en effet bien considérer ce qu'il y a d'anormal et de dangereux pour le corps à la pratique du sport de haut niveau, et qui fait que loin avant le dopage, le premier danger du sport de haut niveau, « c'est le sport de haut niveau lui-même »... (Queval, 2004, p.223). Des « désordres biologiques significatifs » sont inextricablement liés à sa pratique. Or, ces désordres trouvent des

expressions cliniques qui nécessiteraient des temps de récupération que ne peuvent tolérer les rythmes professionnels et financiers⁷¹ infligés aux sportifs. C'est donc à coups de médecine « sportive » et de « molécules recombinantes » qu'on court-circuite ces temps de récupération et de réparation⁷².

Par ailleurs, la pratique médicale qui accompagne les sportifs professionnels, elle-même hyperspécialisée, inclut sans états d'âme la *modification* du corps du sportif par la médecine, en vue de permettre la sollicitation extrême qui lui sera infligée. Mais modifier le corps par la médecine, pour l'aider à soutenir un effort « sur » - humain, n'est-ce pas une pratique à classer également dans l'antichambre du dopage, et dont le principe est en tout point identique ?

Enfin, du point de vue de la santé publique, il faut prendre en compte l'« après ». Qu'arrive-t-il quand prend fin l'activité sportive intensive, voire professionnelle, voire de haut niveau ? Vivre avec un corps constamment sollicité, « excité » par cet engagement physique intensif, est en fait de nos jours couplé à l'absorption de produits, c'est-à-dire aux fonctions d'abord vitales (bien se nourrir), ensuite détournées (compléments alimentaires pour « tenir », voire dopants), du boire et du manger. Cela d'autant plus que le « boire » et le « manger » du sportif de haut niveau deviennent ultra spécialisés, s'éloignant de beaucoup de la nourriture et de la boisson de monsieur tout le monde, et portant donc de manière surmultipliée le sceau de l'excitation (tant symboliquement que dans leur composition).

En d'autres mots, l'excitation du mouvement se lie rapidement à l'excitation de la prise de produits. Un facteur aggravant, à l'arrêt de l'activité sportive, serait l'état de manque ressenti par rapport aux endorphines qui étaient produites régulièrement au cours de la carrière intensive du sportif. Comment s'étonner dès lors, qu'en période d'arrêt provisoire ou définitif de l'activité physique intensive (parfois « maniaque »), toute la promesse d'excitation se reporte sur les produits qui étaient apparentés au « shoot » moteur et physique, soit dans le meilleur des cas la nourriture du sportif et ses multiples compléments alimentaires (boulimie), mais dans les pires des cas des produits dopants voire des drogues consommées là aussi de manière « maniaque » (alcool, psychotropes « durs ») ? Voilà donc, si on décolle le nez du sujet pour essayer de le regarder d'un peu plus haut, quel est le « problème ».

4.6.2 Solutions actuelles et leur (in)efficacité

A l'heure actuelle, la lutte antidopage est une sorte d'hydre mondiale complètement hybride et presque exclusivement répressive. Depuis les intérêts des sponsors jusqu'à ceux des pays qui ont

71 Pour ce qui est de l'aspect purement financier, à titre indicatif, les transferts des footballeurs vedettes Zinedine Zidane, Kakà et Cristiano Ronaldo ont coûté respectivement à leur club acquéreur, le Real Madrid, 75 millions, 67,2 millions et 94 millions d'euros. A ce prix là, il faut qu'ils jouent bien, que ce soit pour le club, pour les fans, pour garder leurs sponsors, vis-à-vis des autres joueurs ou pour justifier leurs salaires, qui sont à l'avenant. La pression est colossale. Surtout qu'il faut « tenir », en enchaînant des matchs de championnat et des matchs de coupe d'Europe des clubs, sans compter les matchs de coupe du monde ou de coupe d'Europe des nations. Ces joueurs, peuvent-ils se permettre de faillir ? Et quoi d'étonnant à ce que certains ne résistent pas à la prise d'adjuvants, quand tout le contexte les y pousse ? Autre exemple : le Standard de Liège, champion de Belgique 2009, a, en remportant ce titre, décroché la timbale de 15 millions d'euros qui accompagne le titre et la subséquente qualification pour la « Champion's league » européenne. Que ce soit lui ou un autre, d'ailleurs, la question est : un club engagé dans un tel enjeu va-t-il être sans merci vis-à-vis d'un joueur-clé (et il y en a au moins 11 dans chacune de ces très bonnes équipes) dont il apprend qu'il se dope pour assurer son rang en finale ?

72 Il est ainsi naturel, aujourd'hui, que les tennismen professionnels sortant d'un long match soient immédiatement mis sous perfusion en sortant du terrain, ce qui est pourtant un geste médical.

besoin de héros nationaux, nombreuses sont les parties qui influencent cette lutte, en général dans le sens du spectacle. Des parties si nombreuses qu'on ne s'étonnera pas de voir que les législations nationales sont souvent disparates, si même elles existent (*Queval, 2004*). La lutte antidopage est alors laissée aux instances sportives seules, ou se tient dans un cadre élargi, par exemple celui des lois sur les stupéfiants.

Autre facteur, hélas d'un grand poids, les laboratoires pharmaceutiques sont parties prenantes de l'expérimentation du corps des sportifs, puisqu'ils peuvent écouler des produits déjà existants sur ce marché juteux, mais aussi des médicaments non encore commercialisés que, selon le CNRS (France), on retrouve parfois dans l'urine des sportifs de haut niveau. Le sportif est ainsi utilisé comme cobaye, à sa propre demande bien souvent, au mépris des effets secondaires. (*Queval, 2004*). Ces différences, et l'ensemble des intérêts en jeu, mènent, on s'en doute, à tout et son contraire, le summum de l'aveuglement mercantile étant sans doute atteint par les ligues nord-américaines⁷³.

Mais plus près de nous, des exemples nous montrent à quel point le « tout au flicage », la disparité des responsables politiques et institutionnels, mais aussi un manque de volonté chronique, débouchent sur un grand laxisme dans la « lutte contre le dopage ».

Ainsi, le coureur cycliste belge Frank Vandenbroucke, se fait-il coincer le 27 février 2002 par la police de Termonde qui, lors d'une perquisition à son domicile, trouve toutes sortes de produits interdits. Le parquet ouvre une enquête. Le coureur avoue⁷⁴. Il est alors condamné à 18 mois de suspension, dont 12 avec sursis, par la Vlaamse Gemeenschap (Communauté flamande), qui a autorité en Flandre pour ces délits. Mais pour que la sanction soit applicable aux niveaux national et international (et ne reste pas circonscrite à la Flandre), il faudrait que la fédération belge étende cette sanction. Or, elle refuse de le faire, au motif que selon elle, « les preuves n'existent pas ». En effet, Vandenbroucke a entre-temps été complaisamment « innocenté » par ladite fédération sur base d'un contrôle d'urine négatif. Donc : il a les produits (11 produits dopants ou aidant au dopage ont été saisis); il avoue ; mais quelques mois plus tard son urine ne contient pas de dopants, donc la fédération efface la possession et les aveux pour qu'il puisse courir sur un territoire où il n'a pas encore été pris en faute, soit la Wallonie. (*Goetghebuer, 2002*)

Ainsi, l'Association des tennismen professionnels (ATP, soit la plus haute instance du tennis professionnel mondial, devant la Fédération Internationale de Tennis - ITF) acquitta, une semaine après leur contrôle antidopage positif, six joueurs qui avaient pris de la nandrolone, au motif que celle-ci aurait été fournie aux joueurs dans des compléments alimentaires par les soigneurs de l'ATP elle-même (!!!). Plus fort encore : Greg Rusedski, le tennisman britannique, est pris lui aussi à la nandrolone en 2004. Plein d'aplomb, il donne des conférences de presse où il clame que la moitié des joueurs du top 100 sont dopés, et qu'il ne manquera pas de balancer des noms si on persiste à vouloir le poursuivre. Toutes les poursuites sont abandonnées. L'ATP est, il faut le dire, constituée essentiellement de représentants des joueurs. Il faut donc que des joueurs se décident à attaquer d'autres joueurs. Mieux : l'ITF, responsable des contrôles, doit obtenir la permission de l'ATP (ou de la WTA pour les femmes) pour tout contrôle en compétition ou hors compétition. Avant de sanctionner, les joueurs doivent donc se résoudre à contrôler d'autres joueurs. Avec pour effet connexe que les joueurs et joueuses savent bien souvent quand ils vont subir un contrôle, même « inopiné ».

⁷³ Ainsi, la NBA, ligue nationale de Basketball nord-américaine, n'a inscrit sur sa liste de produits proscrits que la cocaïne et l'héroïne.

⁷⁴ Très franc, Vandenbroucke a toujours déclaré qu'il était impossible de faire ce métier actuellement sans ces « adjuvants ».

Ainsi encore, le Comité olympique américain (USOC) a permis à une centaine d'athlètes américains de poursuivre la compétition malgré des contrôles antidopage positifs, entre 1988 et 2000. Parmi eux, « King Carl » Lewis, déclaré par ailleurs « sportif du siècle » par le Comité International Olympique (CIO). Il fut blanchi par l'USOC sur une simple déclaration de sa part après avoir été contrôlé et déclaré positif à trois produits interdits, à savoir l'éphédrine, la pseudo-éphédrine et la phénylpropanolamine: il qualifia simplement ces traces de produits d'« utilisation involontaire ». (Beauclercq, 2003).

On pourrait citer de nombreux autres exemples, mais c'est inutile. L'intérêt des fédérations est assez simple, en fait. Une bonne fédération, aux yeux du plus grand nombre, est une fédération qui engrange des résultats sportifs, et ce sur un marché hyper concurrentiel. Ne glissons pas vers un « tous pourris » poujadiste. Mais sachons constater que la disparité des instances de cadre et de contrôle, couplée à la multiplicité des « juridictions » et à l'importance d'engranger des résultats, de l'argent et du spectacle pour les fédérations sportives, font de la carte du dopage non un damier avec des cases blanches et des cases noires bien distinctes, mais un jeu de l'oie sur lequel chaque mouvement est un coup de dés et où le sportif ne sait pas avec certitude s'il va tomber sur la case « allez en prison » ou sur la case « prenez le pont et avancez de 10 cases ».

Le problème de systèmes qui ne font que traquer et réprimer pour « éradiquer », sans trop s'occuper de *prévenir*, c'est qu'ils débouchent trop aisément sur une culture de façade. Ainsi, une façade « propre » valide auprès du public les bons résultats des sportifs réputés non dopés. Une propreté *de façade* s'obtient en empalant quelques têtes coupées sur les remparts de la forteresse qu'elle abrite, ou devant le pont-levis de cette forteresse. Le public est content. Les sportifs sont contents. Les fédérations sont contentes. Les gouvernements sont contents (on y reviendra plus bas). Et, argument très lourd : les sponsors sont contents (et les laboratoires pharmaceutiques aussi). Sans qu'il y ait complot, cela fait un gros faisceau convergent de raisons qui rendent satisfaisant un système où quelques coupables expiatoires tombent çà et là, donnant une vision lustrée du sport dans son ensemble, mais où surtout « on n'arrête pas le progrès » du gros de la troupe, sous peine de *mécontenter* tous les gens qu'on vient de citer. Dit autrement : « The show must go on ».

Signalons pour conclure qu'il existe une solution en apparence idéale pour détecter « préventivement » les sportifs dopés, mais qu'elle semble inapplicable comme *système*. Il s'agit du fameux « passeport biologique ». Le principe est le suivant : plutôt que de traquer les substances dopantes elles-mêmes, difficiles à repérer car habilement masquées ou prises suffisamment longtemps avant les compétitions, on réalise un monitoring des paramètres biologiques des athlètes. Ceux-ci, à la prise de substances dopantes, ne manquent pas de varier de manière artificielle et durable, du moins en proportions plus faciles à détecter. Le principe est donc de mesurer très régulièrement ces paramètres, par exemple chez les coureurs du Tour de France, et de dénoncer les variations suspectes (qui dépassent certains seuils).

Inconvénient : ce système est impayable si on veut que les mailles en soient plus serrées que les simples contrôles antidopage inopinés, et si on entend que tous les coureurs soient contrôlés, sans même parler de tous les sportifs dans tous les sports (ce sont d'ailleurs les équipes cyclistes du Tour de France elles-mêmes qui doivent fournir les fonds, ce qu'elles rechignent plutôt à faire). Autre inconvénient : des variations de paramètres biologiques ne constituent pas une preuve de la présence d'un produit ou d'une méthode. Dès lors, dans le cyclisme, qui s'est voulu le laboratoire du passeport biologique pour redorer son image, l'Union Cycliste Internationale

ne peut que transmettre les résultats suspects du passeport aux équipes et laisser celles-ci décider si elles veulent suspendre ou non les coureurs incriminés. On est loin du couperet d'une sanction automatique et indiscutable voulue par les textes de lois en cas de détection d'un produit ou d'une méthode interdits.

