



WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT
VOLKSGEZONDHEID
INSTITUT SCIENTIFIQUE
DE SANTÉ PUBLIQUE



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction

SERVICE ENQUÊTES, MODE DE
VIE ET MALADIES CHRONIQUES



RAPPORT NATIONAL SUR LES DROGUES 2014

TENDANCES ET ÉVOLUTIONS

.be

RAPPORT NATIONAL
SUR LES DROGUES 2014
(DONNÉES 2013)

TENDANCES ET ÉVOLUTIONS

Institut scientifique de Santé Publique (WIV-ISP)

Direction Opérationnelle Santé Publique et Surveillance

Service enquêtes, mode de vie et maladies chroniques

Programme Drogues

Rue Juliette Wytsman, 14 | 1050 Bruxelles | Belgique

Santé Publique & Surveillance | Février 2015 | Bruxelles, Belgique

EDITEURS

Lies Gremeaux

Els Plettinckx

AUTEURS

Observatoire belge des drogues et des toxicomanies (BMCDDA) – Programme Drogues

Jérôme Antoine

Peter Blanckaert

Karin De Ridder

Lies Gremeaux

Els Plettinckx

EXPERTS EXTERNES

Lucia Casero

EUROTOX asbl (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles)

Fred Laudens

VAD vzw (Vereniging voor alcohol- en andere drugsproblemen)

Freya Vander Laenen

Département de Justice pénale et Criminologie, Institute for International Research on Criminal Policy (IRCP), Université de Gand

Contact

E-mail : bmcdda@wiv-isp.be

Site web : drugs.wiv-isp.be

Ce document est disponible sur le site Web du Programme Drogues (drugs.wiv-isp.be) et de l'Institut Scientifique de Santé Publique (www.wiv-isp.be)

Prière d'utiliser la référence suivante :

Plettinckx, E., Antoine, J., Blanckaert, P., De Ridder, K., Vander Laenen, F., Laudens, F., Casero, L. & Gremeaux, L. (2014). Rapport national sur les drogues 2014. Tendances et évolutions. WIV-ISP, Bruxelles.

Traduction

Tradas language solutions

Mise en page

Nathalie da Costa Maya, CDCS asbl

© WIV-ISP, Bruxelles 2015
Éditeur responsable : Dr. Johan Peeters
Dépôt légal : D/2015/2505/07

www.wiv-isp.be

CHAPITRE 5.

PRISE EN CHARGE DE L'USAGE DE DROGUES : DEMANDE ET OFFRE DE SOINS

Antoine J.

- Depuis 2011, le nombre de demandes de traitement pour le cannabis comme drogue principale a affiché une forte croissance, alors qu'une diminution s'observe pour les substances opiacées. En 2013, les patients ont invoqué le plus souvent la consommation de cannabis (33,5 %) pour une prise en charge thérapeutique.
- Un premier projet pilote sur le traitement assisté avec de la diacétylmorphine en Belgique recommande d'étendre le traitement à la diacétylmorphine comme traitement de deuxième ligne pour les patients qui continuent à consommer de l'héroïne de rue en dépit du traitement à la méthadone.

1. INTRODUCTION

En raison de la sixième réforme de l'État, les Communautés sont investies de plus de compétences dans le cadre d'initiatives politiques et stratégiques, ce qui représente un changement radical du secteur de la prise en charge de l'usage de drogues en Belgique. Cette évolution du statut institutionnel du pays débouche actuellement sur une situation transitoire (voir le chapitre 1). Ce chapitre commente l'état des lieux le plus récent de la prise en charge de l'usage de drogues en Belgique. Dans un premier temps, la déclaration conjointe sur la politique des drogues est examinée pour ce qui est de l'information relative aux traitements (section 1.1) et des organisations qui œuvrent dans le domaine de la prise en charge de l'usage de drogues (section 1.2) sont présentées. Des chiffres clés basés sur les données de l'indicateur de la demande de traitement de 2013 (section 1.3) et une description des différentes modalités de traitement (section 1.4) sont également repris. Les tendances relatives au nombre de demandes de traitement et aux personnes qui suivent un traitement de substitution sont également passées en revue (section 2). Enfin, un tour d'horizon des évolutions les plus récentes dans le domaine du traitement de l'usage de drogues (section 3) conclut ce chapitre.

