

**PLAN BRUXELLOIS DE RÉDUCTION DES RISQUES  
LIÉS À L'USAGE DE DROGUES**

**Carnet 3 - Situation épidémiologique relative à  
l'usage de drogues en Région de Bruxelles-  
Capitale**

Auteur : Michaël Hogge  
Contributions :  
Cécile Béduwé,  
Catherine Van Huyck

**Modus vivendi ASBL**



Avec le soutien de



**Janvier 2014**

## TABLE DES MATIERES

<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
<b>A. LE PLAN.....</b>	<b>3</b>
<b>B. LE DIAGNOSTIC EPIDÉMIOLOGIQUE.....</b>	<b>3</b>
<b>II. LES DONNÉES RECUEILLIES.....</b>	<b>4</b>
<b>A. LES DONNÉES EPIDÉMILOGIQUES DE PRÉVALENCE .....</b>	<b>4</b>
1. <i>Population générale</i> .....	4
2. <i>La mortalité en rapport avec la consommation de drogues</i> .....	9
3. <i>Milieu Scolaire</i> .....	11
4. <i>Milieu Rue</i> .....	13
5. <i>Milieu Soins</i> .....	13
a) <i>Demande de traitement auprès des services spécialisés en toxicomanies</i> .....	13
b) <i>les traitements de substitution aux opiacés</i> .....	34
c) <i>Analyse des données récoltées dans le cadre du Résumé Psychiatrique Minimum</i> .....	34
d) <i>Le recours aux services d’urgences chez les usagers de drogues</i> .....	42
6. <i>Milieu de vie : Prison</i> .....	44
a) <i>Description de la population d’étude</i> .....	44
b) <i>Conditions de passation et précisions méthodologiques/statistiques</i> .....	45
c) <i>Description de l’échantillon d’étude</i> .....	46
d) <i>Prévalence de consommation de drogues « au cours de la vie »</i> .....	47
e) <i>Prévalence de la consommation de drogues en prison (lors de l’actuelle détention)</i> .....	48
f) <i>Le début de consommation en prison</i> .....	50
g) <i>Comportements à risques liés à l’usage de drogues en prison</i> .....	51
h) <i>Test de dépistage VIH/SIDA et hépatites en prison et en dehors</i> .....	53
i) <i>Conclusions et limites de l’enquête</i> .....	54
7. <i>Milieu de vie : Festif</i> .....	55
<b>B. DONNÉES ISSUES DES ACTIONS DE TERRAIN .....</b>	<b>56</b>
1. <i>Opérations Boule de Neige</i> .....	56
a) <i>Profil sociodémographique du public touché</i> .....	56
b) <i>Profil de consommation des usagers de drogues</i> .....	59
c) <i>Modes de consommation des produits</i> .....	60
d) <i>Risques liés au matériel d’injection chez les usagers de drogues par injection et connaissances des comptoirs d’échange de seringues (UDI)</i> .....	60
e) <i>Connaissance des risques de transmission de l’hépatite C et du VIH</i> .....	61
2. <i>Analyse des données récoltées de 2005 à 2011 en Région de Bruxelles-capitale dans le cadre du projet Drogues Risquer Moins</i> .....	63
a) <i>Introduction, contexte de récolte des données</i> .....	63
b) <i>Limites des analyses et mise en garde</i> .....	64
c) <i>Précisions méthodologiques et statistiques</i> .....	65
d) <i>Description d’échantillon</i> .....	65
e) <i>Description du public</i> .....	66
f) <i>Consommation des différents produits</i> .....	68
g) <i>Modes de consommation</i> .....	73

h)	Problèmes liés à l'usage de drogues et d'alcool.....	75
i)	Comportements en matière de risques de transmission d'infections et autres prises de risques.....	77
<b>III.</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>80</b>
<b>IV.</b>	<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS .....</b>	<b>80</b>
A.	TABLE DES TABLEAUX.....	82
B.	TABLE DES FIGURES .....	83

## I. INTRODUCTION

### A. LE PLAN

Modus Vivendi, en collaboration avec la Fedito bruxelloise et la CLDB a été chargé de concevoir un plan d'action de réduction des risques pour la Région de Bruxelles Capitale.

**La construction du plan est conçue en trois grandes étapes :**

- Une première phase de diagnostic reposant à la fois sur une enquête qualitative comprenant une concertation des acteurs, y compris d'usagers, par questionnaires, entretiens, une revue de la littérature, ainsi qu'une analyse quantitative (données récoltées par l'intermédiaire de projets menés à Bruxelles, données de prévalence déjà disponibles...)
- Une deuxième phase de travail interne à Modus Vivendi: classement des différents éléments dans L'OCR et élaboration d'objectifs généraux, spécifiques et opérationnels par milieux de vie
- Une troisième phase de priorisation et spécification des actions en lien avec les objectifs via la mise en place de concertation.

Le présent carnet est un des éléments constitutifs du diagnostic général sur la RdR à Bruxelles.

### B. LE DIAGNOSTIC EPIDÉMIOLOGIQUE

De nombreux professionnels du secteur des assuétudes déplorent régulièrement la manque de données épidémiologiques permettant de dresser un diagnostic global de l'usage de drogues et des problématiques associées en Région de Bruxelles-Capitale, et a fortiori en Fédération Wallonie-Bruxelles voire en Belgique. En effet, il n'existe pas actuellement en Belgique d'enquête de prévalence récurrente spécifiquement dédiée à l'estimation de l'usage de drogues et de l'usage problématique dans la population générale. La seule enquête de ce type est uniquement menée en Flandre, chez les jeunes de 15-16 ans qui y sont scolarisés (enquête ESPAD).

Il existe toutefois une série de données de sources diverses, issues d'enquêtes de santé générale (enquêtes HIS et HBSC), de registres ou indicateurs officiels (Résumé Psychiatrique Minimum, TDI, traitements de substitution, mortalité), d'études menées dans des groupes spécifiques (monitoring de l'usage de drogues en prison) ou encore issues des activités de terrain d'associations actives dans le domaine de l'usage de drogues et des assuétudes (Drogues Risquer Moins, opérations boule de neige), qui permettent d'appréhender ce phénomène. Afin de dresser une vue d'ensemble de la situation de l'usage de drogues en Région de Bruxelles-Capitale, nous avons tenté de rassembler, analyser et commenter l'ensemble de ces données disponibles en la matière. Car, malgré leur existence, ces données ne sont pas systématiquement compilées, et un travail d'extraction et d'analyse spécifique est souvent nécessaire afin de pouvoir les diffuser de manière digeste en épinglant spécifiquement la Région de Bruxelles-Capitale. Le présent Carnet du risque a l'ambition de réaliser ce travail, afin que les professionnels du secteur puissent bénéficier d'un « cliché épidémiologique » permettant d'éclairer autant que possible leurs pratiques.

Nous remercions chaleureusement Damien Favresse et Patrick de Smet (SIPES-PROMES), Jean-Pierre Gorissen (SPF Santé Publique) ainsi que Pierre Mallebay-Vacqueur (PFCSM) de nous avoir mis à disposition certaines données diffusées dans le présent document (données HBSC, RPM et TDI, respectivement).

## II. LES DONNÉES RECUEILLIES

### A. LES DONNÉES EPIDÉMIOLOGIQUES DE PRÉVALENCE

#### 1. POPULATION GÉNÉRALE: DONNÉES DE L'ENQUÊTE DE SANTÉ PAR INTERVIEW (HIS 2008)

##### (1) DESCRIPTION DE L'ENQUÊTE

L'enquête de santé par interview (HIS, *Health Interview Survey*) est financée par l'Etat fédéral, les Régions et les Communautés. Elle est réalisée par l'Institut Scientifique de Santé Publique. Celle-ci a pour objectif d'estimer l'état de santé de la population générale vivant en Belgique. Depuis 2001, un volet « drogues illicites » a été rajouté à cette enquête afin d'évaluer, en quelques questions, la consommation de certains produits illicites (cannabis, amphétamines/ecstasy) dans la population âgée de 15 ans ou plus. En 2004, les questions sur les amphétamines et l'ecstasy ont été abandonnées en raison du petit nombre d'usagers de ces produits, et le volet « drogues illicites » est proposé uniquement aux personnes âgés de 15 à 64 ans, sous l'impulsion d'un protocole européen. En revanche, les questions relatives à l'usage de cannabis ont été étendues. Enfin, depuis 2008, des questions portant sur l'usage d'autres substances ont à nouveau été proposées. Elles ne peuvent cependant pas être directement comparées à celles de 2001, parce que les indices de prévalence étaient alors calculés sur une tranche d'âge plus large et qu'ils n'ont hélas pas été recalculés depuis lors.

Année de collecte de données	2001, 2004 et 2008
Type d'étude	Enquête
Objet primaire	Etude de l'état de santé de la population belge
Population cible	Population générale*
Méthode d'échantillonnage	Aléatoire (stratifié et par grappe)
Echantillon d'étude	Environ 1500 personnes en Région bruxelloise (par levée)
Taux de réponse	55% au niveau national (pas de taux par région)
Couverture	Belgique (mais avec analyses par région)
Distribution d'âge	15 à 64 ans pour le volet « drogues »
Instrument d'investigation	Interview en face-à-face et questionnaire*

\* En raison de leur caractère sensible ou intime, les réponses aux questions sur l'usage d'alcool et de drogues (notamment) ont été récoltées à l'aide d'un questionnaire remis à chaque participant après l'interview. L'interview et la remise du questionnaire sont toutefois précédés d'un démarchage téléphonique en vue de convenir d'un rendez-vous avec l'enquêteur. Note : les effectifs (réponses données à la question) varient légèrement en fonction des produits, ce qui explique l'approximation du N.

##### (2) CONDITIONS DE PASSATION ET RÉSERVES MÉTHODOLOGIQUES

La participation à cette enquête se fait par ménage, et uniquement chez des personnes domiciliées sur le territoire belge. Les ménages qui acceptent d'y participer conviennent d'un rendez-vous avec l'enquêteur et celui-ci leur posera, à tour de rôle, différentes questions en face-à-face. Les questions portant sur des thèmes

sensibles sont toutefois posées à l'aide d'un questionnaire qui est remis à chaque membre du ménage au terme de l'interview. C'est évidemment le cas pour les questions portant sur l'usage d'alcool et de drogues.

Bien que cette enquête s'adresse à toutes les personnes qui résident dans le pays (sans restriction de nationalité ou de statut légal), il est probable que les statistiques produites au moyen de cette enquête sous-estiment la prévalence réelle de l'usage de cannabis et des autres drogues illicites, parce qu'elles ne s'appliquent pas, de par leur méthodologie, aux personnes marginalisées (incarcérées, institutionnalisées, sans domicile fixe, etc.), qui en sont pourtant probablement les plus grands consommateurs (notamment en milieu carcéral). En outre, en 2008 et au niveau national, environ 32% des ménages contactés par téléphone ont refusé de participer à l'enquête, ce qui a d'ailleurs quelque peu inquiété les responsables. Même si ces ménages ont ensuite été « remplacés » par d'autres ménages sur base de trois critères qu'ils ont en commun (la localisation géographique, la taille du ménage, et l'âge de ses membres), on ne peut exclure qu'une certaine proportion des ménages ayant refusé d'y participer ont pris cette décision par choix de ne pas divulguer certains comportements (en l'occurrence la consommation de drogues illicites) ou par peur que l'anonymat de l'enquête soit transgressé. En outre, les critères utilisés pour remplacer les ménages non-participants ne suffisent pas à maintenir la représentativité de l'échantillon en cas de refus plus fréquent de certaines catégories de ménages.

### (3) RÉSULTATS À L'ÉCHELLE DE LA RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE<sup>1</sup>

---

#### (A) CONSOMMATION DE CANNABIS

---

En 2008, la **prévalence d'usage de cannabis sur la vie** (au moins une consommation au cours de la vie) est de 23,3%<sup>2</sup> dans la population bruxelloise âgée de 15 à 64 ans. On assiste ainsi à une augmentation progressive de l'expérimentation de cette substance dans la population générale bruxelloise, puisque l'expérimentation est passée de 17,8% en 2001 à 21,9% en 2004, et finalement 23,3% en 2008. L'augmentation de l'expérimentation de cannabis au cours de la même période est un peu moins marquée au niveau de l'ensemble de la population belge (+3,5% de 2001 à 2008). Si on décortique cette augmentation par région, on remarque qu'elle est sensiblement équivalente entre la région de Bruxelles-Capitale (+5,5%) et la Wallonie (+4,6%), alors qu'elle est moins marquée en Flandre (+2,7%). En 2008, et toujours en Région de Bruxelles-Capitale, l'expérimentation du cannabis est plus importante chez les hommes (26,8%) que chez les femmes (20,1%), mais cette différence est moins marquée que dans les autres Régions, et ce quelle que soit la tranche d'âge. Entre outre, cette différence de genre est quasi identique à celle observée en 2004.

---

<sup>1</sup>Il convient de remarquer que si l'on compare les résultats de cette enquête par région, il apparaît que les indicateurs de consommation de cannabis et des autres drogues illicites sont généralement nettement plus élevés en Région de Bruxelles-Capitale que dans les autres Régions du pays. Par exemple, la prévalence d'usage de cannabis sur la vie est de 23,3% en Région bruxelloise alors qu'elle n'est que de 13% en Flandre et en Wallonie. Cette plus grande consommation de drogues à Bruxelles semble être en lien avec le caractère exclusivement urbain de la Région bruxelloise. En effet, lorsque l'on compare ces indicateurs entre la Région bruxelloise et les grandes villes de Wallonie et de Flandre, les prévalences de consommation sont généralement (sauf mention contraire) sensiblement équivalentes. Il serait intéressant de comprendre plus finement **le rôle du milieu urbain** sur la consommation de ces produits (plus grande accessibilité/proximité du produit, influence de la culture urbaine, etc.).

<sup>2</sup>Les pourcentages que nous rapportons ici sont en fait les taux bruts, non standardisés au niveau de l'âge et du sexe des répondants. Ce choix est dicté par un souci de cohérence dans la présentation des résultats, car dans les autres enquêtes ainsi que lors des levées précédentes de l'enquête HIS, les taux standardisés ne sont pas systématiquement calculés. De manière générale, si les taux standardisés diffèrent de quelques pour cent des taux bruts, les différences observées entre groupes (âge, sexe, etc.) sont souvent maintenues, quoique parfois atténuées. Enfin, nous ne rapportons pas ici les intervalles de confiance qui ont été calculés pour chaque taux, afin de ne pas alourdir la présentation. Ceux-ci peuvent toutefois être consultés dans le dernier rapport de cette enquête (voir Gisle, 2010).

L'expérimentation est plus fréquente chez les 25-34 ans (32,7%) ainsi que, dans une moindre mesure, chez les 15-24 ans (26,8%). Au-delà de 34 ans, l'expérimentation de cannabis diminue graduellement avec l'âge des répondants. L'influence de l'âge sur l'expérimentation du cannabis est sensiblement équivalente à celle observées lors des précédentes levées de l'enquête, quoique l'on observait en 2001 que la tranche d'âge la plus concernée était celle des 15-24 ans. Il n'est donc pas exclu qu'un effet de cohorte puisse rendre compte de ce pattern de résultats : ainsi, peut-être y a-t-il eu un phénomène de mode fin des années 90/début des années 2000, inclinant davantage les jeunes de 15-24 ans de l'époque à expérimenter le cannabis. Le vieillissement de cette cohorte se constatant par la suite au niveau de la prévalence de l'expérimentation de cannabis, puisque ce sont désormais les 25-34 ans qui ont le plus souvent expérimenté cette substance. Nous ne disposons malheureusement pas de données de prévalence de l'usage récent (au cours des 12 derniers mois) pour l'année 2001, mais le fait que celui-ci soit un peu moins important en 2008 qu'en 2004 (-0,5%) alors que l'expérimentation a au contraire augmenté entre ces deux périodes (+1,4%) conforte l'hypothèse d'un tel effet de cohorte, tout comme les observations corolaires selon laquelle 1) la majorité (62%) des expérimentateurs recensés en 2008 n'ont pas consommé de cannabis au cours des 12 derniers mois, 2) l'usage récent est davantage le fait des plus jeunes (15-24 ans) en 2008, alors qu'il n'y avait pas de différence entre les 15-24 ans et les 25-34 ans en 2004.

L'expérimentation de cannabis augmente de manière marquée avec le niveau d'instruction des personnes interrogées. De manière intéressante, on constate ainsi qu'elle passe de 16,7% chez les personnes ayant atteint le diplôme de l'enseignement secondaire supérieur, à 30,2% chez les personnes ayant suivis un enseignement supérieur ! Cet effet du niveau d'instruction des répondants est également observable en 2004, mais il est un peu moins marqué en ce qui concerne la différence entre ces deux niveaux d'enseignement.

Finalement, en 2008, le premier usage du cannabis a eu lieu en moyenne vers 19 ans et 2 mois, ce qui est similaire à ce que l'on observait en 2004 (19 ans et 3 mois). On n'observe pas de différence d'âge au premier essai entre les hommes et les femmes, ni entre les niveaux d'instruction.

**Tableau 1 : Prévalences de la consommation de cannabis en région de Bruxelles-Capitale. Enquête HIS 2001-2008**

		2001 (%) (N=±1500)	2004 (%) (N=±1500)	2008 (%) (N=±1500)
<b>Prévalence au cours de la vie</b>		<b>17,8</b>	<b>21,9</b>	<b>23,3</b>
Sexe	Hommes	/	25,1	26,8
	Femmes	/	18,9	20,1
Age	15-24 ans	25,1	25,6	26,8
	25-34 ans	22,5	35,9	32,7
	35-44 ans	18,1	19,9	22,6
	45-54 ans	7,3	13,8	19,4
	55-64 ans	1,2	6,3	9,0
Niveau d'instruction	Primaire/sans diplôme	/	5,5	10,6
	Secondaire inférieur	/	12,2	15,1
	Secondaire supérieur	/	21,3	16,7
	Enseignement supérieur	/	29,1	30,2

		2001 (%)	2004 (%)	2008 (%)
<b>Prévalence lors des 12 derniers mois</b>		/	9,2	8,7
Sexe	Hommes	/	11,9	11,1
	Femmes	/	6,8	6,4
Age	15-24 ans	/	15,7	15,3
	25-34 ans	/	15,8	13,2
	35-44 ans	/	7,4	8,6
	45-54 ans	/	3,1	3,3
	55-64 ans	/	1,0	0,5
Niveau d'instruction	Primaire/sans diplôme	/	3,2	4,4
	Secondaire inférieur	/	6,2	6,7
	Secondaire supérieur	/	9,8	7,5
	Enseignement supérieur	/	11,4	10,5
<b>Prévalence lors des 30 derniers jours</b>		5,2	4,8*	6,5
Sexe	Hommes	/	6,8	8,1
	Femmes	/	4,2	4,9
Age	15-24 ans	10,9	9,5	10,2
	25-34 ans	6,3	10,1	9,9
	35-44 ans	4,3	4,2	6,9
	45-54 ans	0,5	2,0	2,4
	55-64 ans	0,0	0,0	0,5
Niveau d'instruction	Primaire/sans diplôme	/	1,8	4,4
	Secondaire inférieur	/	4,0	6,2
	Secondaire supérieur	/	6,4	5,9
	Enseignement supérieur	/	6,6	7,2

Note : Pour l'année 2001, les indices de prévalence globaux sont ceux mentionnés dans le rapport 2008, car ils ont été recalculés sur une population allant de 15 à 64 ans, ce qui n'était pas le cas dans le rapport 2001. Les indices de prévalence par tranche d'âge sont ceux repris du rapport 2001. Enfin, nous avons dû renoncer à présenter les indices de prévalence par sexe et par niveau d'instruction, à nouveau parce que ceux mentionnés dans le rapport 2001 portaient sur une tranche d'âge plus importante (15 ans et plus), entraînant une probable sous-estimation des valeurs.

\*Il s'agit de la valeur rapportée dans le rapport 2008, apparemment recalculée ou corrigée car celle mentionnée dans le rapport 2004 est de 5,4.

En ce qui concerne la prévalence de l'**usage récent de cannabis** (au moins une consommation au cours des 12 derniers mois), on constate qu'elle est quasiment identique à celle observée en 2004, puisqu'elle est passée de 9,2% à 8,7%, mais elle est plus élevée que dans les autres Régions (environ 5%). Comme pour la prévalence d'usage sur la vie, l'usage récent est plus fréquent chez les hommes (11,1%) que chez les femmes (6,4%), cette différence de genre étant constante de 2004 à 2008. Cependant, et contrairement aux autres Régions, il n'y a pas de différence de genre au niveau de l'usage récent chez les jeunes de 15-24 ans. En outre, les femmes bruxelloises sont aussi plus nombreuses à avoir consommé récemment du cannabis entre 25 et 44 ans que dans les autres régions. Indépendamment du sexe, les tranches d'âge les plus concernées par l'usage récent de cannabis sont les 15-24 ans (15,3%) et les 25-34 ans (13,2%). On observe également un effet du niveau d'instruction sur la prévalence d'usage récent de cannabis, mais moins marqué que ce que l'on observait pour la prévalence d'usage sur la vie (Primaire/sans diplôme : 4,4% ; secondaire inférieur : 6,7% ; secondaire supérieur : 7,5% ; enseignement supérieur : 10,5%).

En ce qui concerne la prévalence de l'**usage actuel de cannabis** (au moins une consommation au cours des 30 derniers jours), elle est aussi plus élevée dans la population bruxelloise (6,5%) que dans les autres Régions du pays (2,7%), et elle a légèrement augmenté de 2004 à 2008 (mais la différence n'est pas statistiquement significative après standardisation pour l'âge et le sexe). La particularité de Bruxelles est que la consommation actuelle est relativement fréquente au-delà de 35 ans, ce qui n'est pas le cas dans les autres Régions. L'usage actuel est également plus marqué chez les hommes (8,1%) que chez les femmes (4,9%), et il diminue avec l'âge des répondants: il concerne surtout les 15-34 ans (environ 10%) ainsi que, dans une moindre mesure, les 35-44 ans (6,9%). Contrairement à ce que l'on observe pour l'expérimentation et l'usage récent, la prévalence de l'usage actuel de cannabis est assez semblable quel que soit le niveau d'instruction.

Finalement, en ce qui concerne la fréquence de consommation de cannabis chez les 6,5% d'« usagers actuels » (n=86), la plupart d'entre eux (46,4%) ont déclaré en avoir consommé durant 1 à 3 jours au cours de mois précédent l'enquête, 15,5% durant 4 à 9 jours, 2,9% durant 10 à 19 jours, et 35,2% durant 20 jours ou plus. La proportion de gros consommateurs (20 jours ou plus/mois) parmi les utilisateurs actuels est plus importante à Bruxelles que dans les autres Régions (28% en Flandre, 30% en Wallonie), ce qui ne semble cette fois pas pouvoir s'expliquer par le caractère exclusivement urbain de la région bruxelloise, car cette différence reste manifeste lorsque l'on compare les chiffres bruxellois à ceux observés dans les grandes villes de Flandre et de Wallonie.

## (B) CONSOMMATION D'AUTRES DROGUES ILLÉGALES

Comme on peut le constater dans le tableau 2, la **prévalence d'usage sur la vie** d'une autre drogue illicite que le cannabis est en 2008 de 6% dans la population bruxelloise âgée de 15 à 64 ans, ce qui est plus important que ce que l'on observe dans les autres Régions du pays (environ 3,6%). Cette différence n'est toutefois pas significative après standardisation pour l'âge et le sexe, et elle s'inverse même lorsque l'on compare Bruxelles aux grandes villes de Flandre et de Wallonie. L'expérimentation sur la vie de ces autres drogues illicites n'est pas véritablement plus fréquente chez les hommes (6,8%) que chez les femmes (5,2%). Les tranches d'âge les plus concernées sont celles des 25-34 ans (9,2%) et des 35-44 ans (8,7%). Enfin, la prévalence sur la vie de l'usage d'une autre drogue illicite que le cannabis n'est pas véritablement influencée par le niveau d'instruction.

En ce qui concerne la **prévalence de l'usage récent** (au moins une consommation au cours des 12 derniers mois) d'une autre drogue illicite que le cannabis, elle concerne en 2008 2,2% de la population bruxelloise âgée de 15 à 64 ans. L'usage récent d'une autre drogue illicite est plus fréquent chez les hommes (2,7%) que chez les femmes (1,8%), et les tranches d'âge les plus concernées sont celles des 25-34 ans (3,3%) et des 15-24 ans (3,2%). Mais leur consommation est encore présente au-delà de l'âge de 35 ans, ce qui est moins le cas dans les autres Régions. Comme pour l'usage récent de cannabis, le profil de consommation de ces autres substances est différent par rapport aux autres régions lorsque l'on prend simultanément en compte l'âge et le sexe des répondants : ainsi, on observe que les jeunes femmes (15-24 ans) mentionnent davantage que les jeunes hommes avoir consommé ces autres substances en Région bruxelloise. Enfin, la prévalence de l'usage récent d'une autre drogue illicite que le cannabis augmente légèrement en fonction du niveau d'instruction des répondants. Mais on se rappellera que cette enquête n'inclut pas les personnes marginalisées.

Tableau 2 : Prévalence de consommation de drogues illicites autres que le cannabis en région de Bruxelles-Capitale.  
Enquête HIS 2008

		2008 (%)
<b>Prévalence vie</b>		<b>6,0</b>
Sexe	Hommes	6,8
	Femmes	5,2
Age	15-24 ans	4,4
	25-34 ans	9,2
	35-44 ans	8,7
	45-54 ans	2,9
	55-64 ans	1,3
Niveau d'instruction	Primaire/sans diplôme	3,3
	Secondaire inférieur	5,1
	Secondaire supérieur	5,5
	Enseignement supérieur	7,2
<b>Prévalence 12 derniers mois</b>		<b>2,2</b>
Sexe	Hommes	2,7
	Femmes	1,8
Age	15-24 ans	3,2
	25-34 ans	3,3
	35-44 ans	2,5
	45-54 ans	0,9
	55-64 ans	0,3
Niveau d'instruction	Primaire/sans diplôme	0,0
	Secondaire inférieur	1,2
	Secondaire supérieur	2,6
	Enseignement supérieur	2,7

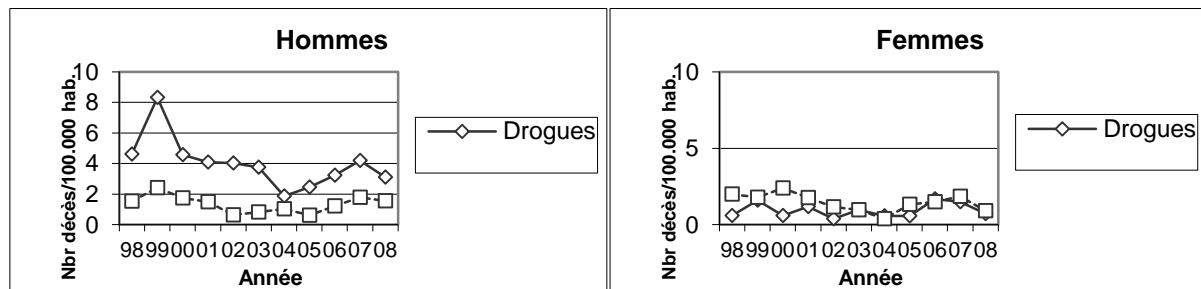
## 2. LA MORTALITE EN RAPPORT AVEC LA CONSOMMATION DE DROGUES<sup>3</sup>

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

<sup>3</sup> Extrait de : Rwubu & Hogge (2013). L'usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles. Rapport 2011-2012. Eurotox : Bruxelles.

Le taux de mortalité correspond ici au nombre de décès observés sur une population de 100.000 habitants. Le terme « drogues » couvre l'ensemble des substances suivantes: opiacés (héroïne, méthadone, morphine, etc.), stimulants (cocaïne, amphétamines, MDMA, etc.), hallucinogènes (LSD, mescaline, etc.) et cannabis. Les décès liés à l'alcool ne sont donc pas pris en compte dans ces statistiques. Le terme « médicaments psychotropes » correspond quant à lui à l'ensemble des produits suivants : hypno-sédatifs (benzodiazépines, hypnotiques, barbituriques, etc.), anti-épileptiques et autres médicaments psychotropes non classés ailleurs. Enfin, les décès répertoriés couvrent à la fois les cas d'intoxications létales intentionnelles et accidentelles, mais également les cas de décès imputables à des troubles mentaux ou comportementaux liés à l'usage d'un produit.

Figure 1 : Evolution des taux de décès liés à l'usage de drogues et médicaments psychotropes chez les hommes et les femmes, Bruxelles-Capitale, 1998-2008



Source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

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

En ce qui concerne les hommes, on constate une diminution globale du taux de décès entre 1999 et 2004, alors que la tendance s'inverse à partir de 2005, et ce tant pour les décès liés à l'usage de drogues que pour ceux liés à l'usage de médicaments psychotropes. Néanmoins, en 2008, le taux de décès est à nouveau en phase descendante, et ce pour ces deux types de produits. Le taux de décès reste en outre plus important pour l'usage de drogues que pour celui de médicaments psychotropes sur cette période. Finalement, on constate un pic important de mortalité lié à l'usage de drogues chez les hommes pour l'année 1999. Ce pic est en fait dû à une augmentation des décès liés à la consommation d'opiacés, mais nous n'avons pu trouver d'explication plausible à ce phénomène dans l'historique des alertes précoces lancées au cours de cette année (produit de coupe potentialisant les risques de dosage légal, héroïne anormalement pure, etc.). Notons toutefois que ce pic de mortalité n'a pas été observé en France (voir Lopez, Martineau et Palle, 2004), et que nous n'avons pu déterminer s'il fut limité à la région de Bruxelles en Belgique.

En ce qui concerne les femmes, on constate que les taux de décès liés à l'usage de drogues et de médicaments psychotropes sont beaucoup plus stables dans le temps. On notera toutefois une légère baisse de ces deux indicateurs entre 1998 et 2004, avec une petite tendance à la hausse ces dernières années (hormis en 2008, pour

laquelle année on observe à nouveau une phase descendante. Contrairement à ce que l'on observait pour les hommes, on constate que le taux de décès est globalement plus important pour l'usage de médicaments psychotropes que pour celui de drogues, mais cette différence reste peu marquée. En outre, on ne constate pas, chez les femmes, le pic important de mortalité lié à l'usage de drogues observé chez les hommes pour l'année 1999.

### 3. MILIEU SCOLAIRE : DONNÉES ISSUES DE L'ENQUÊTE DE SANTÉ AUPRÈS DES JEUNES DE 12-20 ANS (HBSC 2010)

L'enquête internationale «Health Behaviour in School-aged Children» ([www.hbsc.org](http://www.hbsc.org)) est réalisée à l'échelle de la FWB généralement tous les quatre ans, depuis 1985, par l'Unité de Promotion et d'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, leurs comportements de santé ainsi que le contexte social dans lequel ils évoluent. Un volet assuétudes (tabac, alcool, drogues et multimédias) est également proposé.

Les résultats préliminaires présentés ci-dessous correspondent au volet « assuétudes » de la neuvième enquête, effectuée en 2010. Le rapport complet de cette étude devrait paraître dans le courant de l'année 2013.

<i>Année de collecte de données</i>	<i>2010</i>
Type d'étude	Enquête
Objet primaire	Comportement de santé des jeunes
Population cible*	Elèves de l'enseignement secondaire
Méthode d'échantillonnage	Aléatoire stratifié
Echantillon d'étude	Environ 850 personnes en Région bruxelloise
Taux de réponse	Inconnu actuellement
Couverture	Jeunes scolarisés en Fédération Wallonie-Bruxelles
Distribution d'âge	12 à 20 ans**
<b>Instrument d'investigation</b>	Questionnaire auto-administré

\*L'enquête s'adresse également aux élèves de la 5ème primaire à la 6ème secondaire, mais le volet drogues n'est proposé qu'aux élèves de l'enseignement secondaire. "

\*\* Les élèves de 19 et 20 ans (redoublants) ainsi que ceux de 12 ans n'ont pas été inclus dans les analyses que nous rapportons ici.

L'enquête a été effectuée sur un échantillon représentatif d'élèves de la FWB (échantillon aléatoire stratifié proportionnellement à la répartition de la population scolaire par province et réseau d'enseignement). Il s'agit d'un échantillonnage à deux niveaux (un tirage des écoles et un tirage des classes). Néanmoins, la représentativité des différents degrés d'enseignement est garantie pour l'ensemble de la FWB et **non pour chaque Région prise isolément**. Ces données doivent donc être considérées avec prudence. L'outil de récolte est un questionnaire auto-administré validé au niveau international.

