

# OBPS

Observatoire Bruxellois  
pour la Prévention et la Sécurité



## LES CHIFFRES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET INFRACTIONNELS EN MATIÈRE D'ASSUÉTUDES EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

### CAHIER 1



**bps-bpv**  
**.brussels** 

Bruxelles Prévention & Sécurité  
Brussel Preventie & Veiligheid

**Auteur**

Nathanaël BAILLY

**Coordination**

Sophie CROISET

**Direction de l'Observatoire bruxellois pour la Prévention et la Sécurité**

Christine ROUFFIN

**Remerciements**

Merci aux partenaires sans lesquels ce cahier n'aurait pu voir le jour, et plus particulièrement à :

- Michaël HOGGE, chargé de projets scientifiques à Eurotox – Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues à Bruxelles et en Wallonie,
- Michel BRUNEAU, Direction de la lutte contre la criminalité grave et organisée de la police judiciaire,
- Sébastien ALEXANDRE, directeur de la Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomane (Fedito),
- Laurent MAISSE, coordinateur de missions à l'ASBL Transit.

# Sommaire

Préface	04	<b>4 INFRACTIONS OBSERVÉES</b>	<b>27</b>
Introduction	05	4.1 Chiffres de la police	28
<b>1 CONSOMMATION DE DROGUES</b>	<b>06</b>	4.2 Circulation routière	32
1.1 Consommation de drogues dans la population	07	4.2.1 Conduite sous influence de drogues	33
1.1.1 Cannabis	08	4.2.2 Conduite sous influence d'alcool	34
1.1.2 Autres drogues	11	<b>CONCLUSION GÉNÉRALE</b>	<b>36</b>
1.2 Consommation de drogues parmi les jeunes	12	Recommandations	39
<b>2 CONSOMMATION D'ALCOOL</b>	<b>15</b>	Bibliographie	40
<b>3 SOINS DE SANTÉ</b>	<b>20</b>	Ressources statistiques, rapports et rapports d'activités	40
3.1 Demandes de traitements	21	Textes officiels et références juridiques	40
3.2 Traitements de substitution à l'héroïne	24	Liste des abréviations	41
3.3 Assuétudes et psychiatrie	25	Liste des tableaux	42
3.4 Décès	26	Liste des figures	43

## Préface

Intégré à l'administration de Bruxelles Prévention et Sécurité depuis le 1er janvier 2017, l'Observatoire bruxellois pour la Prévention et la Sécurité (OBPS) a pour mission de réaliser des études portant sur la criminalité et les atteintes à la sécurité des personnes et des biens, au sens large, avec pour assise les dix thématiques identifiées dans le *Plan Global de Sécurité et de Prévention* (PGSP), adopté par le gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale en février 2017. Les drogues et assuétudes constituent l'une de ces thématiques.

Les travaux de l'Observatoire contribuent à l'amélioration des connaissances utiles aux autorités dans le champ de la sécurité et de la prévention à la fois via l'enregistrement et l'analyse des phénomènes, mais aussi via l'évaluation des politiques publiques, au niveau des quartiers et à l'échelle de la Région de Bruxelles-Capitale. Pour ce faire, nous privilégions une approche transversale, en mobilisant des sources multiples de données et en développant des échanges structurels avec des partenaires, acteurs des sphères institutionnelle, associative ou académique. En plus de participer à la construction de l'image de la sécurité de la Région de Bruxelles-Capitale, les résultats de nos travaux soutiennent le développement de la statistique régionale. Ceux-ci sont communiqués sous deux formes : le rapport annuel et les cahiers thématiques, dont voici le premier numéro.

La nouvelle collection des Cahiers de l'OBPS permet de faire le point sur une thématique spécifique, autrement dit, de présenter des données sur une question de sécurité en abordant celle-ci sous plusieurs angles. L'une des finalités est d'en déterminer les chiffres-clés, qui feront, par la suite, l'objet d'un monitoring régulier. Il s'agit également de proposer des recommandations permettant d'adapter les programmes et dispositifs en cours ou d'en développer de nouveaux.

La consommation abusive de drogues et d'alcool constitue l'une des problématiques de santé publique au cœur de la sécurité urbaine, celle-ci pouvant être liée à des troubles à l'ordre public ou faire naître un sentiment d'insécurité auprès des citoyens. Le *Plan Global de Prévention et de Sécurité* présente pour cette thématique, des mesures sur plusieurs niveaux : la prévention avec des actions de sensibilisation, de formation et le travail de rue ; la réaction face à la problématique de la production ; et le suivi avec la détection et l'accompagnement des usagers ou personnes à risque. Afin de contribuer à la construction de l'image de ces assuétudes et ainsi de fournir un éclairage permettant d'adapter les dispositifs, ce cahier présente une évaluation de la consommation de drogue et d'alcool en regard des chiffres enregistrés en matière d'épidémiologie et d'infractions en Région de Bruxelles-Capitale. Dans le but de cerner différents aspects du phénomène, trois sources ont essentiellement été utilisées : les données de la statistique policière fédérale, celles de l'enquête 2013 de l'Institut scientifique de santé publique, et celles de l'Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogue pour Bruxelles et la Wallonie.

Au nom de l'Observatoire, je tiens à remercier les différents partenaires qui ont activement contribué au développement de cette recherche, ainsi que les collaborateurs qui ont participé à la réalisation de ce premier cahier.

**Christine Rouffin**  
Directrice de l'OBPS



## Introduction

Évaluer la consommation de drogues et d'alcool ainsi que les infractions enregistrées en la matière constitue une base au développement de politiques de prévention et de sécurité. Le *Plan Global de Sécurité et de Prévention*, adopté par le Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale en février 2017, consacre un volet spécifique à la prévention et la prise en charge des usagers de drogues et des personnes à risque.

L'importance de la prévention en matière de drogues a, par ailleurs, été rappelée par la Belgique et débattue en avril 2016 lors d'une Session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies. Au niveau mondial, les mesures répressives peinent à faire diminuer la consommation<sup>1</sup>. En Belgique, un rappel du secteur de la santé et du social a été lancé en faveur de législations s'orientant davantage vers une approche sociale et de santé publique<sup>2</sup>. Les autorités belges poursuivaient déjà une telle orientation dans la *Déclaration conjointe de la Conférence Interministérielle Drogues en 2010*, en soulignant l'importance du secteur de la santé publique et de la répression comme dernier recours<sup>3</sup>. La *Note-Cadre de Sécurité intégrale 2016-2019* confirme que la consommation de drogues est considérée en premier lieu comme un phénomène de santé publique. Elle ajoute aussi que la détention et la consommation dans l'espace public ne pourra pas faire l'objet d'une tolérance, même si la priorité en matière de poursuites pénales doit être donnée à la production et au commerce de drogues illicites<sup>4</sup>.

À Bruxelles comme ailleurs, les habitudes de consommation de drogues ou d'alcool sont diverses : tantôt ponctuelles, tantôt abusives et nuisibles pour la personne et son entourage. Une consommation ponctuelle est souvent une étape avant une consommation abusive et incontrôlée. En matière de criminalité enregistrée, la consommation de drogues et d'alcool impacte la sécurité routière et l'ordre public. La

drogue occupe aussi une place importante pour les services de police, qu'il s'agisse de la production, du commerce et de la vente, ou de la détention et de la consommation. Par ces différentes approches, la présente analyse vise à dépeindre successivement la situation épidémiologique et infractionnelle en lien avec les drogues et l'alcool en Région de Bruxelles-Capitale (RBC).

Les données sur la consommation proviennent des travaux de l'ASBL Eurotox qui assure la fonction d'Observatoire socio-épidémiologique pour l'alcool et les drogues en Belgique francophone. Il est à noter que les chiffres concernant la Flandre ne sont pas repris systématiquement dans leurs rapports, ce qui transparaîtra dans la présente analyse.

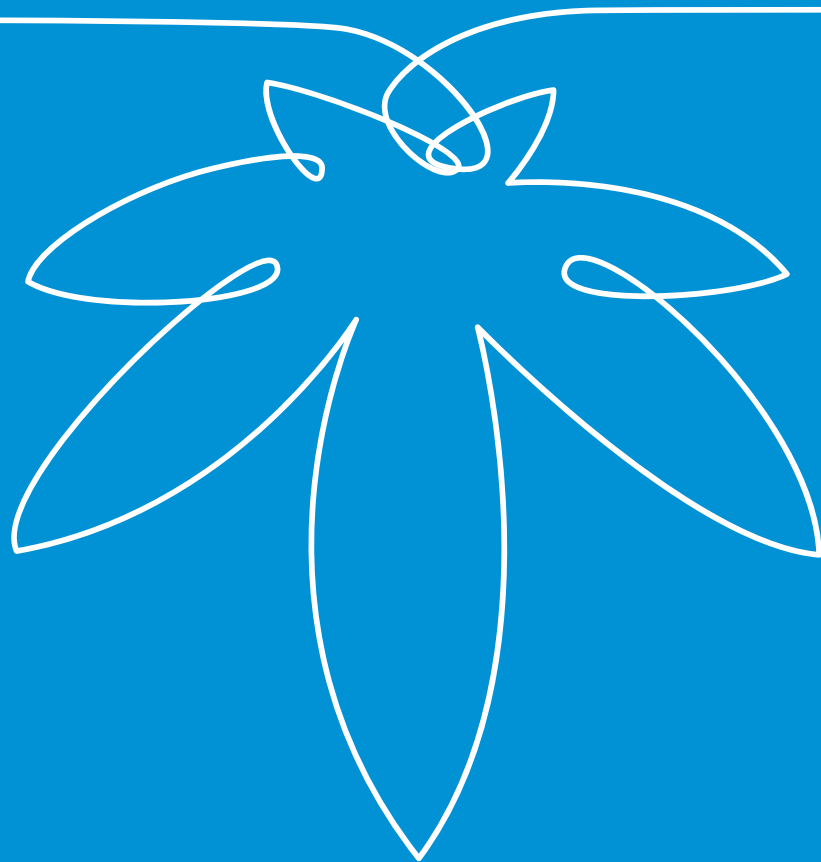
Les données sur les infractions criminelles proviennent de l'ASBL Eurotox, de la Direction de la lutte contre la criminalité grave et organisée de la police fédérale (DJSOC), ainsi que des statistiques policières de criminalité. L'année de référence des données peut différer d'une source à l'autre selon les dernières actualisations disponibles lors de la recherche.

<sup>1</sup> Eurotox, *L'usage de drogues en Wallonie et à Bruxelles. Rapport 2015, 2016*, p.49.

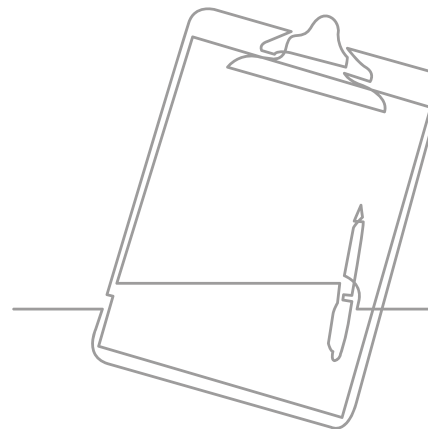
<sup>2</sup> Fedito BXL Asbl, *Discours et Présentations de la Matinée d'information et d'échanges sur l'UNGASS*, 26 février 2016, consultable sur <http://feditobxl.be/fr/evenement/ungass2016>.

<sup>3</sup> Déclaration conjointe de la Conférence Interministérielle Drogues, *Une politique globale et intégrée en matière de drogues pour la Belgique*, 25 janvier 2010, p.25.

<sup>4</sup> Note-cadre de Sécurité intégrale 2016-2019, p.62.



Consommation  
**DE DROGUES**



### 1.1 Consommation de drogues dans la population

Les dernières données disponibles en Belgique sur la consommation de drogues proviennent de l'enquête *Health Interview Survey* (HIS) de 2013 (réalisée par l'Institut scientifique de Santé publique<sup>5</sup>). Il est à noter qu'il s'agit d'une enquête sur la santé en général, les questions portant sur les drogues y sont par conséquent limitées.

L'estimation de la consommation de drogues par la population comprend deux aspects : l'ampleur de la consommation et le profil de l'utilisateur. L'ampleur est estimée en distinguant une consommation au cours de la vie, lors des 12 derniers mois, ou lors des 30 derniers jours. De cette façon, il est possible d'évaluer l'importance et la fréquence de la consommation de l'utilisateur. Le profil sociodémographique des usagers inclut l'âge, le sexe et le niveau d'éducation.