2. PRISE EN CHARGE DE L'USAGE DE DROGUES EN BELGIQUE

2.1. POLITIQUES ET COORDINATION

Une politique efficace en matière de drogues exige une approche globale et intégrée. En 2010, les représentants de tous les gouvernements de Belgique (Gouvernement fédéral, Région wallonne, Région flamande, Région de Bruxelles-Capitale, Communauté française, Communauté germanophone, les autorités francophones de la Région de Bruxelles-Capitale et les autorités communes de la Région de Bruxelles-Capitale) ont signé une déclaration commune intitulée «Une politique globale et intégrée en matière de drogues pour la Belgique». Les principaux objectifs liés au traitement mentionnés dans ce document sont les suivants :

- 1) promotion d'une stratégie globale et collaborative d'aide, commençant par une approche en matière de santé et intégrant d'autres dimensions telles que le bien-être et l'intégration sociale ;
- 2) guérison/prise en charge ainsi que soins et assistance ;
- 3) fourniture d'un large choix d'installations spécialement dédiées aux usagers de drogues ou aux soins de santé globaux et aux services liés au bien-être ;
- 4) création d'une répartition géographique équilibrée des centres sur la base de l'évaluation des besoins ;
- 5) garantie de la disponibilité de différents programmes de traitement, y compris le traitement sans drogue, la cure de sevrage, le traitement de substitution, les initiatives de réduction des risques, la réinsertion professionnelle et sociale ;
- 6) promotion d'une prise en charge intégrée avec une priorité au double diagnostic, à l'emploi, au logement et aux problèmes psychosociaux ;
- 7) développement d'un réseau de soins/prise en charge collaboratifs offrant des approches générales et spécifiques ;
- 8) formation de nouveaux travailleurs de la santé afin d'éviter les listes d'attente ;
- 9) promotion de la gestion de cas centrée sur le soutien individualisé dans des groupes spécifiques.

À la lumière de cette déclaration commune, une Cellule de politique générale Drogues a été créée et accueille en son sein 17 représentants du Gouvernement fédéral et 18 représentants des gouvernements régionaux, un coordinateur national drogues et un vice-coordinateur. Cette cellule a pour principal objectif de formuler des recommandations bien élaborées afin de synchroniser les politiques antidrogues.

2.2. ORGANISATION ET DISPONIBILITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DE L'USAGE DE DROGUES

En Belgique, il existe une grande variété de prises en charge visant à aider les personnes présentant des troubles liés à la drogue. Ces services destinés aux usagers de drogues ont pour objectif principal de promouvoir la qualité de vie en termes de santé globale (physique et psychologique) et de bien-être, et de respect de l'autonomie du client.

Le réseau de soins primaire est le premier niveau à bas seuil de l'aide organisée. Ces installations sont les plus aptes à détecter un problème lié à la consommation d'une substance afin d'évaluer et, le cas échéant, de réorienter les personnes vers une aide plus spécialisée si nécessaire. Ce réseau se compose de médecins généralistes, de centres de bien-être général, de services de soins à domicile, de centre d'aide à la jeunesse et de centres publics d'aide sociale.

En plus des soins primaires, une prise en charge spécialisée ambulatoire ou résidentielle est aussi disponible, et sera décrite en détail dans les sections suivantes.

L'État fédéral est responsable de l'assurance soins de santé et de la définition des principes de base pour la prise en charge des patients hospitalisés.

Dans le secteur de la politique en matière de santé, les Communautés sont responsables de l'administration des soins aux patients hospitalisés et ambulatoires ainsi que du domaine de l'éducation en matière de santé et des soins de santé préventifs. En d'autres termes, il incombe aux Communautés de fixer les modalités régissant les institutions qui relèvent de leurs compétences et de mettre en œuvre les réglementations fédérales. Au niveau de la Région flamande, des centres de santé mentale sont coordonnés par l'Agence flamande Soins et Santé. Pour sa part, la Région wallonne (Direction générale de l'Action sociale et de la Santé) subsidie des centres d'aide et de soins spécialisés en assuétudes respectant les recommandations du décret assuétudes du 30 avril 2009. À Bruxelles, la Commission communautaire française finance des projets spécifiques sur le traitement, la prévention, l'assistance et la réinsertion (sociale). Depuis les années 1980, des conventions sont conclues entre des centres spécialisés pour le traitement des conduites addictives et l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) afin de stimuler de nouvelles initiatives dans ce domaine. En 2013, 29 conventions ont été signées avec des centres résidentiels et ambulatoires qui ont planché sur la prise en charge psychosociale et médicale spécifique. Ces centres représentent une partie importante (quoique non exhaustive) et diversifiée de la prise en charge des usagers de drogues en Belgique. Les conventions avec les centres de revalidation pour usagers de drogues financés par l'INAMI seront transférées aux Communautés dans un avenir proche.