**Tableau 3: Prévalence de la consommation de drogues chez les jeunes de 13 à 18 ans scolarisés en Région de Bruxelles-Capitale. Enquête HBSC 2010**

	13-14 ans (N=±240)			15-16 ans (N=±340)			17-18 ans (N=±270)			Total (N=±840)		
	H	F	Total	H	F	Total	H	F	Total	H	F	Total
<b>Prévalence vie</b>												
Cannabis	8,2%	7,8%	8,0%	32,0%	22,6%	27,6%	44,3%	35,7%	40,2%	29,3%	22,5%	26,1%
Ecstasy	2,5%	0,9%	1,7%	2,8%	0,6%	1,8%	6,5%	1,6%	4,2%	3,9%	1,0%	2,5%
<b>Prévalence 12 derniers mois</b>												
Cannabis	4,9%	3,5%	4,2%	27,1%	15,0%	21,5%	37,2%	22,1%	30,1%	24,1%	13,9%	19,3%
Ecstasy	1,6%	0,0%	0,8%	2,3%	0,0%	1,2%	5,9%	1,6%	3,9%	3,2%	0,5%	1,9%
Cocaïne	1,6%	0,9%	1,3%	3,4%	1,9%	2,7%	2,9%	2,3%	2,6%	2,7%	1,7%	2,3%
Amphétamines	0,8%	0,9%	0,8%	2,8%	0,6%	1,8%	5,0%	3,1%	4,1%	2,9%	1,5%	2,3%
Solvants	0,8%	1,7%	1,3%	2,2%	0,6%	1,5%	0,7%	0,0%	0,4%	1,4%	0,7%	1,1%
<b>Prévalence 30 derniers jours</b>												
Cannabis	4,1%	0,9%	2,5%	19,3%	9,1%	14,5%	31,6%	15,4%	23,9%	18,9%	8,7%	14,0%
Ecstasy	1,6%	0,0%	0,8%	1,7%	0,0%	0,9%	5,1%	0,8%	3,1%	2,8%	0,3%	1,6%
Cocaïne	0,8%	0,0%	0,4%	1,7%	1,3%	1,5%	4,3%	0,8%	2,6%	2,3%	0,7%	1,5%
Amphétamines	0,8%	0,0%	0,4%	3,9%	0,6%	2,4%	5,0%	1,6%	3,3%	3,4%	0,7%	2,1%
Solvants	0,8%	0,0%	0,4%	1,7%	0,0%	0,9%	2,9%	0,0%	1,5%	1,8%	0,0%	0,9%
<b>Prévalence cannabis quotidien</b>	0,8%	0,0%	0,4%	4,5%	0,0%	2,4%	9,4%	1,6%	5,7%	5,0%	0,5%	2,8%

Note : les effectifs (réponses données à la question) varient légèrement en fonction des produits, ce qui explique l'approximation des n.

Comme on peut le voir sur le tableau précédent, environ un quart (26,1%) des jeunes de 13-18 ans scolarisé en Région de Bruxelles-Capitale ont déjà expérimenté du cannabis. L'expérimentation de cette substance augmente avec l'âge des répondants et elle n'est que légèrement plus marquée chez les garçons que chez les filles. L'expérimentation d'ecstasy est nettement moins fréquente puisqu'elle ne touche en 2010 que 2,5% des répondants. Elle augmente également avec l'âge des répondants, et est nettement plus fréquente chez les garçons que chez les filles.

En ce qui concerne la prévalence d'usage de drogues lors des 12 derniers mois (dit« usage récent »), environ un cinquième des répondants ont déclaré avoir consommé du cannabis endéans les 12 derniers mois. L'usage récent de ce produit augmente avec l'âge des répondants, et il est nettement plus fréquent chez les garçons que chez les filles. L'usage récent des autres produits (cocaïne, ecstasy, amphétamines et solvants) est peu fréquent et ne concerne pas plus de 3% des jeunes interrogés. Il augmente généralement avec l'âge des répondants, hormis dans le cas des solvants, qui sont légèrement plus consommés par les plus jeunes. Leur consommation est plus fréquente chez les garçons que chez les filles, quels que soit le produit envisagé.

Enfin, la prévalence d'usage au cours des 30 derniers jours (dit« usage actuel ») reste assez élevée dans le cas du cannabis, puisque 14% des répondants en ont consommé au moins une fois au cours des 30 derniers jours. L'usage actuel de cannabis augmente aussi avec l'âge des répondants et il est nettement plus fréquent chez les garçons que chez les filles. A nouveau, l'usage récent des autres produits (cocaïne, ecstasy, amphétamines et solvants) est assez peu fréquent mais il est quasiment au même niveau que l'usage récent (12 derniers mois), ce qui pourrait suggérer que les jeunes qui en consomment ne le font pas que de manière expérimentale. L'usage de ces produits augmente avec l'âge des répondants, et leur consommation est plus fréquente chez les garçons que chez les filles, quel que soit le produit envisagé.

Finalement, cette enquête révèle que l'usage de cannabis au quotidien, qui touche 2,8% des répondants, augmente avec l'âge et concerne quasi exclusivement des garçons (5% des répondants de sexe masculin, contre 0,5% des répondants de sexe féminin).

---

#### 4. MILIEU RUE

Il n'existe pas de données de prévalence relatives à l'usage de drogues dans ce milieu. Nous disposons toutefois de données indicatives, issues des actions de prévention et de réduction des risques menées auprès d'usagers rencontrés en rue. Ces données seront présentées plus loin dans le document.

---

#### 5. MILIEU SOINS

---

##### A) DEMANDE DE TRAITEMENT AUPRES DES SERVICES SPECIALISES EN TOXICOMANIES: DONNEES ISSUES DE L'INDICATEUR DE DEMANDE DE TRAITEMENT (2006-2011)

---

###### (1) INTRODUCTION

---

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 Toxicomanies (OEDT) a créé un ensemble d'indicateurs épidémiologiques qui permettent, grâce à un *monitoring* annuel dans les différents pays, d'obtenir des données standardisées et comparables au niveau européen. La finalité de ce *monitoring* est de mieux comprendre le phénomène des drogues afin d'y apporter des réponses adaptées sous l'angle légal, politique et socio-sanitaire.

Parmi ces cinq indicateurs, l'indicateur de demande de traitement (appelé TDI, pour *Treatment Demand Indicator*) consiste à enregistrer, chaque année civile, les demandes de traitement relatives à un problème d'abus ou de dépendance à une drogue illégale<sup>4</sup>. Il permet ainsi d'avoir une estimation du nombre et du profil des personnes ayant fait une telle demande auprès d'un centre spécialisé et ce, grâce à un système de récolte de données spécifiques composé d'une vingtaine de variables<sup>5</sup>.

En région de Bruxelles-Capitale et jusque 2011, la récolte du TDI était effectuée sous la supervision de la Coordination Toxicomanies Bruxelles (CTB-ODB) à l'aide d'un logiciel informatique baptisé Addibru. Cette récolte est depuis lors sous la responsabilité de la Plate-forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale (PFCSM), laquelle s'appuie actuellement sur la plate-forme technique eHealth pour récolter les données. Cette dernière a été sollicitée par l'ISP en 2011, d'une part pour mettre à disposition des organismes de collecte belges un outil informatique de récolte commun, et d'autre part pour centraliser et harmoniser la

---

<sup>4</sup> 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.

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

récolte tout en assurant l'anonymisation des données, l'élimination de doublons et le contrôle de la qualité des données. La PFCSM envisage toutefois de développer son propre outil d'enregistrement des demandes.

## (2) METHODES ET MOYENS

---

### Public cible:

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

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

### Définitions :

- Traitement

On entend par traitement toute activité visant à améliorer le statut psychique, médical et/ou social des usagers de drogue ayant des problèmes liés à leur consommation personnelle. Cette définition comprend l'offre de soins dispensée par certaines structures dont l'objectif premier est la désintoxication ou le maintien de l'abstinence, mais elle inclut également l'intervention de structures qui dispensent un **soutien psycho-social** au patient **ainsi que certaines activités de réduction des risques**. La notion de traitement est donc considérée dans une acception assez large. Notons toutefois que les structures qui ne délivrent qu'une aide sociale ne peuvent être intégrées au recueil.

- Type de centres

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

- Type d'assuétudes

Les assuétudes prises en compte concernent tant les drogues **licites qu'illicites**, et comprennent donc l'alcool (spécificité belge) et certains **médicaments psychotropes**.

- Prévalence et incidence

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

## Variables :

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

Ce deuxième axe couvre 5 volets, à savoir :

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

## Biais et limites :

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 région de Bruxelles-Capitale. Toutefois, il convient d'être prudent lors de l'extrapolation des résultats, et ce pour plusieurs raisons. Premièrement, la couverture externe (nombre d'institutions participant au recueil / nombre total d'institutions de prise en charge des usagers de drogues) relative à la collecte du TDI n'est pas parfaite actuellement. Plus particulièrement, deux institutions importantes dans la prise en charge d'usagers de drogues en Région bruxelloise ne participaient pas à la collecte du TDI au moment où nous avons obtenus ces données: Transit et le Projet Lama. Deuxièmement, il n'est pas possible d'obtenir systématiquement des réponses des patients pour toutes les variables investiguées, d'une part en raison du caractère sensible de certaines d'entre-elles, et d'autre part parce que les données ne sont pas forcément consignées en compagnie du patient, mais parfois complétées *a posteriori*, sur base des informations récoltées par les intervenants et mentionnées dans le dossier du patient.

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

## (3) PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

---

### (A) REMARQUES PRELIMINAIRES

---

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

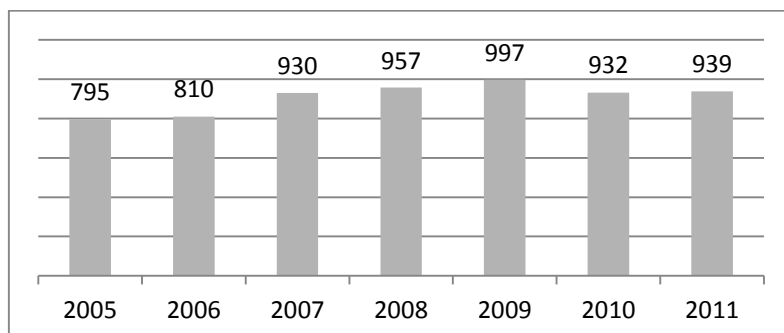
Nous avons pris l'option d'effectuer des analyses générales sur la période 2006-2011 afin de pouvoir dégager une vue globale des caractéristiques des patients ayant introduit une demande de traitement ces dernières années dans un centre actif en région de Bruxelles-capitale. Le choix de ne pas pointer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

#### (B) EVOLUTION DES DEMANDES SUR LA PERIODE 2005-2011

---

Sur l'ensemble de la période 2005-2011, 6360 demandes de traitement (que nous nommerons « admissions », puisqu'elles comprennent des « premières demandes » mais aussi des demandes émanant de patients qui ont déjà effectué une demande par le passé) pour un problème d'abus ou de dépendance à une substance ont été enregistrées en région de Bruxelles-Capitale. Comme on peut le remarquer sur la figure 1, le nombre de demandes enregistrées annuellement est relativement stable, quoique l'on observe quelques fluctuations en dents de scie. Ces fluctuations ne correspondent pas forcément à une diminution ou à une augmentation du nombre de demandes, car elles peuvent être dues à des variations au niveau du nombre de structures qui participent effectivement à la récolte d'une année à l'autre.

Figure 2: Evolution du nombre d'admissions, Région de Bruxelles-Capitale, 2006-2011

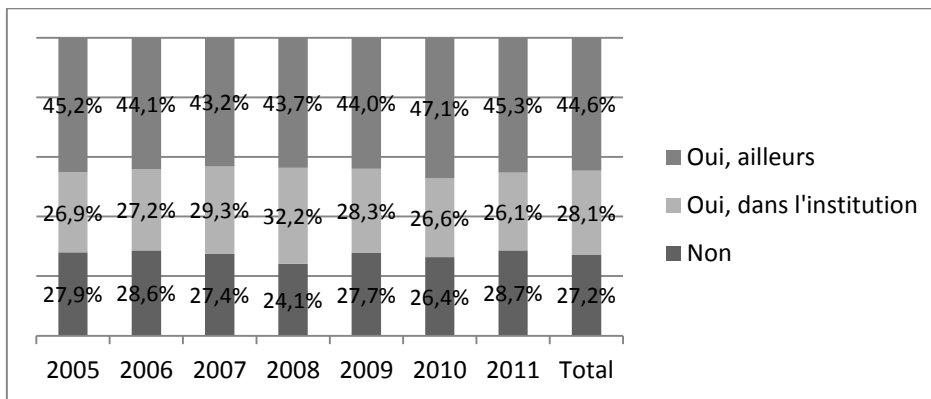


#### (C) ANTECEDENTS THERAPEUTIQUES

---

Sur la période 2005-2011, un peu plus d'un quart (27,2%) des personnes ayant introduit une demande de traitement n'avaient pas d'antécédents thérapeutiques. Un peu plus d'un quart des patients (28,1%) s'est déjà adressé précédemment à la même institution pour un traitement en lien avec les assuétudes, et un peu moins de la moitié (44,6%) des patients avaient déjà suivi par le passé un traitement pour un problème d'assuétude dans une autre institution.

Figure 3: Antécédents thérapeutiques des patients, Région de Bruxelles-Capitale, 2005-2011 (N= 6084)

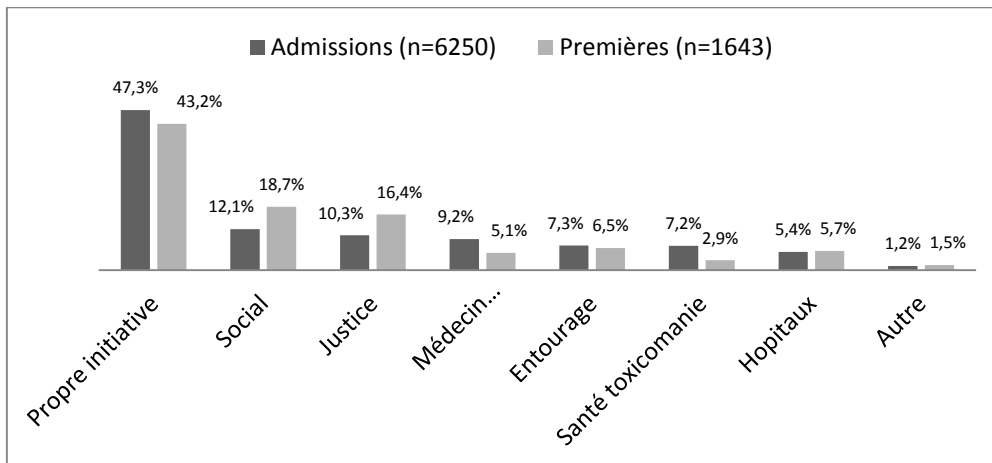


Nombre de non-réponses = 276

#### (D) ORIGINE DES DEMANDES DE TRAITEMENT

Sur la période 2005-2011, près de la moitié des patients (47,3%) ont été admis sur base d'une initiative propre. Les demandes de traitement émanant du secteur social atteignent 12,1%, et celle provenant d'une injonction de la justice 10,3%. Les admissions en provenance d'un médecin généraliste atteignent 9,2%, celles en provenance de l'entourage 7,3%, et celles qui émanent du secteur toxicomanie 7,2%. Enfin, une petite minorité des patients sont en demande de traitement par le biais des hôpitaux généraux ou psychiatriques (5,4%) ou par une autre porte d'entrée non-répertoriée (1,2%).

Figure 4 : Origine des demandes de traitement au sein des admissions, Région de Bruxelles-Capitale, 2005-2011



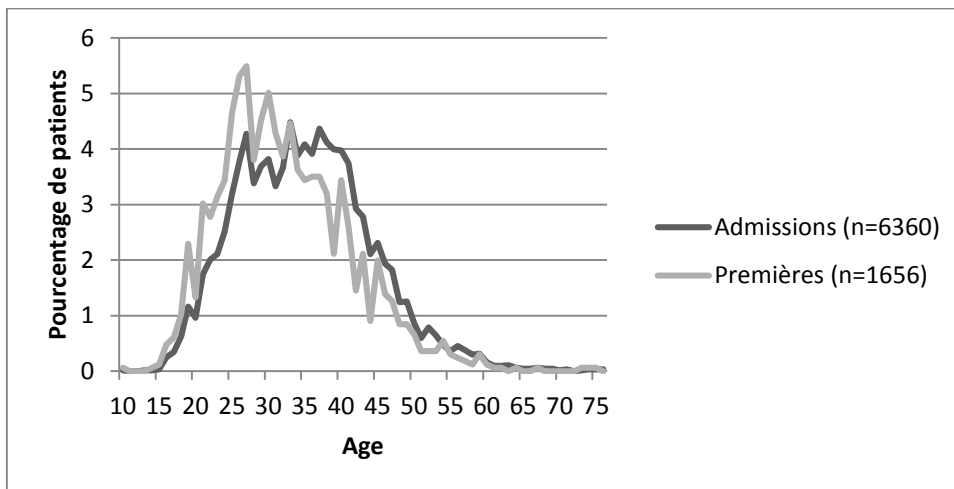
Nombre de non-réponses = 110 (admissions) et 13 (premières demandes)

La répartition de l'origine des demandes dans le groupe des premières demandes est sensiblement équivalente à celle observée pour l'ensemble des admissions. On note néanmoins que ces patients **primo-demandeurs** sont plus fréquemment en demande de traitement suite à l'intervention des secteurs de la **justice, du social, ou de celui de la prise en charge des assuétudes**, et moins souvent par le biais des médecins généralistes ou sur base d'une initiative propre.

### L'AGE

L'âge moyen de l'ensemble des patients admis sur la période 2005-2011 est de 35,1 ans (médiane = 35 ans; mode = 33 ans ; écart-type = 9,1 ans), et il varie de 10 à 76ans (voir figure 4). L'âge moyen des patients en première demande de traitement est d'environ trois ans plus petit que celui observé pour l'ensemble des admissions (32,4 ans ; médiane = 31 ans; mode = 27 ans ; écart-type = 8,9 ans), et il varie de 10 à 75 ans.

Figure 5: Distribution de l'âge des patients admis en demande de traitement, Région de Bruxelles-Capitale, 2005-2011



### LE SEXE

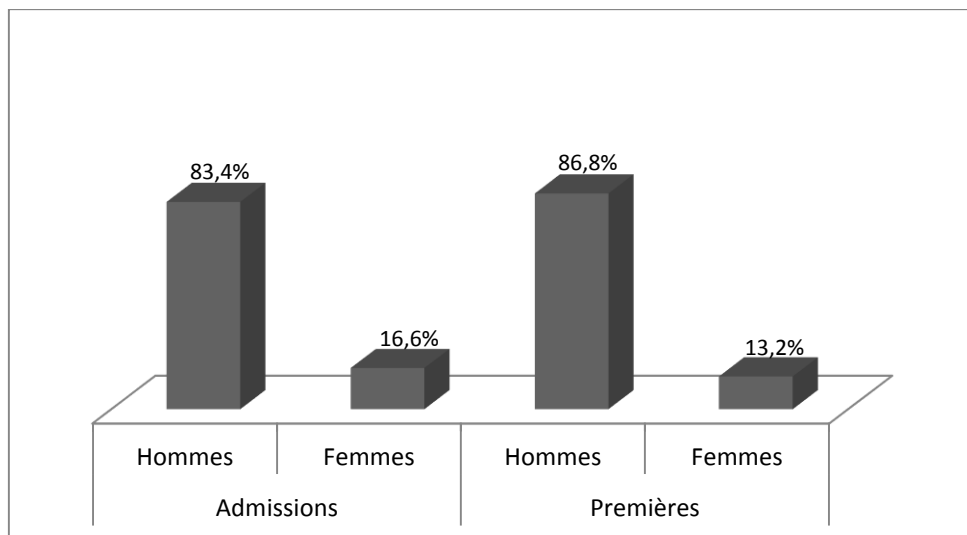
On peut constater dans la figure 6 que le ratio hommes/femmes au sein des admissions est d'environ **4 pour 1**. Des valeurs légèrement supérieures sont observées dans le groupe des premières demandes de traitement. Ces ratios sont quasiment identiques à ceux observés parmi l'ensemble des patients admis en demande de traitement en Europe (voir EMCDDA, 2009). Il ne nous est pas possible, à l'heure actuelle, d'estimer s'il y a ou non une différence de sexe au niveau de la probabilité de devoir un jour effectuer une demande de traitement en cas d'usage de drogues. Pour ce faire, il faudrait effectuer des études longitudinales, ou alors comparer le sexe ratio observé ici à ceux récoltés lors d'enquêtes de prévalence sur l'usage expérimental, occasionnel et régulier de drogues dans la population générale. Or, de telles enquêtes n'existent quasiment pas en Belgique<sup>6</sup>.

Des analyses supplémentaires mettent en évidence que le sexe ratio des patients admis sur la période 2005-2011 fluctue quelque peu en fonction du type de produits à l'origine de la demande. Ainsi, les produits occasionnant proportionnellement le plus de demandes de traitement de la part des femmes sont l'alcool (18,9% de femmes), la cocaïne/crack (16,8% de femmes) et les hypnotiques/sédatifs (16,9% de femmes). Les opiacés et les

<sup>6</sup> Les dernières enquêtes HBSC et HIS réalisées en Belgique suggèrent néanmoins que le sexe ratio varie d'une part en fonction du type de consommation (expérimentation, usage occasionnel, usage régulier), et d'autre part en fonction du type de produits et de l'âge des personnes interrogées. Malheureusement, l'influence de ces facteurs n'a pas été envisagée systématiquement et elle ne porte que sur certains produits, ce qui ne nous permet pas d'effectuer des comparaisons précises avec les données issues des demandes de traitement. Différentes données récoltées dans d'autres pays européens confirment toutefois que le sexe ratio observé dans les enquêtes de prévalence subit de pareilles variations (voir OEDT, 2006).

amphétamines sont les produits le moins souvent à l'origine de demandes de traitement de la part des femmes (13,9% et 14,9%, respectivement).

Figure 6: Répartition par sexe des patients admis en demande de traitement, Région de Bruxelles-Capitale, 2005-2011

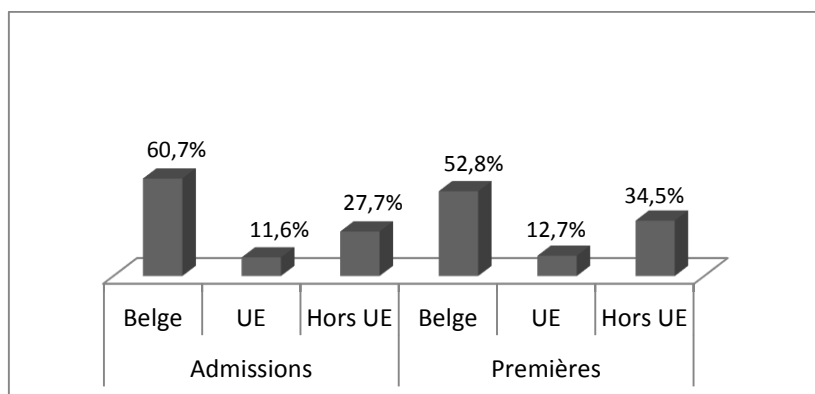


Nombre de non-réponses = 1 (admissions) et 1 (premières demandes)

### NATIONALITE

Parmi les patients admis sur la période 2005-2011 dont l'origine est connue, plus de la moitié est de nationalité belge (60,7%), un peu plus d'un quart (environ 27,7%) de nationalité non-européenne (Hors UE), et une minorité (11,6%) non-belge mais originaire de l'Union européenne (UE). La répartition est sensiblement différente dans le groupe des premières demandes, puisque l'on y observe davantage de patients d'origine non-européenne (et moins de nationalité belge). Il ne nous est pas permis actuellement de déterminer si ce degré de représentation des patients d'origine non-belge dans les structures de soins correspond à leur degré de représentation au niveau de la prévalence d'usage dans la population générale.

Figure 7: Nationalité des patients admis en demande de traitement, Région de Bruxelles-Capitale, 2005-2011

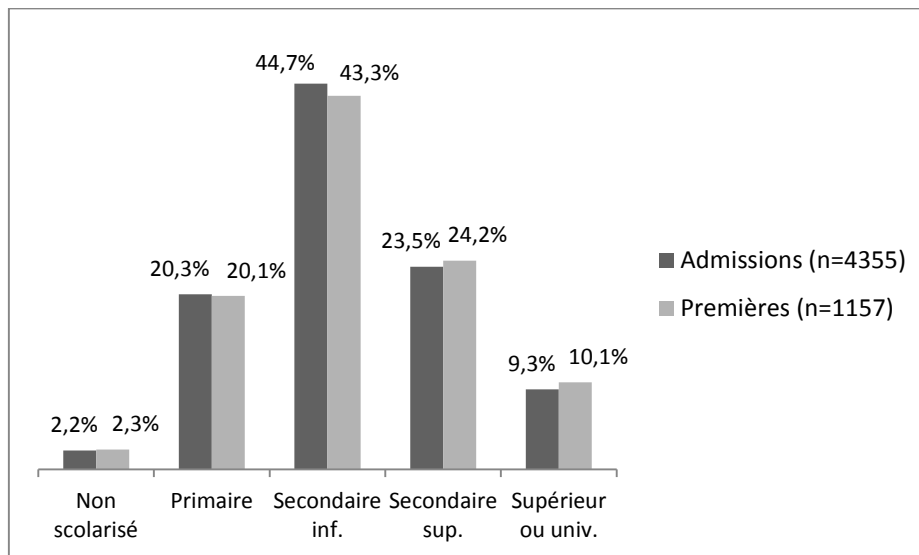


Nombre de non-réponses = 212 (admissions) et 58 (premières demandes)

## LE NIVEAU DE SCOLARITE

Sur la période 2005-2011, environ 67% des demandeurs ayant renseigné leur niveau de scolarité n'ont pas été scolarisés ou ont terminé uniquement le niveau primaire ou secondaire inférieur. Les 33% restant ont au moins achevé le cycle d'études secondaires. Moins d'un demandeur sur 10 possède un diplôme de niveau supérieur ou universitaire. Cette répartition est quasiment équivalente dans le groupe des premières demandes.

Figure 8: Niveau de scolarité des patients admis en demande de traitement, Région de Bruxelles-Capitale, 2005-2011



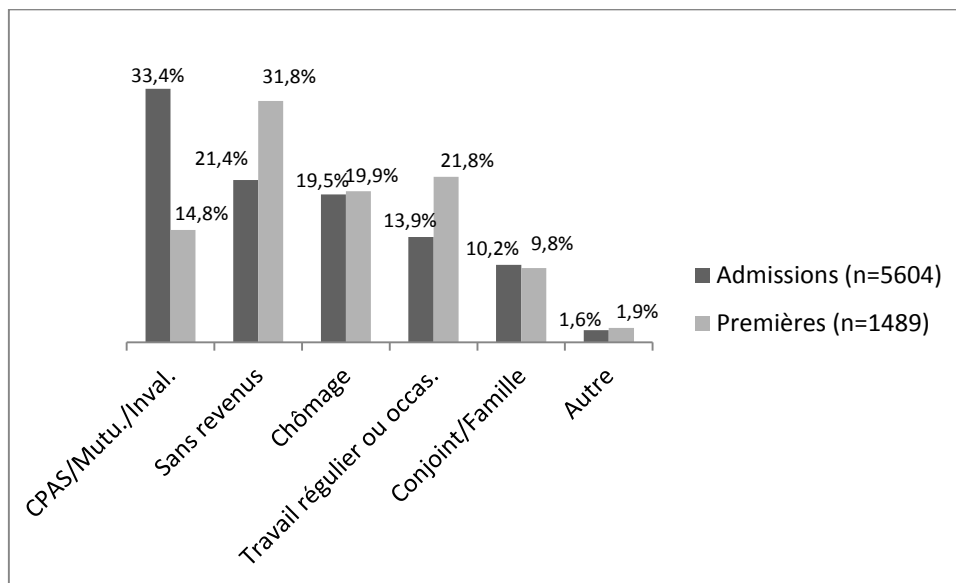
Nombre de non-réponses = 2005 (admissions) et 499 (premières demandes)

## LA RESSOURCE PRINCIPALE

Sur la période 2005-2011, 21,4% des demandeurs ont déclaré ne pas avoir de source de revenus. Un tiers des demandeurs (33,4%) bénéficiait d'un revenu de remplacement (CPAS, mutuelle, handicap), 19,5% étaient au chômage et seulement 13,9% avaient un travail régulier ou occasionnel. Enfin, 10,2% des demandeurs étaient financièrement dépendants d'un conjoint ou de la famille et 1,6% bénéficiaient d'une autre source de revenus que celles que nous venons de mentionner.

Cette surreprésentation des demandeurs à faibles revenus (et peu scolarisés ; voir supra) au sein des personnes qui font appel à une aide professionnelle pour un problème lié à une ou plusieurs substances est probablement surestimée en raison d'un biais de sélection : les personnes en situation d'abus ou de dépendance à une substance qui ont de meilleurs revenus ont probablement davantage tendance à consulter et suivre un traitement dans un cabinet privé, « échappant » ainsi aux présentes statistiques.

Figure 9: Origine des revenus des patients admis en demande de traitement, Région de Bruxelles-Capitale, 2005-2011



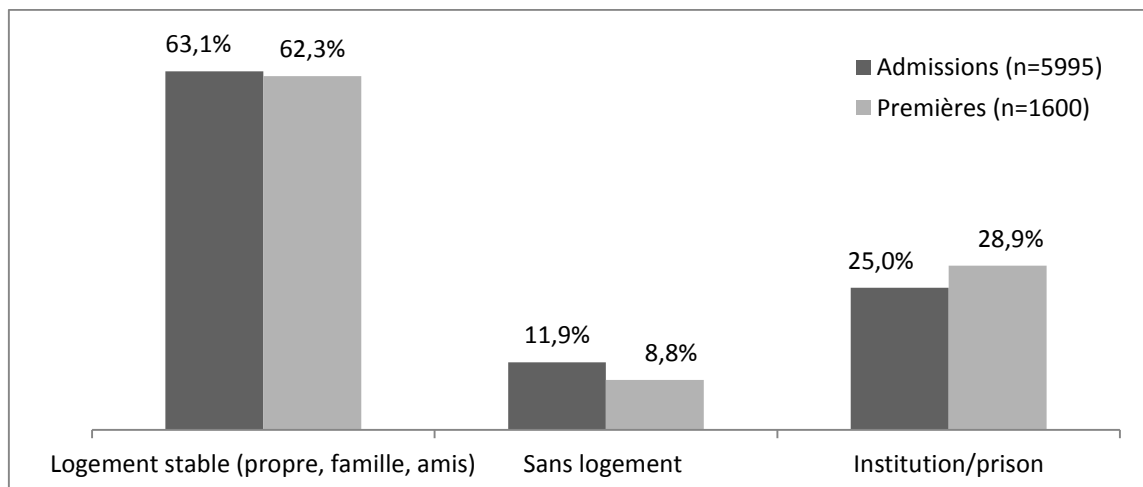
Nombre de non-réponses = 756 (admissions) et 167 (premières demandes)

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

### LE LIEU DE VIE

Sur la période 2005-2011, plus d'un tiers des patients étaient sans logement ou logés en prison/institution un mois avant d'introduire leur demande de traitement. La répartition est quasiment équivalente dans le groupe des premières demandes, quoique l'on observe proportionnellement plus de patients logés en institution/prison, et moins de patients sans logement chez les primo-demandeurs.