4.6.3 La tentation de la « pureté »

Beaucoup de tenants de la lutte contre le dopage, non pas pour des raisons de santé, mais pour des raisons éthiques voire démocratiques (tous les athlètes doivent être égaux devant la performance), opposent le corps pur et les performances saines à l'*artifice*, qui crée une inégalité immorale, inacceptable.

Mais pour bien appréhender le phénomène il faut comprendre que ce sport naturel n'existe pas vraiment, dans la mesure où tout est artifice, de la chaussure de course au bassin de natation en passant par les combinaisons de nageur ou le type d'entraînement suivi (souvent ultrasophistiqué, scientifiquement déterminé, et par là même complètement *artificiel*, puisque nul ne l'aurait suivi *naturellement*). (Queval, 2004)

Mais il est une autre « pureté » qui entre en jeu dans la « lutte pour un sport propre ».

S'interroger sur un phénomène de société, qu'on le veuille ou non, c'est s'interroger sur l'ensemble de la société qui génère et abrite ce phénomène, dès lors qu'on prend un peu de recul. Et voici ce que donne un regard un peu éloigné :

Traiter le contrevenant, le criminel (ici, le dopé) comme un corpuscule étranger au corps social dans son ensemble, qui vient polluer sa pureté et doit donc être « mis en dehors » de ce corps social, « éradiqué » pour rétablir la pureté originelle, est une tentation ancienne. Elle serait, selon certains auteurs, de tradition plutôt anglo-saxonne, et traduirait des mythes d'invasion de la civilisation (du village) par des éléments de sauvagerie toujours en instance de retour, menaçant ainsi l'ordre de ce village civilisé (Odin, chef de la chasse sauvage ; Arlequin, le roi déchireur, etc.). Nulle autre ressource, dès lors, que de maintenir la sauvagerie à distance en l'écartant, en lui opposant un rempart hyper-légaliste. Le loup-garou, revenu au bercail sous les traits d'un bon père de famille, doit être cloué au pilori après avoir été démasqué et massacré. Le corps social retrouve ainsi sa pureté originelle. (Duclos, 1995).

S'opposerait à cela une conception plus « latine » de la déviance, des contrevenants, des « criminels ». Ceux-ci seraient non pas « en dehors » du social, mais au contraire une faille du corps social lui-même, qui révélerait à travers leurs actes criminels ses propres faiblesses. C'est, selon cette conception, l'ensemble du corps social qui est malade. Quant aux causes de cette maladie qui mène finalement aux crimes, elles sont collectives. C'est donc le corps social dans son ensemble qui doit être soigné.

Mais c'est bien la conception précédente, celle d'un corps social pur, soudain corrompu par une impureté à éliminer, qui prévaut dans la « planète sport ». Et c'est ainsi qu'au moment de la disgrâce de Ben Johnson, dont nous parlions en introduction de ce dossier, le ministre des Sports canadien ose prendre position publiquement contre l'athlète déchu, le qualifiant de « disgrâce nationale » et ajoutant surtout qu'il ferait mieux de « rentrer dans son île ». Cette dernière

remarque n'a aucune fonction d'un point de vue santé publique, aucune visée didactique ni même aucune valeur éthique pour l'ensemble des sportifs canadiens. Elle vient juste rappeler bien à propos l'altérité du monstre (tant qu'il ramenait des records extra-terrestres, peu de gens ont su qu'il venait de Jamaïque). Le monstre, c'est l'« autre », ce n'est pas « moi », ce ne sont pas les « miens », c'est donc plus facile de le tenir à distance, de le renvoyer à sa sauvagerie.

Il va sans dire que cette conception de la déviance, du « crime », condamne à l'incompréhension, et probablement à un éternel recommencement. A la limite, le comportement n'est plus qu'un indice de monstruosité (« ah tiens, on avait affaire à un monstre ! »), et non le révélateur d'une chaîne de causalité sociale, culturelle ou parfois politique qui aurait tout aussi bien pu être « nôtre », et sur laquelle il est possible d'agir préventivement. Ne pas comprendre que « l'autre, c'est moi », c'est s'interdire de le comprendre en se mettant à sa place ; c'est de plus le condamner, lui et ses « semblables » (c'est-à-dire tout un chacun, en fait) à une inévitable récidive.

Mais d'où vient, dans le contexte particulier qui nous occupe, la nécessité de mettre la faute et le fautif à distance pour que le « réel » continue à ressembler à un pays merveilleux et « pur » ? Probablement de l'envie collective de croire à ce pays égalitaire parfait, à sa validité, à son ordre, et à celui qui l'incarne : le « héros positif », alter ego du monstre impur.

4.6.4 Cause commune, ou le besoin de « héros positifs »

Quand un système produit des héros, des individus hyper productifs (par la quantité ou la qualité), il se valide ou croit se valider lui-même aux yeux du plus grand nombre. C'est ainsi que de nombreux « systèmes » ont « produit » ou réclamé la paternité de travailleurs/producteurs qui par leur exemple, doivent donner non seulement la preuve de la grande qualité du système, mais aussi de leur pleine adhésion à ce système (et, dans les sociétés capitalistes – et particulièrement dans le capitalisme libéral –, de la possibilité démocratique qu'a tout un chacun d'accéder à ce statut de héros et à ses multiples avantages).

C'est le « camarade Stakhanov », qui extrait sept fois la quantité journalière de charbon dans une mine de la Russie soviétique, record d'ailleurs *organisé* à l'époque par les autorités soviétiques staliniennes elles-mêmes pour s'auto-légitimer et inspirer les autres salariés afin qu'ils travaillent plus et dépassent les cadences et les quotas de travail imposés.

C'est le chanteur noir américain Michael Jackson, invité à la maison blanche pour une allocution télévisée par le président Ronald Reagan, lequel avait savamment déconstruit les maigres avancées sociales consenties par son prédécesseur Jimmy Carter, renvoyant ainsi les minorités défavorisées (et parmi elles, les Noirs), à leurs « responsabilités individuelles ». Cette allocution fut l'occasion pour le président de déclarer publiquement au chanteur qu'il incarnait le « rêve américain », soit la possibilité d'une réussite éclatante pour tout qui consent au travail et à la persévérance. Dès l'instant d'une telle mise en scène, le héros positif existe. Il ne faut donc plus tant se soucier des citoyens issus de groupes fragilisés puisque l'un d'eux prouve de manière tonitruante que le système fonctionne, que ce n'était pas un réel problème que d'appartenir à une minorité défavorisée, que « s'en sortir » est une question de volonté individuelle et non d'interventions que l'état consentirait dans l'enseignement, l'urbanisme, la santé, etc.

Plus proche encore : la récupération des innombrables victoires de sprinters jamaïcains aux JO de Pékin : « Face au débordement de joie national et nationaliste provoqué par la moisson de médailles olympiques, les leaders du parti au pouvoir et de l'opposition se bousculent pour féliciter publiquement les athlètes aux origines modestes (...) », cependant que « la Jamaïque est le troisième pays le plus violent du monde si on considère les taux d'homicides, et l'un des plus pauvres des Amériques malgré son énorme potentiel minier (bauxite), artistique (musique principalement) et touristique... » (*Cruse, 2009*).

La Communauté française de Belgique est-elle la Jamaïque ? Non. Mais que dire lorsqu'au lendemain des mêmes JO de Pékin, une interpellation parlementaire du sénateur Alain Destexhe au ministre des sports Michel Daerden fustige le manque de résultats des Belges (une médaille d'or et une médaille d'argent ; 46^e rang sur 200 pays), se plaignant notamment de ce que des pays « moins riches » ont fait de meilleurs résultats?⁷⁵

Que dire quand dans la foulée, le même ministre des Sports annonce un effort de 80 millions d'euros pour que le sport de haut niveau progresse et tienne ce rang que la Belgique furieuse appellerait de ses vœux ? Que dire encore lorsque, toujours le même ministre, se propose soudain dans le même souffle de modifier les programmes scolaires afin que des jeunes puissent poursuivre leurs études tout en pratiquant leur sport (et en devenant, accessoirement, des machines à médailles) ?

Que dire enfin face à la virulence des réactions, qu'on a retrouvé jusque dans certains grands quotidiens, puisqu'on a pu y lire que les politiques « ont une responsabilité » dans la « trop maigre récolte » de médailles belges ; que « les responsables de l'enseignement n'ont jamais réservé à la pratique sportive la place qu'elle mérite », ce qui est « navrant pour l'état de santé général de la jeunesse » ; que les sportifs belges « ne mettent pas la barre assez haut » car ils « savent qu'ils peuvent gagner de l'argent sans quitter leur clocher et sans forcer leur caractère » ; qu'une « bonne performance, comme un record de Belgique par exemple, suffit à leur ambition et à leur bonheur », mais que « ce n'est pas avec ça qu'on décroche des records olympiques » ; que le Belge n'est pas sportif puisque, là où le petit Néerlandais va à l'école à vélo, le petit Belge « se fait déposer en voiture par papa et maman » ; et enfin qu'il faut évoquer « la démission des parents trop contents de caser leur rejeton devant la télé », ainsi que la « mentalité de looser qui habite pas mal d'entre nous »... ? (*Matgen, 2008*)

Que dire, que dire ?

On pourrait dire : « It's just a game... Man ! ».

Plus sérieusement, le fait que la richesse des pays entre en ligne de compte selon le sénateur Destexhe pour déterminer le nombre de médailles dues à chacun, prouve à quel point le « game » est devenu une raison d'Etat et la vitrine de la réussite des pays.

Le fait que des records personnels et nationaux battus soient passés sous silence prouve que « mieux » n'est pas forcément « bien », lorsque les nations arborent leurs sportifs comme des oriflammes.⁷⁶

⁷⁵ Voir : <http://www.mr-pcf.be/Travail-Parlementaire/documents/IJOINTESADvoyageDaerdenJOPekinCRI1.pdf> consulté le 17 novembre 2009.

⁷⁶ En effet, le sénateur Destexhe a passé sous silence, dans son intervention, le fait que 12 records de Belgique ont été améliorés aux JO de Pékin et que 94 athlètes, pour avoir réalisé les minimums olympiques, étaient présents, chiffre record depuis les jeux de 1976 (ce qui fut d'ailleurs rappelé en réponse par le ministre Daerden).

Le fait que les sommes pharaoniques investies dans le sport de haut niveau ne provoquent pas la moindre vaguelette de protestation, en pleine crise économique et sociale, prouve que la production de champions est une priorité nationale.

Le fait qu'on attende une disette de médailles d'or pour proposer de modifier les programmes scolaires dans le sens de « plus de sport » prouve que ce qui est recherché n'est pas l'équilibre des bambins mais la production de records.

Soyons clairs. Au lendemain de victoires éclatantes, Justine Hénin et les Diables Rouges furent reçus comme des chefs d'Etat (si pas mieux) sur la Grand' place de Bruxelles. Ce sont des héros positifs qui prouvent la santé et le triomphe d'un système et d'un pays, comme l'était Stakhanov pour l'Union Soviétique. Et en période de vaches maigres, sans héros positifs pour faire triompher les cadres politiques, tout le monde est furieux, et on cherche des responsables.

Dans ce contexte, quelle est la place réservée à la prévention du dopage, sachant que celle-ci, selon une logique de promotion de la santé, s'apparente selon nous plutôt à une recherche de l'équilibre, de la santé, de la stabilité ? Nous disons, à notre tour : (trop) maigre !

Ce serait vrai même si on n'adoptait que l'angle répressif (qui n'est pas, dans le champ socio-sanitaire, l'angle préféré, loin s'en faut). Ainsi, l'équipe des contrôles antidopage en Communauté française est constituée de sept contrôleurs et d'un responsable. Quand on compare aux 80 millions d'euros lâchés « comme une couque » pour augmenter nos chances de médailles aux JO, on mesure l'écart d'intérêt qu'il y a entre faire des champions et assurer la bonne santé des sportifs (amateurs et professionnels). Attention : nous ne sommes pas en train de dire qu'il faudrait plus de *contrôles*, car nous pensons en fait qu'il faudrait plus de *prévention* (les contrôles n'équivalant pas à de la prévention, contrairement à ce qu'on essaye de faire croire). Nous sommes en train de dire que le gouvernement a choisi la répression comme seul angle d'attaque dans la lutte contre le dopage, et que, selon cette logique, il s'accorde des moyens risibles en regard de l'ampleur de la tâche qu'il s'est fixé⁷⁷. Dès lors, les contrôles antidopage ressemblent plus à un alibi qui moraliserait à bon compte la production de champions, en se concentrant en fait, comme trop souvent dans l'appréhension des phénomènes d'assuétudes, uniquement sur la répression.