Une part importante des ménages a refusé de répondre au questionnaire. Il pourrait s'agir de personnes ne désirant pas divulguer des comportements de consommation de drogues malgré la garantie de confidentialité. En outre, une part des personnes à risque ne sont pas touchées par l'enquête (les sans-abris, détenus, ou personnes vivant en institutions spécialisées). Par conséquent, les estimations fournies par cette enquête semblent sous-estimer la consommation réelle.

Au total, près de 5.000 personnes de 15 à 64 ans ont complété le volet sur les drogues à l'échelle nationale. L'échantillon qui se rapporte à la Région de Bruxelles-Capitale (RBC) totalise 1.088 personnes.

<sup>5</sup> Institut scientifique de Santé publique, *Health Interview Survey* (HIS), 2013, consultable sur <https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Rapports.aspx>.

### 1.1.1 Cannabis

	Wallonie (%)	RBC (%)	Flandre (%)	Belgique (%)
<b>Au cours de la vie</b>	<b>14,8</b>	<b>22,0</b>	<b>14,1</b>	<b>15,0</b>
15-24 ans	20,9	34,0	28,3	26,1
25-34 ans	32,4	28,4	29,4	30,2
35-44 ans	17,1	22,5	12,2	14,6
45-54 ans	5,0	15,1	5,7	6,1
55-64 ans	2,0	8,7	2,1	2,5
<b>Lors des 12 derniers mois</b>	<b>5,8</b>	<b>8,1</b>	<b>3,5</b>	<b>4,6</b>
15-24 ans	12,7	20,6	11,0	12,2
25-34 ans	11,7	12,1	6,0	8,4
35-44 ans	5,5	6,2	1,8	3,3
45-54 ans	1,1	2,5	1,2	1,2
55-64 ans	0,3	0,3	0,4	0,4
<b>Lors des 30 derniers jours</b>	<b>3,6</b>	<b>5,2</b>	<b>1,7</b>	<b>2,6</b>
15-24 ans	8,4	13,4	3,8	6,0
25-34 ans	7,4	8,2	3,4	5,2
35-44 ans	3,3	3,2	1,1	2,0
45-54 ans	0,2	1,9	0,8	0,7
55-64 ans	0,3	0,0	0,3	0,3

Tableau 1 – Consommation de cannabis en 2013 en Belgique et par Région. Enquête HIS 2013 – BPS.

Source : Eurotox



En 2013, 22 % de la population en RBC déclare avoir consommé au moins une fois du cannabis au cours de sa vie, contre environ 14 % dans les autres régions (Tableau 1). Comparativement aux autres régions du pays, cette consommation est plus marquée pour les 15-24 ans et les 35-44 ans en Région de Bruxelles-Capitale. Dans les autres régions du pays, c'est la tranche d'âge des 25-34 ans qui domine.

La consommation au cours des 12 derniers mois est de 8,1 % en Région de Bruxelles-Capitale contre 4,6 % en Belgique. En Région de Bruxelles-Capitale, elle concerne principalement les 15-24 ans (20,6 %) ainsi que, dans une moindre mesure, les 25-34 ans (12,1 %).

La consommation au cours des 30 derniers jours est de 5,2 % en Région de Bruxelles-Capitale contre 2,6 % en Belgique. Les 15-24 ans sont également les plus concernés (13,4 %) ainsi que les 25-34 ans (8,2 %).



BELGIQUE



	2001 (%)	2004 (%)	2008 (%)	2013 (%)
<b>Au cours de la vie</b>				
15-64 ans	10,7	13,0	14,3	15,0
15-24 ans	20,6	22,2	21,3	26,1
25-34 ans	17,5	24,9	30,1	30,2
<b>Lors des 12 derniers mois</b>				
15-64 ans	/	5,0	5,1	4,6
15-24 ans	/	11,8	11,9	12,2
25-34 ans	/	10,9	10,4	8,4
<b>Lors des 30 derniers jours</b>				
15-64 ans	2,7	2,8	3,1	2,6
15-24 ans	7,7	6,0	6,5	6,0
25-34 ans	3,9	7,2	7,0	5,2

RBC



<b>Au cours de la vie</b>				
15-64 ans	17,8	21,9	23,4	22,0
15-24 ans	25,1	25,6	26,9	34,0
25-34 ans	26,4	35,9	32,7	28,4
<b>Lors des 12 derniers mois</b>				
15-64 ans	/	9,2	8,7	8,1
15-24 ans	/	15,7	15,4	20,6
25-34 ans	/	15,8	12,8	12,1
<b>Lors des 30 derniers jours</b>				
15-64 ans	5,2	4,8	6,3	5,2
15-24 ans	11,3	8,6	10,3	13,4
25-34 ans	7,7	8,0	9,4	8,2

Tableau 2 – Evolution de la consommation de cannabis de 2001 à 2013 en Belgique et en RCB.  
Enquêtes HIS 2001-2013 – BPS. Source : Eurotox

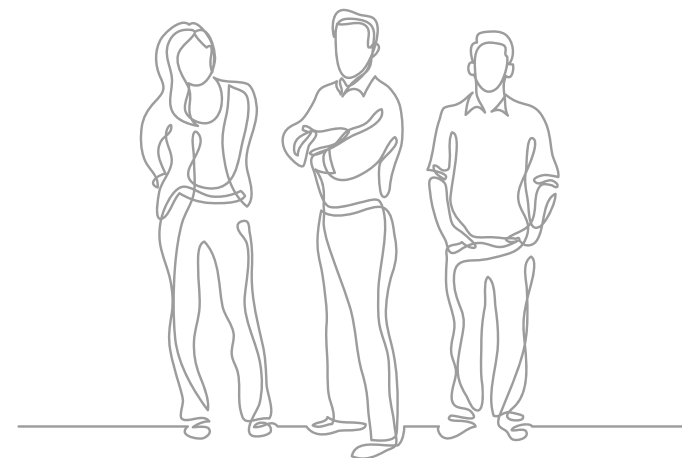
La consommation de cannabis au moins une fois au cours de la vie a augmenté depuis 2001, en Région de Bruxelles-Capitale comme en Belgique (Tableau 2). Les consommations récentes (12 derniers mois) et actuelles (30 derniers jours) sont par contre relativement stables et ne présentent pas de fluctuations significatives.

Au niveau de la Belgique, la consommation au moins une fois au cours de la vie est plus marquée en 2001 pour les 15-24 ans. Les années suivantes, elle est plus importante parmi les 25-34 ans. Notons qu'il s'agit peut-être des mêmes personnes, et donc d'un effet de génération.

En Région de Bruxelles-Capitale, le constat est inverse. Une consommation plus importante en 2004 pour les 25-34 ans se reporte ensuite sur les 15-24 ans.

		2001 (%)	2004 (%)	2008 (%)	2013 (%)	
SEXE	♀♂	<b>Au cours de la vie</b>	<b>17,8</b>	<b>21,9</b>	<b>23,3</b>	<b>22,0</b>
		Hommes	/	25,1	26,8	27,4
		Femmes	/	18,9	20,1	16,8
NIVEAU D'INSTRUCTION	🎓	Primaire/sans diplôme	/	5,5	10,6	-
		Secondaire inférieur	/	12,2	15,1	9,4
		Secondaire supérieur	/	21,3	16,7	16,2
		Enseignement supérieur	/	29,1	30,2	28,2
SEXE	♀♂	<b>Lors des 12 derniers mois</b>	<b>/</b>	<b>9,2</b>	<b>8,7</b>	<b>8,1</b>
		Hommes	/	11,9	11,1	10,5
		Femmes	/	6,8	6,4	5,8
NIVEAU D'INSTRUCTION	🎓	Primaire/sans diplôme	/	3,2	4,4	-
		Secondaire inférieur	/	6,2	6,7	2,1
		Secondaire supérieur	/	9,8	7,5	7,8
		Enseignement supérieur	/	11,4	10,5	10,1
SEXE	♀♂	<b>Lors des 30 derniers jours</b>	<b>5,2</b>	<b>4,8</b>	<b>6,5</b>	<b>5,2</b>
		Hommes	/	6,8	8,1	7,7
		Femmes	/	4,2	4,9	2,8
NIVEAU D'INSTRUCTION	🎓	Primaire/sans diplôme	/	1,8	4,4	-
		Secondaire inférieur	/	4,0	6,2	1,8
		Secondaire supérieur	/	6,4	5,9	4,8
		Enseignement supérieur	/	6,6	7,2	6,4

Tableau 3 – Consommation de cannabis en RBC. Enquête HIS 2001-2013 – BPS. Source : Eurotox



En Région de Bruxelles-Capitale, la répartition entre les hommes et les femmes et les différences selon le diplôme permettent de formuler deux constats concernant la consommation de cannabis (Tableau 3) :

- Elle est plus importante chez les hommes que chez les femmes. L'écart le plus important est observé pour la consommation lors des 30 derniers jours en 2013 (7,7 % pour les hommes et 2,8 % pour les femmes).
- Elle augmente avec le niveau d'éducation. L'écart le plus important en 2013 est constaté lors des 12 derniers mois (2,1 % pour le secondaire inférieur contre 10,1 % pour l'enseignement supérieur, soit cinq fois plus).

### 1.1.2 Autres drogues

	Wallonie (%)	RBC (%)	Flandre (%)	Belgique (%)
<b>Au cours de la vie</b>	<b>2,6</b>	<b>5,6</b>	<b>3,8</b>	<b>3,6</b>
15-24 ans	1,3	10,9	4,5	3,8
25-34 ans	7,8	5,0	9,1	8,3
35-44 ans	3,5	4,6	3,5	3,6
45-54 ans	0,8	6,2	1,7	1,8
55-64 ans	0,0	3,2	0,9	0,7
<b>Lors des 12 derniers mois</b>	<b>0,4</b>	<b>2,5</b>	<b>0,8</b>	<b>0,8</b>
15-24 ans	0,4	8,1	1,3	1,5
25-34 ans	1,4	2,1	2,6	2,2
35-44 ans	0,5	2,6	0,2	0,5
45-54 ans	0,0	1,2	0,1	0,2
55-64 ans	0,0	0,0	0,2	0,1
Cocaïne	/	/	/	0,5
Amphétamines/ecstasy	/	/	/	0,5
Amphétamines/ecstasy	/	/	/	0,5
Dérivés de l'opium	/	/	/	0,2

Tableau 4 – Consommation de drogues autres que le cannabis en Belgique par Région. Enquête HIS 2013 – BPS. Source : Eurotox.



En 2013, la consommation d'autres drogues au cours de la vie est de 5,6 % en Région de Bruxelles-Capitale contre 3,6 % pour toute la Belgique (Tableau 4). Elle est la plus marquée pour la tranche d'âge des 15-24 ans en RBC tandis que dans les autres régions du pays, c'est la tranche d'âge des 25-34 ans qui domine. L'usage récent – soit durant les 12 derniers mois – est de 8,1 % pour les 15-24 ans en RBC contre 1,3 % en Région flamande et 0,4 % en Région wallonne. Comme pour le cannabis, la prévalence de consommation d'autres drogues est plus marquée en RBC.

		2008 (%)	2013 (%)	
SEXE	♀♂	<b>Au cours de la vie</b>	<b>6,0</b>	<b>5,6</b>
		Hommes	6,8	6,4
		Femmes	5,2	4,9
NIVEAU D'INSTRUCTION	🎓	Primaire/sans diplôme	3,3	0,0
		Secondaire inférieur	5,1	2,1
		Secondaire supérieur	5,5	6,7
SEXE	♀♂	<b>Lors des 12 derniers mois</b>	<b>2,2</b>	<b>2,5</b>
		Hommes	2,7	3,1
		Femmes	1,8	1,9
NIVEAU D'INSTRUCTION	🎓	Primaire/sans diplôme	0,0	0,0
		Secondaire inférieur	1,2	0,0
		Secondaire supérieur	2,6	1,7
		Enseignement supérieur	2,7	3,6

Tableau 5 – Consommation d'autres drogues que le cannabis en RBC. Enquête HIS 2013 – BPS. Source : Eurotox

Les différences de genre et de niveau d'éducation permettent d'établir les mêmes constats que pour le cannabis : la consommation est plus importante pour les hommes que pour les femmes, et elle augmente avec le niveau d'éducation (Tableau 5). Toutefois, l'écart entre les hommes et les femmes est plus faible pour la consommation d'autres drogues qu'il ne l'est pour le cannabis. Et la différence de consommation est plus marquée entre le niveau d'enseignement secondaire supérieur et l'enseignement supérieur, ce qui renforce le lien entre consommation et niveau d'éducation.