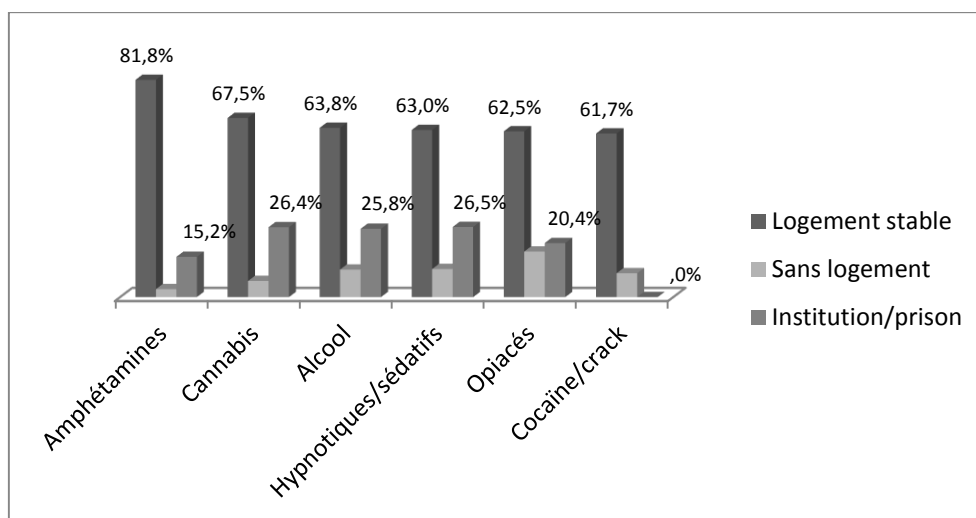
Figure 10: Lieu de vie des patients admis en demande de traitement, Région de Bruxelles-Capitale, 2005-2011



Nombre de non-réponses = 365 (admissions) et 56 (premières demandes)

Comme on peut le voir sur la figure 10, on observe des légères différences au niveau du lieu de vie des patients en fonction du type de produits à l'origine de la demande de traitement. Par exemple, il ressort que les patients qui ont introduit une demande de traitement pour un problème lié aux **opiacés** sont proportionnellement **plus nombreux que les autres à être sans logement**, alors que l'on observe la situation inverse pour ceux qui sont en demande pour un problème lié au cannabis. Les données concernant les patients ayant introduit une demande de traitement pour un problème lié à l'usage d'amphétamines doivent être interprétées avec prudence en raison du petit nombre de patients concernés (n=66). Enfin, les pourcentages par produit de patients qui sont sans domicile ont volontairement été supprimés de la figure afin de ne pas la surcharger au risque d'en réduire la lisibilité. Ils peuvent toutefois facilement être calculés sur base des deux autres pourcentages.

Figure 11: Lieu de vie des patients admis en demande de traitement en fonction du produit principal (n=5539), Région de Bruxelles-Capitale, 2005-2011

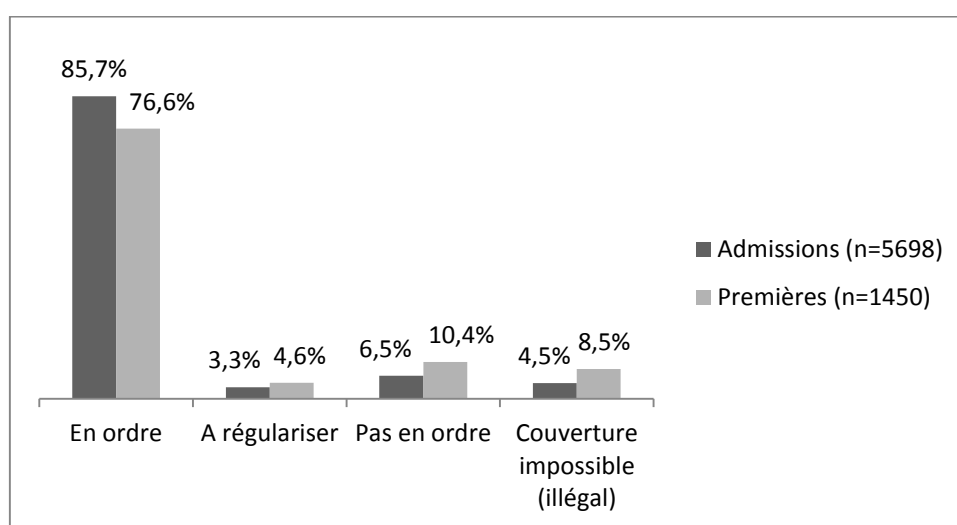


Nombre de non-réponses = 821

## COUVERTURE DE SOINS DE SANTE

La majorité (85,7%) des patients ayant introduit une demande de traitement sur la période 2005-2011 étaient en ordre de couverture de soins de santé et environ 3% étaient en voie de régularisation. Parmi les 11% de patients qui n'étaient pas en ordre, 6,5% des patients restaient éligibles pour une telle couverture, et 4,5% étaient en situation illégale de sorte que cette couverture restait inaccessible. On constate également que les patients primo-demandeurs sont proportionnellement plus nombreux à être en défaut de couverture de soins de santé.

Figure 12: Couverture de soins de santé des patients admis en demande de traitement, Région de Bruxelles-Capitale, 2005-2011



Nombre de non-réponses = 662 (admissions) et 206 (premières demandes)

## (F) PROFILS DE CONSOMMATION CHEZ LES PERSONNES ADMISES EN DEMANDE DE TRAITEMENT

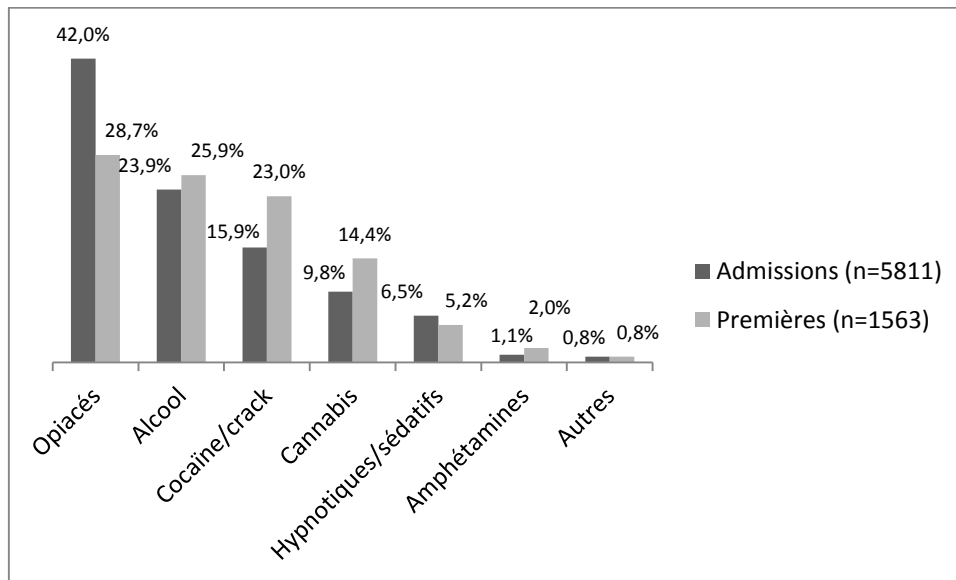
### LE PRODUIT PRINCIPAL

Sur la période 2005-2011, les opiacés sont à l'origine d'un peu moins de la moitié des admissions (49,9%). L'alcool (23,9%) et la cocaïne (15,9%) sont également à l'origine d'un nombre important de demandes de traitement, suivi par le cannabis (9,8%) et les hypnotiques/sédatifs (6,5%). Les amphétamines et les autres produits sont par contre rarement à l'origine de demandes de traitement.

Il convient de remarquer que ces données ne se superposent pas aux données de prévalence de consommation observées dans la population générale (ou même dans des groupes spécifiques) parce que tous ces produits n'ont pas le même potentiel addictif. De même, les conséquences psycho-médico-sociales de l'addiction à ces différents produits diffèrent. Pour donner un exemple concret, une personne aura plus de risques de développer une dépendance si elle consomme des opiacés que si elle consomme du cannabis, en raison de la manière différente dont ces deux substances agissent sur le cerveau et en bouleversent l'équilibre neurobiologique. De

même, et toutes choses égales par ailleurs, une consommation dépendante aux opiacés aura généralement des conséquences psycho-médico-sociales plus marquées (Hser, Hoffman, Grella & Anglin, 2001) qu'une consommation « comparable » de cannabis (Hall, Degenhardt & Linskey, 2001), d'où la plus grande proportion de patients en demande de traitement pour consommation d'opiacés que pour consommation de cannabis.

Figure 13: Produit principal mentionné par les patients admis en demande de traitement, Région de Bruxelles-Capitale, 2005-2011

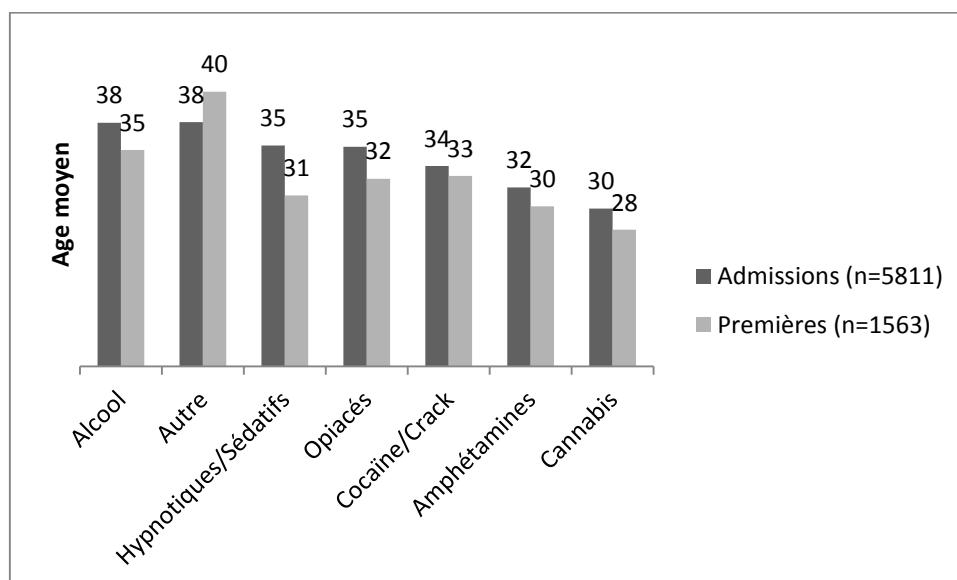


Nombre de non-réponses = 549 (admissions) et 93 (premières demandes)

Bien que l'ordre d'importance des produits à l'origine des demandes de traitement soit assez similaire dans le groupe des premières demandes, lorsque l'on effectue une comparaison entre l'ensemble des admissions et les primo-demandeurs, on constate certaines différences. Premièrement, la proportion de patients primo-demandeurs effectuant une demande de traitement pour un problème de consommation d'opiacés est nettement moins importante que dans le cas des admissions. Deuxièmement, on observe davantage (en termes de proportion) de demandes pour un problème d'abus ou de dépendance à la cocaïne/crack et, dans une moindre mesure, au cannabis chez les patients primo-demandeurs que dans l'ensemble des admissions. Les proportions de demandes de traitement pour les autres produits (alcool, hypno-sédatifs, amphétamines et autres) sont quasiment identiques. Cela pourrait indiquer que le traitement de l'usage problématique de certains produits passe davantage par des rechutes occasionnant des demandes de traitement ultérieures, alors que l'usage problématique d'autres produits serait plus facile à « soigner » via un unique épisode de traitement.

Comme le montre la figure 13, l'âge des patients varie significativement en fonction du type de produit principal à l'origine de la demande, et ce tant au sein des admissions ( $F=53.2$  ;  $p<.001$ ) que dans le groupe des premières demandes ( $F=17,6$  ;  $p<.001$ ). Par exemple, il ressort clairement que les patients qui ont introduit une demande de traitement pour un problème d'alcool ont une moyenne d'âge assez élevée, alors que ceux en demande pour un problème lié au cannabis sont relativement jeunes. Enfin, les différences liées à l'âge en fonction du produit principal à l'origine de la demande sont relativement similaires au sein des admissions et des premières demandes, hormis en ce qui concerne la catégorie « autres » (probablement en raison de petit nombre de personnes concernées par cette catégorie dans le groupe des premières demandes).

Figure 14: Moyenne d'âge par type de produits consommés des patients admis en demande de traitement, Région de Bruxelles-Capitale, 2005-2011



Nombre de non-réponses = 549 (admissions) et 93 (premières demandes)

Note : 1) la catégorie « autre » comprend les hallucinogènes, les inhalants volatiles, les autres substances psychotropes non répertoriées et enfin les paris/jeux. 2) la catégorie « amphétamines » comprend également les demandes de traitement pour problème de consommation d'ecstasy/MDMA. 3) le nombre élevé de non-réponses s'explique par le fait que le produit principal est inconnu pour un certain nombre de patients.

Enfin, de manière complémentaire, nous présentons dans le tableau suivant pour chaque type de produits et par tranche d'âge le pourcentage de patients ayant introduit une demande de traitement sur la période 2005-2011. La ligne « Total » représente la répartition globale des patients (en %) en fonction des tranches d'âge.

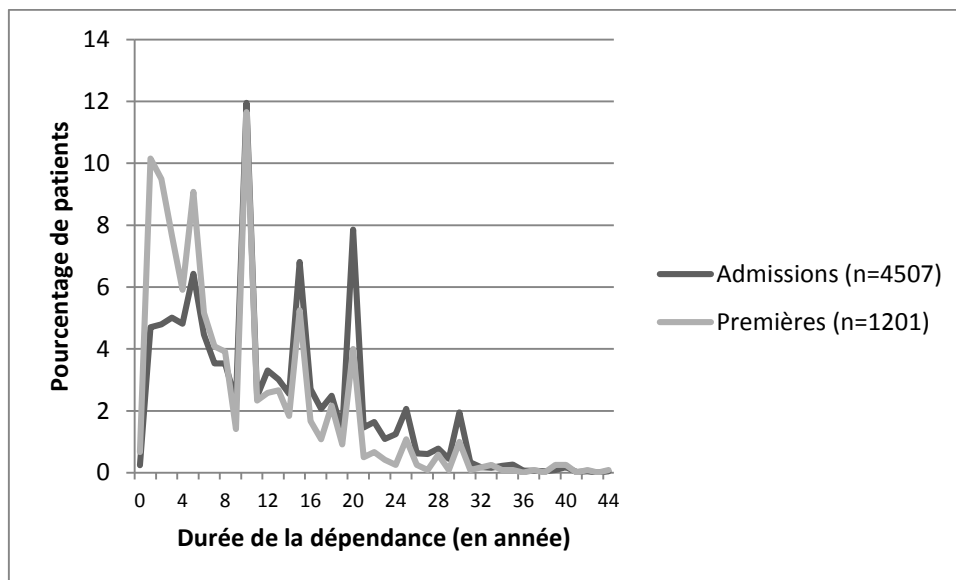
Tableau 4: Répartition de patients par tranche d'âge en fonction du produit principal, Région de Bruxelles-Capitale, 2005-2011

	-18 ans (N=43)	18-25ans (N=911)	26-29ans (N=962)	29-35ans (N=1480)	36 ans et+ (N=2964)
<b>Total</b>	<b>0,7%</b>	<b>14,3%</b>	<b>15,1%</b>	<b>23,3%</b>	<b>46,6%</b>
Opiacés	25,0%	35,3%	38,7%	42,7%	45%
Alcool	5,0%	18,0%	18,4%	21,3%	28,8%
Cocaïne/crack	5,0%	15,2%	19,6%	19,2%	13,4%
Cannabis	57,5%	21,3%	13,7%	9%	4,5%
Hypnotiques/sédatifs	2,5%	6,9%	7,8%	5,9%	6,4%
Amphétamines	5,0%	2,0%	1,3%	1,2%	0,7%
Autres	/	0,5%	0,5%	0,7%	1,1%

## DUREE DE LA DEPENDANCE

La durée de la dépendance, telle qu'estimée subjectivement par les patients, atteint en moyenne 12,1 ans (médiane et mode = 10 ans ; écart-type = 8 ans) pour l'ensemble des admissions, et 9 ans (médiane = 7 ans ; mode = 10 ans ; écart-type = 7,4 ans) pour les patients primo-demandeurs. On peut remarquer sur la figure 13 que la distribution de la durée de la dépendance est sensiblement la même dans les deux groupes, à la différence près que l'on observe davantage de patients primo-demandeurs ayant une durée de dépendance courte et moins ayant une durée de dépendance longue, par rapport à ce que l'on observe pour l'ensemble des admissions. Les données de cette variable doivent toutefois être considérées avec prudence en raison du nombre élevé de non-réponses.

Figure 15: Durée de la dépendance chez les patients admis en demande de traitement, Région de Bruxelles-Capitale, 2005-2011



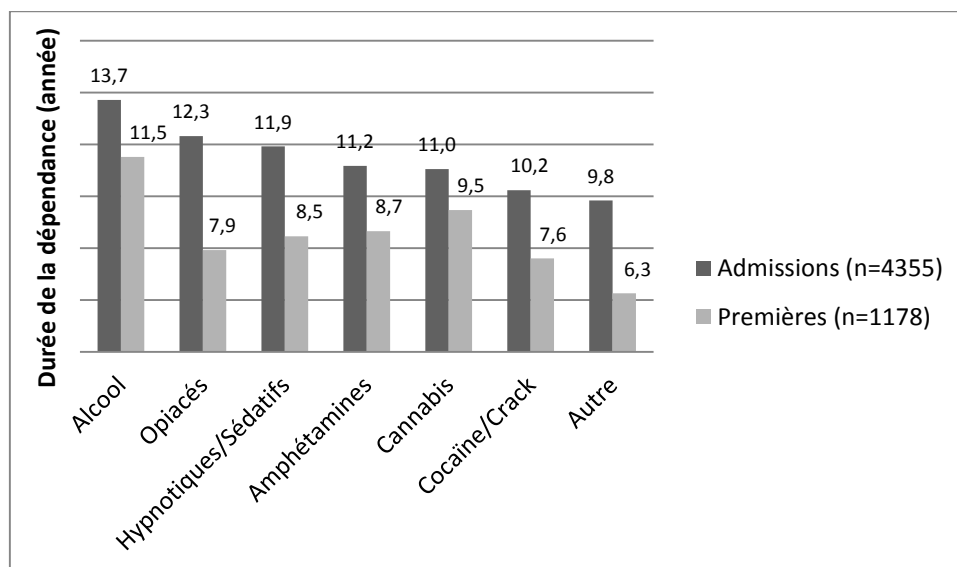
Nombre de non-réponses = 1853 (admissions) et 455 (premières demandes)

La durée de la dépendance, telle qu'estimée par les patients, diffère significativement en fonction du type de produit consommé, et ce tant pour l'ensemble des admissions ( $F=13,48$  ;  $p<.001$ ) que dans le groupe des premières demandes ( $F=7,8$  ;  $p<.001$ ). On notera par exemple, comme on peut le constater sur la figure 14, que la durée de la dépendance est la plus importante chez les patients ayant mentionné l'alcool ou les opiacés comme produit principal. Sans surprise, la durée de la dépendance est moins importante chez les patients primo-demandeurs, quel que soit le produit envisagé, quoique la différence soit moins nette en ce qui concerne l'alcool. De prime abord, on pourrait s'étonner de l'importance du délai entre le début de la dépendance et l'introduction de la première demande de traitement des patients primo-demandeurs. Cette latence est toutefois assez similaire<sup>7</sup> à ce qui est généralement mentionné dans la littérature, à savoir une durée moyenne de 5 à 8 ans entre le premier usage d'une substance et le premier traitement (EMCDDA, 2000, 2002). Cette latence importante s'explique d'une part par la difficulté qu'ont généralement les usagers à identifier et accepter leur problème de consommation, et d'autre part par la difficulté de passer à l'action et solliciter une aide professionnelle une fois

<sup>7</sup>Il s'agit toutefois ici de la durée de la dépendance alors que dans la littérature, c'est généralement la durée entre le premier usage d'un produit et le premier traitement qui est rapportée.

le problème reconnu. Ces étapes peuvent en effet s'étendre sur de nombreuses années, préalablement jalonnées de tentatives autonomes et infructueuses de reprise de contrôle de la consommation, telle que le décrit très bien le modèle de la roue du changement de Prochaska et Diclemente (1982)<sup>8</sup>.

Figure 16: Durée de la dépendance en fonction du produit principal chez les patients admis en demande de traitement, Région de Bruxelles-Capitale, 2005-2011



Nombre de non-réponses = 2005 (admissions) et 478 (premières demandes)

## (G) LES PRODUITS SECONDAIRES<sup>9</sup>

Les produits secondaires sont les substances mentionnées par le patient comme contribuant de manière significative (mais secondaire) au problème de consommation à l'origine de la demande de traitement. Un même patient peut donc mentionner plusieurs produits secondaires. Notons que le programme Addibru (qui servait à récolter le TDI en Région de Bruxelles-Capitale) n'offrait la possibilité que de mentionner trois produits secondaires.

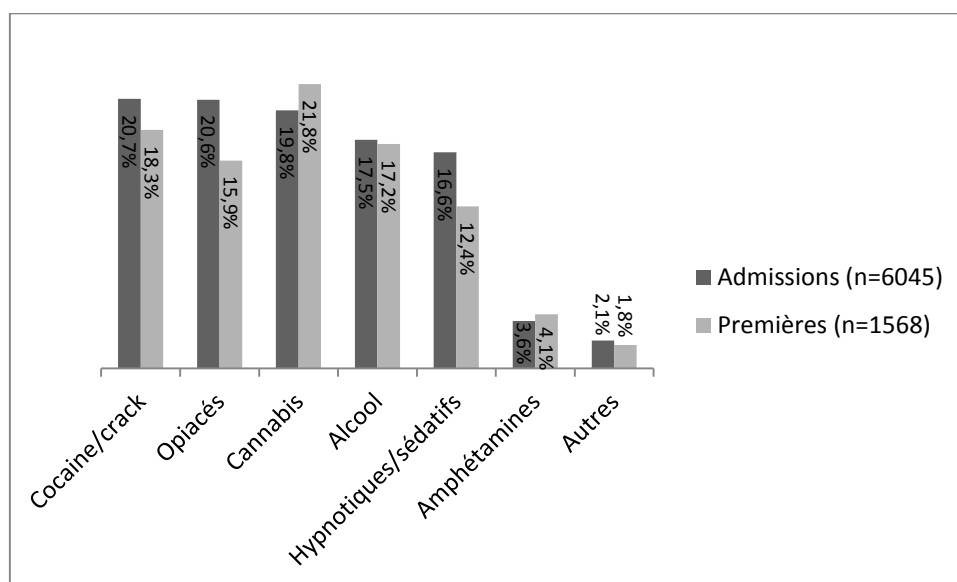
Sur la période 2005-2011, plus de la moitié des patients admis (63,4%) ont mentionné au moins un produit secondaire. Cette proportion n'est que légèrement inférieure dans le groupe des premières demandes (58,8%). Les produits le plus fréquemment mentionnés sont, par ordre d'importance, la cocaïne/crack, les opiacés, le cannabis, l'alcool et les hypno-sédatifs. Les amphétamines et les autres produits (qui reprend, pour rappel, les hallucinogènes, les inhalants volatiles, les autres substances psychotropes et enfin les paris/jeux) sont mentionnés de manière moins fréquente.

<sup>8</sup> Selon ces auteurs, le changement d'un comportement (comme par exemple la consommation addictive d'un produit) est un processus progressif comprenant six étapes ou stades: la pré-contemplation (l'utilisateur est non-conscient du problème de consommation), la contemplation (l'utilisateur en a conscience mais ne fait rien), la décision (l'utilisateur envisage de prendre des mesures pour arrêter cette addiction), l'action (le passage de la consommation à la non-consommation), le maintien (intégration de l'abstinence dans les habitudes de vie) et la rechute (nouveau passage de la non-consommation à la consommation). Une particularité de ce modèle est qu'il conçoit qu'un individu peut régresser de n'importe quel stade au stade précédent, et ce à n'importe quel moment. Enfin, selon ce modèle, le traitement proposé aux personnes toxicodépendantes doit être adapté en fonction du stade dans lequel se trouve la personne.

<sup>9</sup> Bien que tous les patients ne fussent pas forcément concernés par cette variable, les pourcentages ont été calculés sur l'ensemble de l'échantillon, uniquement amputé des non-réponses. Le nombre de personnes non-concernées par cette variable sont mentionnés en dessous de la figure.

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

Figure 17: Produits secondaires mentionnés par les patients admis en demande de traitement, Région de Bruxelles-Capitale, 2005-2011

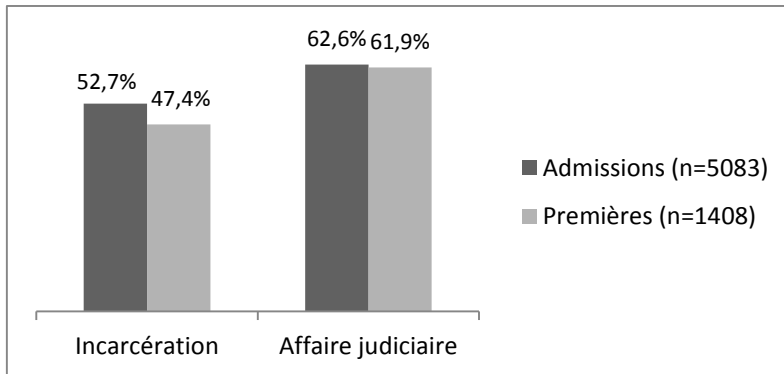


Nombre de patients mentionnant un produit secondaire : 3830 (admissions) et 922 (premières demandes)  
 Nombre de patients mentionnant deux produits secondaires : 1684 (admissions) et 377 (premières demandes)  
 Nombre de patients mentionnant trois produits secondaires ou plus : 592 (admissions) et 139 (premières demandes)  
 Nombre de non-réponses = 315 (admissions) et 88 (premières demandes)  
 Nombre de patients non-concernés = 850 (admissions) et 299 (premières demandes)

#### (H) ANTECEDENTS JUDICIAIRES

Sur la période 2005-2011, 62,6% et 52,7% des demandeurs dont les antécédents judiciaires sont connus ont respectivement déjà été entendus par un juge ou un parquet (« affaire judiciaire »), ou ont déjà eu une expérience d'incarcération dans leur vie. Les patients primo-demandeurs présentent un peu moins fréquemment d'antécédents judiciaires que ce que l'on observe sur l'ensemble des patients admis en demande de traitement, mais uniquement en ce qui concerne l'expérience d'incarcération. Globalement, si on réunit ces deux variables (non visible sur la figure 16), le pourcentage de patients ayant un passé judiciaire est quasiment le même dans le groupe des premières demandes que dans le groupe des admissions (61,8% versus 63%).

Figure 18: Antécédents judiciaires chez les patients admis en demande de traitement, Région de Bruxelles-Capitale, 2005-2011

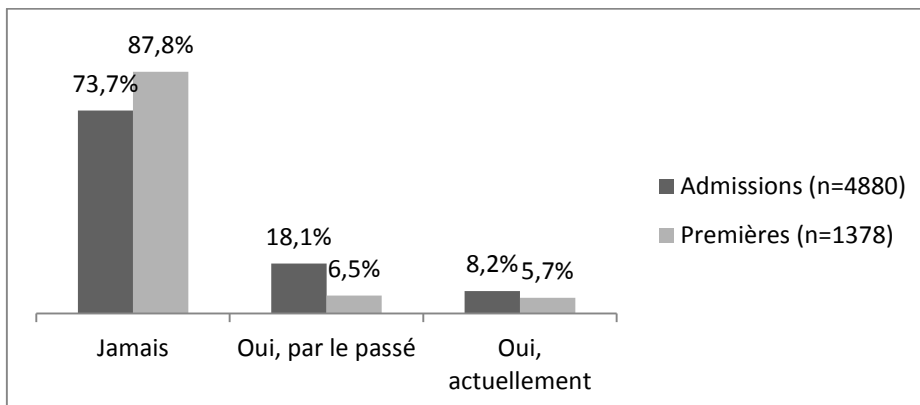


Nombre de non réponses = 1277 (admissions) et 248 (premières demandes)

### (I) COMPORTEMENTS D'INJECTION

Sur la figure 19, nous rapportons la prévalence des comportements d'injection actuels (au cours des 30 derniers jours) et passés parmi l'ensemble des admissions et des premières demandes enregistrées sur la période 2005-2011. Il apparaît qu'un peu plus d'un quart (26,3%) des patients ayant introduit une demande de traitement a déjà eu recours à des comportements d'injection, contre 12,2% des patients primo-demandeurs. Les comportements **d'injection** sont donc nettement **moins fréquents** parmi les **patients primo-demandeurs**, bien qu'ils concernent tout de même plus **d'un patient** sans antécédent de traitement **sur dix**.

Figure 19: Comportements d'injection chez les patients admis en demande de traitement, Région de Bruxelles-Capitale, 2005-2011



Nombre de non-réponses = 1480 (admissions) et 278 (premières demandes)

## (J) PROFILS DES « PREMIERES DEMANDES » SELON LE PRODUIT PRINCIPAL

---

Le tableau 5 présente de manière résumée une caractérisation des personnes qui ont adressé pour la première fois une demande de traitement sur la période 2005-2011. Nous les avons classées par type de produits consommés principalement, en ne ciblant que les types de produits les plus couramment à l'origine des demandes. Certaines des informations présentées dans ce tableau ont déjà été présentées précédemment, mais pas forcément sous l'angle du produit principal<sup>10</sup>. Nous n'en commenterons que quelques aspects marquants.

Les primo-demandeurs qui consomment du cannabis en produit principal sont en moyenne plus jeunes (27,6 ans) que les autres demandeurs, tandis que les demandeurs ayant mentionné l'alcool en produit principal ont une moyenne d'âge plus élevée (35 ans).

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

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

Les patients primo-demandeurs sont majoritairement peu scolarisés mais on ne distingue pas de différences marquantes en fonction du produit principal.

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

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

Finalement, on constate que les patients dont le produit principal est un opiacé sont globalement moins en ordre que les autres au niveau de la couverture de soins de santé.

---

<sup>10</sup> On notera également que certaines variables ont été ici simplifiées ou recodées de manière à augmenter la lisibilité du tableau. En outre, la colonne « Total » porte sur l'ensemble des premières demandes et non uniquement sur la somme des patients primo-demandeurs ayant mentionné comme type de produit principal ceux qui sont repris dans le tableau. Bien que les pourcentages aient été calculés en excluant les non-réponses des estimations, nous ne les avons pas rapportés dans le tableau puisqu'ils diffèrent pour chaque variable.

**Tableau 5: Profil des patients primo-demandeurs selon le type de produit principal, Région de Bruxelles-Capitale, 2005-2011**

	Total	Opiacés	Alcool	Cocaïne	Cannabis
N	1656	448	405	359	226
% des premières demandes	\	27.1	24.5	21.7	13.6
<b>Age (année)</b>					
Moyenne	32.4	32.4	35.0	32.6	27.6
Ecart-Type	8.9	7.9	10.5	7.2	8.4
Minimum	10	14	10	19	15
Maximum	75	55	75	59	64
<b>Sexe (%)</b>					
Homme	86.8	85.7	88.6	85.8	87.6
Femme	13.2	14.3	11.4	14.2	12.4
<b>Nationalité (%)</b>					
Belge	52.8	41.3	<b>62.9</b>	52.2	<b>61.8</b>
EU	12.7	<b>15.6</b>	11.1	<b>14.4</b>	9.9
Hors EU	34.5	43.1	26.0	33.4	28.3
<b>Logement (%)</b>					
Sans	8.8	19.4	8.9	3.7	8.7
Avec	62.3	70.1	75.6	82.3	73.8
Institution/Prison	28.9	10.5	15.5	14.0	17.5
<b>Scolarité (%)</b>					
Non scolarisé	2.3	4.6	0.7	2.4	0.0
Primaire	20.1	19.5	17.2	15.1	24.7
Secondaire inférieur	43.3	42.1	45.3	44.2	48.3
Secondaire supérieur	24.2	24.1	25.8	26.7	21.9
Supérieur/université	10.1	9.6	10.9	11.6	5.1
<b>Source de revenu (%)</b>					
Sans	31.8	36.4	29.2	30.6	24.5
Travail rémunéré	21.8	17.0	21.2	31.2	19.7
Conjoint/Famille	9.8	5.9	8.0	7.0	22.1
Chômage	19.9	20.9	20.9	19.1	19.7
Remplacement*	14.8	16.7	18.2	11.2	13.0
Affaire judiciaire (%)	61.9	52.3	69.9	57.7	64.3
Expérience de prison (%)	47.4	46.1	49.9	45.4	43.6
<b>Durée moyenne de la dépendance</b>					
Année	9.0	7.9	11.5	7.6	9.5
Ecart-Type	7.4	7.0	8.8	6.2	6.8
<b>Comportement d'injection % (passé ou actuel)</b>					
12.2	34.9	3.6	6.5	1.5	
<b>Couverture de soins de santé</b>					
En ordre	76.6	65.2	81.4	82.3	83.6
A régulariser	4.6	4.8	5.8	3.2	4.0
Pas en ordre	10.4	16.2	6.9	7.6	6.5
Couverture impossible	8.5	13.7	5.8	7.0	6.0

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

Dans les analyses qui vont suivre, nous avons dressé les profils différentiels des personnes ayant eu recours à l'injection au cours des 30 derniers jours précédant l'introduction de la demande de traitement (i.e. UDI) et des personnes n'ayant jamais eu recours à l'injection (Non UDI). Pour constituer ce dernier groupe, nous n'avons sélectionné que les patients ayant répondu à la question sur l'injection et ayant précisé n'y avoir jamais eu recours. Nous avons donc exclu les patients n'ayant pas répondu à la question ainsi que ceux qui ont déclaré y avoir déjà eu recours par le passé mais qui n'y ont plus recours actuellement.