Ce qui est vrai sous l'angle répressif est donc vrai *a fortiori* si on se place sous l'angle préventif. Comme nous l'expliquions plus haut, le ministre Eerdeken, remplacé en cours de législature par Michel Daerden, avait lancé l'écriture d'une nouvelle brochure de prévention à destination des écoles, à partir de la sixième primaire. On l'a vu, bien que cette brochure soit prête, le ministre refuse étrangement de la faire imprimer et distribuer. Dans un tel contexte, et en l'absence même d'un numéro vert d'écoute pour les sportifs confrontés au dopage, on ne peut que constater que « le paquet » est mis (ou qu'on « veut » le mettre), en Communauté française de Belgique comme ailleurs dans le monde, sur la production de champions, pendant que bien peu est fait pour prévenir dès les balbutiements des carrières sportives (amateurs ou professionnelles, d'ailleurs), des pratiques désastreuses pour la santé.

Pourtant, le code mondial antidopage détaillé au point 4.2.1. et signé par la Belgique le spécifie bien : des « programmes d'éducation et d'information doivent être mis en place et suivis

⁷⁷ Même si ces moyens, comme toujours dans le domaine des assuétudes, sont considérables en regard des sommes allouées aux projets de prévention et de promotion de la santé.

(art.18.2), et « La recherche en matière d'antidopage est encouragée. Elle devrait aborder non seulement le dopage comme phénomène médical et physiologique, mais aussi comme phénomène sociologique, éthique et de comportement, et pouvoir se centrer sur l'information et l'éducation en plus des contrôles.» (art.19).

4.6.5 Solutions nouvelles / Propositions

4.6.5.1 Sanctionner les systèmes

Plutôt que de s'en prendre systématiquement aux lampistes (les athlètes), certains songent à punir plus sévèrement leurs dirigeants et leurs cadres en cas de dopage avéré, estimant que la responsabilité de ce qui se passe dans leur équipe ou dans leur délégation leur incombe.

Ainsi, une délégation entière d'haltérophilie a-t-elle été suspendue pour un an suite à des contrôles positifs de plusieurs de ses athlètes (*de Mondenard, 2002*). Le président de la Fédération internationale d'haltérophilie (IWF) avait en effet estimé que les athlètes avaient été les victimes de compléments alimentaires frauduleux.

On l'a vu plus haut, l'Association des Tennismen Professionnels (ATP) avait avoué que ses propres soigneurs auraient distribué de tels compléments aux athlètes, provoquant des contrôles positifs qui furent avérés plus tard. Quant à l'escrimeuse française Laura Flessel, elle a obtenu une petite fortune de dommages et intérêts en attaquant sa propre fédération qui lui a fait ingurgiter un produit dopant interdit via son équipe médicale. Tant qu'à réprimer, s'en prendre aux généraux plutôt qu'aux soldats ne semble donc pas tout à fait déplacé. A charge pour les premiers de veiller à ce que les athlètes de leur délégation ne contreviennent pas aux règles en vigueur.

4.6.5.2 Harmoniser les procédures

Si on prétend ne « prévenir » le dopage que par des contrôles, au moins faut-il des procédures harmonisées entre la Communauté française, Bruxelles et la Vlaamse Gemeenschap. On se reportera d'ailleurs utilement à l'article 10.2. du code mondial antidopage à ce sujet (voir plus haut, point 4.2.1). En effet, pour ne prendre qu'un exemple, une fois les contrôles effectués, ce sont les fédérations sportives qui sont chargées des sanctions disciplinaires contre les athlètes en Communauté française et à Bruxelles, tandis que c'est l'administration qui s'en charge chez nos voisins flamands. On peut donc être suspendu au Nord du pays et pouvoir pratiquer son sport dans des compétitions bruxelloises ou en Communauté française, comme l'a montré le « cas Vandembroucke » (voir ci-dessus).

4.6.5.3 « Internet futures »

Le traitement de la criminalité liée au dopage ne peut faire abstraction des achats effectués via des sites Internet au mercantilisme douteux. C'est ainsi qu'en 2001, en France, la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) a contrôlé vingt-six sites Internet proposant des compléments alimentaires par correspondance, dont quinze étaient en infraction. Quatorze procédures judiciaires en résultèrent, pour « tromperie et falsification », « mise en vente de produits illicites », « absence de coordonnées de l'en-

treprise» et «publicité mensongère» (de Mondenard, 2002). Autant dire que s'ils sont actifs sur la France, de tels sites doivent l'être également sur la Belgique, justifiant la plus grande attention des autorités sanitaires mais aussi de l'appareil judiciaire.

4.6.5.4 Prévention, prévention, prévention !

L'article 2 du décret qui régit la lutte contre le dopage en Communauté française le stipule bien :

*« Le Gouvernement organise des **campagnes d'éducation, d'information et de prévention** relatives à la promotion de la santé dans la pratique du sport, en veillant notamment à sensibiliser la population, et plus particulièrement les sportifs et leur entourage, sur le respect des impératifs de santé dans ces pratiques. »*

Or, on l'a vu, de telles campagnes sont pour ainsi dire inexistantes en Communauté française. Seule une équipe d'une dizaine de personnes composée d'officiers de la police judiciaire et d'un médecin qui en a également la qualité est chargée de « lutter contre le dopage », et ce essentiellement par le biais des contrôles. Dans le cadre de la promotion de la santé qui est celui de la Communauté française, soit un cadre qui vise à créer les conditions où peut se *développer* la santé (définition issue de la « charte d'Ottawa »), cela nous semble trop court.

Il y aurait avantage, au niveau des responsables politiques de la santé, à définir plus clairement ce qu'on veut en matière de promotion de la santé dans la pratique du sport, et ce notamment en concordance avec les ministres en charge du sport lui-même. Peut-être la cellule générale drogues serait-elle un endroit propice à ce genre de réflexion transversale. Cela permettrait notamment d'harmoniser par ailleurs les stratégies et pratiques appliquées dans les différentes entités fédérées.

Cela fait, il sera peut-être enfin temps de multiplier les interventions de *prévention* du dopage. A titre d'inspiration, les nombreuses initiatives locales et régionales développées en France peuvent être utilement consultées (voir ci-dessus), et notamment le numéro vert et les AMPD (proposés ci-dessous). Idéalement, les fédérations sportives et même les responsables de clubs devraient soutenir ce genre d'initiatives.

4.6.5.5 Numéro vert

Il faut ouvrir un « numéro vert » gratuit et surtout anonyme pour les sportifs amateurs ou professionnels confrontés au dopage. Cela permettrait aux sportifs de sortir de l'isolement lié à ce phénomène et de recevoir des conseils de santé publique qui leur seraient salutaires dans la gestion de leur carrière. Il est important de se rendre compte que l'existence actuelle d'une permanence téléphonique à Infor-Drogues ne suffit pas : de très nombreux sportifs ne se considèrent pas du tout comme « drogués », d'autant que les produits qu'ils prennent, s'ils sont interdits dans la pratique du sport, ne sont pas pour autant des drogues illégales au même titre que la cocaïne ou l'héroïne. On notera d'ailleurs qu'en fonction des besoins (à évaluer), la ligne téléphonique d'Infor-Drogues pourrait éventuellement fonctionner comme un call-center traditionnel, c'est-à-dire recevoir les appels d'un numéro vert du dopage moyennant formation spécifique et engagement de personnel si nécessaire. Les sportifs pourraient ainsi disposer d'un numéro dédié au dopage qui les interpellerait plus qu'un numéro dédié aux drogues légales et illégales, à leur usage, aux dépendances,

aux assuétudes. Ils bénéficieraient toutefois des services d'une équipe rôdée aux questions d'usage de drogues et de dépendance.

4.6.5.6 Antennes Médicales de Prévention du Dopage (AMPD)

Si après évaluation et ouverture d'un numéro vert il appert que cela est nécessaire, l'exemple des AMPD françaises peut être suivi ou servir d'inspiration à l'ouverture de tels centres ou à la reconversion ou à l'élargissement de centres existants à de telles missions. Si après évaluation scientifique (et n° vert) on se rend compte qu'une partie non négligeable des demandes de traitement actuelles font suite à des trajectoires de consommation qui viennent du sport intensif et du dopage, il pourrait être approprié de remodeler ou d'élargir dans ce sens l'approche de certains centres ou départements, ou services existant déjà.

4.5.6.7 Etude

Les études montrent qu'on assiste à une continuité entre l'addiction au mouvement intensif (aux endorphines, à l'illusion de contrôle absolu du corps dans le sport de haut niveau, à l'« anesthésie » par le geste sportif intense de certaines pensées douloureuses) et l'addiction à des produits, qui viendrait remplacer tout ce qui est lié au mouvement une fois que l'activité sportive prend fin. (*Queval, 2004*).

La Recherche Scientifique Fédérale (Belspo, voir www.belspo.be) propose depuis de nombreuses années des recherches d'appui à la « Note politique fédérale relative à la problématique de la drogue ». Dès lors, puisque le code mondial antidopage signé par la Belgique enjoint de diligenter des recherches, le sujet de la prévalence du dopage ou de la prévalence de l'activité sportive intensive et du dopage dans les trajectoires de soins ou de consommation, devrait être suggéré par les autorités académiques à la Politique Scientifique Fédérale (Belspo) afin de prendre la mesure de ce phénomène en Belgique.

Un autre scénario serait d'explorer la possibilité que des questions sur ces trajectoires soient incluses dans une enquête de prévalence générale sur les consommations de drogues. Les scénarios pour une telle enquête viennent en effet d'être explorés par une des études d'appui de la Note politique fédérale. (*Decorte et al., 2009*). Notamment, des questions « sport » et « dopage » pourraient être ajoutées à l'enquête de santé par interview menée de manière récurrente par l'ISP.

4.6.5.8 Travailler sur l'après-carrière

Une des pistes très peu explorées et proposées notamment par Christophe Bassons, coureur cycliste pourfendeur du dopage, ce qui lui a coûté sa carrière, est d'offrir la possibilité aux sportifs de travailler sur leur avenir après la carrière sportive. Quand on sait que des athlètes hors pair comme Eddy Merckx (dopé à la cortisone en fin de carrière) et Johan Museeuw (dopé à l'EPO en fin de carrière) doivent leur faiblesse pour les adjuvants illégaux au fait qu'ils ne voulaient pas quitter leur nuage de champion et cesser d'être « le premier », on mesure la pertinence du conseil de Bassons. Peut-être même que les organismes chargés de la lutte antidopage, si ce sont des organismes étatiques, pourraient proposer des stages d'orientation et des formations spécifiques en cours de carrière sportive, en partenariat avec les offices de l'emploi comme Actiris et le Forem. Après tout, n'oublions pas que le champion (mondial) de boxe Béa Diallo, « nouveau Belge » reconverti avec succès à la politique (échevin PS à Ixelles), est également licencié en sciences économiques.

4.6.5.9 « Legalize it » ?

Dans le cadre de la « conférence bisannuelle du Comité consultatif belge de bioéthique » intitulé « Tous dopés ? Ethique de la médecine d'amélioration », Alexandre Mauron, professeur de bioéthique à la Faculté de médecine de l'université de Genève, est intervenu pour prôner « une stratégie de contrôle combiné du dopage, analogue aux politiques de réduction des risques en matière de drogues illicites, telles qu'elles ont été mises en place en Suisse ». Il voit en effet une continuité entre notamment « le dopage, les 'pratiques dopantes' visant une augmentation des performances en dehors du sport, les lifestyle drugs, la médecine amélioratrice, etc. » (*Ruidant, 2007*).

Ce que propose Alexandre Mauron n'est pas une libéralisation totale du dopage. Il propose plutôt, comme dans la réduction des risques telle que nous la connaissons, une éducation du citoyen à exercer son libre arbitre et sa responsabilité face à la consommation de drogues. Dans le cas présent, il s'agirait des produits dopants, qu'ils soient légaux ou illégaux, appliqués dans le sport ou dans la vie non sportive⁷⁸. L'aspect purement moral de la « tricherie » via l'« artifice » est donc en partie laissé de côté pour se concentrer sur les aspects de responsabilité médicale, de promotion de la santé et de réduction des risques, qui permettraient selon cet intervenant de sortir de l'hypocrisie d'un marché noir où toutes les drogues interdites circulent librement, et qui pousse à leur consommation sauvage et incontrôlée.