## 1.2 Consommation de drogues parmi les jeunes

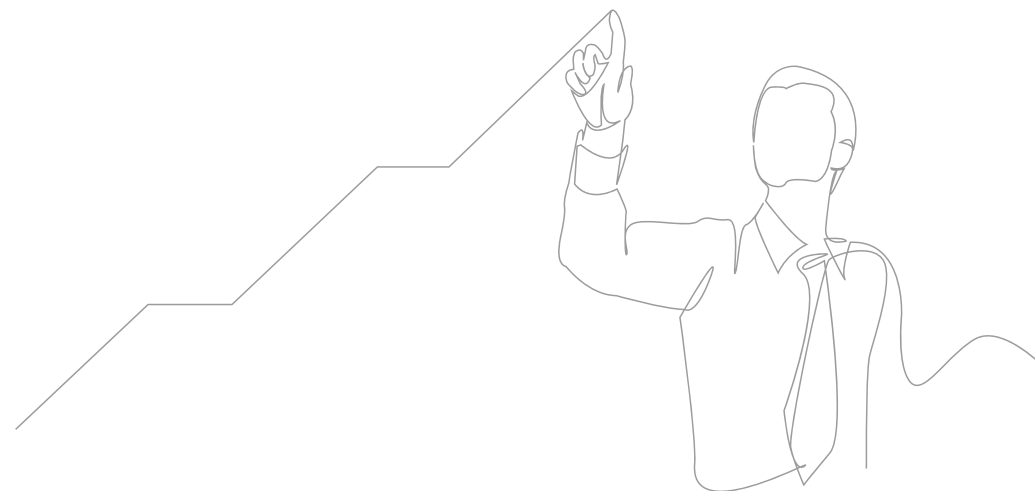
Les données disponibles en Belgique sur la consommation de drogues parmi les jeunes proviennent de l'enquête *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) réalisée par le « Service d'Information Promotion Éducation Santé » de l'ULB. Il s'agit d'une enquête par questionnaire auto-administré sur la santé et le bien-être des élèves de l'enseignement secondaire de 13 à 18 ans, qui comprend un volet sur les assuétudes. Notons que si la représentativité du tirage est garantie au niveau de la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), elle ne l'est pas pour la Région de Bruxelles-Capitale (+/- 840 élèves répondants). Les résultats doivent donc être interprétés avec prudence.

	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>Au cours de la 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>Lors des 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>Lors des 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>	<b>0,8</b>	<b>0,0</b>	<b>0,4</b>	<b>4,5</b>	<b>0,0</b>	<b>2,4</b>	<b>9,4</b>	<b>1,6</b>	<b>5,7</b>	<b>5,0</b>	<b>0,5</b>	<b>2,8</b>

Tableau 6 – Prévalence de la consommation de drogues chez les jeunes de 13 à 18 ans scolarisés en RBC Enquête HBSC 2010 – BPS. Source : Eurotox

Un quart des jeunes sondés a expérimenté le cannabis. La consommation au cours de la vie augmente fortement avec l'âge : ils sont 8 % pour les 13-14 ans et 40 % parmi les 17-18 ans (Tableau 6). Cette consommation est légèrement plus marquée chez les garçons.

La consommation d'ecstasy concerne 2,5 % des jeunes, dont 4,2 % pour les 17-18 ans, et 6,5 % pour les garçons de cette tranche d'âge. La différence est beaucoup plus marquée entre les filles et les garçons qu'elle ne l'est pour le cannabis.

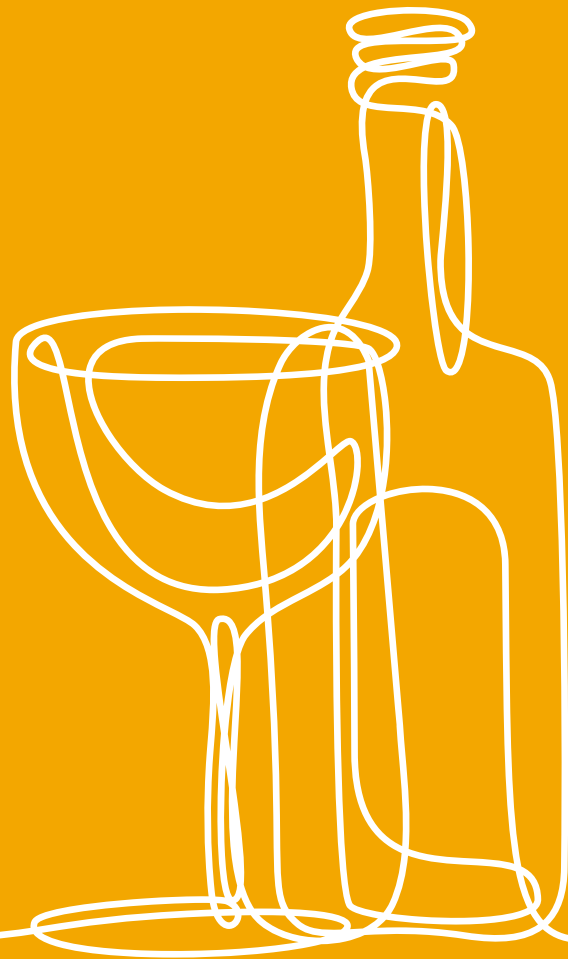


La consommation lors des 12 derniers mois concerne un cinquième des jeunes. Elle augmente avec l'âge et est nettement plus fréquente pour les garçons que pour les filles. Les autres drogues concernent 3 % des jeunes et leur usage augmente généralement avec l'âge, à l'exception des solvants qui sont plus consommés par les plus jeunes.

La consommation de cannabis lors des 30 derniers jours concerne 14 % des jeunes, 24 % des 17-18 ans et 32 % des garçons de cette tranche d'âge. Elle augmente avec l'âge et est fortement plus marquée chez les garçons que chez les filles. La consommation de drogues autres que le cannabis lors des 30 derniers jours diffère peu de celle constatée pour les 12 derniers mois. Les chiffres baissent toutefois davantage pour les filles que pour les garçons. Une fois encore, la consommation récente augmente avec l'âge et est plus présente parmi les garçons.

L'usage quotidien de cannabis touche 5 % des garçons contre seulement 0,5 % des filles parmi les participants à l'enquête.

En résumé, donc, la consommation de drogues chez les jeunes de 13 à 18 ans augmente avec l'âge. Les garçons sont plus représentés que les filles, et cette différence s'accroît d'abord pour la consommation lors des 12 derniers mois, et ensuite pour la consommation lors des 30 derniers jours. L'usage quotidien de cannabis est ce qui différencie le plus les garçons des filles. Par ailleurs, l'expérimentation touche plus les garçons, et ceux-ci ont tendance à reproduire davantage l'expérience. Les filles expérimentent moins les drogues, mais, surtout, elles semblent moins reproduire ces expériences.



Consumption  
**D'ALCOOL**

Les données disponibles en Belgique sur la consommation d'alcool proviennent de l'enquête HIS (Health Interview Survey) réalisée par l'Institut scientifique de Santé publique. Comme déjà spécifié pour les drogues, s'agissant d'une enquête portant sur la santé en général, les questions touchant spécifiquement à l'alcool sont limitées. L'échantillon de l'enquête 2013 couvre plus de 6.000 personnes de 15 à 64 ans.

	Wallonie (%)	RBC (%)	Flandre (%)	Belgique (%)
<b>Abstinence sur la vie</b>	<b>13,5</b>	<b>24,1</b>	<b>9,7</b>	<b>12,1</b>
<b>Consommation mais pas les 12 derniers mois</b>	<b>5,0</b>	<b>4,3</b>	<b>3,1</b>	<b>3,8</b>
<b>Consommation au cours des 12 derniers mois</b>	<b>81,5</b>	<b>71,6</b>	<b>87,2</b>	<b>84,1</b>
Chaque jour	17,1	13,5	13,3	14,4
Chaque semaine	43,9	51,3	49,0	47,6
Chaque mois	28,7	25,0	26,5	27,1
Moins d'une fois par mois	<b>10,3</b>	<b>10,2</b>	<b>11,2</b>	<b>10,9</b>
<b>Consommation quotidienne</b>	<b>14,0</b>	<b>9,6</b>	<b>11,6</b>	<b>12,2</b>

Tableau 7 – Consommation d'alcool en 2013 en Belgique et par région. Enquête HIS 2013 – BPS.  
Source : Eurotox



Les résultats montrent qu'en Belgique, 12 % de la population de 15 à 64 ans n'a jamais consommé d'alcool, pour 24 % en RBC (Tableau 7).

La consommation d'au moins un verre d'alcool au cours des 12 derniers mois est plus faible en RBC (71,6 %) qu'en Région wallonne (81,5 %) et qu'en Région flamande (87,2 %). Parmi ceux-ci, un peu plus de 60 % des personnes interrogées déclarent une consommation régulière (chaque semaine ou plus) dans les trois régions. La consommation quotidienne est la plus importante en Région wallonne (14 %) et la plus faible en Région de Bruxelles-Capitale (9,6 %).






		Chaque jour (%)	Chaque semaine (%)	Chaque mois (%)	Moins d'1x/mois (%)
 BELGIQUE	15-24 ans	1,4	50,6	34,9	13,1
	25-34 ans	6,1	44,5	34,0	15,4
	35-64 ans	19,2	47,9	23,7	9,2
 RBC	15-24 ans	2,7	66,5	10,9	19,9
	25-34 ans	5,2	51,6	33,2	10,0
	35-64 ans	19,5	48,5	23,5	8,6
 WAL	15-24 ans	2,5	38,1	43,8	15,6
	25-34 ans	6,3	42,7	35,4	15,5
	35-64 ans	22,7	45,3	24,1	7,9

Tableau 8 – Consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois en Belgique, en RBC et en Région wallonne. Enquête HIS 2013 – BPS. Source : Eurotox

La fréquence de consommation par tranche d'âge (Tableau 8) montre une forte augmentation de la prise de boissons alcoolisées au quotidien de 15 à 64 ans. Si les 15-24 ans ne représentent que 1,4 % de consommateurs quotidiens en Belgique et 2,7 % en RBC, ils sont près de 20 % parmi les 35-64 ans. La consommation hebdomadaire est plus importante chez les 15-24 ans en Région de Bruxelles-Capitale (66,5 %) qu'en Région wallonne (38,1 %).

Pour qualifier une consommation d'alcool d'« excessive » (Tableau 9), l'enquête se réfère aux notions de surconsommation (soit plus de 21 verres par semaine pour les hommes et plus de 14 verres pour les femmes, conformément aux limites recommandées par l'Organisation Mondiale de la Santé) et de « binge drinking », c'est-à-dire l'ingestion d'une importante quantité d'alcool en un minimum de temps – cinq verres ou plus (pour les hommes) ou quatre verres ou plus (pour les femmes), sur une durée de 2 heures environ.

L'enquête estime également la consommation problématique d'alcool à partir de deux réponses positives sur les quatre questions suivantes : Avez-vous déjà senti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ? Vous êtes-vous déjà senti(e) irrité(e) par des critiques à propos de votre consommation d'alcool ? Vous êtes-vous déjà senti(e) coupable en ce qui concerne votre consommation d'alcool ? Avez-vous déjà eu besoin d'alcool en vous levant pour être vraiment réveillé(e) (ou pour vous remettre d'aplomb) ? En cas de réponse positive à au moins 2 des 4 questions, l'enquête considère qu'il y a une consommation problématique.

En 2013, la surconsommation d'alcool en RBC et au niveau national sont respectivement de 3 % et 5,5 % pour les 15-24 ans, de 3,9 % et 3,2 % pour les 25-34 ans, et de 8,1 % et 8 % pour les 35-64 ans. Si l'on constate une diminution dans le temps depuis 2004 de la surconsommation au niveau national, cette évolution est moins claire pour la RBC et la Région wallonne.