Ces analyses montrent que les UDI sont davantage de **sexe masculin et non-belge** que les non-UDI. Ils ont aussi un profil davantage marqué par la **marginalité** que les non-UDI : ainsi, ils sont plus fréquemment sans logement ou vivant en institution/prison peu avant d'introduire la demande de traitement ; ils ont moins fréquemment un travail rémunéré et bénéficient plus souvent de revenus de remplacement ; ils ont plus fréquemment des antécédents judiciaires que les non-UDI. Ils ont aussi plus souvent des antécédents thérapeutiques pour un problème d'assuétude, sont majoritairement consommateurs d'opiacés, et ont une durée de dépendance au produit plus élevée que celle déclarée par les non-UDI. Enfin, ils sont moins souvent en ordre de couverture de soins de santé que les non-UDI.

Cette population d'UDI ayant introduit une demande de traitement dans un centre bruxellois diffère toutefois quelque peu de celle des UDI ayant introduit une demande de ce type en Wallonie, et vit dans l'ensemble dans une précarité plus grande: il y a proportionnellement moins d'UDI en couple au niveau des centres bruxellois par rapport aux centres wallons (11,9% *versus* 19,2%), mais en revanche plus d'UDI qui vivaient en institution au moment de l'introduction de la demande (15,8% *versus* 3,9%). Et les UDI « bruxellois » ont moins fréquemment leur propre logement que les UDI « wallons » (30,4% *versus* 41,2%), et ils sont plus fréquemment sans revenus (18,8% *versus* 13,9%).

**Tableau 6: Profil des patients injecteurs (UDI) par comparaison aux patients non-injecteurs (Non UDI), Région de Bruxelles-Capitale, 2005-2011**

	<b>UDI</b>	<b>Non UDI</b>	<b>Chi2/t de student</b>	<b>p</b>
N	399	399		
% de l'ensemble des demandes*	8.2	91.8		
Age (année)			.38	>.05
Moyenne	34.5	34.4		
Ecart-Type	8.0	9.7		
Sexe (%)			7.73	<b>=.005</b>
Homme	88.0	82.5		
Femme	12.0	17.5		
Nationalité (%)			27.9	<b>&lt;.001</b>
Belge	54.1	61.1		
EU	19.0	10.7		
Hors EU	26.9	28.2		
Logement (%)			195.6	<b>&lt;.001</b>
Sans	29.2	8.8		
Avec	66.7	54.8		
Institution/Prison	24.8	16.8		
Scolarité (%)			9.98	>.05
Non scolarisé	2.7	2.1		
Primaire	22.8	17.8		
Secondaire inférieur	40.3	44.8		
Secondaire supérieur	22.1	25.1		
Supérieur/université	12.1	10.2		
Source de revenu (%)			39.4	<b>&lt;.001</b>
Sans	23.1	21.4		
Travail rémunéré	7.7	16.8		
Conjoint/Famille	9.6	10.8		
Chômage	19.6	20.3		
Remplacement**	38.8	28.6		
Affaire judiciaire (%)	62.5	56.9	3.62	<b>=.05</b>
Expérience de prison (%)	55.3	45.1	12.15	<b>&lt;.001</b>
Produit principal			348.9	<b>&lt;.001</b>
Opiacés	74.1	29.7		
Cocaïne/crack	17.4	17.7		
Autre	8.6	52.5		
Durée moyenne de la dépendance			5.17	<b>&lt;.001</b>
Année	13.2	10.7		
Ecart-Type	8.2	7.6		
Couverture de soins de santé			55.6	<b>&lt;.001</b>
En ordre	76.1	86.8		
A régulariser	1.1	3.1		
Pas en ordre	13.6	5.8		
Couverture impossible	9.2	4.4		
Traitement antérieur	79.9	65.5	46.52	<b>&lt;.001</b>

\*Pourcentages calculés en excluant les non-réponses

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

---

## B) LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS (2007)

En Belgique, les traitements de substitution aux opiacés font l'objet d'un enregistrement sur base d'une compilation des ordonnances de médicaments adressées aux pharmacies grand public, aux pharmacies hospitalières et aux centres spécialisés dans le traitement des dépendances. Les données de cet enregistrement ne sont toutefois pas systématiquement analysées, le dernier rapport d'évaluation couvrant les données récoltées d'août 2006 à juillet 2007 (voir Ledoux et al., 2007). En outre, les traitements dispensés en milieu carcéral ne sont malheureusement pas inclus dans ce monitoring, et ce dernier ne couvre que les traitements délivrés à des patients mutualisés, autrement dit couverts par la sécurité sociale belge. Enfin, cet enregistrement ne permet pas de faire la distinction entre les traitements prescrits dans le cadre d'une dépendance aux opiacés de ceux prescrits dans le cadre d'un traitement de douleurs chroniques, ce qui explique pourquoi les enregistrements liés à la prescription exclusive de Temgesic® ne sont pas inclus dans ce monitoring, ce médicament étant généralement prescrit pour traiter des douleurs chroniques.

Pour l'année 2006-2007, le nombre de patients mutualisés qui ont bénéficié au moins une fois d'un traitement de substitution aux opiacés en région de Bruxelles-Capitale s'élève à 2538, ce qui correspond à 16,6% de l'ensemble des enregistrements recensés en Belgique sur cette même période (4036 en région flamande et 8718 en Wallonie). On remarque que proportionnellement à la délivrance de méthadone, la buprénorphine (Subutex®) est moins souvent délivrée en Région de Bruxelles-Capitale (6,2% des prescriptions) et en Wallonie (3,7%) qu'en Flandre (10,9%).

En ce qui concerne la méthadone uniquement, et en Région de Bruxelles-Capitale, les traitements ont majoritairement été prescrits à des hommes (72,9%), cette prédominance étant sensiblement équivalente à celle observée sur l'ensemble de la Belgique. Près de la moitié des patients « bruxellois » (47,5%) traités à la méthadone ont entre 31 et 40 ans, et 40,9% ont plus de 40 ans. Enfin, 4,1% des patients ont moins de 25 ans et 7,5% ont entre 26 et 30 ans.

Dans la Région de Bruxelles-Capitale, 61.3% sont pris en charge en cabinet privé (généralement de médecine générale), contre 68.3% en Wallonie et 50,1% en Flandre.

**Tableau 7: Patients ayant reçu un traitement de substitution aux opiacés en Région Bruxelles-capitale (Août 2006 à Juillet 2007)**

	N	% par rapport au total belge
Méthadone	2488	17,2%
Buprénorphine	50	6,2%
Total	2538	16,6%

---

## C) ANALYSE DES DONNÉES RÉCOLTÉES DANS LE CADRE DU RÉSUMÉ PSYCHIATRIQUE MINIMUM (2005-2010)

## (1) DESCRIPTION DU REGISTRE

---

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

Les informations sont collectées de façon continue et consignées à différents moments: au début du séjour médico-psychiatrique, au cours de chaque période distincte de traitement, et à la fin du traitement. Les données enregistrées comprennent les informations sociodémographiques du patient, le(s) diagnostic(s) et les problèmes identifiés à l'admission, les données de traitements, et enfin le(s) diagnostic(s) et les problèmes résiduels à la sortie.

Les données que nous allons présenter ici concernent les informations relatives aux diagnostics en lien avec l'usage de drogues identifiés à l'admission chez les personnes prises en charge en région de Bruxelles-Capitale et pour lesquelles le séjour a été clôturé. Ces analyses portent globalement et sans distinction sur les séjours avec un diagnostic principal ou secondaire en lien avec une substance, que la cause du séjour et les traitements dispensés soient ou non directement liés à cette problématique. Enfin, l'unité d'analyse n'est pas ici le patient mais le séjour, certains patients pouvant avoir été admis à plusieurs reprises au cours d'une même année civile en région de Bruxelles-Capitale.

## (2) LES SÉJOURS AVEC UNE PROBLÉMATIQUE EN LIEN AVEC L'USAGE DE PRODUIT(S)

---

Comme l'indique la figure suivante, l'alcool est fréquemment identifié comme substance problématique lors des séjours dans les établissements psychiatriques enregistrés en région de Bruxelles-Capitale. En effet, un diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool a été posé dans 18,6% des séjours comptabilisés sur la période 2005-2010<sup>11</sup>. Des diagnostics d'abus ou de dépendance à une seule drogue<sup>12</sup> ou à plusieurs produits (polyconsommation)<sup>13</sup> ont été posés dans 11% des séjours observés sur la période 2005-2010, les diagnostics de polyconsommation problématique étant plus fréquemment posés que ceux liés à l'usage d'une seule drogue (6,2% *versus* 4,8%). Enfin, des diagnostics pour un problème en lien avec l'usage de médicaments psychotropes ont été posés dans 1,5% des séjours enregistrés sur la période 2005-2010 en région de Bruxelles-capitale.

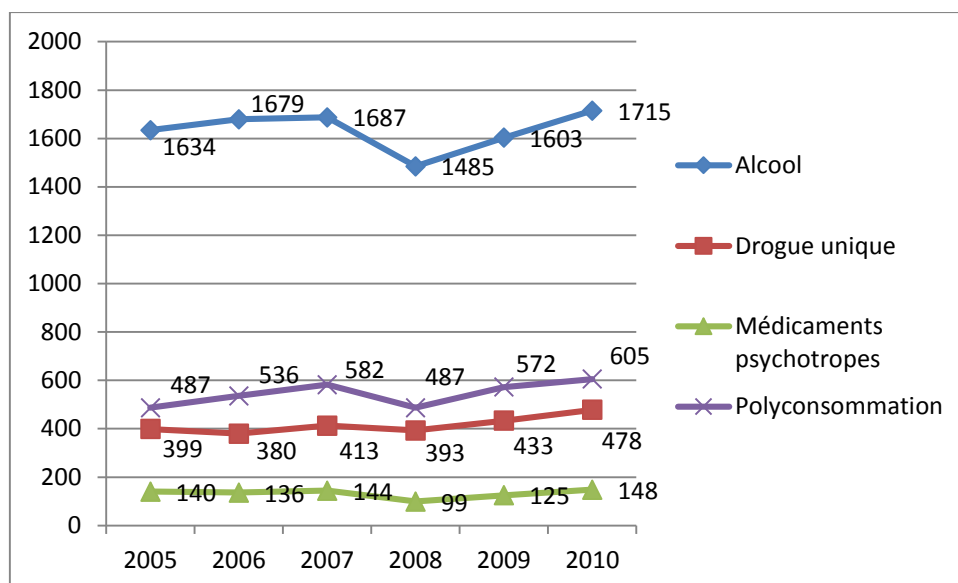
---

<sup>11</sup> Sur cette période, un total de 52 594 séjours clôturés ont été enregistrés en Région de Bruxelles-Capitale dans les services de prise en charge psychiatrique, tous diagnostics confondus: 8917 (2005), 8759 (2006), 8690 (2007), 8550 (2008), 8687 (2009), 8991 (2010).

<sup>12</sup> Il s'agit des diagnostics en lien avec l'usage d'un seul de ces produits: opiacés, cocaïne, cannabis, amphétamine, hallucinogène, inhalant, ou autres drogues.

<sup>13</sup> Les cas de polyconsommation regroupent à la fois les personnes qui ont reçu au moins deux diagnostics d'abus et/ou de dépendance à une substance, ainsi que les cas de diagnostic de dépendance à plusieurs substances tel que défini par le code 304.80 du DSM IV et qui est posé lorsqu'une personne présente une dépendance à au moins trois substances à l'exception de la caféine et de la nicotine. Par facilité, ces cas ont été regroupés sous la même appellation « diagnostic de polyconsommation ».

Figure 20: Nombre de séjours clôturés dans les services de psychiatrie en fonction du type d'usage problématique (Bruxelles-capitale, 2005-2010)



#### (A) CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES PATIENTS AVEC UN DIAGNOSTIC D'USAGE DE PRODUIT(S)

Le tableau suivant présente les caractéristiques sociodémographiques principales des patients pris en charge dans un service de psychiatrie en Région de Bruxelles-Capitale sur la période 2005-2010, pour lesquels un diagnostic d'abus ou de dépendance à une substance a été posé.

On constate que les séjours sont en moyenne plus longs chez les patients avec un diagnostic d'abus ou de dépendance à une seule drogue ou, dans une moindre mesure, à l'alcool, par rapport aux patients avec un diagnostic de polyconsommation ou d'usage problématique de médicaments psychotropes. Environ 75% des patients pris en charge résident en Région de Bruxelles-Capitale, quel que soit le type de diagnostic posé.

**Tableau 8: Caractéristiques sociodémographiques des patients ayant séjourné dans un service de prise en charge psychiatrique, en fonction du type de diagnostic (Bruxelles-Capitale, 2005-2010)**

Abus ou dépendance à :		Alcool	Drogue unique	Médicaments psychotropes	Poly-consommation
Nombre de séjours (N)		9803	2496	792	3269
Durée moyenne du séjour (jours)		50,7	63,9	37,6	43,7
Sexe (%)	Hommes	60,9	72,2	29,9	65,0
	Femmes	39,1	27,8	70,1	35,0
Age (%)	Moins de 20 ans	0,4	6,5	0,5	2,1
	21-29 ans	5,5	34,6	10,1	18,4
	30-44 ans	34,1	47,7	38,9	55,6
	45-64 ans	54,3	10,8	43,7	22,3
	Plus de 64 ans	5,6	0,5	6,8	1,6
Résident en région de Bxl-C (%)		74,1	74,3	75,9	79,0
Niveau d'éducation (%)	Aucun	0,9	1,1	1,2	0,9
	Primaire	10,2	14,1	13,7	13,4
	Secondaire inférieur	20,7	35,9	26,3	34,3
	Secondaire supérieur	4,0	3,6	4,4	3,7
	Secondaire indéterminé	5,0	5,7	4,4	4,5
	Supérieur universitaire/non univ.	32,1	9,6	23,8	16,1
Situation professionnelle (%)	Travail (tps plein ou partiel)	18,1	10,3	10,3	10,0
	Chômeur	12,6	12,6	9,7	14,1
	Etudiant	1,1	8,9	1,3	3,3
	Invalidité/Maladie/Handicap	37,3	35,6	46,7	36,5
	CPAS ou minimex	14,2	19,7	14,5	23,2
	Non actif (au foyer, pensionné,...)	10,4	1,4	9,7	3,6
	Autre	6,2	11,5	7,8	9,4
Problème* avec la justice/police ou délit (%)		3,48	11,38	2,40	10,13

\*On notera malheureusement que cette variable recense également, sans distinction particulière, les cas de personnes ayant été victime d'un crime, en plus de celles qui ont commis un crime ou un délit.

Les hommes sont plus fréquemment impliqués que les femmes dans un diagnostic d'usage problématique d'alcool ou de drogue (drogue unique ou polyconsommation), le ratio étant de deux femmes pour trois hommes dans le cas des diagnostics d'abus ou de dépendance à l'alcool, et d'environ une femme pour deux hommes dans le cas des diagnostics d'abus ou de dépendance à une drogue ou à plusieurs produits. A l'inverse, les femmes sont plus fréquemment impliquées que les hommes dans un diagnostic d'abus ou de dépendance aux médicaments psychotropes, le ratio étant d'un peu plus de deux femmes pour un homme.

En ce qui concerne l'âge des personnes prises en charge, il apparaît que les patients pour lesquels un diagnostic d'abus ou de dépendance à une drogue ou à plusieurs produits a été posé sont globalement plus jeunes que les patients avec un diagnostic pour problème d'alcool ou de médicaments psychotropes. On remarque également

que les patients avec un diagnostic d'abus ou de dépendance à une drogue unique sont globalement plus jeunes que ceux avec un diagnostic de polyconsommation.

Le niveau d'instruction des patients pris en charge diffère également en fonction du type de diagnostic posé. Ainsi, les patients avec un diagnostic en lien avec l'alcool ou les médicaments psychotropes ont globalement un niveau d'instruction supérieur à ceux pour lesquels un diagnostic d'abus ou de dépendance à une drogue ou à plusieurs produits a été établi. En outre, les patients avec un diagnostic d'abus ou de dépendance à une drogue unique sont globalement moins instruits que ceux avec un diagnostic de polyconsommation, probablement en raison de leur plus jeune âge (une portion de ces patients étant toujours étudiants).

On observe également des différences au niveau de la situation professionnelle des patients pris en charge dans les services de psychiatrie bruxellois sur la période 2005-2010, à nouveau en fonction du diagnostic posé. Par exemple, il y a proportionnellement plus d'allocataires (CPAS ou Minimex) parmi les patients avec un diagnostic d'abus ou de dépendance à une drogue ou à plusieurs produits que parmi les patients avec un diagnostic en lien avec l'alcool ou les médicaments psychotropes. En outre, on observe plus d'étudiants parmi les patients pour lesquels un diagnostic d'abus ou de dépendance à une drogue unique a été posé que parmi les autres patients.

Finalement, il apparaît que les patients avec un diagnostic d'abus ou de dépendance à une drogue unique ou à plusieurs produits mentionnent plus fréquemment que les autres avoir eu des problèmes avec la police ou la justice.

#### (B) LES DIAGNOSTICS D'ABUS ET DE DEPENDANCE A UNE DROGUE UNIQUE OU A PLUSIEURS PRODUITS<sup>14</sup>

---

Comme on peut le voir sur le tableau suivant, parmi les séjours en psychiatrie lors desquels un problème de dépendance à une drogue ou à plusieurs produits a été diagnostiqué sur la période 2005-2010 (que ce soit en premier diagnostic ou en diagnostic secondaire), les diagnostics de dépendance à plusieurs substances sont les plus fréquemment posés, puisqu'ils correspondent à 42,4% des diagnostics de dépendance posés. Viennent ensuite les cas de dépendance aux opiacés ou au cannabis, également fréquemment posés puisqu'ils représentent chacun un peu plus d'un cinquième des diagnostics de dépendance établis sur cette période. Le diagnostic de dépendance à la cocaïne concerne globalement environ 8,5% des diagnostics de dépendance posés sur cette période. Les autres substances sont moins fréquemment à l'origine d'un diagnostic de dépendance lors d'un séjour dans les services de prise en charge psychiatrique bruxellois.

---

<sup>14</sup>L'évolution du nombre de séjours avec identification d'un problème d'abus ou de dépendance à une ou plusieurs substances est difficile à interpréter dans la mesure où nous ne savons pas à combien de personnes ces séjours correspondent pour chaque année. Nous discuterons donc uniquement des données globalement observées sur la période 2005-2010.

**Tableau 9: Nombre de séjours clôturés avec diagnostic de dépendance à une drogue ou à plusieurs produits dans les services de prise en charge psychiatrique (Bruxelles-capitale, 2005-2010)**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2005-2010	
Opiacés	99	90	107	86	86	97	565	22,7%
Cannabis	100	77	86	79	103	104	549	22,1%
Cocaïne	36	39	41	45	20	30	211	8,5%
Amphétamines	6	3	5	0	5	3	22	0,9%
Inhalant	1	0	1	1	2	1	6	0,2%
Hallucinogène	0	0	0	3	1	1	5	0,2%
Autre	21	15	11	7	6	14	74	3,0%
Polyconsommation : dépendance à plusieurs substances*	168	189	184	132	212	171	1056	42,4%
Total	431	413	435	353	435	421	2488	
Polyconsommation : autres cas**	319	347	398	355	360	434	2213	

\* Il s'agit ici des cas de dépendance à plusieurs substances tels que défini par le code 304.80 du DSM-IV : dépendance à au moins trois substances, à l'exception de la caféine et de la nicotine.

\*\* Il s'agit ici des cas de polyconsommation avec coexistence d'au moins deux diagnostics d'abus et/ou de dépendance à une substance, mais ne répondant pas à la définition de dépendance à plusieurs substances telle que prévue dans le DSM-IV (i.e. dépendance à au moins trois produits). Dans la mesure où ces cas comprennent à la fois des diagnostics d'abus et de dépendance, nous ne les avons pas comptabilisé dans l'estimation des pourcentages.

Le tableau relatif au diagnostic d'abus à une drogue unique montre que les séjours en psychiatrie lors desquels un problème d'abus a été diagnostiqué (que ce soit en premier diagnostic ou en diagnostic secondaire) sont très majoritairement dus à la consommation de cannabis. La cocaïne et les opiacés sont également responsables d'un nombre relativement important de diagnostic d'abus, mais loin derrière le cannabis.

**Tableau 10: Nombre de séjours clôturés avec diagnostic d'abus d'une drogue unique<sup>15</sup> à l'admission dans les services de prise en charge psychiatrique (Bruxelles-capitale, 2005-2010)**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2005-2010	
Cannabis	103	111	114	125	166	184	803	75,5%
Cocaïne	11	23	21	20	21	23	119	11,2%
Opiacés	11	11	9	14	9	11	65	6,1%
Amphétamines	3	0	3	2	5	3	16	1,5%
Hallucinogène	0	1	0	0	0	1	2	0,2%
Inhalant	0	0	0	0	0	0	0	0%
Autre	8	10	15	11	9	6	59	5,5%
Total	136	156	162	172	210	228	1064	

Note : ne sont repris dans ce tableau que les séjours avec diagnostic d'abus liée à une seule substance car nous ne disposons pas de données distinctes pour les cas d'abus et de dépendance à plusieurs substances.

<sup>15</sup> Le DSM-IV ne prévoit pas de diagnostic spécifique pour l'abus de plusieurs substances. Les cas d'abus de plusieurs substances sont repris sous l'appellation « polyconsommation », qu'ils soient ou non associés à des diagnostics de dépendance.

### (C) LES DOUBLES DIAGNOSTICS « ASSUETUDES- PSYCHIATRIQUES »

---

La notion de double diagnostic renvoie ici à la coexistence, chez une même personne, d'un trouble psychiatrique et d'un problème lié à l'usage d'une ou plusieurs substances psychoactives (OMS, 1995). Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer cette cooccurrence (voir par exemple Simon, 2003): 1) la substance ou le syndrome de sevrage à une substance produirait des symptômes identiques à ceux généralement observés dans une pathologie psychiatrique (e.g. psychose cannabique aiguë); 2) l'usage d'une substance causerait ou aggraverait des symptômes psychiatriques (e.g. précipitation d'une schizophrénie suite à l'usage de cannabis); 3) une pathologie psychiatrique causerait ou aggraverait l'abus ou la dépendance à une substance (e.g. consommation d'une substance pour automédication); 4) présence d'un facteur commun qui causerait les deux pathologies (e.g. socle neurobiologique commun aux deux pathologies ; événement traumatique); 5) une simple coïncidence. Ces hypothèses ne sont pas mutuellement exclusives et il est très probable que leur implication respective dans l'étiologie des cas de « double diagnostic » avéré varie selon les patients et les pathologies psychiatriques. En outre, dans la pratique clinique, il est parfois difficile d'identifier précisément la chronologie et les liens causaux entre ces différents facteurs chez un patient, les symptômes des troubles mentaux et les problèmes liés à la consommation de substance(s) psychoactive(s) interagissant et s'influençant mutuellement.

De manière générale, la recherche et l'identification des cas de double diagnostic constituent un enjeu majeur en santé mentale. En effet, dans le cas de la schizophrénie<sup>16</sup>, les symptômes psychiatriques sont plus sévères et les complications (hospitalisation, comportements violents, suicide, etc.) plus fréquentes en cas de consommation de substances psychoactives (e.g. Westermeyer, 2006). Toujours dans le cas de cette maladie mentale, d'autres travaux ont montré que l'efficacité du traitement dépend grandement de l'intégration des troubles liés à la consommation de substances psychoactives dans l'offre de prise en charge (e.g. Judd, Thomas, Schwartz, Outcalt, & Hough, 2003). Certains travaux indiquent que ces constats sont également valables dans le cas d'autres troubles psychiatriques (e.g. dépression). Pourtant, il semblerait que l'évaluation des troubles psychiatriques ne soit pas systématique lors de la prise en charge de patients toxicodépendants, hormis dans certains services spécialisés, et ce probablement en raison d'un manque de moyen. Conséquemment, nous ne disposons pas actuellement d'informations sur la prévalence des diagnostics psychiatriques chez les patients en traitement pour un problème de drogues en Région de Bruxelles-Capitale. En revanche, nous disposons de données de prévalence du double diagnostic chez les patients pris en charge dans un service psychiatrique, à nouveau grâce aux données récoltées dans le cadre du RPM.

Le tableau suivant détaille les comorbidités psychiatriques observées chez les patients pris en charge dans les services psychiatriques de la région de Bruxelles-capitale sur la période 2005-2010 et pour lesquels a pu être posé un diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool, à une drogue unique, à des médicaments psychotropes, ou à plusieurs produits.

On remarquera d'emblée que les troubles de la personnalité ainsi que les troubles dépressifs sont assez fréquemment établis chez les personnes ayant reçu un diagnostic d'abus ou de dépendance à un ou plusieurs produits (alcool et médicaments psychotropes compris). Plus spécifiquement, les troubles dépressifs, les troubles bipolaires, ainsi que les troubles anxieux sont plus fréquents chez les personnes ayant reçu un diagnostic d'abus

---

<sup>16</sup> La schizophrénie est une pathologie psychiatrique qui touche entre 0,4% et 0,7% de la population générale (Saha, Chant, Welham, & McGrath, 2005). Selon différentes études épidémiologiques, les troubles liés à la consommation de substance(s) psychoactive(s) sont particulièrement fréquents chez les patients schizophrènes puisqu'ils concerneraient, en ce qui concerne la prévalence sur la vie, la moitié d'entre eux (voir par exemple Batel, 2000).

ou de dépendance aux médicaments psychotropes ou, dans une moindre mesure, à l'alcool, que chez les personnes ayant reçu un diagnostic d'usage problématique à une drogue unique ou à plusieurs produits. A l'inverse, la schizophrénie et les autres troubles psychotiques sont plus fréquemment établis chez les personnes ayant reçu un diagnostic d'abus ou de dépendance à une drogue unique que chez les personnes ayant reçu un autre type de diagnostic en lien avec les assuétudes.

**Tableau 11: Comorbidités psychiatriques chez les patients pris en charge dans les services psychiatriques par type de diagnostic (Bruxelles-capitale, 2005-2010)**

	<b>Alcool</b>	<b>Drogue unique</b>	<b>Médicaments psychotropes</b>	<b>Poly-consommation</b>
Nombre d'admissions sur la période 2005-2010	<b>9803</b>	<b>2496</b>	<b>792</b>	<b>3269</b>
Trouble de la personnalité	19,0%	16,2%	18,6%	16,5%
Trouble dépressif	27,2%	14,5%	38,8%	12,1%
Trouble bipolaire	4,1%	3,3%	6,9%	1,9%
Schizophrénie	3,9%	26,8%	3,9%	8,4%
Troubles psychotiques	4,4%	17,0%	4,7%	7,2%
Troubles anxieux	3,5%	1,9%	6,2%	1,5%
Trouble de l'adaptation	5,1%	5,6%	6,9%	3,1%
Trouble des conduites alimentaires	0,4%	0,6%	0,5%	0,3%
Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité	0,1%	0,6%	0,3%	0,1%
Trouble relationnel ou autistique	0,4%	0,7%	1,5%	0,3%

Le tableau suivant va plus loin dans l'analyse et montre que les comorbidités psychiatriques fluctuent en fonction du type de produit pour lequel un diagnostic d'abus ou de dépendance à une drogue unique a pu être établi. Par exemple, les troubles de la personnalité sont particulièrement fréquents chez les personnes avec un diagnostic d'abus ou de dépendance aux opiacés ou à la cocaïne, alors qu'ils le sont moins chez les personnes avec un usage problématique de cannabis ou d'amphétamines. De même, la schizophrénie et les autres troubles psychotiques sont nettement plus fréquents en cas d'abus ou de dépendance au cannabis, et ce en comparaison aux autres produits. Ces dernières observations concordent d'une part avec les nombreuses études ayant mis en évidence un lien entre usage de cannabis et schizophrénie (voir par exemple Hall & Degenhardt, 2000), et coïncident d'autre part avec les nombreux cas documentés de troubles psychotiques transitoires induits par du cannabis (pour une présentation, voir le chapitre 6 de INSERM, 2001). Enfin, bien que les troubles de déficit de l'attention (avec ou sans hyperactivité) sont assez rares chez les personnes avec un diagnostic d'abus ou de dépendance à un ou plusieurs produits, on constate qu'ils sont relativement plus fréquents chez les personnes avec un diagnostic d'abus ou de dépendance aux amphétamines que chez les personnes avec un autre diagnostic en lien avec l'usage de produit(s).

**Tableau 12:** Comorbidités psychiatriques chez les patients pris en charge dans les services psychiatriques avec diagnostic d'abus ou dépendance à une seule drogue (Bruxelles-capitale, 2005-2010)

	<b>Cannabis</b>	<b>Opiacés</b>	<b>Cocaïne</b>	<b>Autres produits</b>	<b>Amphétamines</b>
Nombre d'admissions sur la période 2005-2010	<b>1352</b>	<b>630</b>	<b>330</b>	<b>146</b>	<b>38</b>
Trouble de la personnalité	8,9%	26,7%	24,5%	21,9%	7,9%
Trouble dépressif	10,8%	17,9%	18,2%	23,3%	26,3%
Trouble bipolaire	4,0%	1,4%	2,7%	4,8%	7,9%
Schizophrénie	40,4%	10,5%	10,3%	13,7%	7,9%
Troubles psychotiques	24,9%	5,4%	9,7%	11%	10,5%
Troubles anxieux	2,4%	1,6%	1,2%	1,4%	0,0%
Trouble de l'adaptation	4,8%	5,9%	8,8%	4,8%	5,3%
Trouble des conduites alimentaires	0,4%	0,2%	1,8%	0,7%	0,0%
Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité	0,9%	0,0%	0,3%	0,7%	2,6%
Trouble relationnel ou autistique	0,6%	1,3%	0,6%	0,0%	0,0%

#### D) LE RECOURS AUX SERVICES D'URGENCES CHEZ LES USAGERS DE DROGUES<sup>17</sup>

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

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

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

<sup>17</sup>Les données que nous rapportons ici ne portent pas sur des usagers de drogues de la Région de Bruxelles-Capitale, contrairement aux autres données que nous détaillons dans le présent document. Nous avons décidé de les y inclure malgré tout parce qu'elles fournissent des informations complémentaires extrêmement utiles pour notre propos, dont nous ne disposons pas spécifiquement sur Bruxelles. Elles sont extraites de: Rwubu & Hogge (2013). L'usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles. Rapport 2011-2012. Eurotox : Bruxelles.

L'échantillon de l'étude se compose de 48 UD<sup>18</sup> suivis par les médecins généralistes d'une pratique de groupe en milieu urbain (Charleroi) sur une période de 5 ans, apparié à un groupe de 96 patients non usagers de drogue tirés au sort parmi la population suivie dans la même pratique et présentant les mêmes caractéristiques démographiques (âge compris entre 25 et 50 ans, 75% d'hommes et 25% de femmes)<sup>19</sup>. Les informations relatives aux recours aux services d'urgences sur cette période de 5 ans ont été obtenues sur base des dossiers médicaux des 144 patients, dans lesquels figurent les rapports adressés par les services d'urgences au médecin traitant suite à chaque fréquentation.

Les résultats mettent en évidence un plus grand recours aux services des urgences ainsi qu'une fréquence de rapports conflictuels plus élevée chez les UD que chez les autres patients (voir Tableau 13). La plus grande fréquentation des services d'urgences par les usagers de drogues ne semblent donc pas pouvoir s'expliquer par un manque d'accès aux soins de premières lignes, puisque tous les UD étaient suivis en médecine générale. Ces données suggèrent plutôt que cette plus grande fréquentation est causée par l'importante comorbidité somatique et psychiatrique occasionnée par l'usage de drogues. En effet, les traumatismes (plaies, contusions, fractures) constituent le motif de visite le plus fréquent chez les UD, suivis des problèmes psychiatriques (tentative de suicide, troubles anxieux, dépressifs et psychotiques) et des problèmes respiratoires (pneumonies, pneumothorax, pleurésies, crises d'asthme).