De plus, il souligne le développement d'une médecine amélioratrice, qui vise à augmenter des fonctions vitales chez un individu au-delà du niveau normal. Il distingue cette médecine amélioratrice de pratiques ergogéniques⁷⁹ « non dénuées de risques », la première pouvant être incluse dans une éthique du dopage « utilitariste » et « hippocratique », au contraire des secondes.

Il attire également l'attention sur l'aspect liberticide de la lutte antidopage, que ne suscite aucune autre activité humaine : « Dans quelle autre situation peut-on contraindre une personne non détenue à rendre compte à chaque instant de ses allées et venues, voire à uriner sous le regard d'autrui pour que le contrôle puisse s'assurer d'un échantillon authentique ? (...) tous les coups sont permis : surveillance invasive, mépris de la présomption d'innocence, tribunaux d'exception, procédures bâclées, etc. C'est le contrôle total de l'athlète qui est en quelque sorte visé. »

Ce qui pousse le professeur Mauron à proposer une politique « plus tolérante vis-à-vis de pratiques ergogéniques dans le sport dont la nocivité est incertaine et qui pourraient dès lors être évaluées ouvertement et scientifiquement, d'autant que ces pratiques ne rencontrent pas, ailleurs que dans le sport, la même désapprobation, (et) moins tolérante pour les nombreuses pratiques ergogéniques relevant du charlatanisme et pour l'hypocrisie d'un système qui soumet les athlètes à des pressions en faveur du dopage, y compris au mépris de leur santé, et à des pratiques antidopage liberticides. »

Cette thèse nous semble plus soucieuse de promotion de la santé que l'actuelle « lutte contre le dopage » généralisée. Cependant, elle soulève au moins deux questions.

78 A l'appui de cette thèse, on peut rappeler les prises de stupéfiants « aidant » à accomplir une œuvre, qu'illustre bien la cocaïnomanie de Jean-Paul Sartre, qui dura un an, et lui permit de rédiger en ce délai la « Critique de la raison pure », ce que personne ne songe à lui reprocher (Queval, 2004).

79 Ergogéniques : permettant l'optimisation de la performance humaine.

D'abord : qui va décider, au sein de la liste des substances et méthodes dopantes, de ce qui est « pratiques ergogéniques relevant du charlatanisme », versus « pratiques ergogéniques dont la nocivité est incertaine » (et qui peuvent être testées). Il ne faut pas oublier que la « planète sport » (qui entraîne dans son sillage les politiques, les firmes pharmaceutiques, les sponsors...) a besoin de résultats là où la « planète santé » réclame plus de santé. Or, les autorités sportives (ministres des sports et leurs administrations, CIO, fédérations, ligues professionnelles...) sont très représentées et très puissantes dans les sphères de prévention du dopage. Ainsi, dans notre petite Communauté française, par exemple, les mesures de type prophylaxie, éducation, prévention, se retrouvent actuellement dans l'escarcelle du ministre des sports. De plus, les autorités médicales elles-mêmes se retrouvent à l'occasion prises dans un engrenage et des enjeux qui peuvent faire passer les résultats avant la santé des athlètes.

Ainsi, une polémique agita le CIO à la fin de la présidence de Juan-Antonio Samaranch, suite à la décision de ne plus communiquer les résultats de tests antidopage positifs qu'à la commission exécutive, et non plus à la commission médicale comme c'était le cas auparavant. Or, selon le spécialiste du dopage Gilles Goetghebuer (rédacteur en chef de « Sport et Vie » et auteur de nombreux articles repris sur le site « www.dopage.be »), c'est cette même commission exécutive, et singulièrement les proches de Samaranch qui, lors de l'affaire Ben Johnson en 1988, avaient souhaité ne pas faire éclater le scandale pour ne pas déplaire aux sponsors. Le Prince Alexandre de Mérode (belge), président de la commission médicale du CIO, regretta cette décision de ne plus communiquer les résultats positifs qu'à une poignée de hauts responsables plutôt qu'à une commission formée d'une quarantaine de scientifiques de tous bords, commentant : « Bientôt, nous ne serons plus bons qu'à récolter les urines » (Goetghebuer, 2002).

Ainsi encore, certaines équipes médicales attachées aux fédérations sportives elles-mêmes (typiquement le genre de spécialistes susceptibles de se retrouver dans des commissions consultatives sur les dopants) sont elles plus attachées aux résultats qu'à la manière, montrant du coup une extraordinaire complaisance aux pratiques dopantes. L'escrimeuse française Laura Flessel, contrôlée positive à un stimulant (la coramine-glucose) en mai 2002, s'est ainsi avérée être entourée d'une équipe médicale ignorante, ou complaisante, ou les deux à la fois. Le kiné de l'équipe de France s'était ainsi laissé dire par le pharmacien qui a fourni le produit, que celui-ci ne figurait pas sur la liste des produits interdits, ce qui était faux. Le médecin de la fédération d'escrime a ensuite déclaré publiquement que, bien qu'interdite, la coramine glucose n'était pas, selon lui, un dopant. Dans sa déclaration, il a de plus réduit les « vrais » produits dopants aux stéroïdes anabolisants et à l'hormone de croissance, ce qui est une hérésie médicale et qui discrédite complètement le travail des équipes médicales, toxicologiques et pharmacologiques qui travaillent chaque année à tenir cette liste à jour (Goetghebuer, 2002).

On le voit, vouloir en toute bonne foi séparer le bon grain de l'ivraie pour se livrer à des tests, encadrer et promouvoir la santé des athlètes dans le cadre d'un dopage « hippocratique », tout en étant plus sévère vis-à-vis de pratiques « charlatanesques », impliquerait à tout le moins pour les autorités médicales (des médecins épris de santé et pas de performance, cela va sans dire) de « prendre le pouvoir » face aux instances qui trouvent leur compte à l'avènement de héros nationaux au mépris de leur santé. Faute de quoi, les autorités sanitaires qui sélectionneront les « bonnes pratiques » seront gangrénées par les mêmes intérêts que les instances existant aujourd'hui. Le corps médical est-il préparé à cette guerre ?

La deuxième question soulevée à nos yeux par une éventuelle légalisation est celle d'un simple déplacement du problème. Si des pratiques bien encadrées permettent à des athlètes de s'amé-

liorer « artificiellement », ou « médicalement », tout en restant en bonne santé, soit. Mais cela empêchera-t-il les « charlatans », les faiseurs de potions voire les firmes pharmaceutiques elles-mêmes, de toujours proposer le petit plus, la molécule nouvelle, fulgurante, non encore testée et potentiellement très dangereuse ? Et les athlètes, vu les intérêts en jeu, seront-ils empêchés de prendre ce risque ? Pas plus qu'aujourd'hui, selon nous. Et peut-être même moins, s'ils sont habitués par un corps médical honnête et de bonne foi, à consommer des molécules en toute légalité, ou même dans un futur proche à agir sur leur propre génétique.

L'option de la légalisation et de l'encadrement, telle que proposée par le professeur Mauron, semble parmi les plus généreuses, les plus sincères et les plus logiques d'un point de vue médical, dans un monde idéal. Dans un tel monde, vu l'irruption imminente d'interventions de type génétique, on pourrait même évoquer sereinement la question de jeux olympiques qui ne seraient plus une foire à bestiaux de Nike, Adidas ou Reebok, mais une sorte de congrès de médecine où on ferait part des derniers progrès de la médecine d'amélioration, de la plus-value de santé qu'ils apportent et éventuellement des performances qu'ils permettent.

Hélas, nous évoluons plutôt dans un monde de pouvoir où les responsables sont prêts à se battre comme des hyènes pour pouvoir exhiber *leur* héros positif. A tout le moins, l'option du professeur Mauron nécessiterait de faire quelques pas vers une situation un peu plus idéale. C'est l'objet du point suivant.

4.6.5.10 « Décroissance ? »

Il faut poser la question.

On est en train de constater à tous les niveaux que, contrairement au formidable enthousiasme soulevé par la philosophie des lumières, on *arrête* le progrès. Faut-il rajouter « ou le progrès nous arrête » ? Dit autrement et en paraphrasant l'écologiste Nicolas Hulot : si nous ne préservons pas la nature, c'est la nature qui se débarrassera de nous, n'étant pas taillable et corvéable à merci sans se modifier irrémédiablement.

Appliqué à la mécanique du corps humain, il est peut-être temps d'admettre que certaines limites ont été atteintes, voire dépassées, depuis longtemps. Qu'il est normal que des corps sur-sollicités et aidés à « tenir » ou à se « dépasser » par des potions, fussent-elles légales, se « débarrassent » de leur propriétaire en glissant vers des problèmes de santé anarchiques, voir en quittant ce monde.

De nombreux exemples ont été donnés plus haut. Prenons en un dernier. Carl Lewis, déclaré « Sportif du siècle » par le Comité International Olympique (CIO) et officiellement blanchi de toute infraction aux règles antidopage, s'est tellement usé le dos lors de ses milliers de sauts en longueur avoisinant les neuf mètres⁸⁰ qu'il ne pouvait plus, il y a quelques années, se rendre à l'épicerie du coin sans souffrir le martyr. A telle enseigne qu'il était même question qu'il finisse en fauteuil roulant avant d'être quadragénaire.

La vérité, c'est que les « athlètes de haut niveau » sont *usés* par un système qui use d'ailleurs de toutes choses, y compris des êtres humains qui le composent et de leur environnement, en pensant qu'il peut *croître* sans limite, vers toujours plus d'éclat, toujours plus de chiffre, toujours plus de performance. Et c'est faux. Le procès du dopage deviendrait dès lors une sorte de « procès

80 Tout en trouvant, au long de sa carrière, des solutions médicales à tous les problèmes qui auraient commandé le repos.

en rupture » à la Jacques Vergès. Le système pousse au geste dopant. Si on veut *vraiment* changer ce geste, il faut changer le système.

Et si on en était là ? A la « décroissance » ?

Le concept de décroissance, en économie, se base sur le constat que les indicateurs économiques classiques tels le PIB ne prennent pas en compte la finitude des ressources naturelles non-renouvelables et le coût environnemental de l'exploitation de ces ressources. Ce courant prône donc la baisse raisonnée et maîtrisée de la consommation de ressources naturelles. Celle-ci passe notamment par une « relocalisation » des activités de production qui va de pair avec une réduction des dépenses d'énergie et de l'« empreinte écologique » des producteurs/consommateurs. Elle implique aussi la bascule d'un système de mesure quantitatif vers une évaluation plus qualitative de la production et du mode de vie, via des indicateurs tels l'« indice de développement humain ».

Applicable à l'activité sportive ?

Une évaluation plus qualitative de l'activité sportive serait par exemple le retour à une recherche de l'équilibre plutôt que du record, notamment dès l'école. L'« éducation physique » plutôt que « le sport ». Un ministre des sports pourrait œuvrer à modifier les programmes scolaires dans ce sens plutôt que dans l'autre.

Il pourrait en résulter une « baisse raisonnée et maîtrisée de la consommation de ressources naturelles », c'est-à-dire une exploitation respectueuse du potentiel du corps humain, qui respecterait notamment des temps de repos que ne connaît plus le sport de haut niveau actuel. Une « relocalisation » des activités pourrait peut-être alors être envisagée, ou plutôt un réinvestissement des activités locales existantes. Car alors, peut-être qu'un record de Belgique – et partant, un record local – battu redeviendrait l'objet de réjouissances qui ne seraient plus le simple indice d'une « mentalité de loser » (voir plus haut).⁸¹ La place des sponsors dans ces activités devrait alors être repensée. Notamment, pourquoi ne pas imaginer un sponsoring qui ne serait pas nominatif ; une étiquette qui serait collée à un événement plutôt qu'à des individus ?

Enfin, alors, les « ressources naturelles non-renouvelables » (le corps humain) ne seraient peut-être plus l'objet de dépenses qui mènent à leur épuisement, après les avoir parfois prolongées par de dangereux artifices, accélérant et aggravant par là leur chute.

Ces questions devraient être examinées par la « Commission francophone de promotion de la santé dans la pratique du sport », instituée par le décret du 8 mars 2001. Elles pourraient l'être aussi par exemple en commission du sénat, chambre haute censée atténuer le pouvoir de sa sœur, la chambre des représentants, et traditionnellement dans notre pays lieu de débats de fond parfois plus sereins que dans cette dernière, et plus en tout cas que dans un gouvernement qui doit engranger des « résultats ». Le Comité consultatif belge de bioéthique, qui ne cesse visiblement de réfléchir à ces matières, pourrait lui aussi être consulté utilement dans le cadre d'un tel débat.

Naïf ? Peut-être. Mais moins que de croire qu'« on n'arrête pas le progrès ».