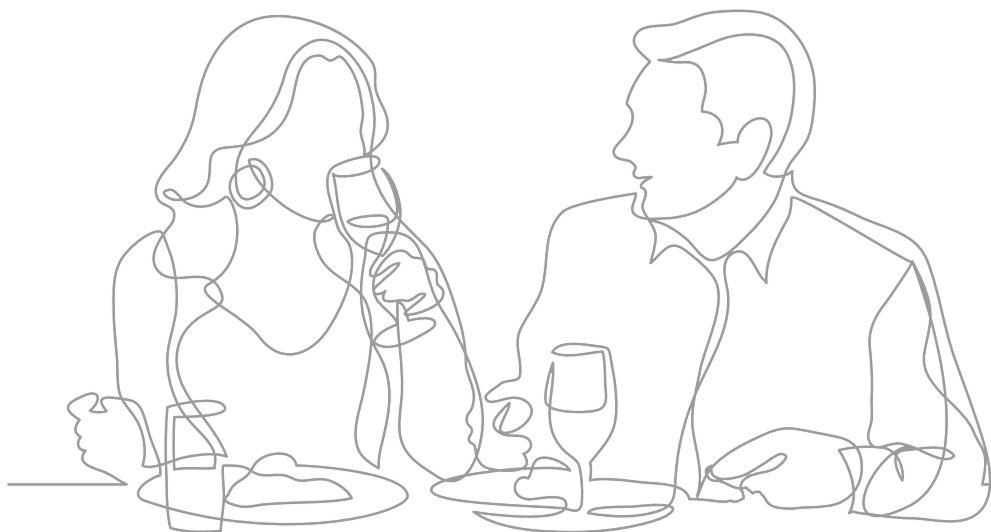
	2001			2004			2008			2013			
	15-24 ans %	25-34 ans %	35-64 ans %	15-24 ans %	25-34 ans %	35-64 ans %	15-24 ans %	25-34 ans %	35-64 ans %	15-24 ans %	25-34 ans %	35-64 ans %	
<b>BELGIQUE</b> 	Consommation quotidienne	0,9	4,2	12,8	1,4	3,7	11,2	2,7	3,8	13,7	1,0	5,1	16,5
	Surconsommation hebdomadaire	6,7	8,2	11,4	8,8	7,8	10,2	7,4	6,4	9,4	5,5	3,2	8,0
	Binge Drinking hebdomadaire ou +	/	/	/	/	/	/	12,1	8,0	8,7	14,0	8,8	8,5
	Usage problématique	4,3	7,4	7,7	5,9	8,4	8,9	7,8	11,8	11,9	6,1	10,8	12,4
<b>RBC</b> 	Consommation quotidienne	2,2	7,4	17,0	0,7	5,4	14,5	4,1	2,5	12,8	1,7	3,8	14,2
	Surconsommation hebdomadaire	4,9	7,7	12,7	2,4	7,3	10,1	4,1	5,5	7,8	3,0	3,9	8,1
	Binge Drinking hebdomadaire ou +	/	/	/	/	/	/	10,0	6,2	5,9	17,0	7,5	7,4
	Usage problématique	8,3	8,5	11,5	5,0	16,7	12,8	15,5	17,1	15,3	8,5	13,9	21,5
<b>WALLONIE</b> 	Consommation quotidienne	0,9	3,6	13,1	1,7	4,8	12,7	3,6	5,5	15,6	1,8	5,0	19,2
	Surconsommation hebdomadaire	3,4	6,3	9,8	6,3	7,7	11,1	3,2	9,5	10,1	5,7	5,3	8,6
	Binge Drinking hebdomadaire ou +	/	/	/	/	/	/	8,6	8,6	7,8	12,2	7,8	8,2
	Usage problématique	6,4	10,3	9,7	7,7	11,1	12,9	6,4	13,6	12,0	7,0	10,3	11,4

Tableau 9 – Evolution de la surconsommation hebdomadaire, de la consommation quotidienne, du binge drinking et de l'usage problématique d'alcool en Belgique, par région et par tranches d'âge. Enquête HIS 2001-2013 – BPS. Source : Eurotox



La proportion de consommateurs quotidiens au niveau national a tendance à augmenter avec l'âge et dans le temps pour les 25-64 ans, alors qu'en Région de Bruxelles-Capitale, celle-ci est stable ou diminue en fonction de la tranche d'âge.

Le « binge drinking » est en augmentation depuis 2008 pour les 15-24 ans en Belgique (+2 %) et en RBC (+7 %) où il atteint 17 %, contre 12,2 % en Région wallonne. Il tend à baisser pour les autres tranches d'âge.

L'usage problématique augmente au niveau national. En RBC, son évolution dépend de la tranche d'âge. Chez les 15-24 ans, il fluctue mais retrouve son niveau de 2001 (8 %). Chez les 25-34 ans, il a tendance à augmenter bien qu'en diminution sur les dernières années (14 % en 2013 mais moins 3 % par rapport à 2008). Chez les 35-64 ans, il augmente de manière continue, la plus forte progression étant observée entre 2008 et 2013 pour atteindre 21,5 % (contre 11,4 % en Région wallonne).

En conclusion, la consommation d'alcool est bien ancrée dans les habitudes des Belges. 76 % de la population en RBC déclare avoir consommé de l'alcool, et ce taux monte à 88 % pour l'ensemble de la Belgique.

Il apparaît aussi qu'une partie de la population n'en a jamais bu, et cette part est plus importante en RBC que pour l'ensemble de la Belgique.

Les consommations hebdomadaires plus importantes posent problème pour les jeunes à partir de 15 ans (« binge drinking », surconsommation) tandis que l'alcool au quotidien touche plutôt les adultes.



**SOINS DE** santé



L'impact de la consommation d'alcool ou de drogues sur les usagers est complexe vu l'étendue des paramètres. L'indicateur de demande de traitement (TDI pour Treatment Demand Indicator) est une source de première importance dans les pays européens. Il se base sur l'enregistrement annuel des demandes de traitement auprès des services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes.

En Belgique, l'obligation d'enregistrement ne concerne que les centres conventionnés avec l'INAMI ou les centres agréés par la Wallonie ainsi que, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015, les hôpitaux<sup>6</sup>. Les services ambulatoires de la Commission communautaire française (COCOF) y participent sur une base volontaire. Les données d'autres secteurs subsidiés, mais aussi des centres médicaux privés ou encore du milieu pénitentiaire ne sont, elles, pas prises en compte.

<sup>6</sup> Arrêté royal du 25 avril 2014 modifiant les règles selon lesquelles les hôpitaux doivent communiquer les données relatives au « Treatment Demand Indicator » au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, *M.B.*, 4 juin 2014

### 3.1 Demandes de traitements

	2011	2012	2013	2014	Total
<b>Centres</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>/</b>
<i>Demandes de traitement</i>	495	571	1.263	1.842	4.171
<i>Patients uniques</i>	403	517	1.130	1.740	3.790
<i>Traitement bas seuil</i>	115	170	391	422	1.098
<i>Traitement ambulatoire</i>	123	196	274	709	1.302
<i>Traitement résidentiel</i>	165	151	465	609	1.390
<b>Centres</b>	<b>20</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>/</b>
<i>Demandes de traitement</i>	1.542	1.546	1.674	1.954	6.716
<i>Patients uniques</i>	1.401	1.470	1.614	1.870	6.355
<i>Traitement bas seuil</i>	377	350	365	471	1.563
<i>Traitement ambulatoire</i>	566	764	883	1.034	3.247
<i>Traitement résidentiel</i>	458	356	366	365	1.545

Tableau 10 – Evolution des demandes de traitement en RBC et en Région wallonne, 2011-2014 – BPS. Source : Eurotox

Sur la période 2011-2014, 4.171 demandes de traitement ont été enregistrées en RBC auprès des centres participant actuellement à cette collecte (Tableau 10). Les années 2011 et 2012 sont moins bien représentées en raison d'une modification des méthodes de collecte de données.

Les traitements en résidentiel (centres de réhabilitation, cliniques spécialisées) et en ambulatoire (centres de jour, intervention inférieure à une journée) sont les plus nombreux.

Le traitement en bas seuil présente comparativement une demande légèrement moins élevée. Il vise un public

marginalisé et moins enclin à entamer une cure. Il caractérise une pratique où l'accueil et l'accès aux soins sont déterminants pour les patients en situation précaire, vivant souvent dans l'exclusion sociale. L'attention est portée au nécessaire bon aménagement des conditions de la rencontre pour un accompagnement individualisé et non stigmatisant, sans exiger l'abstinence ou une couverture médicale à l'entrée, ce qu'exprime le terme « bas seuil ».

On constate, enfin, qu'à nombre de demandes de traitement équivalent, il y a moins de centres en RBC qu'en Région wallonne.

	Tous produits	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Alcool
<b>N = échantillon</b>	<b>3.790</b>	<b>1.592</b>	<b>449</b>	<b>282</b>	<b>1.226</b>
% des demandes uniques	100	42,0	11,8	7,4	32,3
<b>Traitement antérieur (%)</b>					
Non	20,2	17,3	29,3	36,2	17,9
Oui	79,8	82,7	70,7	63,8	82,1
<i>Non-réponses (n)</i>	1.126	410	173	97	381
<b>Type de traitement (%)</b>					
Bas seuil	29,0	51,1	22,3	11,4	10,0
Ambulatoire	34,3	13,6	30,3	45,7	57,0
Résidentiel	36,7	35,3	47,4	42,9	33,0
<b>Origine de la demande (%)</b>					
Propre initiative	62,3	62,2	63,3	56,0	64,3
Famille/amis	9,4	11,2	8,0	11,3	7,1
Réorientation	18,1	18,6	15,2	19,2	17,5
Justice	3,2	1,8	4,2	6,4	3,5
Autre	7,0	6,2	9,3	7,1	7,6
<i>Non-réponses (n)</i>	178	63	19	16	65
<b>Age (année)</b>					
Moyenne	38,9	37,2	36,9	35,0	43,0
<i>Non-réponses (n)</i>	868	261	118	73	335
<b>Sexe (%)</b>					
Homme	81,3	85,7	77,1	87,6	78,0
Femme	18,7	14,3	22,9	12,4	22,0
<i>Non-réponses (n)</i>	0	0	0	0	0
<b>Nationalité (%)</b>					
Belge	63,3	51,9	61,7	72,4	77,5
UE	13,0	18,0	12,1	9,4	6,7
Hors UE	23,7	30,1	26,2	18,2	15,8
<i>Non-réponses (n)</i>	918	275	128	79	349

	Tous produits	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Alcool
<b>Logement (%)</b>					
Stable	57,4	51,5	55,8	50,9	64,3
Instable	31,2	37,0	33,2	24,2	26,9
Institution/Prison	11,4	11,5	11,0	24,9	8,8
<i>Non-réponses (n)</i>	179	91	21	13	42
<b>Scolarité (%)</b>					
Non scolarisé	2,2	3,2	1,6	1,3	1,5
Primaire	47,2	52,5	50,2	48,9	39,3
Secondaire	36,4	35,1	37,2	39,8	37,1
Supérieur	14,2	9,2	11,0	10,0	22,1
<i>Non-réponses (n)</i>	620	233	75	61	208
<b>Statut professionnel (%)</b>					
Emploi régulier	10,4	9,7	14,4	10,5	10,4
Etudiant	1,3	0,5	1,4	9,5	0,2
Economiquement non-actif (pensionné, femme/homme au foyer, malade, invalide, émargeant au CPAS).	46,8	41,7	43,5	45,9	54,4
Chômeur	14,5	14,6	17,9	17,5	12,9
Autre	27,0	33,5	22,8	16,6	22,1
<i>Non-réponses (n)</i>	675	274	102	53	198
<b>Age de la 1<sup>re</sup> consommation (année)</b>					
Moyenne	21,0	21,4	21,5	17,1	21,1
<i>Non-réponses (n)</i>	868	222	101	63	401
<b>Comportement d'injection (%)</b>					
Oui, par le passé	15,5	24,0	9,4	9,6	8,3
Oui, actuellement	10,1	15,3	13,0	5,0	3,7
Jamais	74,4	60,7	77,6	85,4	88,0
<i>Non-réponses (n)</i>	668	198	87	64	252

Tableau 11 – Profil des patients de la RBC selon la substance principalement consommée, 2011-2014 – BPS. Source Eurotox

Le profil des patients selon le type de produit (Tableau 11) se base sur l'ensemble des demandes de traitement en fonction de l'addiction qui pose le plus grand problème à l'utilisateur. Il est défini par un diagnostic médical et/ou par la déclaration de l'utilisateur.

Les patients sont majoritairement de sexe masculin (81,3 %) et de nationalité belge (63,3 %). Le nombre de patients en provenance de l'UE est moins important (13 %) que celui des non-européens (23,7 %), particulièrement en RBC où la part des personnes d'origine étrangère hors UE est supérieure qu'en Région wallonne. Près de 80 % des patients avaient déjà eu recours à une demande de traitement antérieure.

Concernant le type de traitement, le résidentiel comprend 36,7 % des demandes, l'ambulatoire 34,3 % et le bas seuil 29 %. Près d'un tiers des patients n'avait pas de logement stable dans les 30 jours précédents la demande (31,2 %, contre 23,6 % en Wallonie). Une importante proportion des demandeurs est peu ou pas scolarisée (seul 14,2 % avait fait des études supérieures) et sans emploi avec 46,8 % d'économiquement non-actifs et 14,5 % au chômage. La précarité, qui mène souvent à l'exclusion sociale, reste donc une réalité pour un grand nombre d'utilisateurs. Cela justifie d'autant plus l'approche dite à bas seuil.

Les produits les plus fréquemment à l'origine des demandes de traitement (période 2011-2014) sont, par ordre d'importance, les dérivés de l'opium (42 %), l'alcool (32,3 %), la cocaïne et le crack (11,8 %), et le cannabis (7,4 %).