En ce qui concerne la fréquence des conflits<sup>20</sup>, 39% des UD ont eu au moins un conflit aux services d'urgence au cours des 5 dernières années (ce qui représente 21% des visites des UD). De manière étonnante, ces conflits surviennent plus fréquemment lorsque les UD sont référés aux urgences par le médecin traitant (via un formulaire de demande) que lorsqu'ils s'y présentent spontanément. Selon les UD interrogés, les problèmes surviennent à partir du moment où ils mentionnent qu'ils sont sous traitements substitutifs, ce qui suggère que certains professionnels des services d'urgences éprouvent des difficultés à maintenir une neutralité bienveillante face à un patient étiqueté comme toxicomane. Cette situation est susceptible d'affecter de manière délétère la qualité de la prise en charge des problèmes de santé des patients UD, et ce à plusieurs niveaux : par exemple, le personnel soignant, victime de certains préjugés, peut ne pas mettre tout en œuvre pour prodiguer la même qualité de soins aux patients UD qu'aux patients non UD ; le médecin traitant peut également avoir tendance à ne pas fournir au patient une lettre de liaison, voire à lui conseiller de se présenter spontanément sans faire mention du traitement de substitution de manière à ne pas être stigmatisé et lésé dans la prise en charge aux services d'urgences ; enfin, l'occurrence de rapports conflictuels peut amener un patient à fuir le service d'urgences alors qu'une hospitalisation s'imposerait, ou peut également amener l'équipe soignante à ne pas privilégier une hospitalisation alors qu'elle serait requise.

---

<sup>18</sup>Les UD de cet échantillon sont majoritairement non injecteurs (62%), usagers d'héroïne (90%), et sous traitement substitutif (88%).

<sup>19</sup> On regrettera néanmoins que les patients UD et non UD n'aient pas véritablement été appariés en ce qui concerne le niveau socio-économique. Or ce dernier est connu pour influencer le recours aux services d'urgences, dans le sens d'une plus importante fréquentation par les personnes ayant un faible niveau socio-économique (voir De Wolf & Vanoverloop, 2008).

<sup>20</sup>Les contacts conflictuels entre les patients et le service d'urgences ont été opérationnalisés par l'occurrence d'au moins un des trois critères suivants : fuite du patient, expulsion du service d'urgences, refus d'hospitalisation alors qu'elle était requise par le médecin traitant ou qu'elle semblait évidente.

**Tableau 13: Fréquence de recours aux services d'urgences et des conflits chez les usagers de drogues suivi en médecine générale**

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

Source : Santé Conjuguée, janvier 2009, n°47

## 6. MILIEU DE VIE : PRISON : ANALYSE DES DONNÉES RÉCOLTÉES EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE EN 2006 ET 2008 DANS LE CADRE DE L'ENQUÊTE SUR L'USAGE DE DROGUES DANS LES PRISONS BELGES

### A) DESCRIPTION DE LA POPULATION D'ÉTUDE

Au 25 février 2008, la population carcérale belge comptait 9804 détenus incarcérés dans les 32 prisons belges (on comptait en fait 10443 détenus, si on prend en compte les détenus sous surveillance électronique ainsi que ceux en détention limitée, ou encore hospitalisés en dehors de la prison). Les femmes, qui sont réparties dans les huit prisons disposant d'une section pour femmes, représentaient 5% de la population carcérale totale en 2008.

Les détenus incarcérés à cette période peuvent principalement être répartis en trois catégories sur base du statut de leur détention : les prévenus (36,4%), les condamnés (52,7%), et les internés (i.e. défense sociale<sup>21</sup> ; 10%). En 2008, plus de la moitié des détenus (51,74%) avaient un âge compris entre 21 et 35 ans. L'autre moitié se composait d'une importante proportion de détenus âgés de 36 ans ou plus (42,82%) et d'une petite minorité de détenus âgés de moins de 21 ans (5%). Près de deux tiers des détenus incarcérés (65,3%) ont déjà séjourné au moins une fois en prison avant leur présente incarcération. Comme on peut le constater dans le tableau suivant, 30,6% des détenus incarcérés au 25/02/2008 l'étaient en tout ou en partie pour faits de drogues (possession, usage et/ou trafic).

**Tableau 14: Raison de la détention des personnes incarcérées dans les prisons belges au 25/02/2008**

	N	%
Exclusivement fait de drogues	1112	11,3
Fait de drogues et autres	1892	19,3
Pas de fait de drogues	6800	69,4
Total	9804	100,0

<sup>21</sup> La défense sociale est un statut juridique accordé aux personnes ayant commis des actes criminels ou délictueux mais jugées irresponsables en raison du fait que le comportement incriminé a été commis sous l'état de trouble(s) psychiatrique(s) passager(s) ou persistant(s). Les personnes en défense sociale sont donc considérées comme irresponsables sur le plan pénal, et sont généralement internées dans un établissement à visée thérapeutique jusqu'à ce qu'une commission estime qu'elles ne représentent plus une menace pour la société ni pour elle-même.

En région de Bruxelles-capitale et toujours en date du 25 février 2008, la population carcérale s'élevait à **1304 détenus** (dont 119 femmes), répartis dans les prisons de Saint-Gilles (n=582) et de Forest<sup>22</sup> (n=722) et comptabilisant une majorité de prévenus (61,8%), un peu plus d'un quart de condamnés (29,3%), et une petite minorité d'internés (7,5%).

---

## B) CONDITIONS DE PASSATION ET PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES/STATISTIQUES

Généralement, le questionnaire était rempli par le détenu lui-même dans sa cellule en présence de l'enquêteur (afin que celui-ci puisse apporter certains éclaircissements si nécessaire), mais dans certains cas, la récolte de données s'est effectuée par interview ou de manière collective dans une salle rassemblant tous les détenus volontaires. Ce manque d'uniformité au niveau des conditions de passation est dû d'une part au fait que la récolte de données a été assurée par plus de 20 enquêteurs différents (issus de plusieurs organisations associatives ou préventives), et d'autre part au fait qu'il a fallu s'adapter au « règlement » interne de la prison. Ce manque d'uniformité constitue bien entendu un biais méthodologique. Les enquêteurs ont préalablement informé les détenus que l'anonymat des informations récoltées serait respecté et que les questionnaires ne parviendraient en aucun cas dans les mains de quelqu'un d'autre qu'eux-mêmes, mais la participation à cette enquête était libre (dans les prisons francophones, le taux de refus de participation avoisinait 15% en 2008, ce qui constitue un biais potentiel car ce sont peut-être les détenus qui sont les plus concernés par l'usage de drogues en prison qui ont refusé de répondre).

En ce qui concerne les analyses statistiques, nous avons eu recours à différents tests (Test du Chi<sup>2</sup>, test du t de Student, analyse de variance) afin de déterminer si les différences identifiées (par exemple en fonction du genre et de l'âge des répondants) sont statistiquement significatives. Le seuil de significativité a été fixé à une valeur de p égale ou inférieure à 0,05<sup>23</sup>. Dans le cas des tests de Chi<sup>2</sup> portant sur un tableau de contingence plus grand que 2x2 (4 cellules), dans la mesure où le test porte sur l'entièreté de la table, il n'est pas possible de savoir précisément à quel(s) contraste(s) de cellules la différence observée est essentiellement due. Nous avons cependant commenté plus finement ces différences, en identifiant visuellement les contrastes les plus marqués. Prenons l'exemple de l'influence de l'âge sur la consommation des différents produits au cours de la vie. Pour chaque produit, on se retrouve avec une table de contingence 2 (consommé *versus* non consommé) x 3 (trois tranches d'âge) sur laquelle sera appliqué un test de Chi<sup>2</sup>. Ce test nous informera si l'âge a globalement un effet sur la consommation des produits, mais il ne nous renseignera pas le poids de chaque contraste de cellules (c'est-à-dire de chaque comparaison de tranches d'âge) dans la significativité de l'effet, certains pouvant être contributifs de la significativité de l'effet alors que d'autres non.

Sauf mention contraire, les non-réponses ont systématiquement été exclues dans l'estimation des pourcentages et dans l'utilisation des tests statistiques. Leur nombre a toutefois systématiquement été mentionné dans le texte ou en-dessous du tableau correspondant. A noter que les non-réponses étaient peu nombreuses voire inexistantes pour la majorité des questions.

---

<sup>22</sup>La prison de Berkendael est en fait une section pour femmes qui fait partie intégrante de la prison de Forest sur le plan administratif.

<sup>23</sup> Cette valeur signifie qu'on a une probabilité p que la différence observée soit due au hasard de l'échantillonnage et qu'elle ne reflète pas une véritable différence populationnelle.

Enfin, dans le cas des variables pour lesquelles des comparaisons de groupes ont été effectuées (pour prendre en compte notamment le genre et l'âge des répondants), les pourcentages ont été calculés de manière intra-groupe de manière à rendre les comparaisons entre groupe possibles.

### C) DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON D'ÉTUDE

Les échantillons des enquêtes réalisées en 2006 et 2008 se composait d'un peu plus de 10% de la population carcérale belge enregistrées à l'époque. Les 32 prisons belges ont participé à cette étude et on observait une répartition équivalente des répondants entre les deux régions linguistiques, de sorte que cet échantillon peut être considéré comme représentatif de la population carcérale belge. Les résultats de l'enquête sont donc supposés pouvoir être généralisés à l'ensemble de cette population<sup>24</sup>.

Au total, 268 questionnaires ont été récoltés dans les trois prisons bruxelloises (131 à Forest:127 à Saint-Gilles, et 10 à Berkendael) au cours des deux enquêtes réalisées en 2006 et 2008, à concurrence d'environ 10% de la population carcérale observée dans ces prisons au cours des deux périodes (en ce compris 10% des femmes et 10% des internés, lorsque ceux-ci étaient détenus séparément). L'échantillon est majoritairement composé d'hommes (91,8%), et près d'un tiers des détenus (31,7%) a un âge supérieur à 35 ans. Près de deux tiers des détenus (64,9%) ont un passé carcéral (antérieur à l'actuelle incarcération), et environ un tiers (36,6%) est actuellement incarcéré en tout ou en partie pour faits de drogues. La majorité des détenus sont en détention préventive (51,7%) ou en train de purger une condamnation (43,1%). Enfin, la majorité des détenus sont incarcérés depuis moins d'un an (79,9%).

**Tableau 15:** Description de l'échantillon de détenus interrogés en Région de Bruxelles-Capitale (2006-2008)

	2006		2008		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Hommes	122	92,4	124	91,2	<b>246</b>	<b>91,8</b>	
Femmes	10	7,6	12	8,8	<b>22</b>	<b>8,2</b>	
Moins de 26 ans	48	36,4	43	31,6	<b>91</b>	<b>34,0</b>	
26-35 ans	41	31,1	51	37,5	<b>92</b>	<b>34,3</b>	
Plus de 35 ans	43	32,6	42	30,9	<b>85</b>	<b>31,7</b>	
Avec passé carcéral	70	53,0	104	76,5	<b>174</b>	<b>64,9</b>	
Incarcérés pour fait de drogues <sup>25</sup>	45	34,1	53	39,0	<b>98</b>	<b>36,6</b>	
En détention préventive	73	55,3	65	48,1	<b>138</b>	<b>51,7</b>	
En condamnation	56	42,4	59	43,7	<b>115</b>	<b>43,1</b>	
En internement	2	1,5	8	5,9	<b>10</b>	<b>3,7</b>	
En arrestation administrative	1	0,8	3	2,2	<b>4</b>	<b>1,5</b>	
Durée détention actuelle	Moins 1 an	107	81,1	107	78,7	<b>214</b>	<b>79,9</b>
	Entre 1 an et 3 ans	22	16,7	21	15,4	<b>43</b>	<b>16,0</b>
	Plus de 3 ans	3	2,3	8	5,9	<b>11</b>	<b>4,1</b>
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>49,3</b>	<b>136</b>	<b>50,7</b>	<b>268</b>	<b>100,0</b>	

<sup>24</sup> On notera néanmoins comme réserve méthodologique supplémentaire au manque d'uniformité des conditions de passation susmentionné, le fait que nous ne connaissons pas le nombre de détenus ayant refusé de participer à l'enquête, ni leur répartition au sein de certains sous-groupe (femmes, prévenus, personnes incarcérées pour fait de drogues, etc.).

<sup>25</sup> Détenus dont l'actuelle détention est en tout ou en partie liée à des faits de drogues (possession/usage et/ou trafic).

Une description détaillée de l'échantillon est proposée dans le tableau 15. On peut constater que, dans l'ensemble, les échantillons récoltés en 2006 et en 2008 sont relativement similaires, hormis en ce qui concerne le passé carcéral des détenus (les détenus interrogés en 2008 étant significativement plus nombreux à avoir déjà eu une expérience de prison antérieure). En raison de la petitesse des effectifs et afin de pouvoir dégager des résultats plus consistants, nous regrouperons systématiquement ces deux échantillons pour les analyses ultérieures. En outre, en plus des analyses globales portant sur l'ensemble de l'échantillon, nous effectuerons quelques analyses tenant compte de l'âge et du sexe des répondants, mais ces données doivent être considérées avec prudence en raison des petits effectifs repris dans les différents groupes ainsi comparés.

#### D) PRÉVALENCE DE CONSOMMATION DE DROGUES « AU COURS DE LA VIE »

Au total, 70,5% des détenus interrogés ont déclaré avoir consommé au moins une fois dans leur vie une ou plusieurs drogues autres que l'alcool. Lorsque l'on envisage la prévalence de consommation sur la vie par produit (voir tableau suivant), on constate que le cannabis est la substance qui a le plus souvent été expérimentée au sein de la population carcérale bruxelloise (67,2% des détenus interrogés en ont déjà consommé), suivi par la cocaïne (45,5%) et les benzodiazépines (31,3%). L'ecstasy et l'héroïne ont déjà été expérimentés par environ un quart des détenus interrogés, et les amphétamines ainsi que les opiacés de substitution par environ un cinquième d'entre eux.

Nous n'observons pas de différence significative entre les hommes et les femmes au niveau de l'indicateur global de prévalence sur la vie (69,9% *versus* 77,3% ;  $\chi^2=.53$  ;  $p>0,1$ ). Toutefois, si l'on se penche sur la prévalence sur la vie par produit, on observe certaines différences intéressantes qui, rappelons-le, doivent être considérées avec prudence en raison de la petitesse de l'échantillon de femmes. Plus précisément, il apparaît que les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir déjà expérimenté l'héroïne (59,1% *versus* 21,5% ;  $\chi^2=15.34$  ;  $p<0,001$ ), la cocaïne (72,7% *versus* 43,1% ;  $\chi^2=7.15$  ;  $p<0,01$ ), les opiacés substitutifs (45,5% *versus* 16,7% ;  $\chi^2=10.86$  ;  $p<0,01$ ) ainsi que les préparations artisanales (18,2% *versus* 4,5% ;  $\chi^2=7.18$  ;  $p<0,01$ ). Pour les autres produits, on n'observe pas de différences de consommation entre les hommes et les femmes.

**Tableau 16:** Prévalence de consommation de drogues au cours de la vie selon la tranche d'âge des détenus incarcérés dans les prisons bruxelloises, 2006-2008

	-26 ans (N=91)		26-35 ans (N=92)		+ 35 ans (N=85)		Total (N=268)		Chi <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Prévalence sur la vie d'usage de drogues (au moins 1 produit)</b>	73	80,2	62	67,4	54	63,5	189	70,5	6.55	<u>≤.05</u>
Cannabis	71	78,0	61	66,3	48	56,5	180	67,2	9.3	<u>≤.05</u>
Cocaïne/crack	41	45,1	40	43,5	41	48,2	122	45,5	0.4	>.1
Benzodiazépines	28	30,8	33	35,9	23	27,1	84	31,3	1.62	>.1
XTC	23	25,3	23	25,0	22	25,9	68	25,4	0.02	>.1
Héroïne	14	15,4	19	20,7	33	38,8	66	24,6	14.2	<u>≤.01</u>
Amphétamines/speed	17	18,7	18	19,6	21	24,7	56	20,9	1.12	>.1
Méthadone/Subutex	12	13,2	13	14,1	26	30,6	51	19,0	10.82	<u>≤.01</u>
LSD/champignons	10	11,0	17	18,5	19	22,4	46	17,2	4.16	>.1
Préparations artisanales	4	4,4	5	5,4	6	7,1	15	5,6	0.6	>.1
Autre	3	3,3	4	4,3	7	8,2	14	5,2	2.38	>.1

Ces différences particulièrement intrigantes sont contradictoires avec ce que l'on observe généralement dans les enquêtes dans la population générale ou dans des groupes spécifiques à l'extérieur de la prison, les hommes étant souvent plus nombreux à déclarer consommer ces produits. Elles pourraient s'expliquer de deux manières : 1) selon une première hypothèse, les femmes n'ayant jamais consommé en dehors de la prison s'initieraient plus que les hommes à l'usage de drogues en prison. Nous verrons plus loin que cette première hypothèse n'est pas confirmée par l'analyse des données de la présente enquête, puisque tous les détenu(e)s qui ont commencé à utiliser un nouveau produit en prison en avaient déjà consommé d'autres avant d'être incarcérés. 2) selon une deuxième hypothèse, les femmes toxicomanes seraient particulièrement surreprésentées en milieu carcéral, parce que les femmes auraient en général moins tendance que les hommes à commettre d'autres délits pouvant les amener à être privées de liberté. Cette hypothèse est partiellement étayée par le fait que la cause de la détention actuelle des femmes du présent échantillon est plus fréquemment (en tout ou en partie) liée à des faits de drogues que dans le cas des hommes, (50% *versus* 35,4%). Cette différence n'est toutefois pas statistiquement significative dans le cas de l'échantillon bruxellois, probablement en raison d'un manque de puissance statistique dû à la petitesse de l'échantillon. En effet, cette différence devient statistiquement significative si on fait une analyse sur l'ensemble des détenus interrogés en 2006 et 2008 sur tout le territoire belge ( $\text{Chi}^2=3.62$  ;  $p=0,05$ ).

En ce qui concerne les différences de consommation liées à l'âge, on peut constater dans le tableau précédent une diminution avec l'âge de la prévalence de consommation d'au moins une drogue sur la vie ( $\text{Chi}^2=6.55$  ;  $p<.05$ ). Autrement dit, les jeunes détenus ont davantage tendance que les détenus plus âgés à déclarer avoir déjà consommé une drogue autre que l'alcool. Plus spécifiquement, on observe un effet de l'âge au niveau de la prévalence d'usage sur la vie de cannabis, d'héroïne, et d'opiacés substitutifs. Dans le cas du cannabis, on constate que son expérimentation diminue avec l'âge des répondants, alors que c'est le pattern inverse que l'on observe pour les opiacés, à savoir une augmentation de leur expérimentation avec l'âge. Pour les autres produits, on n'observe pas de différences de consommation en fonction de la tranche d'âge des répondants.

La prévalence d'usage de drogues au cours de la vie (minimum 1 produit) n'est pas significativement plus importante parmi les personnes détenues en raison de faits liés aux drogues que parmi les autres détenus (67,6% *versus* 75,5% ;  $\text{Chi}^2=1.85$  ;  $p>0,1$ ). En revanche, elle est plus importante chez les personnes ayant déjà été incarcérées auparavant, et elle augmente avec le nombre d'incarcérations (jamais incarcéré : 48,9% ; incarcéré une fois : 73,4% ; incarcéré plus d'une fois : 87,3% ;  $\text{Chi}^2=36.18$  ;  $p<0,001$ ). Cette dernière donnée peut être interprétée de deux manières qui ne sont pas mutuellement exclusives : 1) les usagers de drogues ont tendance à multiplier les incarcérations ; 2) la prison est un lieu d'initiation à l'usage de drogues (nous verrons plus loin que cette hypothèse doit être quelque peu nuancée).

---

## E) PRÉVALENCE DE LA CONSOMMATION DE DROGUES EN PRISON (LORS DE L'ACTUELLE DÉTENTION)<sup>26</sup>

Environ 29% des détenus interrogés ont déclaré avoir déjà consommé une ou plusieurs drogues (à l'exception de l'alcool) au marché noir en prison, ce qui correspond à 41% des personnes ayant déclaré avoir déjà consommé au moins une fois dans leur vie un produit autre que l'alcool. Les produits qui sont le plus consommés au sein des murs de la prison sont, par ordre d'importance, le cannabis (26,1%), les benzodiazépines (9%), et, dans une

---

<sup>26</sup> Cette enquête ne s'intéresse pour l'instant qu'à la prévalence de l'usage de drogues en prison sans s'intéresser à la fréquence d'usage des différents produits, ni à la prévalence de l'usage problématique en prison. Cela a pour conséquence que les détenus qui ont consommé à une seule occasion un produit ne peuvent être distingués de ceux qui consomment ce même produit de manière régulière.

moindre mesure, la cocaïne (3,7%) et l'héroïne (3,7%). En moyenne, les détenus usagers en prison ont déclaré avoir consommé 1,74 produit lors de l'actuelle détention (minimum=1 et maximum = 9), la majorité ayant consommé un produit (59,7%) ou deux (27,3%).

Nous n'observons pas de différence de prévalence de consommation en prison entre les hommes et les femmes, que ce soit au niveau de la consommation « tous produit confondus » ( $\chi^2=1.74$  ;  $p>.1$ ) ou plus spécifiquement au niveau de la consommation de cannabis ( $\chi^2=0.40$  ;  $p>.1$ ) et de benzodiazépines ( $\chi^2=0.57$  ;  $p>.1$ ). En revanche, comme l'indique le tableau suivant, on observe une diminution avec l'âge (après 35 ans) de la prévalence de consommation de drogues en prison ( $\chi^2=7.47$  ;  $p<.05$ ). Cette différence s'observe au niveau de la consommation de cannabis, mais pas au niveau de la consommation de benzodiazépines (voir tableau suivant). A noter que nous n'avons pas exploré statistiquement les différences liées à l'âge et au sexe pour les autres produits, en raison du peu de personnes ayant déclaré les avoir consommé lors de l'actuelle détention.

**Tableau 17: Prévalence de consommation de drogues dans les prisons bruxelloises selon la tranche d'âge des détenus, 2006-2008**

	-26 ans (N=91)		26-35 ans (N=92)		+ 35 ans (N=85)		Total (N=268)		Chi <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Prévalence d'usage de drogues lors de l'actuelle détention (au moins 1 produit)</b>	31	34,1	31	33,7	15	17,6	77	28,7	<b>7.47</b>	<b>&lt;.05</b>
Cannabis	31	34,1	28	30,4	11	12,9	70	26,1	<b>11.52</b>	<b>&lt;.01</b>
Benzodiazépines	9	9,9	9	9,8	6	7,1	24	9,0	<b>0.55</b>	<b>&gt;.1</b>
Cocaïne/crack	/	/	/	/	/	/	10	3,7	/	/
Héroïne	/	/	/	/	/	/	10	3,7	/	/
Méthadone/Subutex	/	/	/	/	/	/	7	2,6	/	/
XTC	/	/	/	/	/	/	4	1,5	/	/
Préparations artisanales	/	/	/	/	/	/	4	1,5	/	/
Amphétamines/speed	/	/	/	/	/	/	3	1,1	/	/
LSD/champignons	/	/	/	/	/	/	2	0,7	/	/
Autre	/	/	/	/	/	/	0	0,0	/	/

Parmi les détenus ayant déclaré avoir consommé au moins un produit en prison (n=77), les raisons principalement évoquées pour justifier cet usage sont, par ordre d'importance : se relaxer (53,2%), oublier les problèmes (41,6%), par ennui (24,7%), pour réduire son agressivité (24,7%), ou encore par habitude de consommer des drogues (20,8%). On notera que les détenus n'ont jamais mentionné avoir été influencés par leurs codétenus, que ce soit pour se sentir appartenir à un groupe ou de manière plus coercitive.

Finalement, sur l'ensemble des personnes interrogées (n=268), près d'un détenu sur cinq (17,5%) a déclaré avoir rencontré des problèmes avec un détenu usager de drogues (vol, menaces physiques, pression pour donner de l'argent ou des effets personnels...) lors de la détention actuelle, ce pourcentage atteignant 34% pour les détenus ayant déclaré avoir consommé au moins un produit (autre que l'alcool) en prison. En outre, toujours durant l'actuel séjour en prison, 6% de tous les détenus (ce qui correspond à 10,5% des usagers d'au moins un produit en prison) ont déclaré avoir été victimes de violence liée au trafic de drogues. La présence de la drogue en prison est donc manifestement une source d'ennui pour une partie des détenus, qu'ils soient eux-mêmes usagers ou non.

## F) LE DÉBUT DE CONSOMMATION EN PRISON

Démarrer l'usage de nouveaux produits en prison peut être motivé par différentes raisons, probablement équivalentes à celles qui motivent l'usage de drogues en prison en général (voir plus haut). Au total, 9 % des détenus interrogés ont déclaré avoir commencé à consommer au moins un nouveau produit en prison (ce qui représente 31,2% des consommateurs de drogues en prison). Les produits les plus consommés pour la première fois en prison sont, par ordre d'importance, les benzodiazépines (4,9% des détenus), l'héroïne (3,4%), et le cannabis (2,6%). Notons toutefois que tous les détenus ayant consommé de nouveaux produits en prison avaient déjà consommé au moins une fois un produit illicite en dehors de la prison. En outre, les détenus concernés par l'initiation à un nouveau produit en prison n'ont jamais déclaré avoir été influencés par leurs co-détenus, que ce soit pour se sentir appartenir à un groupe ou de manière plus coercitive.

**Tableau 18: Découverte de produits en prison chez les détenus incarcérés dans les prisons bruxelloises, 2006-2008**

	Echantillon total (N=268)		Consommateurs d'au moins 1 produit en prison (N=77)	Initiation à au moins 1 produit en prison (N=24)
	n	%	%	%
Initiation à au moins 1 produit en prison	24	9	31.2	100
Benzodiazepines	13	4.9	16.9	54.2
Héroïne	9	3.4	11.7	37.5
Cannabis	7	2.6	9.1	29.2
Méthadone/Subutex	3	1.1	3.9	12.5
Préparations artisanales	3	1.1	3.9	12.5
Cocaïne/crack	2	0.7	2.6	8.3
Amphétamines/speed	1	0.4	1.3	4.2
XTC	1	0.4	1.3	4.2
LSD/champignons	1	0.4	1.3	4.2
Autre	0	0.0	0.0	0.0

Les détenus dont le séjour actuel en prison est inférieur à 1 an sont 28,6% à avoir « découvert » au moins un produit en prison, contre 33,3% des détenus ayant séjourné entre 1 et 3 ans, et 50% des détenus ayant séjourné plus de 3 ans. Cet effet de la durée de la détention sur la propension à découvrir de nouveaux produits en prison n'est toutefois pas significatif ( $\chi^2=1.2$  ;  $p>.1$ ), probablement en raison de la petitesse de l'échantillon, en particulier au niveau des détenus incarcérés depuis plus d'un an. En effet, cette analyse est clairement significative si on l'effectue sur l'ensemble des détenus interrogés ( $p<.001$ ). Enfin, les détenus qui ont découvert de nouveaux produits en prison en ont découvert en moyenne 1,7 (minimum : 1 et maximum : 9) et consommé en moyenne 2,13 (minimum : 1 et maximum : 9).

---

## G) COMPORTEMENTS À RISQUES LIÉS À L'USAGE DE DROGUES EN PRISON

### *Dettes consécutives à l'usage de drogues*

Il n'est pas rare que certains détenus contractent des dettes en raison de l'usage de drogues en prison, et qu'ils éprouvent des difficultés à les épurer. Ainsi, 11% des détenus à Bruxelles (n=8 ; non-réponses: 4) ayant consommé au moins un produit lors de l'actuelle incarcération ont déjà éprouvé des difficultés à payer les dettes contractées à cause de l'usage de drogues.

### *Overdose, demande d'aide et traitement de substitution*

Parmi les détenus ayant déclaré avoir consommé au moins un produit en prison, 11,1% (n=8 ; non-réponses: 5) ont mentionné avoir fait une overdose durant leur détention actuelle (ce qui représente 3% de l'ensemble des détenus). Environ 37% des détenus consommateurs en prison ont consulté un membre du service médical, du service psychosocial ou d'un service extérieur à la prison en raison de leur consommation (non-réponses : 5).

L'enquête révèle également qu'au moment de leur arrestation, 10,3% des détenus interrogés (n=263 ; non-réponses :5) suivaient un traitement de substitution à la méthadone ou au Subutex, et que 5,7% suivaient un autre type de traitement. Parmi les détenus qui suivaient un traitement de substitution à base de méthadone ou de Subutex à leur arrivée en prison (n=27), moins de la moitié (44,4%) ont poursuivi leur traitement en prison, 40,7% ont progressivement arrêté le traitement après quelques semaines, et 3 détenus (11,1%) ont été contraints d'interrompre le traitement sous avis médical ou l'ont arrêté spontanément. Enfin, 15,6% des détenus consommateurs de drogues en prison (n=77) mentionnent y avoir reçu une prescription de méthadone ou de Subutex, et 13% une autre médication de la part d'un médecin consulté en prison.

### *Comportement d'injection et partage de matériel usagé*

Environ 13% des détenus interrogés dans les prisons bruxelloises (n=268) ont déclaré s'être injecté de la drogue au moins une fois dans leur vie (ce qui représente 18% des détenus ayant déjà consommé au moins une fois un produit autre que l'alcool au cours de la vie). Parmi ces personnes ayant eu recours à l'injection au cours de la vie (n=34), 41,2% y ont eu recours durant le mois précédant leur incarcération, et 29,4% ont déjà partagé leur matériel d'injection en dehors de la prison.

L'enquête révèle également que 4 détenus ont eu recours à l'injection de drogues alors qu'ils étaient en prison, ce qui représente 1,5% de l'ensemble des détenus interrogés et 2,1% des détenus ayant déjà consommé de la drogue au cours de leur vie. Malgré le caractère anonyme de l'enquête, ce pourcentage pourrait être sous-estimé en raison du tabou qui entoure cette pratique. L'injection y est bien entendu pratiquée clandestinement, et donc bien souvent à l'aide de seringues récupérées dans les poubelles de l'infirmerie, voire même avec des seringues bricolées (fabriquées avec un stylo, etc.), qui sont bien souvent partagées et réutilisées à plusieurs reprises vu leur rareté. Ce constat est certainement d'application pour les autres ustensiles nécessaires à l'injection (cuillère, filtre, etc.).

Les prises de risques liés à l'injection sont donc maximisées en milieu carcéral en raison de la non-disponibilité du matériel, et ce indépendamment de la connaissance des risques liés au partage de matériel d'injection. Ainsi, 3 des 4 détenus ayant eu recours à l'injection en prison ont avoué avoir partagé leur matériel lors de leur dernière

injection, bien qu'ils précisent avoir désinfecté le matériel<sup>27</sup>. Ces 3 détenus qui ont pris le risque de partager du matériel d'injection connaissaient tous les dangers de contraction du VIH en cas de partage de seringues, mais un seul connaissait les risques liés au partage du matériel connexe (cuillère, eau, coton, etc.).

Plus généralement, **8,6%** des détenus interrogés **ignorent** les risques de contamination au VIH en cas de **partage** de seringues, et 29,5% ignorent ces mêmes risques en cas de partage du matériel connexe (ce qui correspond respectivement à 7,4% et 28% des détenus ayant au moins consommé un produit au cours de leur vie). Les risques de partage de matériel connexe sont toutefois surtout marqués dans le cas de l'hépatite C, et on regrettera que l'enquête ne questionne pas les détenus à ce sujet.

### *Tatouage et piercing*

Au total, 4,1% (n=11) des détenus interrogés dans les prisons bruxelloises en 2006 et 2008 ont eu recours au tatouage et 1,9% (n=5) au piercing durant l'actuelle incarcération. Ces pratiques ne sont actuellement pas autorisées et se font donc avec du matériel de fortune et dans des conditions d'hygiène (mais aussi de stress) parfois préoccupantes, car potentiellement contaminantes (VIH, hépatites, abcès...) et susceptibles d'occasionner des lésions plus ou moins graves (problème de cicatrisation, nécrose tissulaire...).

### *Rapports sexuels en échange d'argent et rapports sexuels non protégés*

Moins de 1% (n=2) des détenus interrogés ont déclaré avoir donné ou reçu de l'argent en échange de relations sexuelles durant leur détention actuelle. En outre, 3,7% (n=10) des détenus interrogés ont déclaré avoir eu des rapports sexuels durant cette période en dehors des visites dans l'intimité (autrement dit et supposément, avec un autre détenu ou un membre du personnel). Ce pourcentage est possiblement sous-estimé en raison du caractère tabou de la question. La moitié de ces détenus n'ont jamais utilisé de préservatif lors de ces rapports ; 20% y ont parfois recours, 20% en ont utilisé systématiquement, et 10% n'ont pas répondu à la question. En outre, s'ils ont tous apparemment<sup>28</sup> connaissance des risques de contraction du VIH en cas de rapport sexuels non protégés, 40% (n=4) ignorent que de tels risques existent en cas de fellation non protégée.

Plus généralement, cette enquête montre que 7,1% (n=19) des détenus ignorent les risques de contamination au VIH en cas de rapport sexuel non-protégé, tandis que 31,7% les ignorent en cas de fellation non protégée. En outre, elle révèle que près de **trois quart des personnes interrogées (73,5%) ignorent pouvoir demander un préservatif** au service médical, et que la grande majorité (93,1%) ne sait pas qu'il est possible d'en obtenir via la liste de la cantine.