⁸¹ On ose à peine le rappeler, dans la course folle à la « mesure », mais dans les jeux olympiques de l'antiquité, c'est le premier arrivé qui était fêté, sans qu'on sache le temps qu'il avait mis pour courir.

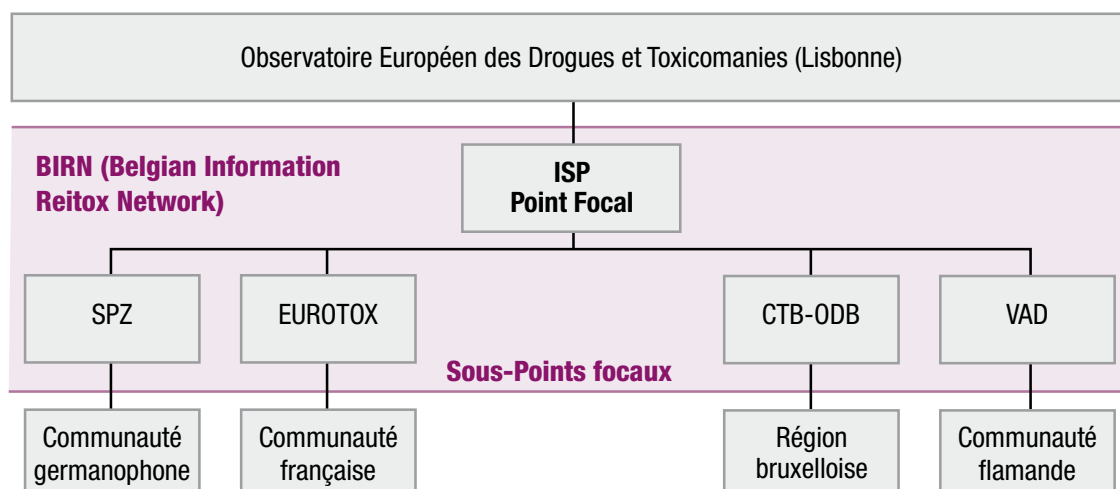
5. Cadre et missions d'Eurotox

INTRODUCTION

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

Pour rappel, Eurotox remplit des missions en tant que **Sous-Point Focal de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies** (OEDT⁸²) couvrant le territoire de la Communauté française de Belgique, mais aussi en tant qu'**Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Communauté française**. L'asbl poursuit en outre ses activités propres, distinctes de ces missions, telles que la recherche, qui peuvent faire l'objet d'un financement spécifique. Ainsi, Eurotox réalise un état des lieux (ou cadastre) des actions de prévention des assuétudes et de réduction des risques liées à l'usage de drogues subsidiées en Communauté française (voir ci-dessous), qui en est à sa deuxième phase, focalisée sur les institutions/services subventionnés par le Ministère de l'Intérieur (via les « Plans stratégiques de Sécurité et de Prévention ») et la Région wallonne (« Plans de cohésion sociale »). Eurotox vient également d'initier une recherche-action (financée par la Région wallonne via un Plan Stratégique Transversal n°3), en collaboration avec l'asbl Modus Vivendi, afin d'identifier les besoins et l'offre de services à destination des usagers de drogues par injection en Région wallonne (voir plus bas).

Figure 47: Structure belge du réseau de collecte de données destinées à l'OEDT



82 Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies

Tous les pays européens collecteurs possèdent une structure comparable, ou à tout le moins un Point Focal chargé d'organiser et de coordonner la collecte de données à destination de l'OEDT. L'existence des Sous-Points Focaux belges n'est due qu'à la division en entités fédérées et à la répartition de certaines compétences de santé à leur niveau. Nous ne décrivons ci-dessous que les changements ou développements récents de ces différentes missions et activités.

5.1 SOUS-POINT FOCAL DE L'OEDT

5.1.1 Missions du Sous-Point Focal Eurotox

5.1.1.1 Le Rapport national belge sur les drogues

L'asbl Eurotox contribue à la rédaction du rapport national demandé annuellement par l'OEDT afin de dépeindre à différents niveaux (politique, juridique, sociétal, épidémiologique, etc.) la problématique de l'usage de drogues et des assuetudes en Belgique. Ces données sont à la base de la rédaction du rapport européen sur l'usage de drogues, qui compile et en analyse des informations objectives, fiables et comparables afin de dépeindre annuellement la situation européenne.

Afin de contribuer à ce rapport national belge, le Sous-Point Focal Eurotox répertorie, collecte, analyse et compile annuellement différentes données quantitatives et qualitatives en Communauté française. Cette récolte se fait notamment par le biais de questionnaires standardisés adressés à (ou remplis à l'aide) des associations de terrain, des cabinets ministériels ou des administrations en charge de la santé en Communauté française. Les rapports d'activités des intervenants de terrain constituent également une source précieuse d'information.

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

Eurotox participe à la mise en oeuvre de 4 des 5 indicateurs épidémiologiques clés européens déterminés par l'OEDT. Les cinq indicateurs sont : **Indicateur de demande de traitement** (TDI) ; **prévalence d'usage dans la population générale** ; **prévalence de l'usage problématique** ; **maladies infectieuses** et **mortalité liées à l'usage de drogues**.

A. INDICATEUR DEMANDE DE TRAITEMENT (TDI)

EVOLUTION :

■ Développement de partenariats et couverture

En 2007, le secteur ambulatoire est relativement bien couvert (environ 65%), mais un effort doit être fourni en Région wallonne au niveau des SSM ayant une mission spécifique toxicomanie. Le secteur résidentiel est mieux couvert (environ 75%). Enfin, toutes les maisons d'accueil socio-sanitaires (MASS) sont couvertes.

Notre objectif pour 2010 est d'améliorer la couverture externe en actualisant l'inventaire des structures et en augmentant le nombre de centres participant à cette récolte. Nous envisageons également d'améliorer la couverture interne, en nous assurant que chaque nouvelle demande de traitement enregistrée dans les centres participants nous soit systématiquement renseignée,

Tableau 26 : Couverture des systèmes de recueil en Région wallonne et en Région bruxelloise, 2001-2007

Couverture 2001-2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Services enregistrés en Région wallonne	28	28	29	29	27	31	34
Services résidentiels	5	5	6	6	6	6	8
Services ambulatoires	21	21	21	21	19	22	23
MASS	2	2	2	2	2	3	3
Services enregistrés en Région bruxelloise	NC	NC	NC	NC	17	18	20
Services résidentiels*	-	-	-	-	NC	6	7
Services ambulatoires	-	-	-	-	NC	11	12
MASS	-	-	-	-	NC	1	1

*Il convient de noter que 3 centres résidentiels parmi les 7 participants proposent également un traitement ambulatoire.

et en sensibilisant davantage les responsables de l'encodage TDI au sein de différents centres à la nécessité d'avoir un taux de non réponses minimal pour la plupart des questions.

■ Participation à des groupes de travail

Comme chaque année, Eurotox a participé aux réunions du groupe de travail TDI. Ce groupe est constitué essentiellement de représentants du SPF Santé, de la Communauté flamande, de l'ISP et des sous-points focaux (CTB-ODB, De Sleutel, VVBV, Eurotox et aussi la Coordination Drogue de Charleroi), mais également de représentants de la direction des affaires de santé de la Communauté française et de la Région wallonne. La mission de ce groupe est de vérifier, d'adapter et d'harmoniser la méthodologie utilisée par les différents systèmes d'enregistrement. Depuis janvier 2008, ce groupe de travail est devenu un Comité de Coordination du Registre TDI, dont l'ISP assure la présidence. Les missions de ce comité sont de garantir le bon fonctionnement de l'ensemble du processus en tenant compte des recommandations de la Commission de protection de la Vie Privée, mais également de veiller au respect des conventions par les différentes parties et de garantir la qualité des données. Le rôle de ce comité est également de proposer des adaptations à l'enregistrement TDI afin d'assurer l'harmonisation de la collecte au niveau des différents systèmes d'enregistrement.

■ Le code d'anonymisation

Le Comité de Registre TDI s'est penché sur la question de l'anonymisation des données via l'informatisation du recueil. En outre, la récolte des données doit répondre aux modalités du contrat supervisé et garanti par la Commission de protection de la Vie Privée et ce, selon le protocole d'accord interministériel signé par l'ensemble des ministres belges de la santé publique (Moniteur belge : 3 mai 2006). Dès lors, plusieurs actions ont été mises en place, telle que la rédaction d'une note à l'attention de la Commission de protection de la Vie Privée. Le Comité de Registre travaille actuellement sur l'implémentation de d'un code d'anonymisation dans les différents systèmes d'enregistrement du TDI (nommé le code ATI – Anonymized TDI Identification). Ce code (unique pour chaque patient) devrait permettre l'élimination des doublons, tout en préservant le caractère anonyme des demandes de traitement. Chaque Sous-Point Focal travaille actuellement à l'implémentation de ce code ATI dans son système d'enregistrement, ce qui devrait être finalisé durant 2010.

■ Identification des doublons

Selon les définitions relatives à la récolte des données TDI établies par l'OEDT, la base de données TDI ne doit comporter que la dernière demande de traitement introduite par une personne sur une année civile. Il n'est pourtant par rare qu'un même patient introduise plusieurs demandes sur une même année civile, et de surcroît dans des centres de traitement distincts. Il est donc nécessaire de réaliser un travail de nettoyage afin de ne retenir que la dernière demande introduite par une même personne. Ce travail pourra facilement être réalisé grâce à l'introduction du code ATI, lequel permettra la suppression de doublons.

■ Traitement et analyse des données

Chaque année, les données récoltées sont centralisées par Eurotox, puis nettoyées afin de pouvoir être analysées. Les résultats des analyses sont synthétisés dans les tables standards de l'OEDT (envoyées à l'ISP dans le cadre des missions de Sous-Point Focal de l'OEDT). Ces résultats sont également utilisés par le BIRN (Belgian Information Reitox Network) et dans le présent rapport.

B. INDICATEUR MALADIES INFECTIEUSES EN LIEN AVEC LES DROGUES

EVOLUTION :

Depuis mi-2002, la fiche de recueil d'Eurotox comporte des questions actualisées sur les statuts sérologiques du VIH, de l'hépatite B et de l'hépatite C.

Toutefois, le taux de réponses à ces questions reste faible, en raison du caractère optionnel de la participation à cet indicateur. En effet, les intervenants ont le choix de compléter ou non les données relatives au statut sérologique des patients qu'ils prennent en charge. Le logiciel 'Addibru', qui assure la récolte TDI en région bruxelloise, et l'enquête 'Sentinelles', qui l'assure dans la région de Charleroi, ne permettent d'ailleurs pas actuellement de récolter ces informations. En outre, les partenaires nous témoignent de leurs difficultés à remplir cette partie (question par nature intrusive, fiche encodée lors du second rendez-vous, fiche remplie par un autre professionnel que le médecin).

C. MORTALITÉ

L'Institut Scientifique de Santé Publique est responsable du traitement des données sur la mortalité liée à l'usage de drogues mais ne dispose plus, depuis 1997, des données de la Communauté française en la matière. Néanmoins, les données des années 1999, 2000 et 2004 sont désormais disponibles et devraient prochainement nous être communiquées. Elles seront traitées, commentées et diffusées sur le site Internet d'Eurotox dès que possible, en attendant d'être intégrées dans notre prochain rapport annuel. Pour les données de la Communauté française couvrant la période 1987-1997, nous renvoyons le lecteur à notre rapport 2004-2005 disponible en format pdf sur ce même site Internet (www.eurotox.org).

D. PRÉVALENCE DE L'USAGE PROBLÉMATIQUE

EVOLUTION :

Grâce à l'étroite collaboration de travail avec l'asbl Modus Vivendi, Eurotox réalise le monitoring de la prévalence de consommation et de polyconsommation dans les sous-groupes suivants :

- Usagers de drogues en prison
- Opérations Boule de neige (injecteurs)
- Milieu festif

- Programme d'échanges de seringues
- Autres sous-groupes (ponctuellement selon les 'recherches-action' des partenaires).

E. PRÉVALENCE DE L'USAGE DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

STATU QUO.

5.1.1.3 Base de donnée européenne "EDDRA" (Exchange on drug demand reduction actions)

EVOLUTION :

Cette base de données européenne, gérée par l'OEDT, répertorie des projets en prévention, réduction des risques ou traitement des assuétudes qui doivent notamment être innovants, et doivent de surcroît comporter une évaluation clairement définie. Chaque année, l'administration de la direction de la Santé en Communauté française est consultée par Eurotox afin de « débusquer » les projets en assuétudes qui seraient suffisamment innovants que pour être répertoriés dans cette « database ». Mais le « réservoir » de projets et d'inventivité des institutions de terrain étant loin d'être inépuisable, le rythme de collecte s'est ralenti ces dernières années (1 projet collecté par an), et cette année, aucun projet remplissant les critères n'a été répertorié.