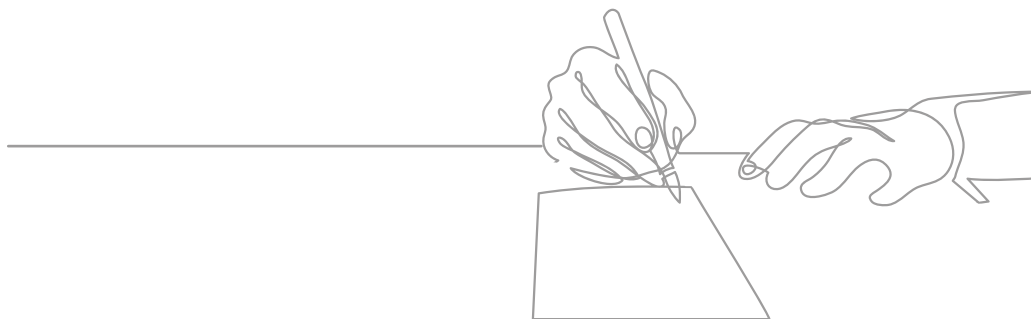
### 3.2 Traitements de substitution à l'héroïne

Les traitements de substitution aux opiacés sont délivrés, sur la base d'une ordonnance, en pharmacie ou en centre spécialisé. Il n'est pas fait de distinction dans les chiffres entre une prescription pour dépendance et une prescription dans le cadre d'un traitement de douleurs chroniques ou de soins palliatifs, ces deux dernières possibilités étant toutefois minoritaires.

	2011	2012	2013	2014
RBC	2.619	2.590	2.582	2.558
Wallonie	9.765	9.631	9.444	9.309
Flandre	5.642	5.583	5.668	5.532
Belgique	18.446	18.189	18.046	17.671

Tableau 12 – Nombre de patients ayant reçu un traitement de substitution aux opiacés en Belgique et par Région – BPS. Source : Eurotox

Le nombre de traitements de substitution aux opiacés (opium et ses dérivés) tend à baisser légèrement. Proportionnellement, il est plus utilisé en Région wallonne qu'en RBC. C'est en Flandre qu'il est le moins utilisé (Tableau 12).





### 3.3 Assuétudes et psychiatrie

Les problèmes d'assuétudes interagissent avec des problèmes de santé mentale sans qu'il soit toujours possible de cerner la chronologie et les liens de cause à effet entre les uns et les autres.

	Alcool	Drogue unique	Médicaments psychotropes	Poly-consommation	Total
<b>Nombre de séjours clôturés (2005-2012)</b>	<b>13014</b>	<b>3226</b>	<b>1108</b>	<b>4503</b>	<b>21851</b>
	%	%	%	%	%
Troubles dépressifs	27,7	14,6	42,2	12,4	23,2
Troubles de la personnalité	16,9	12,3	18,2	11,0	15,0
Troubles de l'adaptation	4,9	5,5	7,9	2,9	4,7
Schizophrénie	3,9	25,2	4,2	8,5	8,0
Troubles psychotiques	4,5	18,0	6,5	6,9	7,1
Troubles bipolaires	4,2	3,6	6,3	1,7	3,7
Troubles anxieux	3,4	2,0	9,0	1,6	3,1
Troubles relationnels ou autistiques	0,4	0,6	1,3	0,2	0,4
Troubles des conduites alimentaires	0,4	0,6	0,8	0,2	0,4
Troubles de déficit de l'attention et hyperactivité	0,1	0,5	0,0	0,2	0,2

Tableau 13 – Présence d'un ou de plusieurs troubles psychiatriques associés à un problème d'assuétude primaire chez les patients pris en charge dans les services psychiatriques, selon le type de diagnostic (RBC, 2005-2012) – BPS. Source : Eurotox



Les séjours psychiatriques pour dépendance concernent l'alcool dans plus de la moitié des cas (Tableau 13). La poly-consommation représente près d'un quart des séjours, et la consommation d'une drogue unique environ 15 %. La prise de médicaments psychotropes est minoritaire et représente 5 %.

Les troubles de dépression et de la personnalité sont les plus fréquemment associés chez les personnes reçues en psychiatrie sur la base d'un diagnostic de dépendance.

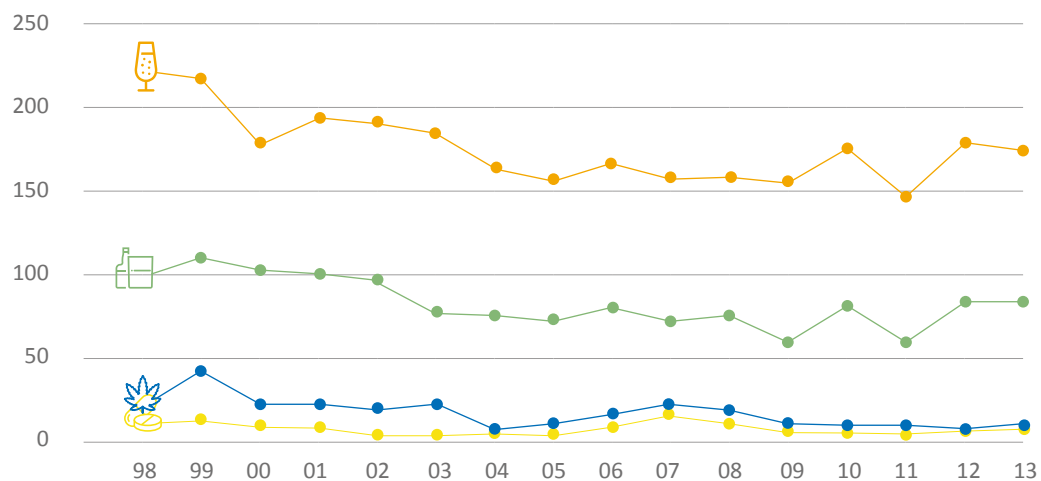
Le diagnostic de la consommation d'une drogue unique est fortement associé à la schizophrénie et aux troubles psychotiques.

Les troubles de l'adaptation et les troubles anxieux concernent plus particulièrement les consommateurs de médicaments psychotropes.

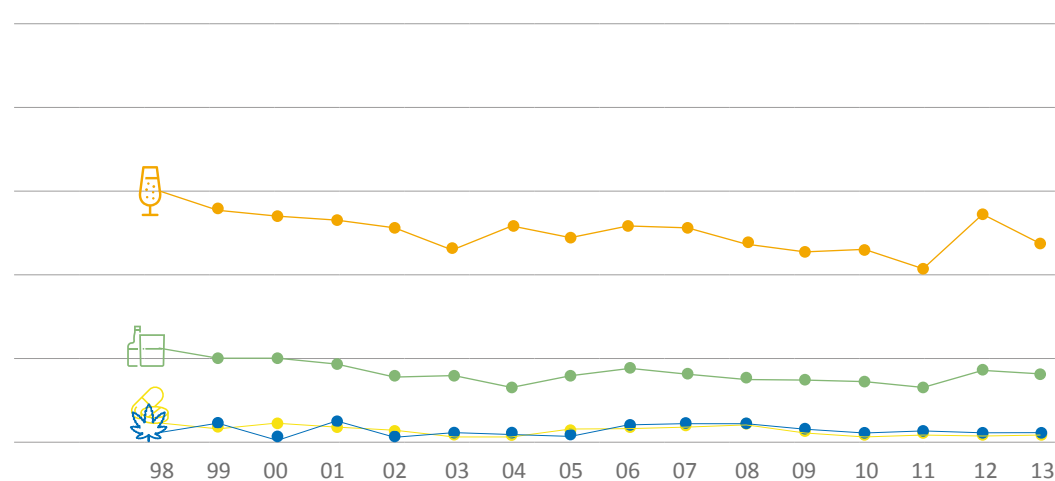
### 3.4 Décès

L'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles a analysé l'évolution, entre 1998 et 2013, du nombre de décès en RBC, dont la cause initiale est la consommation de drogues, d'alcool ou la prise de médicaments psychotropes.

#### Nombre de décès chez les hommes



#### Nombre de décès chez les femmes



Alcool au sens large



Alcool au sens strict



Drogues



Médicaments

Figure 1 – Evolution du nombre de décès liés à la consommation de drogues, de médicaments psychotropes et d'alcool chez les hommes et les femmes résidant en RBC, 1998-2013 – BPS. Sources : Eurotox, Observatoire de la Santé et du Social

La mortalité liée à l'alcool est nettement plus élevée que celle liée aux drogues (près de 5 fois plus pour les hommes et 7 fois plus pour les femmes). On observe, dans ce cadre, une tendance à la baisse depuis 1998. Toutefois, à partir de 2011, les chiffres tendent à remonter légèrement (Figure 1).

Il apparaît que les hommes sont deux fois plus exposés que les femmes aux différents produits. Si les courbes de décès liés à la consommation d'alcool ne présentent pas de différence notable entre les hommes et les femmes, on constate que les décès pour usage de drogues sont plus importants chez les hommes, tandis que ceux liés aux médicaments sont relativement plus importants chez les femmes.



**INFRACTIONS** *observées*

Nous avons montré les diverses conséquences de la consommation d'alcool et de drogues. Cette consommation impacte également l'enregistrement de la criminalité par les services de police. On peut ici distinguer les chiffres relatifs aux drogues, et ceux relatifs aux accidents de la route.

#### 4.1 Chiffres de la police

Dans les statistiques policières de criminalité, les drogues constituent la 5<sup>ème</sup> catégorie sur 42 en termes de nombres d'infractions en Belgique, et la 6<sup>ème</sup> en RBC<sup>7</sup>. Elles sont reprises comme une priorité dans les plans policiers. Les fluctuations dans l'enregistrement peuvent refléter des changements de la criminalité, mais il s'agit souvent d'autres facteurs, comme des modifications dans la pratique d'enregistrement et de la politique criminelle<sup>8</sup>. Contrairement à d'autres formes de criminalité, comme les vols ou les agressions, l'action de la police en matière de drogues détermine en grande partie le nombre d'infractions enregistrées.

En effet, dans ce secteur, il y a peu de plaintes spontanées. La proactivité policière est donc un indicateur important des fluctuations des infractions enregistrées.

De 2007 à 2016, l'enregistrement des infractions liées aux drogues est stable en Région wallonne et en Flandre, alors qu'il augmente considérablement en Région de Bruxelles-Capitale (Tableau 14). Au niveau national, l'augmentation sur cette période reflète celle de la capitale.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Belgique	51.210	53.108	54.509	48.498	48.127	44.236	48.302	53.562	52.413	54.613
RBC	4.348	5.117	5.665	4.953	5.956	5.966	7.569	8.084	7.974	8.362
Wallonie	15.892	14.793	15.577	14.263	13.669	11.633	13.261	14.042	14.238	14.764
Flandre	30.922	33.154	33.211	29.240	28.508	26.654	27.523	32.139	30.201	31.487

Tableau 14 – Nombre d'infractions liées aux drogues enregistrées au niveau national et par Région (2007-2016) – BPS. Source : Police fédérale, Statistiques de criminalité

Les chiffres de consommation de drogues (voir section 1) ne montrent pas une telle augmentation. Il est donc nécessaire d'envisager d'autres facteurs explicatifs de cette hausse des statistiques de criminalité en RBC. Il peut s'agir d'une plus grande visibilité de la détention et du commerce, et/ou d'une proactivité policière accrue. Le constat d'une production de substitution liée aux décisions de villes hollandaises d'interdire la vente de cannabis aux étrangers, notamment dans les zones frontalières, est aussi un facteur explicatif de l'augmentation de la criminalité enregistrée.

<sup>7</sup> Observatoire bruxellois pour la Prévention et la Sécurité, *Rapport 2015*, p. 117.