2.2.1. Réseau ambulatoire

Les tableaux 5.1 et 5.2 présentent un aperçu des installations de traitements des patients ambulatoires et donnent, respectivement, une définition des différents types de centres et de leur importance en termes de nombre de usagers de drogues pris en charge. S'il est vrai que les médecins généralistes peuvent jouer un rôle déterminant dans le traitement des usagers de drogues, il n'en reste pas moins qu'ils ne sont pas repris dans les tableaux en raison de l'absence actuelle d'informations à leur sujet.

Tableau 5.1 | Réseau des institutions de prise en charge ambulatoire (nombre total d'unités)

Types de centre	Nombre total	Définition nationale
Centres spécialisés dans le traitement de l'usage de drogues	34	Les centres de jour sont des centres spécialisés qui atteignent un grand groupe de personnes présentant des problèmes liés à la drogue (des nouveaux consommateurs aux personnes avec de graves troubles liés à une substance) ainsi que leurs parents ou amis. Une aide psychosociale, administrative et judiciaire est proposée sur une base individuelle ou comme partie d'une thérapie de groupe. Au cours de ces programmes, une abstinence totale n'est pas obligatoire, toutefois, les clients ne peuvent pas être sous influence pendant les activités. Un traitement de substitution (par exemple, la méthadone ou la buprénorphine) est aussi disponible dans ces centres. L'accent est placé sur le processus de guidance pendant la transition vers une vie mieux structurée. Des centres de jour sont présents en Région flamande (6), dans la Région de Bruxelles-Capitale (9) et en Région wallonne (19).
Agences à bas seuil	9	Les maisons d'accueil socio-sanitaires (MASS) sont des agences à bas seuil qui proposent des services sociaux, psychologiques et sanitaires aux personnes présentant un trouble lié à la consommation de drogue. Elles ont pour objectif principal de nouer des contacts avec des personnes normalement exclues des installations de prise en charge standard. Une grande partie de leur travail quotidien consiste en des soins médicaux et sociaux, en une réduction des dommages et en des traitements de substitution. Certaines d'entre elles proposent aussi un programme d'échange de seringues. En Région flamande, cinq MASS de ce type sont à pied d'œuvre (en néerlandais, «Medisch en Sociaal Opvangcentrum», MSOC), alors qu'il y en a trois en Région wallonne et une dans la Région de Bruxelles-Capitale.
Services de santé mentale	31	Certains services de santé mentale sont également spécialisés dans le traitement des troubles liés aux drogues. Le but ultime de leurs services étant la réduction de la consommation, voire l'abstinence totale. Ces centres proposent un éventail de traitements, d'une approche individuelle à une thérapie de groupe, relationnelle et familiale. Les clients qui présentent des problèmes plus complexes – comme un double diagnostic d'usage de drogues – sont admis à une offre de prise en charge spécifique. La Région flamande compte 20 centres (en néerlandais les «Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg», CGG). La Région wallonne et la Région de Bruxelles-Capitale comptent respectivement 8 et 3 centres spécialisés en assuétudes (des «Services de Santé Mentale» ou SSM).

Source : BTDIR, 2014

Tableau 5.2 | Prise en charge totale de traitements ambulatoires pour des demandes de traitement pour des drogues illicites (nombre de clients), 2013

Types de centre	Nombre total de clients pris en charge dans le cadre d'un traitement	Couverture des institutions de traitement contrôlées
Centres spécialisés dans le traitement de l'usage de drogues	2.975	24 centres / 34
Agences à bas seuil	1.795	9 centres / 9
Soins de santé mentale	1.073	21 centres / 31
Source : BTDIR, 2014		

2.2.2. Réseau résidentiel

Les structures de traitement résidentiel sont principalement représentées par les hôpitaux. Parallèlement à ces structures générales, il existe aussi des centres spécialisés pour les usagers de drogues en situations de crise (centres d'intervention de crise) ou dans une phase plus stabilisée (centres résidentiels à long terme, y compris les communautés thérapeutiques (CT)). Un aperçu des installations de prise en charge résidentielle (Tableau 5.3) et de dispensation de traitement (Table 5.4) est présenté ci-dessous.