Signalons toutefois que la base de données reste disponible (via le site web de l'OEDT : <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples>) et qu'elle permet un échange de « bonnes pratiques » au niveau européen, qui peut être source d'inspiration pour toute personne investie en Communauté française dans le domaine des assuétudes.

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

STATU QUO.

Un exemple de message d'alerte précoce est fourni en annexe 8.1 du présent rapport. Désormais les alertes précoces sont publiées via le site Internet d'Eurotox . Les personnes intéressées peuvent s'abonner au flux RSS via le site Internet (www.eurotox.org).

5.2 OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL DROGUES EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

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

5.2.1 Rapport sur l'usage de drogues en Communauté française

Les cinq indicateurs épidémiologiques cités ci-dessus (point 5.1.1.2.), servent également à la rédaction du présent rapport (chapitre 2). Les aspects plus proprement sociologiques sont

développés dans le chapitre 1, consacré au cadre législatif et organisationnel. Quant à l'ancien chapitre 3, consacré aux projets et tendances en matière de promotion de la santé, prévention et réduction des risques, il n'existe plus dans le cadre du rapport, ayant en quelque sorte été remplacé par le cadastre répertoriant et décrivant ces mêmes actions (voir plus bas).

Un sujet spécifique est désormais développé de manière bisannuelle (première levée : un dossier spécial « alcool », dans notre rapport 2004-2005 ; deuxième levée : le dossier sur le dopage, dans le présent rapport).

5.2.2 Développement du recueil de données (système de monitoring) en Communauté française

Les points développés en rubrique 5.1.1.2., particulièrement sur le TDI, sont évidemment en grande partie valables dans le cadre du recueil en Communauté française. Celui-ci doit en effet, pour des raisons de convergence scientifique mais aussi d'économies d'échelle, converger au mieux vers les critères européens.

5.2.2.1 Statut juridique et base légale

Actuellement, l'enregistrement TDI ne jouit d'aucun statut juridique et ce, malgré le fait qu'il soit inscrit dans le Plan drogues 2005-2008 et dans le protocole d'accord interministériel sur le TDI. Cet enregistrement ne constitue pas une obligation d'un point de vue juridique (ainsi, l'enregistrement TDI se fait sur base volontaire). Pour pallier cela et pour chaque niveau de pouvoir, il serait souhaitable, selon le groupe de travail TDI, qu'une base légale soit rédigée, notamment pour circonscrire les enjeux en termes de protection de la vie privée des consommateurs dont la demande de traitement est enregistrée.

5.2.2.2 Diffusion des résultats

Eurotox assure la diffusion des données à plusieurs niveaux (local, communautaire, fédéral, européen). *Depuis 2005, plusieurs journées de présentation des résultats ont été organisées sur demande auprès des centres d'enregistrement partenaires.*

Par ailleurs, les cabinets et administrations en charge de la santé font appel à Eurotox pour obtenir des informations sur des sujets spécifiques (drogues et prisons, milieu festif, dopage, réduction des risques, etc.). Les informations pertinentes sont alors transmises aux demandeurs.

Enfin, l'information compilée par Eurotox est mise à disposition en cas de rédaction de mémoires, travaux de fins d'études, etc., consacrés aux drogues et assuétudes.

Le site web d'Eurotox est quant à lui opérationnel depuis un peu moins d'un an. Il se veut simple et convivial. Il comporte notamment une possibilité d'abonnement par flux RSS aux alertes précoces diffusées dans le cadre du système EWS. En un ou deux clics de souris, il est ainsi possible de s'« abonner » aux alertes précoces diffusées par Eurotox et mises à disposition en direct sur le site. Elles arrivent alors en temps réel sous l'onglet « favoris » ou « marque-pages » de la page d'accueil de l'Internaute concerné.

Des documents sont également téléchargeables au format Pdf. Ce sont pour l'instant les précédentes livrées du présent rapport, ainsi que la première vague du « cadastre des actions de prévention et de réduction des risques » réalisé par Eurotox en Communauté française.

Ce site est également l'occasion de diffuser de l'information sur l'actualité des assuétudes et des consommations, via des articles rédigés sur des sujets divers (« nightlife », consommation des jeunes, etc.).

5.3 AUTRES ACTIVITÉS DE L'ASBL EUROTOX

5.3.1 Recherche

- Une recherche-action est en cours de réalisation à la rédaction de ces lignes, subsidiée par le ministère de la Santé en Région Wallonne. Ses promoteurs sont Eurotox et Modus Vivendi. La recherche est intitulée : « Recherche-action sur les besoins et l'offre de services à destination des usagers de drogues par injection ». Deux chercheuses à mi-temps ont été engagées afin de la mener à bien, l'une par Eurotox, l'autre par Modus Vivendi, tous deux promoteurs de la recherche. Le rapport de recherche paraîtra en novembre 2010.
- Il était question dans notre précédent rapport d'un cadastre des actions de prévention et de réduction des risques liés à l'usage de drogues menées en Communauté française, en cours d'élaboration et de réalisation par Eurotox. La finalité ultime de celui-ci était de contribuer à l'amélioration de l'offre publique de ce type de programmes en Communauté française. Deux buts principaux sont visés : contribuer à l'amélioration de la visibilité des actions menées et élaborer un outil descriptif qui permettra aux acteurs de terrain de situer leur(s) action(s) par rapport à l'ensemble des pratiques. Le premier volet de ce cadastre a été réalisé. Il s'est concentré sur les actions subsidiées par les pouvoirs publics compétents en termes de santé, sur le territoire de la Communauté française. Il est téléchargeable sur le site web d'Eurotox (www.eurotox.org) dans la section « documents ».
- HACOURT G., Recherche ethno-épidémiologique sur la consommation d'XTC et de 'nouvelles drogues' en Communauté française de Belgique, L'Harmattan, ISBN 2-7475-3054-X, l'asbl Eurotox, 2002, 232 pp.
- Et la brochure qui en est issue : BASTIN P, DAL M., HARIGA F., Synthèse et recommandations de la recherche « ECSTASY pilules sans ordonnances : usages et usagers de nouvelles drogues de synthèse », Ministère de la Communauté française, 2003
- Ainsi que les actes d'une journée d'études organisée par Eurotox sur ce thème : *De la prévention des risques aux risques de la prévention : confrontations et débats sur les drogues de synthèse, Les actes de la journée d'étude Eurotox du 3 décembre 1999*, in *Les Cahiers de Prospective Jeunesse*, volume 5 - n° 1-2 - 1er et 2ème trimestre 2000

5.3.2 Action spécifique

Tendances émergentes (“Emerging trends-E.T.”)

EVOLUTION :

Un *Yahoo Group* sur les tendances émergentes a été créé en décembre 2004 par Eurotox, qui l’anime depuis. Il s’agit d’un forum Internet d’échange de savoirs entre professionnels des assuétudes. Des institutions « coupoles » (coordonnant ou coiffant plusieurs autres institutions) ont d’abord été choisies, pour leur position au carrefour de l’information. Ensuite, après un an de fonctionnement, le « membership » a été étendu à toutes les institutions de terrain qui le souhaitent, notamment via un appel à candidatures dans la newsletter électronique « Brèves de comptoir etc. » diffusée par l’asbl Modus Vivendi.

Aujourd’hui, le groupe compte 60 membres qui ont déjà échangé un total de 123 messages sur des sujets aussi divers que l’évolution de la consommation de GHB, les produits de coupe de la cocaïne, l’usage détourné de médicaments (inhalation d’aspirine ou de Dafalgan), l’évolution des consommations en milieux festifs (passage éventuel des ecstasy aux amphétamines), ou encore les produits de coupe potentiellement dangereux du cannabis (notamment le plomb), pour ne prendre que quelques exemples récents. Des intervenants étrangers (notamment le dispositif Trend-Sintes à Lille, responsable local du relevé des tendances émergentes pour l’OFDT⁸³) participent à ce recueil.

Afin de mieux balayer le territoire européen à la recherche d’éventuels recoupements de l’information, Eurotox est également inscrite depuis le dernier trimestre 2009 à un groupe similaire créé par le collectif « Democracy Cities and Drugs » qui comprend des intervenants en milieux festifs et en réduction des risques notamment, dans divers pays dont la Suisse et l’Espagne. Le groupe de travail a été baptisé « tedi workgroup ». Il est disponible à l’url : http://health.groups.yahoo.com/group/tedi_workgroup/.

Un exemple de message de tendance émergente est fourni en annexe 8.2 du présent rapport.

83 Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

6. Bibliographie

BATALLAN, A., FAUCHER, P., PONCELET, C., DEMARIA, F., BENIFLA, J.L., & MADELENAT, P. (2003), *La transmission materno-foetale du virus de l'hépatite C : actualités sur l'intérêt de la césarienne*. Gynécologie obstétrique & fertilité. 2003 ; 31 : 964-968.

BEAUCLERCQ G., *Carl Lewis épingle*, La Dernière Heure Les Sports [en ligne]. 2003 [consulté le : 2 septembre 2009] ; Disponible sur : <http://www.dhnet.be/sports/omnisports/article/68457/athletisme-carl-lewis-epingle.html>

BECHARA, A. *Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective*. Nature neuroscience. 2005 ; 8 : 1458-1463.

BECHARA, A., DOLAN, S., DENBURG, N., HINDES, A., ANDERSON, S.W., ET NATHAN, P.E., *Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers*. Neuropsychologia. 2001; 39: 376-389.

BILLEBAUT A., *Le tour des assos*. Sport et Vie. 2001 ; 68 : 42-7.

BOLLA, K.I., ELDTRETH, D.A., LONDON, E.D., KIEHL, K.A, MOURATIDIS, M., CONTOREGGI, C. ET AL., *Orbitofrontal cortex dysfunction in abstinent cocaine abusers performing a decision-making task*. NeuroImage. 2003 ; 19 : 1085-1094.

BONELLI, L., *Réformisme social au XIXème siècle, paternalisme autoritaire au XXIème siècle. Des 'classes dangereuses' à discipliner*. Le Monde diplomatique [en ligne]. 2008 [consulté le : 5 novembre 2009]; 648. Disponible sur : <http://www.monde-diplomatique.fr/2008/03/BONELLI/15662>

BOUCHER, F., & PAINCHAUD, L. , *La transmission verticale du virus de l'hépatite C : Les connaissances et les enjeux actuels*. Paediatrics and Child Health. 1997; 2: 227-237.

CRIOC, *Jeunes et drogues* [en ligne]. 2006. [consulté le 23/11/2009]. Disponible sur : <http://www.oivo-crioc.org/textes/pdf/1814fr.pdf>

CRUSE R., *Médailles d'or jamaïcaines*. Le Monde diplomatique [en ligne]. 2008 [consulté le : 2 septembre 2009]; 654. Disponible sur : <http://www.monde-diplomatique.fr/2008/09/CRUSE/16308>

DECORTE T, MORTELMANS D, TIEBERGHEN J ET AL., *Haalbaarheid van een repetitieve prevalentiestudie onder de algemene bevolking*. 1ère ed. Gent : Academia press ; 2009.

DE MONDENARD J-P., *Coup de barre*. Sport et Vie 2002 ; 70 : 59.

DE MONDENARD J-P., *Grand nettoyage*. Sport et Vie 2002 ; 70 : 60.

DENOËL T., *Les amateurs se dopent aussi*, Le Vif/L'express [en ligne]. 2007 [consulté le : 2 septembre 2009] ; Disponible sur : <http://www.levif.be/magazine/archives/>

DE RUYVER B., PELC I., CASSELMAN J. ET AL., *La politique des drogues en chiffres, une étude des acteurs concernés, des dépenses publiques et des populations atteintes*. Gent : Academia Press ; 2004.