---

<sup>27</sup> La désinfection du matériel usagé est une pratique qui diminue mais n'exclut pas les risques de contamination. Elle est toutefois vivement souhaitable en cas d'utilisation de matériel usagé.

<sup>28</sup> Le questionnaire comportait une série de questions de connaissance de type « Oui/Non/Je ne sais pas » en rapport avec les modes de transmissions du VIH/SIDA. Bien qu'en cas de non-connaissance des réponses correctes, les individus étaient invités à répondre « je ne sais pas », on ne peut exclure qu'un certain nombre d'entre eux ont choisi de répondre « oui » ou « non » au hasard ou tout au moins en devinant. Par conséquent, un haut taux de réponses correctes à une question ne signifie pas pour autant que tous les individus qui ont répondu correctement à la question connaissent véritablement la réponse, puisqu'une proportion indéterminée d'entre eux y a répondu correctement au hasard.

### Partage de brosse à dents ou de rasoir

Cette enquête révèle également que 8,6% (n=23) des détenus interrogés ont déjà partagé leur brosse à dents ou leur rasoir avec un autre détenu au cours de leur détention actuelle. L'enquête révèle également qu'un cinquième des détenus (20,9%) ne savent pas que ce type de partage comporte des risques concernant le VIH. Il est vrai que ce type de partage est moins problématique dans le cas du VIH que des hépatites. On peut donc déplorer que cette enquête n'aborde pas cette problématique sous l'angle des hépatites. Néanmoins, il n'y a pas de lien entre ce comportement à risques et le fait de savoir ou non que ce partage comporte des risques d'infection au VIH, puisque parmi les 23 détenus qui ont déclaré avoir partagé leur brosse à dents ou leur rasoir, la majorité (n=20) semble connaître les risques liés à ce partage. Autrement dit, ces détenus connaissent les risques, mais décident de ne pas en tenir compte ou n'ont pas les moyens d'en tenir compte en raison des conditions de leur détention.

## H) TEST DE DÉPISTAGE VIH/SIDA ET HÉPATITES EN PRISON ET EN DEHORS

Comme on peut le constater dans le tableau 19, **moins d'un quart** des détenus interrogés ont déclaré avoir déjà effectué un test de dépistage du VIH/SIDA ou des hépatites **en prison** (23,1% et 22%, respectivement).

**Tableau 19: Prévalence du dépistage VIH/SIDA et des hépatites dans les prisons bruxelloises ainsi que résultats des tests réalisés, 2006-2008**

	n	%
<b>Testé pour le VIH en prison (N=268)</b>		
Non	206	76,9
Oui	62	23,1
<b>Résultat du test VIH réalisé en prison (N=61, testés pour le VIH)</b>		
Je ne suis pas infecté	51	83,6
Je suis infecté	1	1,6
Je ne sais pas	9	14,8
Non-réponse	1	/
<b>Testé pour les hépatites en prison (N=268)</b>		
Non	209	78,0
Oui	59	22,0
<b>Résultat du test hépatites réalisé en prison (N=58, testés pour les hépatites)</b>		
Je ne suis pas infecté	33	56,9
Je suis infecté pour l'hépatite B	6	10,3
Je suis infecté pour l'hépatite C	6	10,3
Je suis infecté pour l'hépatite B et C	1	1,7
Je suis infecté mais je ne sais plus pour laquelle	2	3,4
Je ne sais pas	10	17,2
Non-réponse	1	/
<b>Vaccination contre l'hépatite B dans ou hors prison (N=265)</b>		
Non	115	43,4
Oui	73	27,5
Je ne sais pas	77	29,1
Non-réponse	3	1,1

Les résultats, tels que rapportés par les détenus qui ont effectué ces tests en prison, révèlent que, pour le VIH/SIDA, un seul détenu serait infecté, contre 22% (n=13) pour les hépatites. Notons qu'un certain nombre de détenus n'ont apparemment pas été mis au courant des résultats de ces tests (généralement négatifs lorsqu'ils ne sont pas communiqués). Enfin, un peu plus d'un quart des détenus interrogés (27,5%) auraient reçu un jour un vaccin contre l'hépatite B (pas de précision quant à savoir si ce vaccin a été fourni dans ou en dehors de la prison).

Les questions portant sur les pratiques de dépistage en dehors de la prison ne sont présentes que depuis la version 2008 du questionnaire. Comme on peut le voir sur le tableau 20, **la moitié** des détenus interrogés en 2008 ont déclaré avoir déjà effectué un test de dépistage du VIH/SIDA en dehors de la prison, et environ un tiers un test pour les hépatites. Les résultats, tels que rapportés par les détenus, révèlent que, pour le VIH/SIDA, un seul détenu serait infecté, contre 21% (n=10) pour les hépatites.

**Tableau 20: Prévalence du dépistage VIH/SIDA et des hépatites en dehors de la prison ainsi que résultats des tests réalisés, 2008**

	n	%
<b>Testé pour le VIH hors prison (N=136)</b>		
Non	66	46,5
Oui	68	50,0
Non-réponse	2	1,5
<b>Résultat du test VIH réalisé hors prison (N=68, testés pour le VIH)</b>		
Je ne suis pas infecté	64	94,1
Je suis infecté	1	1,5
Je ne sais pas	3	4,4
<b>Testé pour les hépatites hors prison (N=136)</b>		
Non	85	62,5
Oui	47	34,6
Non-réponse	4	2,9
<b>Résultat du test hépatites réalisé hors prison (N=47, testés pour les hépatites)</b>		
Je ne suis pas infecté	28	59,6
Je suis infecté pour l'hépatite B	2	4,3
Je suis infecté pour l'hépatite C	7	14,9
Je suis infecté pour l'hépatite B et C	0	0,0
Je suis infecté mais je ne sais plus pour laquelle	1	2,1
Je ne sais pas	5	10,6
Non-réponse	4	8,5

## I) CONCLUSIONS ET LIMITES DE L'ENQUÊTE

Il apparaît clairement dans cette enquête que la consommation de drogues n'est pas arrêtée ni même freinée par les murs de la prison. En effet, un peu moins d'un tiers des détenus interrogés ont déclaré avoir déjà consommé au moins une fois un produit autre que l'alcool au marché noir en prison. S'il n'y a pas de différence de genre au niveau de la prévalence de consommation de drogues en prison, on observe en revanche une diminution de cette prévalence avec l'âge (après 35 ans). Le cannabis est de loin la substance la plus

fréquemment citée, suivie par les benzodiazépines. Les autres produits sont apparemment consommés plus rarement.

Les raisons avancées pour justifier l'usage de drogues en prison sont multiples : relaxation, oubli des problèmes, ennui, baisse de l'agressivité, ou encore par habitude. Bien que les personnes interrogées n'ont jamais mentionné avoir été influencés dans leur consommation par leurs codétenus, près d'une sur cinq a déclaré avoir rencontré des problèmes avec un détenu usager de drogues (vol, menaces physiques, pression pour donner de l'argent ou des effets personnels...) lors de la détention actuelle, et 6% d'entre-elles ont déclaré avoir été victimes de violence liée au trafic de drogues.

Enfin, 9 % des détenus interrogés ont déclaré avoir commencé à consommer au moins un produit en prison, les produits les plus fréquemment découverts étant, par ordre d'importance, les benzodiazépines, l'héroïne, et le cannabis. Mais il importe de remarquer que tous les détenus ayant consommé de nouveaux produits en prison avaient au moins une fois déjà consommé un autre produit que l'alcool en dehors de la prison. On retiendra aussi que cette enquête ne s'est penchée que sur la prévalence de consommation, sans prendre en compte la fréquence d'usage des différents produits. Il est donc difficile de se faire une idée de la prévalence de la consommation problématique en prison, puisqu'on ne peut faire aucune distinction entre les détenus qui ont juste expérimenté un produit et ceux qui le consomment régulièrement.

En ce qui concerne les comportements à risques, ceux-ci sont bien évidemment maximisés en prison en raison des conditions d'enfermement, de clandestinité exacerbée, et de l'absence de matériel stérile. Ce qui est particulièrement préoccupant, c'est que la survenue de ces conduites à risques n'est généralement pas influencée par la connaissance des risques. Autrement dit, ces détenus semblent connaître les risques, mais décident de ne pas en tenir compte ou, plus vraisemblablement, n'ont pas les moyens d'en tenir compte.

Pour conclure, il faut rappeler que le taux de refus de participation à l'enquête était d'environ 15% en 2008 dans les prisons francophones (nous n'avons pas le pourcentage précis pour les prisons bruxelloises). Dans la mesure où l'on ne connaît rien des détenus ayant préféré ne pas y répondre, il n'est pas exclu que ceux-ci soient en fait majoritairement concernés par la problématique de la consommation de drogues en prison et des risques associés. Dans ce cas, les résultats de cette enquête sous-estimeraient la problématique de l'usage de drogues en prison. Une autre hypothèse pouvant également rendre compte d'une sous-estimation de la problématique est que certains détenus n'ont peut-être pas répondu honnêtement mais ont minimisé voire passé sous silence tout ce qui serait susceptible de leur porter préjudice en raison du caractère tabou de certaines questions, craignant un non-respect de l'anonymat de l'enquête. Le milieu carcéral est en effet propice au développement de pensées et conduites ultra-défensives, voire paranoïaques.

---

## 7. MILIEU DE VIE FESTIF

Il n'existe pas de données autres que celles issues des actions de terrain, qui seront présentées dans la section suivante.

## B. DONNÉES ISSUES DES ACTIONS DE TERRAIN

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 et utilisés avec prudence**. En revanche, et c'est tout leur intérêt, elles peuvent être considérées comme une première indication sur la problématique de l'usage de drogues dans ces groupes spécifiques, permettant de guider les actions des acteurs de terrain et de formuler des hypothèses de travail qui pourront être validées par des recherches ultérieures.

---

### 1. OPÉRATIONS BOULE DE NEIGE

Le principe des opérations BdN consiste à former en plusieurs séances (pour un total d'environ 15 heures) des consommateurs de rue (appelés « jobistes ») afin qu'ils puissent dispenser auprès de leurs pairs des messages de prévention sur le SIDA, les hépatites ainsi que d'autres risques liés à l'usage de drogues. L'intérêt de ces opérations est de permettre la transmission d'un message de prévention adapté à une catégorie de population très peu touchée (en raison de sa marginalité) par les campagnes et opérations de prévention classiques. La transmission d'informations de prévention et de réduction des risques entre le jobiste et l'usager se fait lors du remplissage d'un questionnaire abordant différents thèmes en lien avec l'usage de drogues.

Nous présentons ici le profil des usagers actifs ainsi que diverses caractéristiques de consommation et de prises de risque. Nous ne tenons pas compte ici des questionnaires récoltés en milieu **carcéral**, en raison de la différence de contexte tant du point de vue de la récolte des informations que des conditions de vie des répondants.

Les opérations BdN projet s'adressent principalement aux usagers « actifs », c'est-à-dire « qui ont déclaré avoir consommé un produit psychotrope autre que le tabac et l'alcool au cours des derniers mois ». Nous avons donc choisi de ne pas tenir compte des « non actifs », soit 29 répondants sur la période. La présentation des données qui suit porte par conséquent sur **394 des 408 questionnaires récoltés sur la période 2009-2012 (96,6%) en Région de Bruxelles-Capitale**.

---

#### A) PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE DU PUBLIC TOUCHÉ

Sur la période 2009-2012, les personnes touchées par les opérations Boule-de-Neige menées en rue en Région de Bruxelles-Capitale sont majoritairement des hommes (75,6%).

La moyenne d'âge des répondants est de 33,8 ans, la majorité des répondants (72,2%) ayant 30 ans ou plus. La catégorie des « 25 ans et moins » représente 11,8% des personnes interrogées sur cette période.

Bien que la majorité des répondants soient belges (60,1%), 19,3% proviennent d'un pays de l'Union Européenne, et 20,6% d'un pays situé en dehors de l'Union Européenne. Corollairement à la question sur la nationalité, il apparaît que 12,7% des répondants (n=385) n'ont pas de papiers d'identité valables en Belgique.

La majorité (74,2%) du public touché par les opérations BdN sur la période 2009-2012 présente un niveau d'études assez faible, à savoir qu'ils n'ont pas atteint un niveau supérieur au diplôme du secondaire inférieur. Plus précisément, 35,2% des répondants ont un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur, 17,2 % du primaire et 21,8 % aucun.

Un peu moins d'un quart des répondants (22,3%) ne sont pas en ordre de mutuelle.

En ce qui concerne les revenus des répondants, les sources les plus fréquemment mentionnées sont, par ordre d'importance, les allocations du CPAS/mutuelle/autres (34,3%), le chômage (27,7%), le travail non-déclaré (18%), et le travail déclaré (17,8%). Parmi les revenus « alternatifs », on retrouve la « manche » (12,7%), le vol (12,4%), le deal (9,4%), et la prostitution (6,9%). Bien évidemment, les répondants peuvent cumuler plusieurs sources de revenus. Ainsi, les 394 personnes interrogées ont en moyenne 1,53 sources de revenus différentes, la majorité en ayant une seule (56,3%) ou deux (23,4%).

La question sur le **logement habituel** offrait également aux répondants la possibilité de fournir plusieurs réponses. La majorité des répondants (77,4%) ont cité un seul lieu habituel, 11,9% ont cité deux lieux et 7,9% ont mentionné trois ou quatre endroits différents. La majorité des répondants (54,8%) vivent la plupart du temps dans leur logement propre. Environ un tiers (33%) vivent dans la famille ou chez des amis. Enfin, un peu plus d'un tiers (37,8%) ont mentionné des conditions de logement habituelles plus marginales (squat, rue, maison d'accueil ou autre).

Enfin, plus de la moitié des répondants sont célibataires (55,6%), et une grande majorité (82,3%) d'entre eux ont été en contact au moins une fois avec un travailleur social ou un médecin au cours de ces six derniers mois. En outre, un peu moins d'un cinquième (17,1%) de ces « consommateurs actifs » ont déclaré avoir déjà répondu au questionnaire Boule-de-Neige dans le passé, la prévention et la réduction des risques auprès de ces usagers étant un travail qui montre son efficacité dans la répétition.

Pour une vision détaillée de l'ensemble des caractéristiques sociodémographique du public touché par les opérations Boule-de-Neige menées en rue sur la période 2009-2012, nous invitons le lecteur à se référer au tableau 21.

Tableau 21: Caractéristiques des répondants (Opérations Boule-de-Neige Rue - Bruxelles- 2009-2012)

		n	%
<b>Sexe</b>		<b>386</b>	
	M	292	75,6
	F	94	24,4
<b>Non spécifié</b>		<b>8</b>	
<b>Age (ans)</b>		<b>388</b>	
	<18	9	2,3
	18-24	37	9,5
	25-29	62	16,0
	30-35	143	36,9
	+35	137	35,3
<b>Non spécifié</b>		<b>6</b>	
		N	%
<b>Nationalité</b>		<b>373</b>	
	Belge	224	60,1
	UE	72	19,3
	hors UE	77	20,6
<b>Non spécifié</b>		<b>21</b>	
<b>Dernier diplôme obtenu</b>		<b>372</b>	
	Aucun	81	21,8
	Primaire	64	17,2
	Secondaire inf.	131	35,2
	Secondaire sup.	56	15,1
	Supérieur ou universitaire	36	9,7
	Encore aux études	4	1,1
<b>Non spécifié</b>		<b>22</b>	
<b>En ordre de mutuelle</b>		<b>386</b>	
	Oui	300	77,7
	Non	86	22,3
<b>Non spécifié</b>		<b>8</b>	
<b>Sources de revenus*</b>		<b>394*</b>	
	CPAS, mutuelle, allocations diverses	135	34,3
	Vol	49	12,4
	Deal	37	9,4
	Chômage	109	27,7
	"Manche"	50	12,7
	Prostitution	27	6,9
	Famille/amis	28	7,1
	Travail déclaré	70	17,8
	Travail non déclaré	71	18,0
	Autre (encore aux études, etc.)	24	6,1
<b>Logement (pour la nuit)*</b>		<b>394*</b>	
	Logement personnel	216	54,8
	Chez des amis/dans la famille	130	33,0
	En squat	56	14,2
	En rue	36	9,1
	En maison d'accueil	41	10,4
	Autres (abri de nuit, ...)	16	4,1
<b>Vie affective</b>		<b>336</b>	
	En couple	139	41,4
	Célibataire	197	55,6
<b>Non spécifié</b>		<b>18</b>	
<b>Contact avec travailleur social/médecin</b>		<b>351</b>	
	Oui (les 6 derniers mois)	289	82,3
	Aucun (les 6 derniers mois)	62	17,7
<b>Non spécifié</b>		<b>3</b>	

\*Plusieurs réponses possibles. Pourcentage calculé sur le nombre total et "consommateurs actifs" qui ont répondu au questionnaire (N=394).

## B) PROFIL DE CONSOMMATION DES USAGERS DE DROGUES

En ce qui concerne le profil de consommation des usagers de drogues ayant répondu au questionnaire sur la période 2009-2012, on peut constater dans le tableau 22 que les produits les plus consommés au cours du dernier mois sont, par ordre d'importance, **l'alcool** (76,6%), **la cocaïne** (69,8%), **l'héroïne ou dérivés** (67,5%), et le **cannabis** (57,4%). La méthadone illégale et les médicaments non-prescrits ont été cités par un peu moins d'un tiers des répondants (31% et 27,7%, respectivement). On notera finalement que le phénomène de **polyconsommation** est particulièrement marqué chez ces usagers, les répondants ayant déclaré avoir consommé en moyenne quasiment **4 produits** différents au cours du **dernier mois**. A noter que ces données ne nous renseignent pas sur la fréquence d'usage des différents produits : elles nous indiquent juste, pour chaque produit, le pourcentage d'usagers ayant déclaré en avoir consommé au moins une fois au cours du dernier mois.

Tableau 22: Profil de consommation au cours du dernier mois (Opérations Boule-de-Neige Rue - Bruxelles- 2009-2012)

Produits consommés par les UD*	n	%
Alcool	302	76,6
Héroïne, opium ou dérivé	266	67,5
Cocaïne	275	69,8
Cannabis	226	57,4
Méthadone illégale	122	31,0
Médicaments non prescrits	109	27,7
Ecstasy/MDMA	62	15,7
Speed/Amphétamines	69	17,5
Champignons hallucinogènes	39	9,9
Subutex illégal	29	7,4
LSD	29	7,4
Solvant	14	3,6
Kétamine	7	1,8
GHB	6	1,5
Autre produit	9	2,3
Consommation d'un seul produit (alcool compris)	28	7,1
Consommation de deux produits (alcool compris)	89	22,6
Consommation de trois produits ou + (alcool compris)	277	70,3
Moyenne des produits consommés	3,95	

\*UD: usagers d'au moins un produit (hors alcool) au cours du dernier mois (N=394).

Plus de la moitié (63%) des répondants (n=370) ont déclaré suivre au moment de l'enquête un traitement de **substitution prescrit**. Ces patients suivaient principalement un traitement à la **méthadone** (89,7%), et plus rarement un traitement à base de Subutex (6,9%), de Suboxone (1,7%).

Enfin, un peu plus d'un quart (27,5%) des répondants (n=374) a déclaré avoir déjà fait une **overdose**.

---

## C) MODES DE CONSOMMATION DES PRODUITS

Les opérations Boule-de-neige sensibilisent les usagers de drogues notamment aux risques du partage de matériel d'injection et de sniff. Par la même occasion, nous récoltons des données qui permettent d'estimer la fréquence de ces pratiques à l'aide de quelques questions spécifiques.

Comme on peut le voir sur le tableau 23, sur la période 2009-2012, plus de la moitié des répondants (59,4%) a déjà eu recours à l'**injection** au cours de leur vie. L'injection au cours des 6 derniers mois concernent un peu plus de la moitié des répondants (52,8%). Finalement, un peu plus d'un tiers des répondants (37,3%) a déclaré avoir eu recours à l'injection au cours du dernier mois. On n'observe pas de différences significatives entre hommes et femmes au niveau du recours à l'injection, quelle que soit la période de consommation considérée (au cours de la vie, des 6 derniers mois, ou du dernier mois).

Le recours au sniff au cours des 6 derniers mois concerne quant à lui également un peu plus de la moitié des répondants (59,4%).

**Tableau 23:** Profil des répondants en fonction de leur mode de consommation de psychotropes hors tabac et alcool (Opérations Boule-de-Neige Rue - Fédération Wallonie-Bruxelles 2009-2012)

<b>Au cours de leur vie, ont eu recours:</b>	<b>n</b>	<b>%*</b>
- à l'injection	234	59,4
<b>Au cours des 6 dernier mois, ont eu recours :</b>		
- au sniff	234	59,4
- à l'injection	208	52,8
<b>Au cours du dernier mois, ont consommé au moins un produit psychotrope (autre que le tabac ou l'alcool) :</b>		
- injection	147	37,3

\* Pourcentage calculé sur le nombre total d'usagers de drogues (N=394).

---

## D) RISQUES LIES AU MATERIEL D'INJECTION CHEZ LES USAGERS DE DROGUES PAR INJECTION ET CONNAISSANCES DES COMPTOIRS D'ECHANGE DE SERINGUES (UDI)

Si on se focalise sur les répondants ayant déclaré avoir eu recours à l'injection au cours du derniers mois (UDI actifs), on peut constater dans le tableau 24 que les comportements à risque persistent parmi certains usagers rencontrés en rue, surtout en ce qui concerne l'utilisation de matériel connexe d'injection usagé appartenant à une autre personne (25,9%), et dans une moindre mesure également au niveau de l'utilisation de seringue usagée appartenant également à une autre personne (12,9%). Une importante proportion des UDI sont également enclins à prêter leurs seringues (23,1%) ou matériel usagé (32,7%).

**Tableau 24:** Comportements à risque au cours des 6 derniers mois, parmi les UDI actifs rencontrés en rue Opérations Boulevard-Neige Rue - Bruxelles 2009-2012 - N=147)

Utilisation d'une seringue usagée d'une autre personne	12,9%
Utilisation d'une seringue trouvée en rue	1,4%
Utilisation de matériel usagé d'une autre personne ou trouvé en rue	25,9%
Prêt d'une seringue usagée à une autre personne	23,1%
Prêt de matériel usagé à une autre personne	32,7%

Parmi ceux qui ont répondu à la question (n=117), une grande majorité des UDI (82,9%) ont déclaré connaître au moins un comptoir d'échange de seringues.

Sur les 95 UDI ayant répondu à la question, plus de la moitié (55,8%) se sont « souvent ou toujours » procuré leurs seringues dans un comptoir d'échange, alors que 9,5% ne s'en sont « jamais » procurés et 33,7% « parfois ».

Finalement, on remarque que les femmes UDI sont plus enclines à avoir utilisé la seringue usagée d'une autre personne au cours des 6 derniers mois (25% *versus* 10,8% ; p=0,04), alors que l'on n'observe pas de différence de genre au niveau de l'utilisation du matériel connexe usagé (27% *versus* 26,9%).

Il convient de garder à l'esprit au terme de ces analyses que nous n'avons pas d'information sur la fréquence de ces prises de risque.

---

#### E) CONNAISSANCE DES RISQUES DE TRANSMISSION DE L'HEPATITE C ET DU VIH

Le tableau 25 reprend des questions « connaissances » relatives aux risques de transmissions de l'hépatite C et du VIH. Nous ne rapportons que les effectifs et pourcentages des personnes qui ont répondu correctement (à savoir « oui » à chacun de ces questions). Les pourcentages restant (non repris dans le tableau) comprennent les personnes qui ont répondu incorrectement (« non ») ainsi que celles qui ont répondu qu'elles ne savaient pas.

Ce tableau montre assez clairement que les niveaux de connaissance des usagers par rapport aux risques et modes de contamination au VIH et à l'hépatite C ne sont pas suffisants, en particulier en ce qui concerne le partage du matériel de sniff, de matériel connexe d'injection et, dans une moindre mesure, le partage de matériel de tatouage et de piercing.

**Tableau 25: Connaissance des risques de contamination à l'hépatite C et au VIH (Opérations Boule-de-Neige - Bruxelles 2009-2012 – N=394)**

	n	%
<b>Face au virus de l'hépatite C, il y a un risque de contamination lors de/du :</b>	<b>OUI</b>	
Partage d'une seringue	341	86,5
Partage de filtres, cuillères, eau, coton, garrot pour injection	233	59,1
Partage de matériel de piercing et de tatouage	285	72,3
Partage de pailles de sniff	171	43,4
<b>Face au virus du VIH/Sida il y a un risque de contamination lors de/du :</b>	<b>OUI</b>	
Partage d'une seringue	335	85,0
Partage de filtres, cuillères, eau, coton, garrot pour injection	235	59,6
Partage de matériel de piercing et de tatouage	294	74,6
Rapports sexuels anaux/vaginaux non protégés	325	82,5

Remarque : le matériel est non stérile

Dans le tableau 26, nous présentons les pourcentages de réponses correctes aux mêmes questions de « connaissances » mais uniquement chez les usagers de drogues par injection actifs (ceux ayant eu recours à l'injection au cours du derniers mois). On ne remarque pas de différences marquantes par rapport à ceux observés sur l'ensemble des personnes interrogées sur la période 2009-2012.

**Tableau 26: Connaissance des risques de contamination à l'hépatite C et au VIH chez les UDI (Opérations Boule-de-Neige - Bruxelles 2009-2012 – N=147)**

	n	%
<b>Face au virus de l'hépatite C, il y a un risque de contamination lors de/du :</b>	<b>OUI</b>	
Partage d'une seringue	132	89,8
Partage de filtres, cuillères, eau, coton, garrot pour injection	86	58,5
Partage de matériel de piercing et de tatouage	110	74,8
Partage de pailles de sniff	61	41,5
<b>Face au virus du VIH/Sida il y a un risque de contamination lors de/du :</b>	<b>OUI</b>	
Partage d'une seringue	125	85,0
Partage de filtres, cuillères, eau, coton, garrot pour injection	86	58,5
Partage de matériel de piercing et de tatouage	107	72,8
Rapports sexuels anaux/vaginaux non protégés	113	76,9

Remarque : le matériel est non stérile

Ces niveaux de (mé-)connaissance pour certaines questions pourraient expliquer pourquoi certains usagers continuent de prendre des risques en partageant, par exemple, du matériel d'injection ou des seringues. Des analyses supplémentaires montrent en effet que les pourcentages d'UDI ayant effectué un partage de seringues ou de matériel d'injection au cours des 6 derniers mois sont légèrement plus élevés parmi ceux qui ne connaissent pas les risques liés à ce type de partage. On n'observe toutefois pas de corrélation de ce type au sein du présent échantillon, la connaissance des risques n'ayant pas d'influence manifeste sur les comportements de prises de risques tels qu'estimés au travers du présent questionnaire.

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

---

## 2. ANALYSE DES DONNÉES RÉCOLTÉES DE 2005 À 2011 EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE DANS LE CADRE DU PROJET DROGUES RISQUER MOINS

---

### A) INTRODUCTION, CONTEXTE DE RÉCOLTE DES DONNÉES

L'équipe de Modus Vivendi intervient dans le milieu festif bruxellois dans le cadre du projet Drogues Risquer Moins (DR-) qui vise la Réduction des Risques (RdR) liés à l'usage de drogues en festivals, soirées, boîtes de nuit, et événements divers liés à la fête par le biais d'actions d'information et de sensibilisation, etc.). L'objectif principal est de **fournir aux consommateurs les moyens** d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé en les responsabilisant par rapport aux risques liés à la consommation de produits psychotropes (risques pour soi-même mais également risques pour autrui), et en les informant sur les différents moyens qui permettent de réduire ces risques.

Les actions de RdR déployées dans le cadre du projet DR- s'articulent notamment autour d'un stand d'information et de sensibilisation. Y sont disposés un ensemble d'outils de prévention et de réduction des risques, tels que des brochures sur les différents produits ainsi que sur les maladies sexuellement transmissibles, des adresses locales d'aide et de dépistage, des préservatifs, du lubrifiant, etc. Par ailleurs, les intervenants socio-sanitaires tiennent et animent le stand, en en faisant un lieu d'accueil, de dialogue et d'information attractif et dynamique.

L'entrée en contact avec le public se fait généralement<sup>29</sup> à l'aide d'un questionnaire, principalement constitué de questions fermées à choix multiples, et qui est le plus souvent complété par la personne-même. Ce questionnaire constitue à la fois d'outil de contact/sensibilisation et de récolte d'informations.

---

<sup>29</sup>La méthode d'entrée en contact avec les personnes fréquentant les événements n'est pas toujours identique d'un événement à l'autre, certains contacts se réalisent de manière plus proactive (par exemple, lors d'un festival, en circulant sur les sites de concerts), d'autres moins ou pas du tout. Ces variantes sont liées à la variété des contextes dans lesquels Modus Vivendi intervient et à l'absence (voulue) de standardisation des méthodes d'entrée en contact.

---

## B) LIMITES DES ANALYSES ET MISE EN GARDE

Le public touché pour les actions DR-est constitué de consommateurs et de personnes envisageant de consommer, mais également de personnes interpellées par les problématiques de consommation (proches de consommateurs, personnes exerçant une profession en lien avec ces problématiques, etc.), de personnes désireuses d'obtenir un préservatif, et enfin de personnes activement sollicitées par un des travailleurs du stand. Les répondants au questionnaire sont donc issus de ce public. L'échantillon qu'ils constituent n'est donc pas homogène. Par ailleurs, aucune méthode scientifique et standardisée de recrutement des répondants n'est utilisée. **L'échantillon n'est donc en aucune manière représentatif ni de l'ensemble des milieux festifs, ni de la population présente lors des événements couverts, ni même des consommateurs de produits psychotropes.**

En outre, comme nous le verrons plus loin, un certain nombre de personnes (environ 20% des répondants) ont déjà rempli le questionnaire lors d'un événement précédent (mais pas forcément sur la même année). Nous n'avons pas exclu ces « doublons » des analyses, d'une part parce que la possibilité de les identifier n'est présente que depuis la version 2007 du questionnaire, et d'autre part parce que les comportements de consommation ainsi que les prises de risques associées, qui constituent la cible des actions de RdR en milieu festif, ne sont pas figés dans le temps et peuvent donc évoluer chez une même personne. Il paraît donc justifié de les prendre en compte, malgré le biais que leur présence pourrait engendrer au niveau de l'estimation des pourcentages<sup>30</sup>.

De manière générale, malgré leur intérêt incontestable, les données que nous allons présenter n'ont donc pas la prétention de répondre aux exigences des études scientifiques, principalement en raison :

- 1) de l'absence de méthodes d'échantillonnage ;
- 2) de modes de récolte des données peu ou pas standardisés;
- 3) d'outils de récolte non validés scientifiquement;
- 4) de l'utilisation de deux questionnaires légèrement différents entre la période 2005-2006 et 2007-2011 ;
- 5) de la présence de doublons (personnes ayant remplis à plusieurs reprises le questionnaire) ;
- 6) de la fluctuation dans le temps des types d'événements couverts, rendant plus difficilement interprétables les évolutions constatées au niveau des réponses au questionnaire.

Les résultats qui vont être présentés ici doivent donc être considérés comme **une première indication sur la problématique de l'usage de drogues en milieu festif**, permettant de formuler des hypothèses de travail qui pourraient être validées par des protocoles de recherche spécifiques.

---

<sup>30</sup> Il est difficile de déterminer l'impact sur les analyses de la présence de « doublons » (personnes ayant complété plusieurs fois le questionnaire au cours de différents événements et au fil des ans) au sein de l'échantillon, car cet impact peut varier en fonction de paramètres que nous ne connaissons pas. Ainsi, si la présence de doublons est le fruit du hasard (absence de biais de sélection), il ne devrait pas y avoir véritablement d'impact sur les résultats car ces doublons devraient logiquement se distribuer au hasard sans affecter les proportions de réponses aux différentes questions. En revanche, si la présence de doublons traduit un biais de sélection, il est possible que les résultats soient biaisés dans le sens d'une exagération de certaines tendances. Par exemple, on ne peut pas exclure que certaines personnes qui consomment fréquemment des drogues aient davantage apprécié le contact avec le stand que les non-usagers, et qu'elles soient par la suite enclines à rechercher ce contact lorsqu'elles constateront la présence d'un stand lors d'un événement.