<sup>8</sup> *Id.*, pp. 111-114

### Import-export de drogues

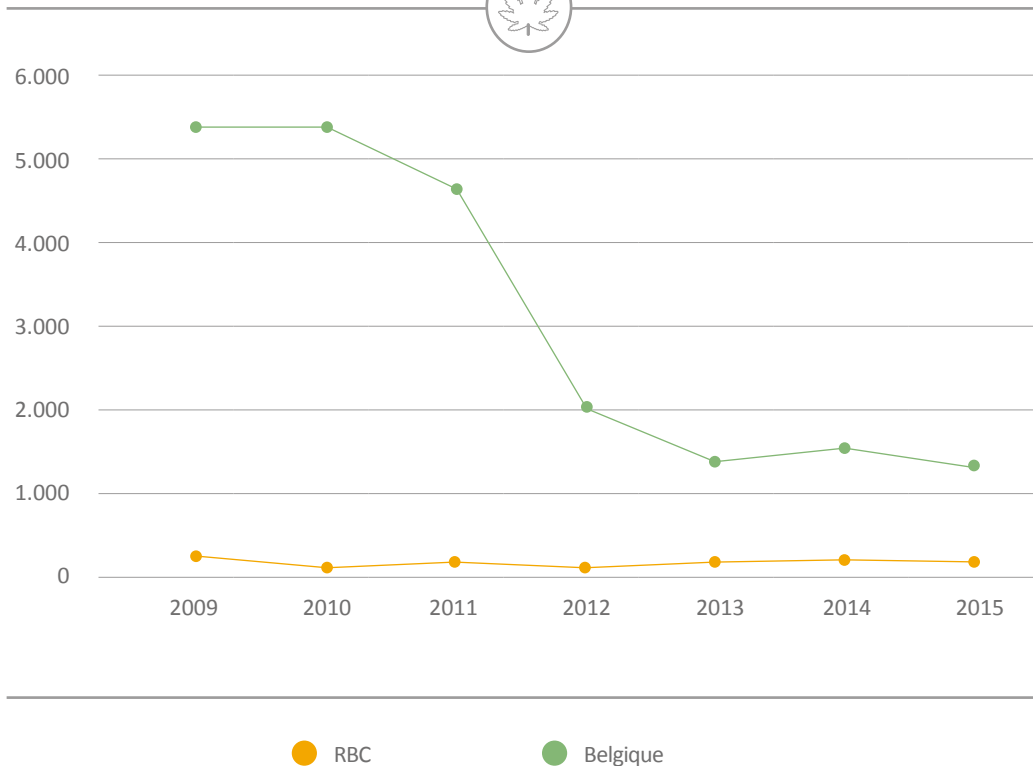


Figure 2 – Nombre d’infractions d’import et d’export de drogues établies au niveau national et en RBC (2009-2015) – BPS. Source : Police fédérale, Direction de la lutte contre la criminalité grave et organisée (DJSOC)

L’impact des décisions hollandaises sur l’import-export belge de cannabis (Figure 2) semble se répercuter directement sur les chiffres de plantations et de production de cannabis dans la capitale (3 infractions en 2002 pour 98 en 2015). Cette nouvelle production bruxelloise est destinée à la consommation locale, ce qui conforte l’hypothèse d’une adaptation aux modifications plus restrictives des règles de vente hollandaises.

### Nombre d’infractions liées aux drogues

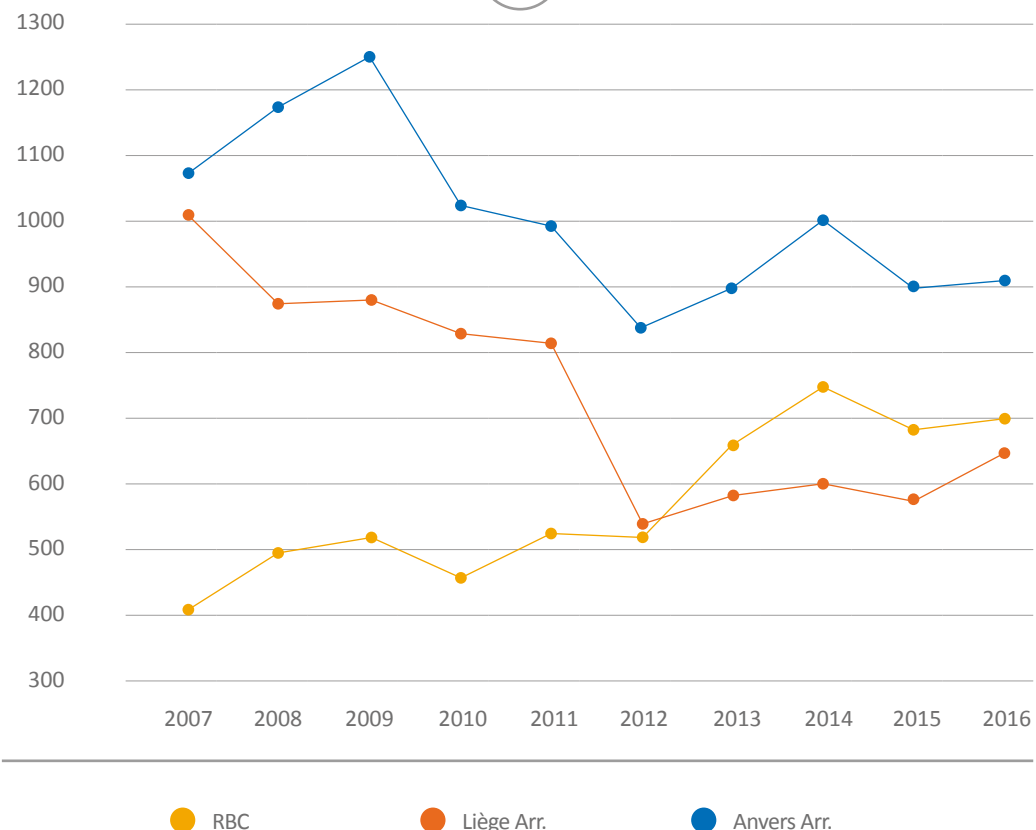
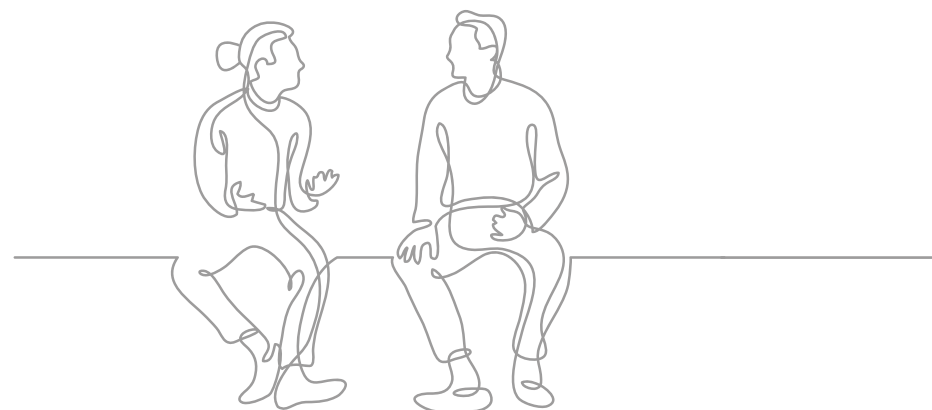


Figure 3 – Nombre d’infractions liées aux drogues enregistrées pour 100.000 habitants par arrondissement (2007-2016) – BPS. Sources : Police fédérale, Statistiques de criminalité, Statbel

En tenant compte de l’augmentation de la population (taux d’infractions pour 100.000 habitants), il apparaît que les infractions enregistrées en matière de drogues augmentent en Région de Bruxelles-Capitale tandis qu’elles baissent dans les arrondissements administratifs de Liège et d’Anvers jusqu’en 2012 avant de remonter légèrement (Figure 3).



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Détention	2.327	2.876	3.320	3.512	4.330	4.398	5.547	6.538	5.925	6.273
Usage	1.005	981	1.089	229	189	178	304	223	223	196
Import/export	368	592	429	288	308	290	335	448	400	333
Fabrication	23	46	39	53	54	66	108	115	115	94
Commerce	565	551	678	667	869	815	1.060	1.043	1.121	1.209
Autres	60	72	111	204	207	231	283	281	190	257
<b>Total</b>	<b>4.348</b>	<b>5.118</b>	<b>5.666</b>	<b>4.953</b>	<b>5.957</b>	<b>5.978</b>	<b>7.637</b>	<b>8.648</b>	<b>7.974</b>	<b>8.362</b>

Tableau 15 – Types d’infractions liées aux drogues enregistrées au niveau régional entre 2007 et 2016 – BPS. Source : Police fédérale, Statistiques de criminalité

Parmi les types d’infractions liées aux drogues (Tableau 15), la détention augmente fortement depuis 2007 et représente l’enregistrement principal (75 % du total en 2016), dont la moitié concerne la Ville de Bruxelles, Ixelles et Molenbeek (Tableau 16). C’est la détention qui est l’infraction principale en matière de drogues. Notons que la baisse de

« l’usage » correspond à une modification de l’encodage au profit de la « détention ». Comme analysé plus haut, les chiffres confirment une hausse du commerce, et en particulier de la fabrication. La catégorie « autres » reprend les infractions en lien avec les médicaments contrôlés (méthadone, morphine, etc.) et vise la délivrance illégale ou la falsification de prescriptions médicales.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Bruxelles	571	766	1.046	1.109	1.413	1.196	1.554	1.905	1.536	1.375
Ixelles	236	245	336	284	366	343	595	670	502	857
Molenbeek	259	218	250	225	278	306	345	310	517	827
Schaerbeek	198	302	190	214	310	267	377	657	441	369
Saint-Gilles	232	409	315	225	204	307	631	594	580	364
Woluwe-Saint-Lambert	28	32	75	160	180	208	145	186	232	300
Uccle	178	256	297	374	480	535	477	523	368	296
Etterbeek	57	63	74	106	227	249	182	175	195	287
Anderlecht	97	120	161	186	147	257	313	286	296	259
Koekelberg	60	36	45	52	53	56	88	131	132	233
Jette	23	24	48	31	59	62	79	95	133	199
Forest	51	47	73	71	69	65	84	129	280	174
Saint-Josse	26	56	73	61	81	119	131	163	322	174
Woluwe-Saint-Pierre	28	30	25	68	93	83	79	88	96	121
Auderghem	75	111	159	191	166	129	166	142	113	108
Watermael-Boitsfort	72	73	72	62	105	107	95	111	112	97
Evere	10	19	15	32	25	42	63	110	83	95
Ganshoren	20	5	19	14	16	24	66	46	44	81
Berchem-Sainte-Agathe	10	9	17	6	6	16	28	33	54	65

Tableau 16 – Infractions liées à la détention de drogues enregistrées par commune entre 2007 et 2016 – BPS. Source : Police fédérale, Statistiques de criminalité

	Bruxelles				Wallonie			
	Détention	Commerce	Import/Export	Fabrication	Détention	Commerce	Import/Export	Fabrication
Cannabis	5.289	641	221	78	8.335	1.183	444	314
XTC/amphétamines	108	40	15	1	398	134	38	2
Opiacés	224	133	38	0	704	256	93	0
Coca/cocaïne	352	231	82	0	678	351	103	5
Hallucinogènes	19	6	4	1	58	16	15	1
Médicaments	33	16	8	0	50	18	6	1
Précurseurs	14	5	3	0	22	8	6	10
Autres	177	74	24	8	780	236	98	27

Tableau 17 – Nombre d’infractions par type de faits et type de drogues enregistrées en RBC comparée à la Région wallonne en 2015 – BPS. Sources : Eurotox, Police Fédérale

L’analyse par produit révèle principalement le cannabis comme première substance, ensuite, et dans une moindre mesure, la cocaïne (Tableau 17). Les opiacés et les amphétamines représentent également des substances communément rencontrées. Le cannabis est de loin le produit pour lequel les infractions sont les plus nombreuses.

#### 4.2 Circulation routière

L’évaluation de la consommation d’alcool ou de drogues au volant (conduite sous influence) suite à des accidents corporels, n’est pas systématique. Les conducteurs ne sont pas tous soumis à un test d’haleine, salivaire ou sanguin. Il en va de même lorsque la personne est décédée. Il y aurait donc une sous-estimation de la conduite sous influence dans les chiffres de l’Institut belge pour la Sécurité routière (IBSR)<sup>9</sup>.

Les chiffres concernant la conduite sous influence de drogues n’existent qu’à l’échelle de la Belgique. Ils proviennent exclusivement de l’Institut National de Criminologie et de Criminalistique (INCC) qui est le seul laboratoire centralisant les données. La Région bruxelloise n’y est pas représentée car la police ne travaille pas avec l’INCC dans ce cadre. En matière d’alcool, la distinction régionale est possible.

<sup>9</sup> Observatoire bruxellois pour la Prévention et la Sécurité, *Rapport 2015*, p. 173.

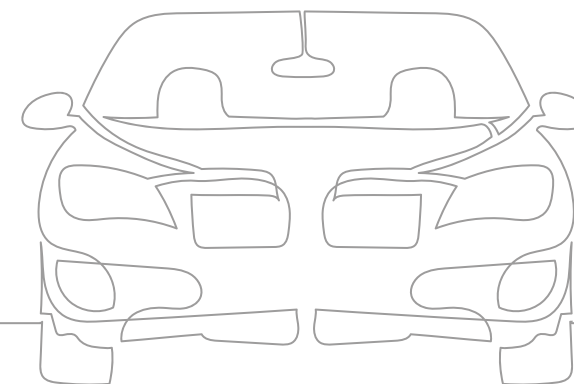


#### 4.2.1 Conduite sous influence de drogues

En Belgique, les analyses sanguines suite à un test salivaire positif d'un conducteur (Tableau 18) révèlent que dans 74 % des cas en 2013, une seule substance était détectée, le cannabis le plus souvent (48 %).