- DE RUYVER B., PELC I., DE GRAEVE D. ET AL., *Drogues en chiffres II : étude des acteurs concernés, des dépenses publiques et des populations atteintes, Etude de suivi*. Gent : Academia Press ; 2007.
- DES JARLAIS, D.C., PERLIS, T., ARASTEH, K., TORIAN, L.V., HAGAN, H., BEATRICE, S., ET AL., *Reductions in hepatitis C virus and HIV infections among injecting drug users in New York City, 1990-2001*, *Aids*. 2005 ; 19 : 20-25.
- DUCLOS D., *Pourquoi tant de tueurs en série aux Etats-Unis ?* *Le Monde diplomatique*. 1994 ; 485 : 26-7.
- EMMANUELLI, J., JAUFFRET-ROUSTIDE, M., ET BARIN, F., *Epidémiologie du VHC chez les usagers de drogues, France, 1993-2002*. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2003 ; 16-17 : 97-99.
- ESPACE P , *Analyse des données et évaluation de la campagne de vaccination contre l'hépatite B : 1998-2008*. Bruxelles : Espace P ; 2009.
- FAVRESSE, D., DE SMET, P., PIETTE, D., ET GODIN, I., *Sidsida. Dépistage VIH en Communauté française. Période 2005-2006, Rapport d'analyse des données collectées par les Centres de dépistage communautaire*. Bruxelles : SIPES ULB-PROMES (Ecole de Santé Publique) ; 2007.
- GARFEIN, R.S., GALAI, D., DOHERTY, M.C., ET NELSON, K.E., *Viral infections in short-term injection drug users: the prevalence of the hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency, and human T-lymphotropic viruses*. *American Journal of Public Health*. 1996; 86: 655-661.
- GHOSN, J., LERUEZ-VILLE, M., & CHOIX, M.L., *Transmission sexuelle du virus de l'hépatite C*. *La Presse Médicale*. 2005; 34: 1034-1038.
- GOETGHEBUER G., *La commission déshabillée*. *Sport et Vie*. 2002 ; 70 : 58.
- GOETGHEBUER G., *Gaffes, bévues et boulettes*. *Sport et Vie* 2002 ; 75 : 66-7.
- GOETGHEBUER G., *Les rafles se suivent et se ressemblent*. *Sport et Vie*. 2002 ; 75 : 70.
- HAGAN, H., THIEDE, H., WEISS, N.S., HOPKINS, S.G., DUCHIN, J.S., ET ALEXANDER, E.R., *Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C*. *American Journal of Public Health*. 2001; 91: 42-46.
- HAHN, J.A., PAGE-SHAFER, K., LUM, P.J., OCHOA, K., ET MOSS, A.R., *Hepatitis C virus infection and needle exchange use among young injection drug users in San Francisco*. *Hepatology*. 2001 ; 34 : 180-187.
- HARIGA F & VAN LIERDE J., *CESC: Echange de seringues à Charleroi : Evaluation de la première année d'activités*. Modus Vivendi. *Carnet du risque*. 2002 ; 42.
- HUBY S., *Les vrais chiffres du dopage* [en ligne]. c 2009 [consulté le 2 septembre 2009]. Disponible sur : <http://www.cyclisme-dopage.com/chiffres/tdf-vraischiffres.htm>
- JAMOULLE, P., *Des hommes sur le fil. La construction des identités masculines en milieux précaires* ; 1^{ère} éd., Paris : La Découverte ; 2005.
- LOPEZ D., MARTINEAU H. ET PALLE C., *Mortalité liée aux drogues illicites: Etude d'une cohorte rétrospective de personnes interpellées pour usage de stupéfiants*. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies ; 2004.
- LYNCH W.J., ROTH M. E. ET CAROLL M. E., *Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies*. *Psychopharmacology*. 2002; 164: 121-137.

- MACÍAS J., PALACIOS R.B., CLARO E. ET AL., High prevalence of hepatitis C virus *infection among noninjecting drug users: association with sharing the inhalation implements of crack*. Liver International. 2008 ; 28 : 781-786.
- MARTINEZ A. ET TALAL A.H., *Noninjection drug use: an under-appreciated risk factor for hepatitis C virus transmission*. Liver International. 2008 ; 28 : 757-760.
- MATGEN J.-C., *JO : deux médailles, (trop) maigre récolte ?*. La Libre Belgique [en ligne]. 2008 [consulté le : 2 septembre 2009] ; Disponible sur : <http://www.lalibre.be/sports/omnisports/article/441038/jo-deux-medailles-trop-maigre-recolte.html>
- MATHEÏ C., ROBBAEYS G., VAN RANST M., VAN DAMME P. ET BUNTINX F., *The epidemiology of hepatitis C among injecting drug users in Belgium*. Acta Gastroenterology Belgica. 2005; 68: 50-54.
- MATHERS B.M., DEGENHARDT L., PHILLIPS B. ET AL., *Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review*. The Lancet. 2008 ; 372 : 1733-1745.
- MATHIOT C., *Usain Bolt, 9'69" en passant*. Libé. [en ligne]. 2008 [consulté le : 1^{er} septembre 2009], Disponible sur : <http://www.liberation.fr/sports/010187311-usain-bolt-9-69-en-passant>
- MÉDECINS DU MONDE., *Epidémie d'hépatite C chez les usagers de drogue : oser prendre de vraies mesures*. Dossier de presse publié à l'occasion de la Journée Mondiale des Hépatites. Paris; 2009.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. *La prévention du dopage* [en ligne]. c non communiqué [consulté le 2 septembre 2009]. Disponible sur : http://www.santesport.gouv.fr/contenu/Lutte_Anti_Dopage/prevention.asp
- MIQUEL P., *Jamaïque : les belles histoires du docteur Elliott*. L'Express [en ligne]. 2008 [consulté le : 1^{er} septembre 2009] ; Disponible sur : http://www.lexpress.fr/actualite/sport/jamaique-les-belles-histoires-du-dr-elliott_552634.html
- MJSVA, *Contrôles antidopage en France. Données quantitatives*. c 2007 [consulté le 9 novembre 2009]. Disponible sur : http://www.santesport.gouv.fr/contenu/Lutte_Anti_Dopage/Rapport%202006%20%20_version%20finalis%C3%A9e_.pdf
- MURRILL C.S., WEEKS H., CASTRUCCI B.C. ET AL., *Age-specific seroprevalence of HIV, hepatitis B virus, and hepatitis C virus infection among injection drug users admitted to drug treatment in 6 US cities*. American Journal of Public Health. 2002; 92: 385-387.
- OEDT, *Rapport annuel 2008 - Etat du phénomène de la drogue en Europe*. Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies. Lisbonne ; 2008.
- OEDT, *Annual report 2006; selected issues: A gender perspective on drug use and responding to drug problems.*, Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies. Lisbonne ; 2006.
- QUEVAL I., *S'accomplir ou se dépasser. Essai sur le sport contemporain*. 1^{ère} ed., Paris : Gallimard ; 2004.
- RAJA M. ET AZZONI A., *Suicide attempts: differences between unipolar and bipolar patients and among groups with different lethality risk*. Journal of Affective Disorders. 2004 ; 82 : 437-442.
- RÉDACTION D.H. NET., *Un mal d'estomac à pleurer*. La Dernière Heure les Sports [en ligne]. 2006 [consulté le : 2 septembre 2009] ; Disponible sur : <http://www.dhnet.be/sports/tennis/article/139622/un-mal-d-estomac-a-pleurer.html>

- RHODES A., BETHELL J., SPENCE J., LINKS P., STREINER D. ET JAAKKIMAINEN L., *Age-sex differences in medicinal self-poisonings: A population-based study of deliberate intent and medical severity*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2008 ; 43 : 642-652.
- RICHE D., *Les naufragés de la lune*. Sport et Vie 2002 ; 70 : 42-6.
- RUIDANT L., *Faut-il légaliser les substances ergogéniques ?* Le journal du médecin. 2007 ; N.A.
- THOMAS D.L., VLAHOV D., SOLOMON L., COHN S., TAYLOR E., GARFEIN R. ET NELSON K.E., *Correlates of hepatitis C virus infections among injection drug users*. Medicine. 1995 ; 74 : 212-220.
- THORPE L.E., OUELLET L.J., HERSHOW R., BAILEY S.L., WILLIAMS I.T., WILLIAMSON J. ET AL., *Risk of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users who share injection equipment*. American Journal of Epidemiology. 2002 ; 155 : 645-653.
- TODTS S., GLIBERT P., VAN MALDEREN S., VAN HUYCK C., SALIEZ V. ET HOGGE, M., *Usage de drogues dans les prisons belges: Monitoring des risques sanitaires*. Service Public Fédéral Justice : Bruxelles ; 2009.
- TORTU S., MCMAHON J.M., POUGET E.R. ET HAMID R., *Sharing of noninjection drug-use implements as a risk factor for Hepatitis C*. Substance Use and Misuse. 2004 ; 39 : 211-224.
- UNODC, *Rapport Mondial sur les Drogues*, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime : Vienne ; 2009.
- VANDE WEYER P., *Le dopage en léger recul, mais...* . Le Soir. [en ligne]. 26 janvier 2006 [consulté le : 9 novembre 2009] ; Disponible sur : http://archives.lesoir.be/le-dopage-en-leger-recul-mais..._t-20060126-004A51.html?queryand=VANDE+WEYER+dopage+en+l%E9ger+recul%2C+mais&firstHit=0&by=10&when=-1&begYear=1989&begMonth=01&begDay=01&endYear=2009&endMonth=11&endDay=08&sort=datedesc&rub=TOUT&pos=0&all=1&nav=1
- VAN DEN HAZEL R., LESGER D., PETERS T. ET AL., *Prostitution: Bruxelles en image – Outils de réflexion pour une politique intégrale de la prostitution*. Seinpost Adviesbureau BV-Erasmus Hogeschool (en collaboration avec la Katholieke Universiteit Leuven). Brussel ; 2009.
- VÄRNIK A., KÖLVES K., VAN DER FELTZ-CORNELIS C.M., MARUSIC A., OSKARSSON H. ET AL., *Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the «European Alliance against Depression»*. Journal of Epidemiology and Community Health. 2008 ; 62 : 545-551.

7. Liste des tableaux et figures

Tableau 1 :	Budget de la Cellule Politique Santé Drogues	26
Tableau 2 :	En Communauté française, postes budgétaires liés aux assuétudes et pourcentage du budget santé global qu'ils représentent.....	28
Tableau 3 :	Produits évoqués lors des contacts avec Infor-Drogues, 2001-2008.....	51
Tableau 4 :	Age et sexe des appelants, année 2008	52
Tableau 5 :	Catégories de public qui contactent Infor-Drogues, 2002-2008.....	53
Tableau 6 :	Répartition des modes de consommation par type de produit principal consommé au sein des admissions (n=4435), Communauté française, 2007	73
Tableau 7 :	Répartition des modes de consommation par type de produit principal consommé au sein des premières demandes (n=1185), Communauté française, 2007	73
Tableau 8 :	Profil des primo-demandeurs (n=1185) selon le type de produit principal consommé, Communauté française, 2007	79
Tableau 9 :	Comparaison des profils des patients séropositifs VHC, VHB et VIH, Communauté française, 2007	82
Tableau 10 :	Patients présentant au moins un facteur favorisant le développement de la tuberculose, Communauté française, 2007.....	85
Tableau 11 :	Nombre de conducteurs et de piétons victimes d'un accident selon le résultat du test d'alcoolémie - 2008.....	90
Tableau 12 :	Nombre de conducteurs victimes suivant leur état (ivresse, influence de médicaments...)* - 2008	90
Tableau 13 :	Nombre et quantités des saisies opérées en Belgique, Police Fédérale Belge, 2004-2007.....	91
Tableau 14 :	Evolution historique du prix moyen des drogues en Belgique (prix estimés à partir des saisies policières), Police Fédérale Belge, 1999– 2007	93
Tableau 15 :	Evolution historique des prix des drogues en rue, Eurotox, 2004-2008.	94
Tableau 16 :	Prix des drogues en rue par région/province, Eurotox, 2008.....	95
Tableau 17 :	Pourcentages d'usage au cours de l'événement chez les personnes rencontrées en milieu festif, Communauté française, 2004 à 2007.	98
Tableau 18 :	Type de produits consommés et polyconsommation en milieu festif, Communauté Française, 2004 – 2007.....	99
Tableau 19 :	Répartition (en %) et profilage démographique des personnes présentant des problèmes en lien avec l'usage de drogues, Communauté française, 2004-2007.....	100
Tableau 20 :	Répartition (en %) du mode de retour après l'événement des personnes rencontrées en milieu festif ayant consommé un produit (hors tabac), Communauté française, 2004-2007.	101
Tableau 21 :	Pourcentage de l'usage des produits au cours du dernier mois chez les personnes rencontrées en rue, Communauté française, 2000-2007.....	103
Tableau 22 :	Profil démographique des UDI rencontrés en rue, Communauté française, 2000-2007.....	104
Tableau 23 :	Comportements à risque au cours des 6 derniers mois, et connaissance et fréquentation des comptoirs d'échange de seringues chez les UDI rencontrés en rue, Communauté française, 2000-2007.....	104
Tableau 24 :	Répartition (en %) des produits consommés en dehors et en prison par les personnes rencontrées lors des opérations BdN prison, Communauté française, 2006-2007.....	105
Tableau 25 :	Coureurs du Tour de France qui ont contrevenu au règlement antidopage à un moment de leur carrière	135
Tableau 26 :	Couverture des systèmes de recueil en Région wallonne et en Région bruxelloise, 2001-2007	161