---

## C) PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES ET STATISTIQUES

En ce qui concerne les analyses statistiques, nous avons eu recours à différents tests (Test du Chi<sup>2</sup>, test du t de Student, analyse de variance) afin de déterminer si les différences identifiées en fonction du genre et de l'âge des répondants sont statistiquement significatives. Le seuil de significativité a été fixé à une valeur de p égale ou inférieur à 0,05<sup>31</sup>. Dans le cas des tests de Chi<sup>2</sup> portant sur un tableau de contingence plus grand que 2x2 (4 cellules), dans la mesure où le test porte sur l'entièreté de la table, il n'est pas possible de savoir précisément à quel(s) contraste(s) de cellules la différence observée est essentiellement due. Nous avons cependant commenté plus finement ces différences, en identifiant visuellement les contrastes les plus marqués. Prenons l'exemple de l'influence de l'âge sur la consommation des différents produits au cours de l'événement. Pour chaque produit, on se retrouve avec une table de contingence 2 (consommé *versus* non consommé) x 5 (cinq tranches d'âge) sur laquelle sera appliqué un test de Chi<sup>2</sup>. Ce test nous informera si l'âge a globalement un effet sur la consommation des produits, mais il ne nous renseignera pas le poids de chaque contraste de cellules (c'est-à-dire de chaque comparaison de tranches d'âge) dans la significativité de l'effet.

Sauf mention contraire, les non-réponses ont systématiquement été exclues dans l'estimation des pourcentages et dans l'utilisation des tests statistiques.

Enfin, dans le cas des variables pour lesquelles des comparaisons de groupes ont été effectuées (pour prendre en compte le genre et l'âge des répondants), les pourcentages ont été calculés de manière intra-groupe de manière à rendre les comparaisons entre groupe possibles.

Les données ont été encodées via le logiciel Epi Info version 3.5.1 et analysées avec SPSS 17.

---

## D) DESCRIPTION D'ÉCHANTILLON

De 2005 à 2011, 1605 questionnaires ont été récoltés en région de Bruxelles-capitale au cours d'événements festifs répartis tout au long de l'année (avec toutefois une récolte un peu plus importante entre mars et juin). Dans le tableau suivant sont présentés les nombres de questionnaires récoltés par année.

**Tableau 27: Nombre et pourcentage de questionnaires récoltés par année lors des actions DR- en Région de Bruxelles-capitale (2005-2011)**

	N	%
2005	47	2,9
2006	410	25,5
2007	249	15,5
2008	327	20,4
2009	272	16,9
2010	168	10,5
2011	132	8,2
Total	1605	100,0

---

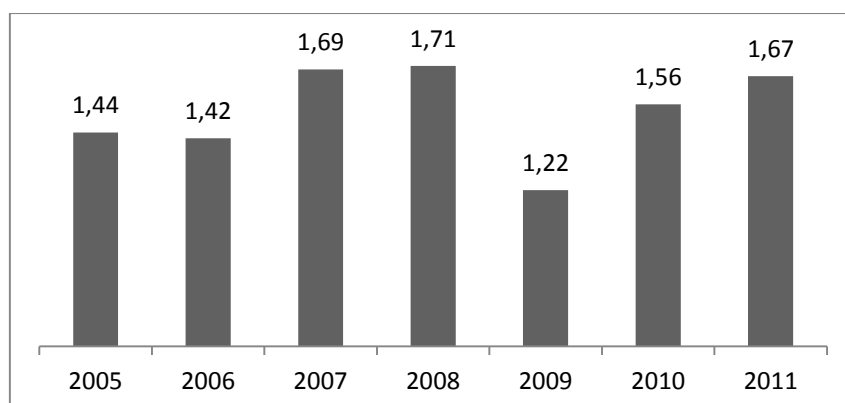
<sup>31</sup> Cette valeur signifie qu'on a une probabilité p que la différence observée soit due au hasard de l'échantillonnage et qu'elle ne reflète pas une véritable différence populationnelle.

## E) DESCRIPTION DU PUBLIC

- **Genre**

La majorité du public interrogé sur la période 2005-2011 est constitué d'hommes (60,1% contre 39,9% de femmes ; 16,1% de non réponses). Le ratio hommes-femmes est légèrement fluctuant au cours de la période investiguée (variant de 1,22 à 1,71), en particulier en 2009. Il est possible que ces fluctuations ne reflètent que les aléas de l'absence de méthode d'échantillonnage.

Figure 21: Sexe ratio par année du public rencontré lors des actions DR- en Région de Bruxelles-capitale (2005-2011)



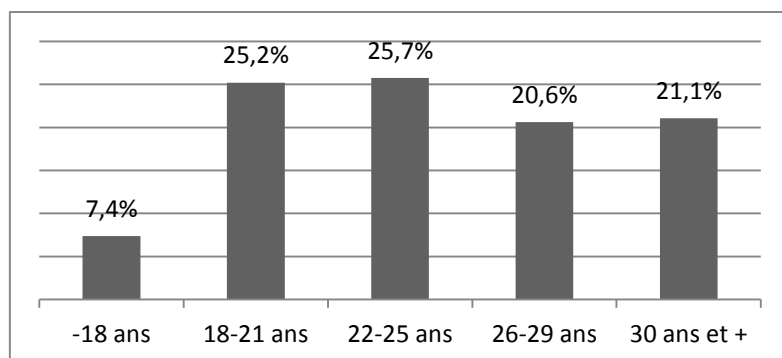
- **Age**

La moyenne d'âge des personnes ayant complété le questionnaire est de 25,4 ans (médiane : 24 ans), l'âge des personnes interrogés s'étendant de 12 ans à 79 ans. En regroupant par tranche d'âge<sup>32</sup> (voir Figure 22), on s'aperçoit que la tranche des moins de 18 ans est particulièrement sous-représentée, probablement en raison du fait que certains lieux festifs ont un accès limité aux personnes majeures, et que l'on touche légèrement plus les moins de 25 ans (58,3%) que les plus de 25 ans (41,7%).

---

<sup>32</sup>Les classes d'âge ont été délimitées de cette manière afin d'obtenir des groupes d'âge relativement homogène en termes d'effectif (ce qui nous permettra de réaliser de manière fiable des analyses supplémentaires qui tiennent compte de l'âge des répondants), tout en prenant en compte certaines spécificités liées à l'âge. Ainsi, nous avons conservé la classe d'âge des moins de 18 ans, malgré une nette sous-représentation, parce que les personnes mineures ont un statut particulier au regard de la loi et parce que leur développement biologique n'est pas encore parachevé (en particulier la maturation cérébrale).

Figure 22: Répartition par tranche d'âge du public rencontré lors des actions DR- en Région de Bruxelles-capitale (2005-2011)



Nombre de non-réponses : 86 (5,4%)

Cette répartition est relativement instable au cours de la période 2005-2011, les variations pouvant aller jusqu'à 16% d'une année à l'autre pour certaines tranches d'âge. En d'autres termes, ces différentes catégories d'âge ne sont pas représentées de manière équivalente d'année en année. Néanmoins, les moyennes d'âges sont relativement comparables d'une année à l'autre ( $F=2,0$  ;  $p>0,05$ ), hormis en 2011, année pour laquelle la moyenne d'âge est un peu plus élevée que pour les autres années (27 ans *versus*  $\pm 25$  ans). A nouveau, il est possible que ces fluctuations soient dues à l'absence de méthode d'échantillonnage standardisée.

- **Nationalité**

La majorité des répondants (91,3%) sont de nationalité belge et 6,6% des répondants sont de nationalité française (non-réponses : 6,5%). Les autres nationalités sont représentées de manière beaucoup plus marginale au sein de l'échantillon (2,1%).

- **Lieu de Résidence**

La provenance des répondants a été déterminée sur base du code postal de leur lieu de résidence. La majorité des répondants (63,8%) proviennent de la région de Bruxelles-capitale. Près d'un tiers (30,8%) proviennent de communes belges situées en dehors de la région de Bruxelles-capitale, et une petite minorité (5,4%) peuvent être considérés comme des « touristes » parce qu'ils résident en dehors de la Belgique.

Tableau 28: Provenance du public rencontré lors des actions DR- en Région de Bruxelles-capitale (2005-2011)

	N	%
Bruxelles-capitale	852	63,8
Hors Bruxelles-capitale	411	30,8
Hors Belgique	73	5,4
Total	1336	100,0

Nombre de non-réponses : 269 (16,8%)

- **Remplissage antérieur du questionnaire**<sup>33</sup>

Environ 20% des personnes ayant complété le questionnaire ont déclaré l'avoir déjà rempli lors d'un autre événement festif. Le pourcentage de répondants l'ayant déjà complété auparavant est assez stable au cours de la période 2007-2011. Notons que nous n'avons pas les moyens de distinguer les personnes qui l'ont complété deux fois au cours de la même année de celles qui l'ont complété lors d'une année antérieure.

---

## F) CONSOMMATION DES DIFFÉRENTS PRODUITS

- **Consommations rapportées**

La consommation de psychotropes telle que rapportée par les répondants a été évaluée en fonction de trois « périodes » de consommation : « au cours de la vie », « au cours des quatre dernières semaines » et « au cours de l'événement ». Les chiffres que nous présentons ici sous-estiment probablement la consommation « au cours de l'événement », dans la mesure où nous ne savons pas à quel moment de l'intervention le questionnaire a été complété. Nous pouvons en effet supposer que certains répondants ont répondu au questionnaire avant de consommer, et sans qu'il en soit par conséquent fait mention dans leurs réponses.

Comme l'illustre le tableau 29, quelle que soit la « période » de consommation considérée, ce sont systématiquement l'alcool, le cannabis et le tabac qui enregistrent les pourcentages de consommation les plus élevés. Les autres produits les plus cités sont la cocaïne, le speed/amphétamines, les champignons hallucinogènes (hormis au cours de l'événement), et l'ecstasy/MDMA.

---

<sup>33</sup>La question de savoir si les personnes interrogées avaient déjà rempli le questionnaire précédemment (lors d'un événement festif antérieur) n'est présente que depuis la version 2007 du questionnaire. Les pourcentages que nous rapportons ici pour cette question ne portent donc que sur la période 2007-2011.

Tableau 29: Produits consommés par les personnes rencontrées lors des actions DR- en Région de Bruxelles-capitale (2005-2011)

	Consommation au cours de la vie (N=1605)		Consommation au - cours des 4 dernières semaines (N=1605)		Consommation au cours de l'événement (N=1605)	
	n	%	n	%	n	%
Alcool	1536	95,7	1248	77,8	1044	65,0
Cannabis	1337	83,3	879	54,8	547	34,1
Tabac	1280	79,8	880	54,8	757	47,2
Champignons hallucinogènes	849	52,9	177	11,0	39	2,4
Cocaïne	832	51,8	298	18,6	98	6,1
Speed/amphétamines	806	50,2	413	25,7	251	15,6
XTC/MDMA	798	49,7	327	20,4	147	9,2
LSD	591	36,8	140	8,7	36	2,2
Benzodiazépines	432	26,9	130	8,1	45	2,8
Héroïne, méthadone, opium...	382	23,8	73	4,5	23	1,4
Crack, free-base	379	23,6	77	4,8	16	1,0
Colles/solvants	366	22,8	55	3,4	18	1,1
Kétamine	318	19,8	58	3,6	19	1,2
GHB	305	19,0	54	3,4	16	1,0

Note : % calculé à partir de l'ensemble des personnes ayant répondu au questionnaire

L'ordre d'importance de consommation des produits varie quelque peu en fonction de la « période » de consommation considérée, en particulier lorsque l'on compare la consommation au cours de l'événement à celle observée pour les deux autres périodes. Ce constat s'explique simplement par le fait que la période « au cours de l'événement » ne capte que la consommation en milieu festif alors que les autres périodes ne sont pas restrictives en termes de lieux de consommation. Or certains produits peuvent être plus ou moins compatibles avec un usage en milieu festif. Par exemple, l'XTC/MDMA est cité à la cinquième place « au cours de l'événement » alors qu'il n'est cité qu'en septième position « au cours de la vie ». Inversement, les champignons hallucinogènes sont cités en quatrième position « au cours de la vie » alors qu'ils n'apparaissent qu'en huitième position « au cours de l'événement ».

- **Polyconsommation**

Les risques socio-sanitaires sont généralement maximisés, toute chose égale par ailleurs, en cas de consommation combinée de plusieurs produits, car les effets de certaines substances peuvent interagir et se potentialiser. Afin d'évaluer la prise de risques liée au « mélange » de produits, nous avons comptabilisé le nombre de produits consommés par les répondants au -cours de l'événement<sup>34</sup>. Le tableau suivant montre que

<sup>34</sup>Par consommation combinée, nous faisons ici référence à la consommation de plusieurs produits au cours du même événement, et non pas uniquement à la consommation simultanée de plusieurs produits (tel que par exemple le *speedball*, mélange de cocaïne et d'héroïne). Dans la mesure où le questionnaire ne nous permet que d'identifier les produits ayant été consommés au cours de l'événement, la polyconsommation ainsi définie est probablement surestimée, car un même événement a parfois pu durer de nombreuses heures, voire plus d'un jour pour certaines personnes (dans le cas de festival), avant le remplissage du questionnaire : les effets d'un produit ayant donc pu parfois disparaître avant la consommation d'un autre. Inversement, une sous-estimation peut également opérer sur ces données en raison du fait que certaines personnes

la consommation de plusieurs produits (hors tabac) au cours d'un événement est fréquente puisqu'elle concerne environ 41% des répondants. Bien que la majorité des répondants (55,2%) se limitent à la consommation d'un seul ou de deux produits, une portion non négligeable (17,4%) mentionnait avoir consommé trois produits ou plus au moment du remplissage du questionnaire.

**Tableau 30: Caractéristiques de la consommation au cours de l'événement chez les personnes (N=1605) rencontrées lors des actions DR- en Région de Bruxelles-capitale (2005-2011)**

	Total	
	n	%
Au moins un produit hors tabac	1165	72,6
Au moins un produit hors tabac et alcool	717	44,7
Au moins un produit illégal*	697	43,4
Au moins un produit illégal hors cannabis	388	24,2
Consommateurs de stimulants**	362	22,6
Consommateurs d'hallucinogènes***	76	4,7
Consommation d'un produit (alcool compris, hors tabac)	514	32,0
Consommation de deux produits (alcool compris, hors tabac)	372	23,2
Consommation de trois produits ou plus (alcool compris, hors tabac)	279	17,4
Moyenne des produits consommés (hors tabac) chez les consommateurs d'au moins un produit hors tabac	1165	1,98

Sur l'ensemble des personnes interrogées, on observe que le nombre moyen de produits consommés au cours de l'événement est de 1,44. Cette moyenne est de 1,98 produits (min: 1, max : 13) si on exclut les personnes qui n'ont consommé que du tabac ou aucun produit<sup>35</sup>.

- **Evolution de la consommation au cours de l'événement**

L'évolution dans le temps de la consommation des différents produits au cours de l'événement est détaillée dans le tableau suivant<sup>36</sup>.

---

ont pu consommer d'autres produits après le remplissage du questionnaire sans que cela soit mentionné dans leurs réponses. En raison de ces deux biais potentiels, ces données doivent être considérées avec prudence.

<sup>35</sup> Sur l'ensemble des personnes ayant déclaré avoir consommé au moins un produit hors tabac au cours de l'événement (n=1165), une infime minorité (1,37%, n=16) a déclaré avoir consommé 6 produits ou plus.

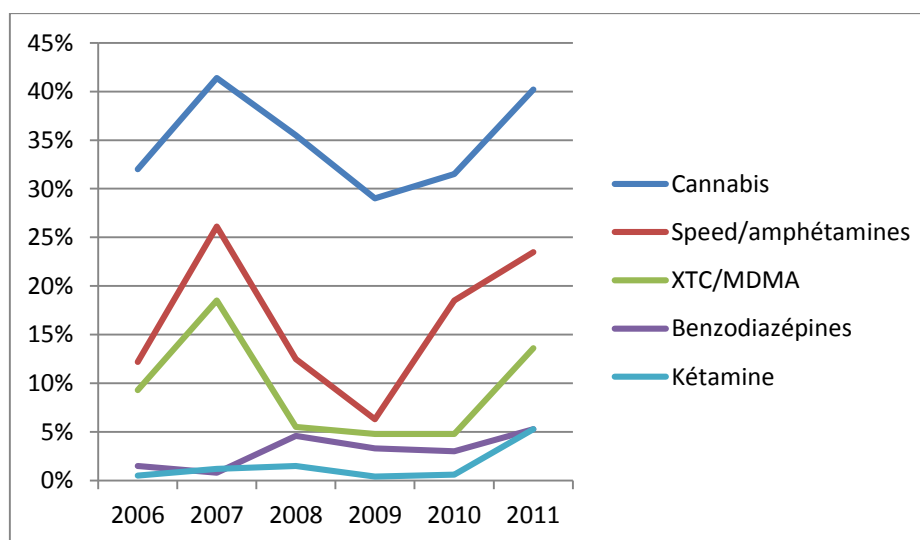
<sup>36</sup> Afin de ne pas fausser les analyses, nous avons exclu l'année 2005 des estimations statistiques (Chi<sup>2</sup>), parce que les pourcentages de consommation observés en 2005 sont parfois très différents de ceux observés pour les autres années, ce qui est probablement dû à la petitesse de l'échantillon en 2005. Les pourcentages pour cette année ont toutefois été également rapportés dans le tableau.

Tableau 31: Evolution de la consommation au cours de l'événement chez les personnes rencontrées lors des actions DR- en Région de Bruxelles-capitale (2005-2011)

	2005 (N=47)	2006 (N=410)	2007 (N=249)	2008 (N=327)	2009 (N=272)	2010 (N=168)	2011 (N=132)	Chi <sup>2</sup>	p
	%	%	%	%	%	%	%		
Alcool	46,8	68,5	59,0	68,5	65,4	63,1	65,2	8.02	>.1
Tabac	40,4	43,7	49,8	50,8	47,4	44,6	49,2	5.05	>.1
Cannabis	25,5	32,0	41,4	35,5	29,0	31,5	40,2	12.62	<.05
Speed/amphétamines	34,0	12,2	26,1	12,5	6,3	18,5	23,5	53.27	<.01
XTC/MDMA	12,8	9,3	18,5	5,5	4,8	4,8	13,6	45.04	<.01
Cocaïne	2,1	5,6	4,8	6,4	8,1	6,5	6,1	2.78	>.1
Champignons hallucinogènes	2,1	2,7	4,4	1,8	2,2	0,6	2,3	7.18	>.1
Benzodiazépines	2,1	1,5	0,8	4,6	3,3	3,0	5,3	13.38	<.05
LSD	0,0	0,7	4,4	2,4	2,6	2,4	2,3	9.54	>.05
Héroïne, méthadone, opium...	0,0	1,2	2,0	1,2	1,1	0,6	3,8	6.82	>.1
Crack, free-base	0,0	1,0	0,8	1,5	1,5	0,0	0,8	3.31	>.1
GHB	2,1	1,2	1,6	0,6	1,1	0,0	0,8	3.54	>.1
Colles/solvants	2,1	0,2	1,6	0,6	1,8	1,8	1,5	6.41	>.1
Kétamine	0,0	0,5	1,2	1,5	0,4	0,6	5,3	22.54	<.01

Dans la figure 23 sont uniquement repris les produits pour lesquels l'évolution de la consommation s'est révélée statistiquement significative. On constate une augmentation de la consommation de kétamine en 2011 par rapport aux années antérieures. Les benzodiazépines sont plus fréquemment consommées depuis 2008 par rapport aux années antérieures. L'ecstasy, après avoir subi une baisse de consommation considérable sur la période 2008-2010, accuse en 2011 une augmentation de consommation de près de 10%. Enfin, pour le speed et le cannabis, on observe d'importantes et similaires fluctuations en dents de scie dont les pentes s'étalent sur plusieurs années.

Figure 23: Evolution de la consommation au cours de l'événement chez les personnes (N=1605) rencontrées lors des actions DR- en Région de Bruxelles-capitale (2005-2011)



- **Consommation en fonction du genre et de l'âge**

Sur l'ensemble des personnes ayant déclaré avoir consommé au moins un produit (hors tabac) au cours de l'événement, on observe une différence de genre au niveau du nombre de produits consommés (hors tabac) ( $t=2.82$ ,  $p<0,01$ ), les hommes rapportant avoir consommé en moyenne davantage de produits que les femmes (2,0 *versus* 1,78). Cette différence de genre est également observée pour la consommation au cours du dernier mois (3,01 *versus* 2,71 ;  $t=2.32$ ,  $p=0,01$ ) ainsi que pour la consommation au cours de la vie (6,31 *versus* 5,49 ;  $t=3.45$ ,  $p<0,01$ ).

Plus précisément, en ce qui concerne la consommation au cours de l'événement, on observe une consommation plus fréquente chez les hommes, statistiquement significative, pour les produits suivants : alcool (67,9% *versus* 60,7%), cannabis (37,6% *versus* 26,4%), ecstasy (10,1% *versus* 6,7%). Pour les autres produits, les différences de genre ne sont pas statistiquement significatives<sup>37</sup>.

De manière générale, il semble donc que des différences de genre au niveau de la consommation chez les personnes touchées par les équipes de Réduction des Risques en milieu festif sont également visibles, mais moins marquées que celles que l'on observe dans la population générale (voir le volet « usage de drogues » de l'enquête de Santé par Interview, Gisle, 2010).

Le tableau suivant montre également certaines différences de consommation au cours de l'événement en fonction de la catégorie d'âge des répondants<sup>38</sup>. Ainsi, il apparaît que la consommation d'alcool est significativement plus marquée chez les 22-25 ans et les 26-29 ans. La consommation de cannabis est quant à elle plus marquée chez les 18-21 ans et moins marquée chez les moins de 18 ans et chez les 30 ans et plus. La consommation de cocaïne auto-rapportée est inexistante chez les moins de 18 ans et la consommation de benzodiazépines apparaît plus marquée chez les 30 ans et plus. Ces analyses révèlent finalement que la consommation de tabac est un peu moins marquée chez les moins de 18 ans et chez les 30 ans et plus.

De manière générale, les **18-21 ans et les 22-25 ans** sont proportionnellement plus nombreux que les autres à déclarer avoir consommé au moins un produit hors tabac et alcool ainsi qu'au moins un produit illégal lors de l'événement. En outre, la consommation d'au moins un produit illégal hors cannabis est **nettement moins marquée chez les moins de 18 ans**. Enfin, la moyenne du nombre de produits consommés lors de l'événement (chez les personnes ayant consommé au moins un produit hors tabac) ne diffère pas significativement entre les différentes tranches d'âge.

---

<sup>37</sup> Rappelons que ces données sont majoritairement issues de personnes consommatrices de substances psychoactives en milieu festif et touchées par les actions de RdR. Elles ne peuvent donc pas être généralisées à l'ensemble du public fréquentant le milieu festif, ni *a fortiori*, à la population générale, au niveau de laquelle des différences de genre sont davantage présentes en ce qui concerne la prévalence de consommation de substances psychoactives.

<sup>38</sup> Nous avons utilisé le test du Chi<sup>2</sup> pour déterminer l'existence de telles différences. Pour rappel, il s'agit toutefois d'un test global qui ne nous permet pas d'identifier précisément entre quelle(s) tranche(s) d'âge les différences sont effectivement significatives au niveau statistique. Les différences qui nous pointons dans ce paragraphe sont donc issues d'une appréciation personnelle.

Tableau 32: Consommation au cours de l'événement en fonction de l'âge des personnes rencontrées lors des actions DR- en Région de Bruxelles-capitale (2005-2011)

	-18 ans (N=112)	18-21 ans (N=383)	22-25 ans (N=391)	26-29 ans (N=313)	30 ans et+ (N=320)	Chi <sup>2</sup>	p
	%	%	%	%	%		
Alcool	57,1	64,2	70,1	69,6	60,6	13.12	=0.1
Cannabis	29,5	40,7	35,5	32,3	28,1	14.47	<0.01
Tabac	39,3	49,1	54,5	49,2	39,4	19.84	<0.01
Speed/amphétamines	8,0	15,7	17,6	17,3	15,0	6.73	>0.1
Cocaïne	0,0	5,0	9,5	6,1	5,6	15,93	<0.01
Champignons hallucinogènes	0,9	2,6	3,3	1,3	1,9	4.79	>0.1
XTC/MDMA	6,3	12,3	8,2	9,3	7,8	6.7	>0.1
LSD	0,9	2,6	1,5	2,2	2,8	2.58	>0.1
Benzodiazépines	2,7	1,8	2,3	1,6	5,6	12.89	=0.1
Kétamine	0,9	1,6	1,0	1,6	0,9	1.15	>0.1
Crack, free-base	0,0	1,6	1,0	1,0	0,9	2.23	>0.1
Colles/solvants	0,9	1,6	1,5	0,0	0,9	5.24	>0.1
GHB	0,9	0,9	1,0	1,0	1,6	1.12	>0.1
Héroïne, méthadone, opium...	0,0	1,6	1,5	1,0	2,2	3.46	>0.1
Au moins un produit hors tabac	67,0	73,9	78,0	74,1	68,4	10.77	<0.05
Au moins un produit hors tabac et alcool	35,7	50,4	48,6	43,5	38,1	16.85	<0.01
Au moins un produit illégal*	33,9	49,3	47,6	42,5	36,3	19.10	<0.01
Au moins un produit illégal hors cannabis	14,3	24,3	27,6	26,5	21,6	10.59	<0.05
Consommateurs de stimulants**	16,6	23,0	25,3	24,9	20,6	11,08	<0.05
Consommateurs d'hallucinogènes***	2,7	5,0	5,1	4,5	4,4	1.34	>0.1
Consommation d'un produit (alcool compris, hors tabac)	37,5	28,5	33,8	33,9	33,8	/	/
Consommation de deux produits (alcool compris, hors tabac)	20,5	29,0	25,6	19,8	17,5	/	/
Consommation de trois produits ou plus (alcool compris, hors tabac)	1,8	16,4	18,7	20,4	17,2	/	/
Moyenne des produits consommés (hors tabac) chez les consommateurs d'au moins un produit hors tabac	1.61	2.06	1.98	1.95	1.97	F=1.78	>0.1

\*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.

Nombre de non-réponses : 86

## G) MODES DE CONSOMMATION

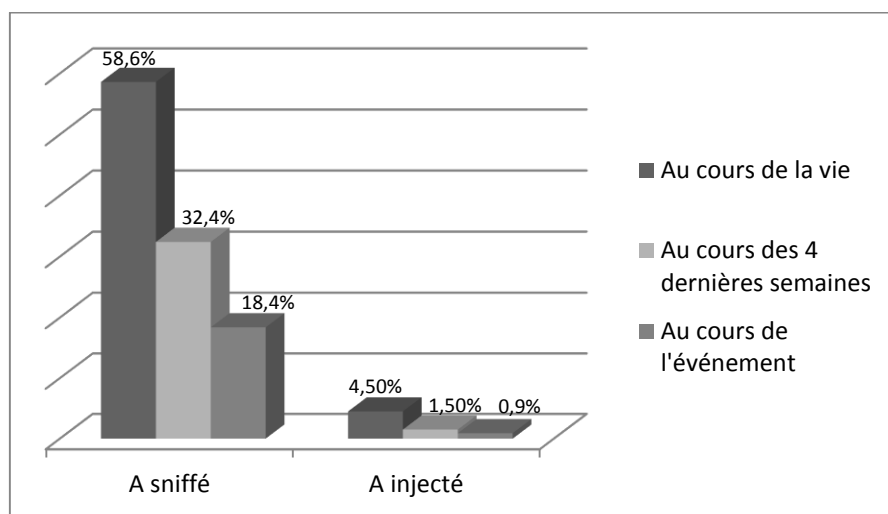
### • Sniff

La figure suivante indique que le public touché par les actions de Réduction des Risques menées en milieu festif sur la période 2007-2011<sup>39</sup> en Région de Bruxelles-capitale (n=1148) compte 58,6% de répondants qui déclarent avoir « sniffé » un produit au moins une fois au cours de leur vie, 32,4% durant les quatre dernières semaines et 18,4% au cours de l'événement durant lequel ils ont été interrogés.

<sup>39</sup> Les questions sur le sniff ne sont posées que depuis la version 2007 du questionnaire. Les années 2005 et 2006 ont donc été exclues des analyses afin de ne pas fausser les estimations.

Le recours au sniff n'est pas plus fréquent chez les hommes que chez les femmes au cours de l'événement (13,2% *versus* 12,3% ;  $\chi^2=0.25$ ,  $p>0,1$ ) ni au cours des quatre dernières semaines (23,2% *versus* 21,4% ;  $\chi^2=0.62$ ,  $p>0,1$ ). En revanche il est **significativement plus fréquent** chez les hommes que chez les femmes au **cours de la vie**, bien que la différence soit peu marquée (43,8% *versus* 38,2% ;  $\chi^2=4.14$ ,  $p<0,05$ ). Le recours au sniff **augmente significativement avec l'âge** des répondants en ce qui concerne l'usage sur la vie et au cours des quatre dernières semaines, mais **pas au cours de l'événement**, comme on peut le voir plus loin, dans le tableau. On constate toutefois que les moins de 18 ans ont largement moins recours à ce mode de consommation au cours de l'événement que les répondants plus âgés, bien que la différence globale ne soit pas significative.

Figure 24 : Modes de consommation à risque chez les personnes rencontrées (N=1605) lors des actions DR- en Région de Bruxelles-capitale (2005-2011)



Nombre de non-réponses « sniff »: 457 (28,5%)

- **Injection**

La figure précédente indique que 4,5% des personnes interrogées de 2005 à 2011 ont déclaré avoir déjà eu recours à l'injection dans leur vie, 1,5% au cours des 4 dernières semaines, et 0,9% au cours de l'événement. Le recours à l'injection n'est pas plus fréquent chez les hommes que chez les femmes quelle que soit la période envisagée (e.g. au cours de l'événement : 0,7% *versus* 0,9% ;  $\chi^2=0.14$ ,  $p>0,1$ ). Il ne fluctue pas non plus significativement en fonction de l'âge des répondants, sauf en ce qui concerne l'usage sur la vie, probablement en raison de la petitesse des échantillons sur les deux autres périodes (voir Tableau suivant).

Tableau 33: Recours au sniff et à l'injection en fonction de l'âge des personnes rencontrées lors des actions DR- en Région de Bruxelles-capitale (2005-2011)

	-18 ans (N=112)	18-21 ans (N=383)	22-25 ans (N=391)	26-29 ans (N=313)	30 ans et + (N=320)	Chi <sup>2</sup>	p
Sniff au cours de la vie	17,0%	40,2%	44,8%	48,9%	41,3%	36.72	<u>&lt;.001</u>
Sniff au cours des 4 dernières semaines	8,9%	24,8%	23,5%	25,2%	24,1%	14.23	<u>&lt;.01</u>
Sniff au cours de l'événement	5,4%	13,1%	14,8%	14,4%	13,4%	7.27	>0.1
Injection au cours de la vie	0,9%	5,0%	3,6%	3,2%	7,8%	13.63	<u>&lt;.01</u>
Injection au cours des 4 dernières semaines	0,0%	1,8%	1,5%	1,3%	2,2%	2.90	>0.1
Injection au cours de l'événement	0,0%	1,3%	1,3%	0,3%	1,3%	3.51	>0.1

Nombre de non-réponses « injection »: 86 (5,4%)

Nombre de non-réponses « sniff »: 457 (28,5%)

- **Evolution du recours au sniff et à l'injection**

L'évolution dans le temps du recours au sniff et à l'injection est détaillée dans le tableau suivant. On constate une augmentation significative du recours au sniff quelle que soit l'indicateur de période envisagé, ainsi que du recours à l'injection au cours de la vie. Plus précisément, il apparaît que le recours à l'injection au cours de la vie est plus fréquent sur la période 2007-2011 que lors des deux années antérieures. En ce qui concerne le sniff, on observe une évolution similaire pour les trois indicateurs, marquée d'abord par une baisse de son utilisation de 2007 à 2009, suivie par une augmentation progressive en 2010 et surtout 2011.

**-Tableau 34 : Evolution du recours au sniff et à l'injection chez les personnes rencontrées lors des actions DR- en Région de Bruxelles-capitale (2005-2011)**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Chi <sup>2</sup>	p
Sniff au cours de la vie	/	/	63,5	57,8	43,8	62,5	77,3	47,26	<u>&lt;0.001</u>
Sniff au cours des 4 dernières semaines	/	/	39,4	26,9	22,1	40,5	43,9	36,31	<u>&lt;0.001</u>
Sniff au cours de l'événement	/	/	28,1	13,1	9,6	20,2	28,8	45,71	<u>&lt;0.001</u>
Injection au cours de la vie	2,1	1,7	6,8	4,6	4,0	7,1	7,6	16,79	<u>=0.01</u>
Injection au cours des 4 dernières semaines	0,0	1,0	1,2	1,8	2,2	0,6	3,0	5,83	>0.1
Injection au cours de l'événement	0,0	1,0	0,8	0,9	1,1	0,0	2,3	4,72	>0.1

Nombre de non-réponses « sniff »: 457 (28,5%)

## H) PROBLÈMES LIÉS À L'USAGE DE DROGUES ET D'ALCOOL

Parmi les personnes interrogées et ayant déclaré avoir consommé au moins un psychotrope autre que le tabac au cours de la vie (n=1543), 58,8% ont déclaré avoir déjà rencontré des problèmes suite à une consommation de drogues ou d'alcool (nombre de non-réponses : 41).