	2011		2012		2013	
	n	%	n	%	n	%
Cannabis	726	52,5	777	45,2	956	48,2
Amphétamine	202	14,6	261	15,2	274	13,8
Cocaïne	124	9,0	181	10,5	203	10,2
Opiacés	31	2,2	38	2,2	35	1,8
Deux produits ou +	186	13,4	238	13,9	315	17,0
Faux positifs	115	8,3	223	13,0	179	9,0
Total	1.384	100	1.718	100	1.962	100

Tableau 18 – Détection de drogues dans les prélèvements de sang suite à un test salivaire en Belgique (2011-2013) – BPS. Sources : Eurotox, *Belgian National Report on Drugs 2014*



Cette même année 2013, les amphétamines ont été détectées à 13,8 % et la cocaïne à 10,2 %. Les opiacés sont plus rares (1,8 %). Les analyses de l'Institut national de Criminalistique et de Criminologie ont montré que 17 % des conducteurs étaient sous l'influence d'au moins deux produits. Le rapport épidémiologique d'Eurotox précise que 9 % des conducteurs sont des « faux positifs » en 2013, donc faussement détectés (un niveau légal est défini en dessous duquel un test positif est jugé non fiable). En outre, bon nombre de substances sont encore détectables 48h après leur consommation alors que leurs effets ont disparus (amphétamines, opiacés, etc.). Certains conducteurs seraient donc sanctionnés (jusqu'à 11.000 euros), alors que leur conduite ne présente pas de risque pour la sécurité routière<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> Eurotox, *L'usage de drogues en Wallonie et à Bruxelles, Rapport 2015, 2016*, p.208.

#### 4.2.2 Conduite sous influence d'alcool

La conduite sous influence d'alcool est estimée régulièrement par l'ISBR, en collaboration avec les zones de police.

	Wallonie	Bruxelles	Flandre	Belgique
Zones de police participantes	52/72	6/6	81/109	139/187
Contrôles	190	15	273	478
Positif : $\geq 0,22$ et $< 0,35$ mg/l	1 %	0,4 %	1,1 %	1 %
Positif : $\geq 0,35$ mg/l	2,1 %	2,1 %	0,9 %	1,4 %
Positif total	3,1 %	2,5 %	2,0 %	2,4 %

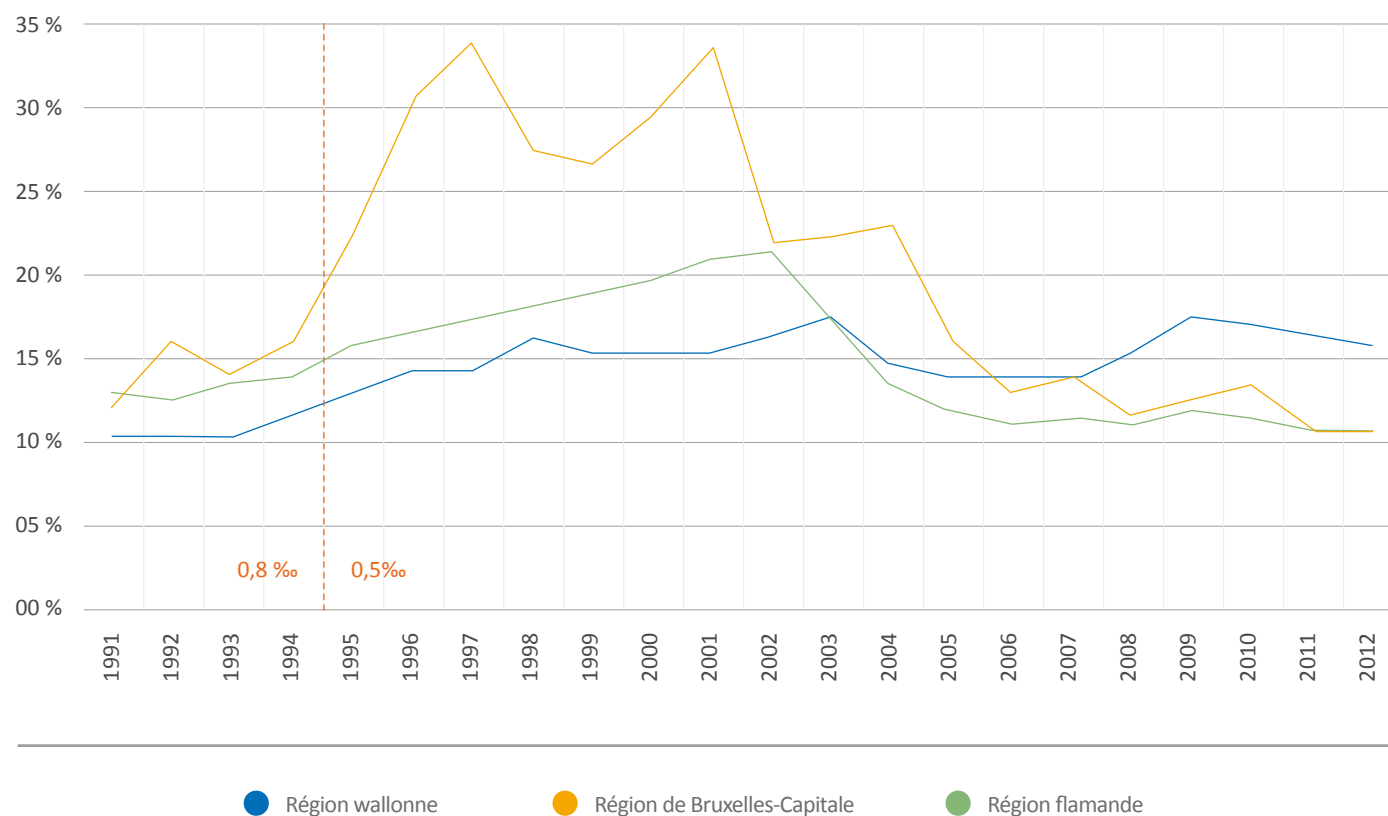
Tableau 19 – Conduite sous influence d'alcool chez les conducteurs de voiture en Belgique et par Région, 2012 – BPS. Source : IBSR asbl

En 2012, 10.374 conducteurs ont été testés laissant apparaître 2,4 % de cas positifs en Belgique, 3,1 % en Région wallonne, 2,5 % en RBC et 2 % en Région flamande (Tableau 19). La part de personnes présentant des taux d'alcoolémie élevé ( $\geq 3,5$  mg/l) est plus importante en RBC et en Région wallonne.

	Accidents corporels	Blessés	Décédés 30 jours	Gravité
2005	3.678	5.162	38	10,3
2006	4.115	5.761	54	13,1
2007	4.836	6.658	60	12,4
2008	5.457	7.429	54	9,9
2009	6.142	8.294	55	9
2010	6.054	8.250	49	8,1
2011	5.829	7.862	46	7,9
2012	5.461	7.294	46	8,4

Tableau 20 – Accidents corporels impliquant au moins un conducteur sous influence de l'alcool, nombre de victimes et estimation de la gravité des accidents en Belgique (2005-2012) – BPS. Source : IBSR asbl

Au niveau national (Tableau 20), on constate une augmentation des accidents corporels et des blessés impliquant un conducteur sous influence de l'alcool entre 2005 et 2010, suivie d'une baisse jusqu'en 2012. La gravité des accidents est le ratio entre les décédés dans les 30 jours et les blessés. Elle est moindre pour les trois dernières années considérées. La moyenne des personnes décédés dans les 30 jours, suite à un accident, est de 50 personnes par an, lorsqu'au moins un conducteur se trouve sous l'influence de l'alcool.



L'évolution de la part de conducteurs sous influence suite à un accident corporel (Figure 4) augmente dans les trois Régions jusqu'aux années 2000 et tend à baisser ensuite. Mais en Région de Bruxelles-Capitale, l'augmentation jusqu'en 2000, et la diminution ensuite, sont plus marquées : les chiffres passent de 33 % de conducteurs de voiture sous influence en 2001, à 10,5 % en 2012, soit plus de trois fois moins. La part de conducteurs soumis à un test de détection de l'alcool suite à un accident a fortement augmenté durant cette période, passant de 8 % en 2001 à 61,6 % en 2012. Une baisse de la sélectivité des conducteurs contrôlés expliquerait (en grande partie) cette diminution.

Figure 4 – Évolution du pourcentage de conducteurs de voiture sous l'influence de l'alcool parmi ceux testés à la suite d'un accident corporel par Région (1991-2012) – BPS. Source : IBSR asbl



**CONCLUSION** générale

L'analyse développée se veut être une base au développement d'indicateurs en matière de consommation de drogues et d'alcool ainsi qu'en matière de détection des phénomènes par les services de police. L'intérêt a été de croiser les données de différentes sources afin de montrer la complémentarité des approches de santé publique, de réinsertion sociale et de répression.

Les phénomènes de consommation et de détention de drogues et d'alcool doivent prioritairement être pris en compte au niveau préventif du *Plan Global de Sécurité et de Prévention* (PGSP), tandis que la production, la fabrication, le trafic et la vente de drogues, ainsi que les comportements délictueux en matière d'état d'ébriété relèvent du niveau répressif. L'important est de s'assurer de la coordination des actions des différents acteurs afin de favoriser une meilleure régulation et gouvernance des problèmes d'assuétudes au sens large.

Plusieurs éléments ont pu être mis en avant, les variables de **genre** et de **niveau d'éducation** permettent d'établir deux constats : la consommation de cannabis et des autres drogues est plus importante chez les hommes que chez

les femmes, et elle augmente avec le niveau d'éducation. Parmi les jeunes de 13 à 18 ans de la RBC, un quart a déjà expérimenté le **cannabis**, un cinquième en a consommé dans les 12 derniers mois et 14 % dans les 30 jours (32 % chez les garçons de 17-18 ans). L'usage quotidien du cannabis est de 5 % pour les garçons et 0,5 % pour les filles. L'expérimentation d'ecstasy est de 2,5 % et monte à 6,5 % pour les garçons de 17-18 ans. L'âge de la première prise de drogues est le plus grand facteur de risque pour les développements problématiques de consommation, dans la mesure où les jeunes sont plus sensibles à une expérience positive conduisant à d'autres expériences de consommation. De ce point de vue, les jeunes devraient constituer une cible des mesures préventives, afin de retarder le contact avec les drogues<sup>11</sup>. Les garçons sont particulièrement visés dans la mesure où ils ont tendance à réitérer plus facilement les expériences de drogues, pouvant conduire à une consommation plus soutenue que les filles.

De manière générale, la consommation de **cannabis** « au moins une fois aux cours de la vie » des personnes interrogées en 2013 est de 22 % en RBC contre 14 % dans les autres Régions de Belgique. L'âge moyen du premier

contact avec ce produit est le plus bas en RBC. Les chiffres de consommateurs sont plus élevés en RBC pour les tranches de 35 à 64 ans. La consommation déclarée lors des 12 derniers mois (toujours parmi les personnes interrogées en 2013) est de 8,1 % en RBC contre 4,6 % en Belgique. Il concerne principalement les 15-24 ans (20,6 % en RBC). La consommation déclarée dans les 30 derniers jours, en référence au moment de l'enquête, est de 5,2 % en RBC contre 2,6 % en Belgique. Les 15-24 ans sont les plus concernés (13,4 %), suivis des 25-34 ans (8,2 %). La consommation quotidienne de cannabis concernerait 1,2 % des Bruxellois pour 0,5 % au niveau national. L'évolution de l'usage de cannabis sur la vie a augmenté depuis 2001, en RBC comme en Belgique.

Pour les **autres drogues** que le cannabis, la consommation estimée est plus marquée en RBC (et plus particulièrement pour les 15-24 ans) que dans le reste du pays. La consommation déclarée lors des 12 derniers mois de cette tranche d'âge est de 8,1 % en RBC contre 1,3 % en Région flamande et 0,4 % en Région wallonne.

<sup>11</sup> Eurotox, *L'usage de drogues en Wallonie et à Bruxelles, Rapport 2015, 2016*, p. 57.

Concernant la **consommation d'alcool**, elle est bien supérieure à la drogue en général avec des prévalences sur la vie entre 75 % (RBC) et 90 % (Région flamande) pour les 15-64 ans. La consommation d'alcool en RBC est plus faible que dans le reste du pays, et les personnes n'ayant jamais consommé d'alcool y sont 24 % contre 12 % au niveau national. Les consommations hebdomadaires (surconsommation, « *binge drinking* ») touchent particulièrement les 15-24 ans (+7 % en RBC contre +2 % en Belgique). L'alcool au quotidien touche plus les adultes que les jeunes. La consommation dite problématique de l'alcool est en augmentation, même si de manière moins prononcée en RBC. Il touche, en Belgique et en RBC, plus particulièrement les personnes âgées de plus de 35 ans.