Figure 1 : Aperçu des dépenses publiques en matière de drogues (2004)	26
Figure 2 : Budget global « santé » (dit « programme 2 – médecine préventive) de la Communauté française, 1998-2006	27
Figure 3 : Evolution du budget « assuétudes » en Région wallonne.	29
Figure 4 : Age du public du service d'e-permanence pour les années 2007 et 2008 (pourcentage).	51
Figure 5 : Ligne téléphonique d'Infor-Drogues. Age et sexe des appelants, 2008.	52
Figure 6 : Evolution du nombre d'admissions par système de collecte, Communauté française, 2003-2007	63
Figure 7 : Evolution du pourcentage annuel de premières demandes de traitement par système de collecte, Communauté française, 2003-2007	63
Figure 8 : Répartition (en %) des admissions en fonction des antécédents thérapeutiques, Communauté française, 2007 (n= 4435)	64
Figure 9 : Répartition (en %) des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185) en fonction de l'origine de la demande de traitement, Communauté française, 2007	64
Figure 10 : Distribution des âges au sein des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185), Communauté française, 2007	65
Figure 11 : Age médian des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185) en fonction du type de produits consommé, Communauté française, 2007	66
Figure 12 : Répartition (en %) des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185) en fonction du sexe, Communauté française, 2007	67
Figure 13 : Répartition (en %) des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185) en fonction de la nationalité, Communauté française, 2007	67
Figure 14 : Répartition (en %) des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185) en fonction du niveau de scolarité, Communauté française, 2007	68
Figure 15 : Répartition (en %) des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185) en fonction de l'origine des revenus, Communauté française, 2007	69
Figure 16 : Répartition (en %) des admissions et des premières demandes de traitement en fonction du mode de vie, Communauté française, 2007	69
Figure 17 : Répartition (en %) des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185) en fonction du fait de vivre ou non avec un (des) enfant(s), Communauté française, 2007	70
Figure 18 : Répartition (en %) des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185) en fonction du lieu de vie, Communauté française, 2007	70
Figure 19 : Répartition (en %) des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185) en fonction du produit principal mentionné, Communauté française, 2007	71
Figure 20 : Répartition (en %) des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185) en fonction du mode de consommation du produit principal mentionné, Communauté française, 2007	72
Figure 21 : Répartition (en %) des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185) en fonction de la fréquence d'usage du produit principal, Communauté française, 2007	74
Figure 22 : Fréquence d'usage en fonction du type de produit principal, Communauté française, 2007	74
Figure 23 : Distribution des âges du premier usage du produit principal au sein des admissions (n=4435) et des premières demandes de traitement (n=1185), Communauté française, 2007	75
Figure 24 : Répartition par type de produits de l'âge médian du premier usage du produit principal au sein des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185), Communauté française, 2007	75
Figure 25 : Répartition (en %) des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185) en fonction des produits secondaires mentionnés, Communauté française, 2007	76

Figure 26 : Répartition (en %) des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185) en fonction des antécédents judiciaires, Communauté française, 2007	77
Figure 27 : Répartition (en %) des admissions (n=4435) et des premières demandes (n=1185) en fonction de l'occurrence de comportements d'injection, Communauté française, 2007	77
Figure 28 : Evolution du nombre de nouveaux diagnostics d'infection VIH.....	80
Figure 29 : Evolution quadriennale du pourcentage d'infection au VIH en Belgique lié à l'injection de drogues par voie intraveineuse chez les patients belges et non belges.....	81
Figure 30 : Evolution belge des pourcentages de cas en lien avec un facteur favorisant	86
Figure 31 : Evolution des taux de décès liés à l'usage de drogues et médicaments psychotropes chez les hommes et les femmes, Bruxelles-Capitale, 1998-2007.	87
Figure 32 : Criminalité enregistrée, infractions liées aux stupéfiants en Belgique.....	89
Figure 33 : Nombre annuel d'infractions liées aux stupéfiants, par région, de 2000 à 2007.....	89
Figure 34 : Nombre annuel d'infractions liées au trafic, par région, 2000-2007.....	89
Figure 35 : Évolution du nombre de seringues distribuées aux usagers de drogues injecteurs via les dispositifs d'échange de la Communauté française, 1994 – 2007.....	107
Figure 36 : Évolution du taux d'échange de seringues en Communauté française, 1994-2007.....	107
Figure 37 : Évolution du nombre de seringues vendues en pharmacie sous le format Stérifix, Communauté française, 2000-2007.....	109
Figure 38 : Usage de drogues chez les personnes prostituées.	111
Figure 39 : Pourcentage des tests antidopage positifs en Communauté française de Belgique, période 2004 - 2008.....	128
Figure 40 : Pourcentage des tests antidopage positifs aux stimulants en Communauté française de Belgique, période 2004 – 2008	129
Figure 41 : Pourcentage des tests antidopage positifs aux narcotiques en Communauté française de Belgique, période 2004 - 2008.....	129
Figure 42 : Pourcentage des tests antidopage positifs aux anabolisants/testostérone en Communauté française de Belgique, période 2004 - 2008	130
Figure 43 : Pourcentage des tests antidopage positifs aux corticostéroïdes en Communauté française de Belgique, période 2004 - 2008	130
Figure 44 : Pourcentage des tests antidopage positifs aux bêtabloquants en Communauté française de Belgique, période 2004 – 2008	131
Figure 45 : Pourcentage des tests antidopage positifs au cannabis en Communauté française de Belgique, période 2004 – 2008	132
Figure 46 : Importance relative des principales causes d'infraction à la législation antidopage - Communauté française de Belgique.....	132
Figure 47 : Structure belge du réseau de collecte de données destinées à l'OEDT	159

8. Annexes

8.1 EXEMPLE DE MESSAGE D'ALERTE PRÉCOCE

8.1.1 Message d'Alerte Précoce du 30 septembre 2009

DRUGS - EARLY WARNING SYSTEM / SYSTEME D'ALERTE PRÉCOCE : COCAÏNE COUPÉE À L'ATROPINE

Dans le cadre du système d'alerte précoce, l'asbl Infor-Drogues nous a signalé l'achat et la consommation, ce dimanche 27 septembre 2009, de cocaïne coupée à l'atropine. L'achat aurait eu lieu dans un bar « branché » de Bruxelles. La cocaïne aurait été effectivement annoncée par le revendeur comme coupée à l'atropine, et donc achetée en connaissance de cause par l'utilisateur. Le prix était identique à la cocaïne « normale », soit 50 euros le gramme. Le mélange serait dénommé « Crystaline » (nom « de rue »). Il aurait provoqué confusion et hallucinations.

COMMENTAIRES

Pour rappel, l'atropine agit comme un produit psychoactif, cause des hallucinations visuelles et auditives et des troubles du rythme cardiaque. Elle peut provoquer une dilatation des pupilles et diminue la production de transpiration. En cas d'overdose d'atropine les symptômes suivants peuvent être observés : hallucinations visuelles et auditives, agitation et confusion mentale (jusqu'à l'inconscience). Dans les cas extrêmes, cela peut mener jusqu'au décès suite à des dysfonctionnements respiratoires et du rythme cardiaque. Les précédents cas (hivers 2004 et 2005, plusieurs pays européens dont la Belgique, nombreuses hospitalisations, mais aussi été 2007 avec plusieurs cas en Hollande dont un décès) doivent inciter à la prudence.

CONSEILS DE RÉDUCTION DES RISQUES POUR LES USAGERS:

1. CETTE COMBINAISON EST PARTICULIÈREMENT DANGEREUSE.

- En l'absence de conseil de réduction des risques éprouvé et répété sur ce mélange, si vous décidez malgré tout de consommer : ayez au moins une personne sobre (clean) auprès de vous ; commencez par une faible quantité (1/4 de ligne de 1 à 2 cm maximum) et attendez 2 heures.
- Si vous présentez les signes d'intoxication à l'atropine décrits plus haut, votre cocaïne est frelatée. N'en prenez plus.
- Rappel généraliste : ne partagez jamais vos pailles.

2. QUE FAIRE EN CAS D'URGENCE?

- appelez d'urgence les secours: formez le n°100 ou le 112 (service médical d'urgence - appel gratuit).
- Décrivez exactement ce que la personne a consommé
- Décrivez l'état de la personne comme suit: est-elle consciente ou inconsciente? Respire-t-elle ou non? Son cœur bat-il ou non?

Si vous pouvez confirmer / infirmer ces tendances, ou pour toutes questions, veuillez contacter Infor-Drogues (02 / 227.52.52.) ou par e-mail miguel.rwubusisi@eurotox.org

8.2 EXEMPLE D'ÉCHANGE DE MESSAGES VIA LE « YAHOO GROUP »**SUR LES TENDANCES ÉMERGENTES CRÉÉ PAR EUROTOX :****LA MEPHEDRONE****Mephedrone** [Liste de messages](#)[Répondre](#) | [Transférer](#) | [Suppressions](#)**Message #121** sur 124< [Préc](#) < [Préc](#) | **10 déc 2009** [Suivant](#) > [Suivant](#) >

Chers amis,

Je viens un tout petit peu tard (débordé) à la pêche aux informations, surtout pour la Communauté française, à propos de la Mephedrone. Nos collègues flamands du VAD ont reçu des infos récentes notamment du DIMS (Pays-Bas), notifiant que de la mephedrone circulait depuis quelques mois sous les noms de «XTC/mephedrone/khat/chathinon» ou encore «nouvelle sorte d'XTC». Les avis des usagers étaient assez partagés entre effets positifs et expériences désagréables. Pouvez-vous confirmer ou infirmer ces tendances, en Communauté française de Belgique ou éventuellement en France?

Bien cordialement.

Miguel Rwubusisi;

Eurotox

Mephedrone [Liste de messages](#)[Répondre](#) | [Transférer](#) | [Suppressions](#)**Message #122** sur 124< [Préc](#) < [Préc](#) | **10 déc 2009** [Suivant](#) > [Suivant](#) >**Re: [tendances_emergentes_alerte_precoce] Mephedrone**

Chers amis et collaborateurs,

Michel Monzel, du pôle TREND-Metz Lorraine (tendances émergentes), me transmet les informations suivantes, concernant à la fois Mephedrone et Methylone: Le Pole TREND-Metz Lorraine a signalé en 2008 l'utilisation par quelques usagers se fournissant sur Internet de Mephedrone et de Methylone sur un site autrichien, aujourd'hui fermé. La mephedrone ressemblerai plus en termes d'effets à un mix entre cocaïne et amphétamine. Les usagers déclaraient des effets très récréatifs, sans vraiment d'effets plus indésirables qu'avec les produits classiques. Le Méthylone, acheté dans les mêmes conditions ressembleraient beaucoup plus aux effets de la MDMA, d'ailleurs vendu comme «MDMA like», avec un effet un peu moins entactogène mais semble t-il beaucoup plus proche de la MDMA que le mCPP vendu actuellement au marché noir sous l'appellation «ecstasy». Là aussi, seuls des effets récréatifs ont été déclarés.

Cordialement. Michel Monzel - TREND Metz Lorraine

N'hésitez pas à réagir. Bien à vous tous et déjà de joyeuses fêtes.

Miguel Rwubusisi.

Eurotox asbl.

Mephedrone [Liste de messages](#)

[Répondre](#) | [Transférer](#) | [Suppressions](#)

Message #122 sur 124

[< Préc](#) [< Préc](#) | 10 déc 2009 [Suivant >](#) [Suivant >](#)

RE: [tendances_emergentes_alerte_precoce] Mephedrone

Bonjour à tous,

Après épulchage des questionnaires remplis en festif en 2009 (plus ou moins 1050 questionnaires), le méphédronne n'est pas du tout cité dans les produits utilisés. Par contre certains usagers en aurait parlé à l'accueil de fiesta mais cela ne concerne pas un grand nombre de personnes. Nous pouvons nous renseigner plus spécifiquement en janvier si nécessaire.

D'ici là portez vous bien et bonnes fêtes !

Sincèrement

Catherine Van Huyck

Modus Vivendi asbl

Mephedrone [Liste de messages](#)

[Répondre](#) | [Transférer](#) | [Suppressions](#)

Message #122 sur 124

[< Préc](#) [< Préc](#) | 10 déc 2009 [Suivant >](#) [Suivant >](#)

RE: [tendances_emergentes_alerte_precoce] Mephedrone

Hi Miguel,

In Flanders we here stories from peer support organizations that meet youngsters that use (or want to use) mephedrone. It started this summer and is increasing slowly. But still only few youngsters are involved (we have no hard data yet).

Kind regards,

Jochen Schrooten

VAD

Vanderlindenstraat 15 . 1030 Brussel . www.vad.be . www.partywise.be