Toujours parmi les consommateurs d'au moins un produit autre que le tabac sur la vie, on observe une proportion plus importante d'hommes que de femmes ayant rapporté avoir déjà rencontré un problème suite à une consommation (Chi<sup>2</sup>=6.59 ; p=0,01 ; 61% versus 53,7%). La tranche d'âge qui est proportionnellement la plus représentée parmi les personnes mentionnant au moins un problème est celle des 22-25 ans, suivie de celle des 18-21 ans. En revanche, les moins de 18 ans rapportent moins la survenue de problèmes liés à la consommation d'un produit (Chi<sup>2</sup>=24.35 ; p<0,001). Cette différence pourrait être simplement liée au fait que les personnes plus âgées ont une probabilité plus élevée d'avoir expérimenté plus longuement et dans différents contextes les produits consommés (ce qui augmentent chez eux la probabilité d'avoir déjà eu des problèmes en lien avec la consommation).

- **Problèmes rencontrés en fonction du genre**

En ce qui concerne les différences de genre, si on se centre uniquement sur les répondants ayant mentionné avoir déjà rencontré un problème suite à une consommation de drogues ou d'alcool et dont le sexe est connu (n=734), on observe que les hommes ont davantage tendance que les femmes à relater des problèmes judiciaires ( $\text{Chi}^2=18.91$  ;  $p<0,001$  ; 37,1% *versus* 21,6%), économiques ( $\text{Chi}^2=12.69$  ;  $p<0,001$  ; 32% *versus* 19,8%) et sexuels ( $\text{Chi}^2=6.03$  ;  $p=0,01$  ; 28,8% *versus* 20,5%), alors que les femmes ont davantage tendance à mentionner des problèmes psychologiques ( $\text{Chi}^2=4.32$  ;  $p<0,05$  ; 54,1% *versus* 46,1%) et physiques ( $\text{Chi}^2=3.86$  ;  $p<0,05$  ; 49.6% *versus* 57,1%). En outre, si on centre l'analyse sur les personnes ayant mentionné au moins un problème, les hommes rapportent en moyenne plus de problèmes que les femmes ( $t= 2.01$  ;  $p<0,05$  ; 1,89 *versus* 1,62).

Ces différences ne veulent pas forcément dire que certains problèmes sont plus fréquents chez les femmes consommatrices que chez les hommes (ou inversement). Elles indiqueraient seulement que le genre influence la tendance à rapporter certains problèmes plutôt que d'autres (peut-être parce qu'en fonction du sexe, on peut en avoir davantage conscience ou parce qu'on éprouve moins de gêne à [se] l'avouer). Par exemple, on peut supposer qu'un homme éprouvera moins de difficultés à relater un problème judiciaire que sexuel.

- **Types de problèmes rencontrés en fonction de l'âge**

Dans le tableau suivant sont présentés, pour chaque tranche d'âge, les pourcentages de personnes qui ont rapporté l'occurrence de problèmes spécifiques en lien avec la consommation de drogues et d'alcool parmi celles qui en ont mentionné l'occurrence et dont l'âge est connu (n=834).

La seule différence statistiquement significative s'observe au niveau de la mention de problèmes relationnels, ceux-ci étant plus fréquemment rapportés par les 18-21 ans et les 30 ans et plus que parmi les autres tranches d'âge. Si l'on compare l'occurrence des différents problèmes au sein de chaque tranche d'âge, on s'aperçoit que l'ordre d'importance (en terme de fréquence) est sensiblement le même au sein des différentes tranches. Par exemple, les problèmes physiques figurent parmi les plus fréquemment rapportés alors que les problèmes sexuels sont moins souvent évoqués, et ce quelle que soit la tranche d'âge. En outre, si on centre à nouveau l'analyse sur les personnes ayant mentionné au moins un problème, on s'aperçoit que le nombre moyen de problèmes rapportés est sensiblement le même au sein des différentes tranches d'âge ( $F=0.89$  ;  $p>0,1$ ).

**-Tableau 35 : Type de problèmes en fonction de l'âge des personnes rencontrées lors des actions DR- en Région de Bruxelles-capitale (2005-2011)**

	-18 ans (N=39)	18-21 ans (N=206)	22-25 ans (N=226)	26-29 ans (N=187)	30 ans et + (N=176)	Chi <sup>2</sup>	P
<b>Problèmes rencontrés</b>							
Physiques	64,1%	52,9%	47,3%	52,9%	52,3%	4.38	>0.1
Relationnels	38,5%	53,9%	43,8%	47,6%	56,8%	10.45	<.05
Psychologiques	30,8%	43,2%	50,0%	51,9%	50,0%	8.3	<.1
Au travail/ à l'école	33,3%	36,9%	38,9%	39,6%	26,7%	8.68	<.1
Judiciaires	10,3%	33,0%	32,7%	32,1%	29,5%	8.84	<.1
Economiques	17,9%	26,7%	29,2%	26,2%	27,8%	2.3	>0.1
Sexuels	23,1%	21,8%	26,1%	25,7%	29,5%	3.13	>0.1
Autres	2,6%	1,5%	2,7%	2,7%	2,3%	0.92	>0.1

Nombre de non-réponses: 24 (2,2%)

Note : ce tableau porte uniquement sur les personnes ayant déclaré au moins un problème en lien avec l'usage de drogues/alcool

I) COMPORTEMENTS EN MATIÈRE DE RISQUES DE TRANSMISSION  
D'INFECTIONS ET AUTRES PRISES DE RISQUES

• Réalisation de tests de dépistage

Un peu plus de la moitié des répondants (58,4%) ont déclaré avoir déjà fait un test de dépistage du VIH/sida.

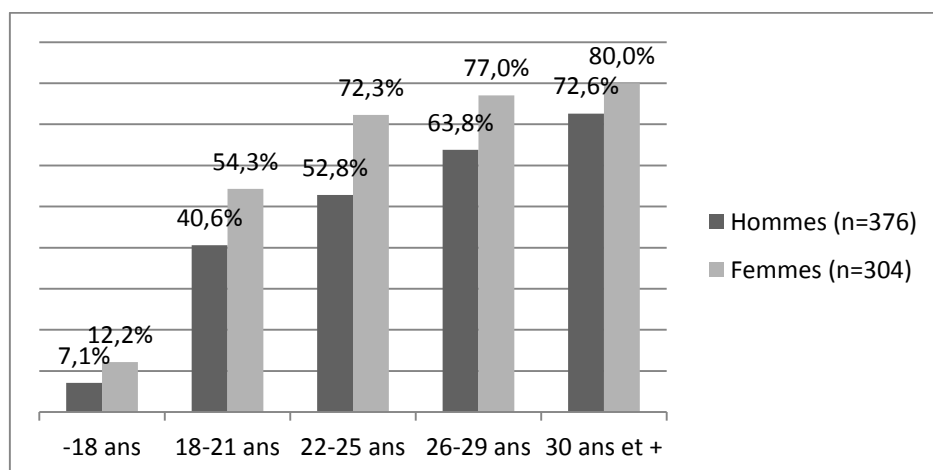
Tableau 36 : Réalisation du test du VIH/Sida chez les personnes rencontrées lors des actions DR- en Région de Bruxelles-capitale (2005-2011)

	Total	
	n	%
N'ont jamais fait le test	577	41,6
Ont déjà fait le test	811	58,4
Moins de 6 mois	253	31,2
Entre 6 mois et 1 an	309	38,1
Plus d'un an	249	30,7

Nombre de non-réponses : 217

Les femmes sont proportionnellement un peu plus nombreuses que les hommes à avoir déjà fait ce test ( $\chi^2=12.51$  ;  $p<0,001$  ; 64,3% *versus* 54%). Néanmoins, elles ne sont pas plus enclines à l'avoir fait récemment. Ainsi, le dernier test remonte en moyenne à 18,7 mois chez les femmes contre 19,6 mois chez les hommes ( $t=0.38$ ,  $p>0,1$ ). Enfin, comme on pouvait s'y attendre, on observe également que le fait d'avoir déjà réalisé un test VIH/SIDA augmente avec l'âge des répondants ( $\chi^2=148.06$  ;  $p<0,001$ ). A titre informatif et comparatif (voir la remarque en note de bas de page n°14), les données croisées des variables genre et âge sont présentées dans la figure suivante. On observe clairement que l'augmentation du recours au test VIH/SIDA augmente avec l'âge de manière similaire chez les hommes et chez les femmes.

Figure 25 : Réalisation du test du VIH/Sida en fonction du sexe et de l'âge des personnes rencontrées (N=680) lors des actions DR- en Région de Bruxelles-capitale (2005-2011)



Nombre de non-réponses : 437<sup>40</sup>

<sup>40</sup> Ce nombre de non-réponses est particulièrement élevé car ne sont inclus dans la figure que les répondants dont l'âge et le sexe sont connus et qui ont répondu à la question sur le test VIH/SIDA.

- **Retour envisagé après l'événement**<sup>41</sup>

La dernière question interroge les personnes sur la manière dont elles envisagent de rentrer chez elles après l'événement. Il s'agit donc d'une question sur l'intention de retour, dans la mesure où nous n'avons évidemment pas la possibilité de vérifier le mode de retour effectivement utilisé. Même si nous avons centré l'analyse sur les personnes ayant consommé au moins un produit autre que le tabac au cours de l'événement et qui ont répondu à la question du retour envisagé (n=971 ; non-réponses=194), nous n'avons aucune information sur les quantités consommées (e.g. un ou dix verres ?), ni d'ailleurs sur le délai de temps séparant la dernière consommation du retour effectif. Malgré ces limites, ces données nous permettent de fournir une première indication sur la prise de risques qui pourrait avoir lieu.

Plus de deux tiers (68,2%) des répondants ainsi définis envisageaient d'utiliser un mode de retour estimé à « risque réduit » (voir tableau suivant), alors que plus de 17,4% avaient opté pour un retour à « risque important ». Le mode de retour à risque réduit le plus envisagé est le recours aux transports en commun (32,9%), ce qui peut s'expliquer par le fait que ceux-ci sont particulièrement bien couverts en Région de Bruxelles-capitale, même au cours de la nuit et tôt le matin. Une analyse supplémentaire indique, sans surprise, que les personnes résidant dans une des 19 communes de Bruxelles ont davantage l'intention de rentrer à vélo ou à pied que les personnes résidant en dehors (23,8% *versus* 6,3%). Inversement, les personnes qui résident en dehors de Bruxelles sont plus enclines à conduire un véhicule (19,1% *versus* 14,6%). En revanche, et contre-intuitivement, les personnes qui résident en dehors de Bruxelles sont proportionnellement plus nombreuses à avoir recours au transport en commun, bien que les Bruxellois y ont également recours fréquemment (39,8% *versus* 31,8%).

Près de deux personnes sur dix (16,2%) parmi celles qui ont consommé au moins un produit autre que du tabac au cours de l'événement avaient l'intention de conduire un véhicule, et environ 1 personne sur 100 avait l'intention de rentrer avec une personne ayant également consommé.

---

<sup>41</sup> Dans la version 2003 du questionnaire, seules trois modalités de réponses étaient proposées (transport en commun, conduite d'un véhicule, passager d'un véhicule), les autres réponses étant fournies sur une base spontanée dans la catégorie « autres ». Depuis la version 2007, de nouvelles modalités de réponses ont été introduites (taxi, dors sur place, avec un parent, à pied ou à vélo, ne sais pas, ainsi que la possibilité de préciser si le conducteur du véhicule festif faisait ou non le BOB). Malgré ces quelques différences, nous avons traité les données d'un bloc afin de pouvoir dégager une vue générale sur la période étudiée.

**Tableau 37 : Retour envisagé après l'événement par les personnes (ayant consommé un produit hors tabac) rencontrées lors des actions DR-en Région de Bruxelles-capitale (2005-2011)**

Mode de retour envisagé	Risque	n	%	%
Transport en commun	Réduit	319	32,9	68,2
Dort sur place		28	2,9	
Passager BOB		59	6,1	
A pied ou à vélo <sup>42</sup>		188	19,4	
Avec un parent		16	1,6	
Taxi		51	5,3	
Conducteur	Important	157	16,2	17,4
Passager non BOB		12	1,2	
Passager d'indéterminé	Incertain	74	7,6	14,5
Ne sait pas		63	6,5	
Autre		4	,4	

Nombre de non-réponses : 194

Une analyse supplémentaire (voir tableau 38) révèle que la prise de risque lors du retour envisagé n'est pas significativement plus fréquente chez les hommes que chez les femmes ( $\chi^2=3.42$  ;  $p>0,1$ ). En effet, 19,6% des hommes envisageaient un mode de retour que l'on peut considérer comme à risque (majoritairement, la conduite d'un véhicule), contre 14,6% des femmes, mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

En revanche, la prise de risques lors du retour varie en fonction de l'âge des répondants. En effet, comme on peut le voir dans le tableau suivant, elle est plus fréquente à mesure que les répondants deviennent plus âgés ( $\chi^2=46.48$  ;  $p<0,001$ ), ce qui pourrait toutefois en partie s'expliquer par le fait que les personnes plus jeunes sont probablement moins nombreuses à détenir le permis de conduire et/ou à posséder une voiture.

**-Tableau 38 : Type de risque pris lors du retour en fonction du sexe et de l'âge des personnes (ayant consommé un produit hors tabac) rencontrées lors des actions DR-en Région de Bruxelles-capitale (2005-2011)**

Risque	Hommes (N=505)	Femmes (N=315)	-18 ans (N=66)	18-21 ans (N=240)	22-25 ans (N=251)	26-29 ans (N=187)	30 ans et + (N=184)
Réduit	66,5%	71,4%	84,8%	77,9%	68,9%	57,2%	57,1%
Important	19,6%	14,6%	6,1%	10,8%	16,7%	21,4%	28,3%
Incertain	13,9%	14,0%	9,1%	11,3%	14,3%	21,4%	14,7%

<sup>42</sup> L'utilisation d'un vélo peut évidemment être considérée comme à risque en cas de consommation de produits psychotropes. Dans la mesure où nous ne pouvons pas distinguer les personnes ayant projeté de rentrer à pied de celles ayant projeté de rentrer à vélo, nous avons arbitrairement classé cette réponse dans la catégorie "à moindre risque".

### III. BIBLIOGRAPHIE

- Batel, P. (2000). Addiction and schizophrenia. *European Psychiatry*, 15, 115-122.
- Bechara, A. (2005). Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs : a neurocognitive perspective. *Nature neuroscience*, 8, 1458-1463.
- Bechara, A., Dolan, S., Denburg, N., Hindes, A., Anderson, S. W., & Nathan, P.E. (2001). Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers. *Neuropsychologia*, 39, 376-389.
- Bolla, K. I., Eldreth, D. A., London, E. D., Kiehl, K. A, Mouratidis, M., et al., (2003). Orbitofrontal cortex dysfunction in abstinent cocaine abusers performing a decision-making task. *NeuroImage*, 19, 1085-1094.
- Cherpitel, C. J. & Ye, Y. (2008). Drug use and problem drinking associated with primary care and emergency room utilization in the US general population: Data from the 2005 national alcohol survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 97, 226-230.
- Denis, B., Dedobbeleer, M., Benabderrazik, A., Bizimungu, D.G., & Sciera, V. (2009). Les usagers de drogues suivis en médecine générale: recours fréquent aux services d'urgence mais pas toujours les bienvenus (2009). *Santé Conjuguée*, 47, 7-12.
- EMCDDA (2000). Study on the incidence of problem drug use and latency time to treatment in the European Union. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lisbon.
- EMCDDA (2002). Time trends and incidence of problem drug use. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lisbon.
- Gisle, L. (2010). L'usage de drogues illicites. Enquête de santé par interview, Belgique 2008. Institut Scientifique de Santé Publique: Bruxelles.
- Hall, W., Degenhardt, L., & Linskey, L. (2001). The health and psychological effects of cannabis use. Monograph Series N°44. Commonwealth of Australia : Canberra.
- Hall, W., & Degenhardt, L. (2000). Cannabis use and psychosis : a review of clinical and epidemiological evidence. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 26-34.
- Hser, Y. I., Hoffman, V., Grella, C. E., & Anglin, M. D. (2001). A 33-year follow-up of narcotics addicts. *Archives of General Psychiatry*, 58, 503-508.
- INSERM (2001). Cannabis : Quels effets sur le comportement et la santé ? Expertise collective. Les éditions Inserm: Paris.
- Judd, P. H., Thomas, N., Schwartz, T., Outcalt, A., & Hough, R. (2003). A dual diagnosis demonstration project: treatment outcomes and cost analysis. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35, 181-192.
- Kerr, T., Wood, E., Grafstein, E., Ishida, T., Shannon, K., et al. (2005). High rates of primary care and emergency department use among injection drug users in Vancouver. *Journal of Public Health*, 27, 62-66.
- Ledoux Y., Brohée J.P., Lagrain J., Lambrechts V., Houben P., Spago B., & Vansnick I. (2007). Enregistrement national des traitements de substitution. IPHBE, Rapport annuel.
- Lopez, D., Martineau, H., & Palle, C. (2004). Mortalité liée aux drogues illicites: Etude d'une cohorte rétrospective de personnes interpellées pour
- Lynch, W. J., Roth, M. E., & Carroll, M. E. (2002). Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies. *Psychopharmacology*, 164, 121-137.

- McGeary, K.A. & French, M.T. (2000). Illicit drug use and emergency room utilization. *Health Services Research*, 35, 153-169.
- OEDT (2008). Rapport annuel 2008 - Etat du phénomène de la drogue en Europe. Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies: Luxembourg.
- OEDT (2006). Annual report 2006; selected issues: A gender perspective on drug use and responding to drug problems. Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies: Lisbonne.
- OMS (1995), Lexicon of alcohol and drug terms, OMS : Genève.
- Prochaska, J.O. & Diclemente, C.C. (1982) : Transtheoretical therapy : Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy*, 19, 276-287.
- Raja, M. & Azzoni, A. (2004). Suicide attempts: differences between unipolar and bipolar patients and among groups with different lethality risk. *Journal of Affective Disorders*, 82, 437-442.
- Rhodes, A., Bethell, J., Spence, J., Links, P., Streiner, D., & Jaakkimainen, L. (2008). Age-sex differences in medicinal self-poisonings : A population-based study of deliberate intent and medical severity. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 642-652.
- Rwubu, M., & Hogge, M. (2013). L'usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles. Rapport 2011-2012. Eurotox: Bruxelles.
- Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A Systematic review of the prevalence of schizophrenia, *PLOS Medicine*, 2, 413-433.
- Simon, O. (2003). Le double diagnostic manqué et ses conséquences thérapeutiques. *Primary Care*, 3, 60-61.
- Värnik, A., Kõlves, K., van der Feltz-Cornelis, C.M., Marusic, A., Oskarsson, H. et al. (2008). Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression". *Journal of Epidemiology and community Health*, 62, 545-551.
- Westermeyer J. (2006). Comorbid schizophrenia and substance abuse: a review of epidemiology and course. *American Journal on Addictions*, 15, 345-355.

## IV. TABLE DES ILLUSTRATIONS

### A. TABLE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : PRÉVALENCES DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE. ENQUÊTE HIS 2001-2008 ..	6
TABLEAU 2 : PRÉVALENCE DE CONSOMMATION DE DROGUES ILLICITES AUTRES QUE LE CANNABIS EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE. ENQUÊTE HIS 2008 .....	9
TABLEAU 3 : PRÉVALENCE DE LA CONSOMMATION DE DROGUES CHEZ LES JEUNES DE 13 À 18 ANS SCOLARISÉS EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE. ENQUÊTE HBSC 2010 .....	12
TABLEAU 4 : RÉPARTITION DE PATIENTS PAR TRANCHE D'ÂGE EN FONCTION DU PRODUIT PRINCIPAL, RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE, 2005-2011 .....	25
TABLEAU 5 : PROFIL DES PATIENTS PRIMO-DEMANDEURS SELON LE TYPE DE PRODUIT PRINCIPAL, RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE, 2005-2011 .....	31
TABLEAU 6 : PROFIL DES PATIENTS INJECTEURS (UDI) PAR COMPARAISON AUX PATIENTS NON-INJECTEURS (NON UDI), RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE, 2005-2011 .....	33
TABLEAU 7 : PATIENTS AYANT REÇU UN TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS EN RÉGION BRUXELLES-CAPITALE (AOÛT 2006 À JUILLET 2007).....	34
TABLEAU 8 : CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PATIENTS AYANT SÉJOURNÉ DANS UN SERVICE DE PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE, EN FONCTION DU TYPE DE DIAGNOSTIC (BRUXELLES-CAPITALE, 2005-2010) .....	37
TABLEAU 9 : NOMBRE DE SÉJOURS CLÔTURÉS AVEC DIAGNOSTIC DE DÉPENDANCE À UNE DROGUE OU À PLUSIEURS PRODUITS DANS LES SERVICES DE PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE (BRUXELLES-CAPITALE, 2005-2010).....	39
TABLEAU 10 : NOMBRE DE SÉJOURS CLÔTURÉS AVEC DIAGNOSTIC D'ABUS D'UNE DROGUE UNIQUE À L'ADMISSION DANS LES SERVICES DE PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE (BRUXELLES-CAPITALE, 2005-2010).....	39
TABLEAU 11 : COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES CHEZ LES PATIENTS PRIS EN CHARGE DANS LES SERVICES PSYCHIATRIQUES PAR TYPE DE DIAGNOSTIC (BRUXELLES-CAPITALE, 2005-2010).....	41
TABLEAU 12 : COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES CHEZ LES PATIENTS PRIS EN CHARGE DANS LES SERVICES PSYCHIATRIQUES AVEC DIAGNOSTIC D'ABUS OU DÉPENDANCE À UNE SEULE DROGUE (BRUXELLES-CAPITALE, 2005-2010) .....	42
TABLEAU 13 : FRÉQUENCE DE RECOURS AUX SERVICES D'URGENCES ET DES CONFLITS CHEZ LES USAGERS DE DROGUES SUIVI EN MÉDECINE GÉNÉRALE .....	44
TABLEAU 14 : RAISON DE LA DÉTENTION DES PERSONNES INCARCÉRÉES DANS LES PRISONS BELGES AU 25/02/2008 .....	44
TABLEAU 15 : DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON DE DÉTENU INTERROGÉS EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE (2006-2008) .....	46
TABLEAU 16 : PRÉVALENCE DE CONSOMMATION DE DROGUES AU COURS DE LA VIE SELON LA TRANCHE D'ÂGE DES DÉTENU INCARCÉRÉS DANS LES PRISONS BRUXELLOISES, 2006-2008.....	47
TABLEAU 17 : PRÉVALENCE DE CONSOMMATION DE DROGUES DANS LES PRISONS BRUXELLOISES SELON LA TRANCHE D'ÂGE DES DÉTENU, 2006-2008 .....	49
TABLEAU 18 : DÉCOUVERTE DE PRODUITS EN PRISON CHEZ LES DÉTENU INCARCÉRÉS DANS LES PRISONS BRUXELLOISES, 2006-2008 50	
TABLEAU 19 : PRÉVALENCE DU DÉPISTAGE VIH/SIDA ET DES HÉPATITES DANS LES PRISONS BRUXELLOISES AINSI QUE RÉSULTATS DES TESTS RÉALISÉS, 2006-2008 .....	53
TABLEAU 20 : PRÉVALENCE DU DÉPISTAGE VIH/SIDA ET DES HÉPATITES EN DEHORS DE LA PRISON AINSI QUE RÉSULTATS DES TESTS RÉALISÉS, 2008 .....	54
TABLEAU 21 : CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS (OPÉRATIONS BOULE-DE-NEIGE RUE - BRUXELLES- 2009-2012).....	58
TABLEAU 22 : PROFIL DE CONSOMMATION AU COURS DU DERNIER MOIS (OPÉRATIONS BOULE-DE-NEIGE RUE - BRUXELLES- 2009-2012) .....	59
TABLEAU 23 : PROFIL DES RÉPONDANTS EN FONCTION DE LEUR MODE DE CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES HORS TABAC ET ALCOOL (OPÉRATIONS BOULE-DE-NEIGE RUE - FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES 2009-2012) .....	60
TABLEAU 24 : COMPORTEMENTS À RISQUE AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS, PARMIS LES UDI ACTIFS RENCONTRÉS EN RUE OPÉRATIONS BOULE-DE-NEIGE RUE - BRUXELLES 2009-2012 - N=147).....	61

TABLEAU 25: CONNAISSANCE DES RISQUES DE CONTAMINATION À L'HÉPATITE C ET AU VIH (OPÉRATIONS BOULE-DE-NEIGE - BRUXELLES 2009-2012 – N=394) .....	62
TABLEAU 26: CONNAISSANCE DES RISQUES DE CONTAMINATION À L'HÉPATITE C ET AU VIH CHEZ LES UDI (OPÉRATIONS BOULE-DE-NEIGE - BRUXELLES 2009-2012 – N=147) .....	62
TABLEAU 27: NOMBRE ET POURCENTAGE DE QUESTIONNAIRES RÉCOLTÉS PAR ANNÉE LORS DES ACTIONS DR- EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE (2005-2011) .....	65
TABLEAU 28: PROVENANCE DU PUBLIC RENCONTRÉ LORS DES ACTIONS DR- EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE (2005-2011) .....	67
TABLEAU 29: PRODUITS CONSOMMÉS PAR LES PERSONNES RENCONTRÉES LORS DES ACTIONS DR- EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE (2005-2011) .....	69
TABLEAU 30: CARACTÉRISTIQUES DE LA CONSOMMATION AU COURS DE L'ÉVÉNEMENT CHEZ LES PERSONNES (N=1605) RENCONTRÉES LORS DES ACTIONS DR- EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE (2005-2011) .....	70
TABLEAU 31: ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION AU COURS DE L'ÉVÉNEMENT CHEZ LES PERSONNES RENCONTRÉES LORS DES ACTIONS DR- EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE (2005-2011) .....	71
TABLEAU 32: CONSOMMATION AU COURS DE L'ÉVÉNEMENT EN FONCTION DE L'ÂGE DES PERSONNES RENCONTRÉES LORS DES ACTIONS DR- EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE (2005-2011) .....	73
TABLEAU 33: RECOURS AU SNIFF ET À L'INJECTION EN FONCTION DE L'ÂGE DES PERSONNES RENCONTRÉES LORS DES ACTIONS DR- EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE (2005-2011) .....	74
-TABLEAU 34 : ÉVOLUTION DU RECOURS AU SNIFF ET À L'INJECTION CHEZ LES PERSONNES RENCONTRÉES LORS DES ACTIONS DR- EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE (2005-2011) .....	75
-TABLEAU 35 : TYPE DE PROBLÈMES EN FONCTION DE L'ÂGE DES PERSONNES RENCONTRÉES LORS DES ACTIONS DR- EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE (2005-2011) .....	76
-TABLEAU 36 : RÉALISATION DU TEST DU VIH/SIDA CHEZ LES PERSONNES RENCONTRÉES LORS DES ACTIONS DR- EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE (2005-2011) .....	77
-TABLEAU 37 : RETOUR ENVISAGÉ APRÈS L'ÉVÉNEMENT PAR LES PERSONNES (AYANT CONSOMMÉ UN PRODUIT HORS TABAC) RENCONTRÉES LORS DES ACTIONS DR-EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE (2005-2011) .....	79
-TABLEAU 38 : TYPE DE RISQUE PRIS LORS DU RETOUR EN FONCTION DU SEXE ET DE L'ÂGE DES PERSONNES (AYANT CONSOMMÉ UN PRODUIT HORS TABAC) RENCONTRÉES LORS DES ACTIONS DR-EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE (2005-2011) .....	79

## B. TABLE DES FIGURES

FIGURE 1 : ÉVOLUTION DES TAUX DE DÉCÈS LIÉS À L'USAGE DE DROGUES ET MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES CHEZ LES HOMMES ET LES FEMMES, BRUXELLES-CAPITALE, 1998-2008.....	10
FIGURE 2: ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ADMISSIONS, RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE, 2006-2011.....	16
FIGURE 3: ANTÉCÉDENTS THÉRAPEUTIQUES DES PATIENTS, RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE, 2005-2011 (N= 6084) .....	17
FIGURE 4 : ORIGINE DES DEMANDES DE TRAITEMENT AU SEIN DES ADMISSIONS, RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE, 2005-2011 .....	17
FIGURE 5: DISTRIBUTION DE L'ÂGE DES PATIENTS ADMIS EN DEMANDE DE TRAITEMENT, RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE, 2005-2011 .....	18
FIGURE 6: RÉPARTITION PAR SEXE DES PATIENTS ADMIS EN DEMANDE DE TRAITEMENT, RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE, 2005-2011 .....	19
FIGURE 7: NATIONALITÉ DES PATIENTS ADMIS EN DEMANDE DE TRAITEMENT, RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE, 2005-2011 .....	19
FIGURE 8: NIVEAU DE SCOLARITÉ DES PATIENTS ADMIS EN DEMANDE DE TRAITEMENT, RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE, 2005-2011 .....	20
FIGURE 9: ORIGINE DES REVENUS DES PATIENTS ADMIS EN DEMANDE DE TRAITEMENT, RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE, 2005-2011 .....	21
FIGURE 10: LIEU DE VIE DES PATIENTS ADMIS EN DEMANDE DE TRAITEMENT, RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE, 2005-2011 .....	22
FIGURE 11: LIEU DE VIE DES PATIENTS ADMIS EN DEMANDE DE TRAITEMENT EN FONCTION DU PRODUIT PRINCIPAL (N=5539), RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE, 2005-2011.....	22

FIGURE 12: COUVERTURE DE SOINS DE SANTÉ DES PATIENTS ADMIS EN DEMANDE DE TRAITEMENT, RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE, 2005-2011 .....	23
FIGURE 13: PRODUIT PRINCIPAL MENTIONNÉ PAR LES PATIENTS ADMIS EN DEMANDE DE TRAITEMENT, RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE, 2005-2011 .....	24
FIGURE 14: MOYENNE D'ÂGE PAR TYPE DE PRODUITS CONSOMMÉS DES PATIENTS ADMIS EN DEMANDE DE TRAITEMENT, RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE, 2005-2011 .....	25
FIGURE 15: DURÉE DE LA DÉPENDANCE CHEZ LES PATIENTS ADMIS EN DEMANDE DE TRAITEMENT, RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE, 2005-2011 .....	26
FIGURE 16: DURÉE DE LA DÉPENDANCE EN FONCTION DU PRODUIT PRINCIPAL CHEZ LES PATIENTS ADMIS EN DEMANDE DE TRAITEMENT, RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE, 2005-2011 .....	27
FIGURE 17: PRODUITS SECONDAIRES MENTIONNÉS PAR LES PATIENTS ADMIS EN DEMANDE DE TRAITEMENT, RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE, 2005-2011 .....	28
FIGURE 18: ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES CHEZ LES PATIENTS ADMIS EN DEMANDE DE TRAITEMENT, RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE, 2005-2011 .....	29
FIGURE 19: COMPORTEMENTS D'INJECTION CHEZ LES PATIENTS ADMIS EN DEMANDE DE TRAITEMENT, RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE, 2005-2011 .....	29
FIGURE 20: NOMBRE DE SÉJOURS CLÔTURÉS DANS LES SERVICES DE PSYCHIATRIE EN FONCTION DU TYPE D'USAGE PROBLÉMATIQUE (BRUXELLES-CAPITALE, 2005-2010) .....	36
FIGURE 21: SEXE RATIO PAR ANNÉE DU PUBLIC RENCONTRÉ LORS DES ACTIONS DR- EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE (2005-2011) .....	66
FIGURE 22: RÉPARTITION PAR TRANCHE D'ÂGE DU PUBLIC RENCONTRÉ LORS DES ACTIONS DR- EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE (2005-2011) .....	67
FIGURE 23: ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION AU COURS DE L'ÉVÉNEMENT CHEZ LES PERSONNES (N=1605) RENCONTRÉES LORS DES ACTIONS DR- EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE (2005-2011) .....	71
FIGURE 24 : MODES DE CONSOMMATION À RISQUE CHEZ LES PERSONNES RENCONTRÉES (N=1605) LORS DES ACTIONS DR- EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE (2005-2011) .....	74
-FIGURE 25 : RÉALISATION DU TEST DU VIH/SIDA EN FONCTION DU SEXE ET DE L'ÂGE DES PERSONNES RENCONTRÉES (N=680) LORS DES ACTIONS DR- EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE (2005-2011) .....	77