Il y a eu 4.171 **demandes de traitements** (TDI – Treatment Demand Indicator) enregistrées en RBC entre 2011 et 2014 pour l'ensemble des centres qui ont participé à l'enquête. Il ressort que les patients sont à 83,3 % de sexe masculin. Les personnes d'origines étrangères, plus représentées en RBC, sont 36,7 %. Les modes de traitement concernent le résidentiel à 36,7 %, l'ambulatoire à 34,3 % et le bas seuil (sans barrière à l'accès au soin et destiné à un public plus précaire) à 29 %. La précarité sociale des patients est à souligner avec un tiers des demandeurs sans logement stable, seulement 14,2 % de personnes détenant un diplôme d'études supérieures et plus de 60 % de non

actifs ou chômeurs. Les demandes de traitement les plus fréquentes sont la cause des opiacés dont l'héroïne (42 %), l'alcool (32,3 %) et la cocaïne et le crack (11,8 %). 26 % des patients ont consommé de la drogue par injection à Bruxelles. Les traitements de substitution aux opiacés (principalement à la méthadone pour l'héroïne) sont stables dans le temps, autour de 2.300 par an en RBC.

Les liens entre **toxicomanie et santé mentale** montrent, en RBC, une prépondérance de l'alcool parmi les raisons des séjours psychiatriques basés sur un problème de dépendance. La consommation de drogues est une cause importante mais moins fréquente que l'alcool. La prise de médicaments psychotropes représente moins de 5 % des entrées en psychiatrie. Les troubles de dépression et de la personnalité sont les plus fréquemment associés à un premier diagnostic d'assuétude à l'alcool ou la drogue. La schizophrénie et les troubles psychotiques concernent, de manière plus particulière, des consommateurs d'une seule drogue.

La consommation d'alcool est une **cause de décès** plus fréquente que la consommation de drogues. Les hommes en sont presque deux fois plus exposés que les femmes.

L'augmentation des **infractions enregistrées par la police en matière de stupéfiants** a doublé en RBC entre 2002 et 2014. La consommation de drogues est plus stable.

Des facteurs externes, notamment la proactivité de la police, seraient responsables de ces fluctuations dans les chiffres. La détention de drogues reste le principal fait infractionnel de la criminalité enregistrée en matière de stupéfiants. Elle est en augmentation depuis 2007 et concerne en particulier la Ville de Bruxelles, Ixelles et Molenbeek pour la moitié des faits enregistrés en 2016. Le cannabis est la substance pour laquelle les infractions enregistrées sont les plus nombreuses. Le débat sur la pertinence de l'approche répressive en la matière est ouvert.

En matière de **sécurité routière**, la consommation **d'alcool** au volant révèle qu'en 2012, 2,5 % des personnes testées étaient positives en RBC, contre 2,4 % en Belgique. La Région de Bruxelles-Capitale et la Région wallonne comptaient des taux d'alcoolémie plus élevés ( $\geq 3,5$  mg/l) qu'en Flandre. La consommation de **drogues** au volant parmi les conducteurs détectés en RBC révèle, pour l'année 2013, que le cannabis est la drogue la plus fréquente (48 %). Il est suivi des amphétamines (13,8 %), de la cocaïne (10,2 %), et des opiacés qui sont plus rares (1,8 %). Il apparaît également que 9 % concernent des personnes positives mais en-dessous du seuil légal. C'est-à-dire qu'une drogue a été détectée mais qu'elle avait déjà perdu ses effets sur le conducteur au moment des faits.

## Recommandations

Sur la base des constats ici établis ressortent diverses recommandations.

Premièrement, les **jeunes** représentent un public-cible des mesures de prévention et d'information sur la consommation de drogues et d'alcool, dès lors que l'âge du premier usage est un facteur de risque important de l'usage problématique de ces substances. Par ailleurs, les consommations de cannabis et d'autres drogues, le « *binge drinking* » et la surconsommation d'alcool touchent plus particulièrement les 15-24 ans.



Ensuite, le **bas seuil**, qui permet un accès aux soins sans aucune barrière ni exigence particulière, apparaît être une approche adéquate en RBC vu la crise économique, les multiples logiques d'exclusions urbaines (logement, emploi, déracinement, solitude), la grande précarité sociale et le faible niveau d'éducation des patients.

De plus, en matière de **sécurité routière**, il faudrait promouvoir l'information sur l'effet et la durée des substances les plus consommées, et adapter les sanctions sur la base de la durée de l'effet des produits, dans la mesure où il est possible que ceux-ci n'aient plus d'action au moment du contrôle.

Enfin, les infractions enregistrées par la police en matière de drogues ont doublé mais l'usage reste stable. De ce point de vue, l'**amélioration de la collecte des données** est nécessaire pour l'évaluation du phénomène. La **mutualisation des ressources et des moyens préventifs** est nécessaire pour favoriser les actions les plus pertinentes entre l'approche préventive et répressive selon le type de fait associé aux assuétudes (consommation, vente, production).

# Bibliographie

## Ressources statistiques et rapports

Eurotox, *L'usage de drogues en Wallonie et à Bruxelles. Rapport 2014, 2015, 2016*. Consultable sur [www.eurotox.org](http://www.eurotox.org)

Institut scientifique de Santé publique, *Health Interview Survey*, 2013. Consultable sur <https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Rapports.aspx>

Observatoire bruxellois pour la Prévention et la Sécurité, *Rapport 2015*.

Police Fédérale, *Statistiques de criminalité*, consultables sur <http://www.stat.policefederale.be>

Service d'Information Promotion Éducation Santé (SIPES) ULB, *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*, Bruxelles, 2010.

## Publications spécifiques

Fedito BXL Asbl, *Discours et Présentations de la Matinée d'information et d'échanges sur l'UNGASS, 26 février 2016*.

Consultable sur <http://feditobxl.be/fr/evenement/ungass2016>

## Textes officiels et références juridiques

Arrêté royal du 25 avril 2014 modifiant les règles selon lesquelles les hôpitaux doivent communiquer les données relatives au « Treatment Demand Indicator » au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, *M.B.*, 4 juin 2014

Déclaration conjointe de la Conférence Interministérielle Drogues, *Une politique globale et intégrée en matière de drogues pour la Belgique*, 25 janvier 2010, p.25.

Plan Global de Sécurité et de Prévention, document élaboré et diffusé en 2017 par Bruxelles Prévention & Sécurité, approuvé par le Gouvernement régional le 2 février 2017, 63 p. Disponible sur: <http://www.veiligheid-securite.brussels/fr/plan/plan-global-securite-prevention/version-integrale>



## Liste des abréviations

<b>COCOF</b>	Commission communautaire française	<b>INAMI</b>	Institut national d'assurance maladie-invalidité
<b>FWB</b>	Fédération Wallonie-Bruxelles	<b>INCC</b>	Institut National de Criminologie et de Criminalistique
<b>Fedito</b>	Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomane	<b>RBC</b>	Région de Bruxelles-Capitale
<b>HBSC</b>	Health Behaviour in School-aged Children	<b>TDI</b>	Treatment Demand Indicator (Indicateur de demande de traitement)
<b>HIS</b>	Health Interview Survey		

## Liste des tableaux

Tableau 1 – Consommation de cannabis en 2013 en Belgique et par Région. Enquête HIS 2013 – BPS. Source : Eurotox	08
Tableau 2 – Evolution de la consommation de cannabis de 2001 à 2013 en Belgique et en RCB. Enquêtes HIS 2001-2013 – BPS. Source : Eurotox	09
Tableau 3 – Consommation de cannabis en RBC. Enquête HIS 2001-2013 – BPS. Source : Eurotox	10
Tableau 4 – Consommation d’autres drogues que le cannabis en Belgique par Région. Enquête HIS 2013 – BPS. Source : Eurotox.	11
Tableau 5 – Consommation d’autres drogues que le cannabis en RBC. Enquête HIS 2013 – BPS. Source : Eurotox	12
Tableau 6 – Prévalence de la consommation de drogues chez les jeunes de 13 à 18 ans scolarisés en RBC Enquête HBSC 2010 – BPS. Source : Eurotox.	13
Tableau 7 – Consommation d’alcool en 2013 en Belgique et par région. Enquête HIS 2013 – BPS. Source Eurotox	16
Tableau 8 – Consommation d’alcool au cours des 12 derniers mois en Belgique, en RBC et en Région wallonne. Enquête HIS 2013 – BPS. Source : Eurotox	17
Tableau 9 – Evolution de la surconsommation hebdomadaire, de la consommation quotidienne, du binge drinking et de l’usage problématique d’alcool en Belgique, par Région et par tranches d’âge. Enquête HIS 2001-2013 – BPS. Source : Eurotox	18
Tableau 10 – Evolution des demandes de traitement en RBC et en Région wallonne, 2011-2014 – BPS. Source : Eurotox	21
Tableau 11 – Profil des patients de la RBC selon la substance consommée principalement, 2011-2014 – BPS. Source Eurotox	22
Tableau 12 – Nombre de patients ayant reçu un traitement de substitution aux opiacés en Belgique et par Région – BPS. Source : Eurotox	24
Tableau 13 – Présence d’un ou de plusieurs troubles psychiatriques associés à un problème d’assuétude primaire chez les patients pris en charge dans les services psychiatriques, selon le type de diagnostic (RBC, 2005-2012) – BPS. Source : Eurotox	25
Tableau 14 – Nombre d’infractions liées aux drogues enregistrées au niveau national et par Région (2007-2016) – BPS. Source : Police fédérale, Statistiques de criminalité	28
Tableau 15 – Types d’infractions liées aux drogues enregistrées au niveau régional entre 2007 et 2016 – BPS. Source : Police fédérale, Statistiques de criminalité	30
Tableau 16 – Infractions liées à la détention de drogues enregistrées par commune entre 2007 et 2016 – BPS. Source : Police fédérale, Statistiques de criminalité	31

Tableau 17 – Nombre d’infractions par type de faits et type de drogues enregistrées en RBC comparée à la Région wallonne en 2015 – BPS. Sources : Eurotox, Police Fédérale	32
Tableau 18 – Détection de drogues dans les prélèvements de sang suite à un test salivaire en Belgique (2011-2013) – BPS. Sources : Eurotox, Belgian National Report on Drugs 2014	33
Tableau 19 – Conduite sous influence d’alcool chez les conducteurs de voiture en Belgique et par Région, 2012 – BPS. Source : IBSR asbl (aujourd’hui VIAS)	34
Tableau 20 – Accidents corporels impliquant au moins un conducteur sous influence de l’alcool, nombre de victimes et estimation de la gravité des accidents en Belgique (2005-2012) – BPS. Source : IBSR asbl	34

## Liste des figures

Figure 1 – Evolution du nombre de décès liés à la consommation de drogues, de médicaments psychotropes et d’alcool chez les hommes et les femmes résidant en RBC, 1998-2013 – BPS. Sources : Eurotox, Observatoire de la Santé et du Social	26
Figure 2 - Nombre d’infractions d’import et d’export de drogues établies au niveau national et en RBC (2009-2015) – BPS. Source : Police fédérale, Direction de la lutte contre la criminalité grave et organisée (DJSOC)	29
Figure 3 – Nombre d’infractions liées aux drogues enregistrées pour 100.000 habitants par arrondissement (2007-2016) – BPS. Sources : Police fédérale, Statistiques de criminalité, Statbel	29
Figure 4 – Évolution du pourcentage de conducteurs de voiture sous l’influence de l’alcool parmi ceux testés à la suite d’un accident corporel par Région (1991-2012) – BPS. Source : IBSR asbl	35

**Contact :**

BPS

Tél : +32 (0) 507.99.11

info@bps.brussels

Rue de Ligne, 40 - 1000 Bruxelles

Pour plus d'informations : [www.bps-bpv.brussels](http://www.bps-bpv.brussels)

**Éditeur responsable :**

Jamil ARAOUD, Directeur Général

Rue de Ligne, 40 - 1000 Bruxelles

**info@bps.brussels**

D/2018/14.168/3

© BPS 2018 Tous droits réservés

La reproduction de ce cahier, en tout ou en partie, est autorisée à la condition expresse de mentionner clairement la source sous la forme « Source : BPS (Bruxelles Prévention & Sécurité) – OBPS, *Les chiffres épidémiologiques et infractionnels en matière d'assuétudes en Région de Bruxelles-Capitale*, Bruxelles 2018 »