Tableau 5.3 | Réseau d'institutions de prise en charge résidentielle (nombre total d'unités)

Types de centre	Nombre total	Définition nationale
Traitement résidentiel de l'usage de drogues en hôpital	120	Parmi tous les hôpitaux belges, les hôpitaux psychiatriques ainsi que les services de psychiatrie disposent de manière générale d'une capacité limitée à traiter les patients usagers de drogues. Certains hôpitaux ont mis au point un programme spécial pour les usagers de drogues. L'éventail des options thérapeutiques peut être très large en milieu hospitalier. Afin d'évaluer le nombre d'hôpitaux qui peuvent traiter les usagers de drogues, le nombre d'hôpitaux avec des lits spécifiquement réservés à la psychiatrie ont été pris en compte (classifiés comme des lits A, T et K). Il y a 67 hôpitaux en Région flamande, 16 en Région de Bruxelles-Capitale et 37 en Région wallonne. Cependant, les lits psychiatriques ne sont pas tous utilisés pour traiter les usagers de drogues.
Centre d'intervention de crise	8	Les centres d'intervention de crise sont des centres de traitement résidentiel à court terme qui garantissent une aide inconditionnelle et rapide en cas de situation de crise. Ils encouragent un sevrage physique et motivent les patients à poursuivre l'abstinence ou guide les patients vers le programme de prise en charge le mieux adapté à leur cas. Cinq centres de crise sont à pied d'œuvre en Région flamande, 1 dans la Région de Bruxelles-Capitale et 2 en Région wallonne.
Communautés thérapeutiques (CT) ou autres centres résidentiels à long terme	15	Les CT ont été les premières initiatives de traitement pour les usagers de drogues en Belgique. D'autres centres résidentiels à long terme apportent aussi leur concours dans ce cadre. Il s'agit d'environnements sans drogue qui se concentrent principalement sur l'auto-assistance et le soutien par les pairs. Une structure communautaire hiérarchique et des sessions de thérapie de groupes sont déterminantes pour le sevrage et la réinsertion sociale des patients. Il existe 8 CT en Belgique : 5 en Région flamande et 3 en Région wallonne. Une récente publication européenne brosse un portrait plus détaillé des CT en Belgique et de manière plus générale en Europe (Vanderplasschen et al., 2014).

Source : BTDIR, 2014

Tableau 5.4 | Prise en charge totale de traitements résidentiels pour des demandes de traitement pour des drogues illicites (nombre de clients), 2013

Types de centre	Nombre total de clients	Couverture des institutions de traitement contrôlées
Traitement résidentiel de l'usage de drogues en hôpital	2.119	42 hôpitaux / 120
Centre d'intervention de crise	727	8 centres / 8
Communautés thérapeutiques (CT)	380	15 centres /15

Source : BTDIR, 2014

2.3. DONNÉES DES DEMANDES DE TRAITEMENT

Le registre belge de l'indicateur des demandes de traitement (BTDIR) a été officiellement approuvé par la Conférence interministérielle Santé publique en 2006 (MB du 3 mai 2006). Par conséquent, un protocole national TDI a été adopté en 2010 sur la base de la version 2.0 du protocole de l'EMCDDA. Sur cette base, le registre TDI a été lancé au niveau national dans les centres spécialisés en 2011. Les prisons et médecins généralistes ne participent actuellement pas au registre. Ce système enregistre à la fois les patients qui sont pris en charge dans le cadre d'un traitement pour consommation de substances illicites ainsi que pour consommation d'alcool comme substance principale. Un nouveau protocole européen a été adopté en 2012 et doit être mis en œuvre dans les États membres de l'UE. Au niveau national, un nouveau protocole a été adopté en septembre 2013 et sera la base du registre TDI à partir de 2015.

Les centres spécialisés résidentiels et ambulatoires utilisent une application en ligne depuis 2011 afin d'encoder leurs clients ou envoient leurs données par le biais d'un module de dépôt de données. En 2013, près de 100 centres spécialisés ont participé à ce registre TDI.

En 2013, 9.192 usagers de drogues ont entamé un traitement dans les centres qui rapportent des données. Près de 73 % et 45 % des centres spécialisés ambulatoires et résidentiels rapportent des données.

Environ 2 patients sur 3 (64,0 %) ont été enregistrés dans des centres ambulatoires et 36,0 % dans ces centres résidentiels.

Dans tous les types de centres, les patients signalent le plus souvent la consommation de cannabis (33,5 %) comme raison d'entreprendre un traitement (Figure 5.1), viennent ensuite les substances opiacées (30,7 %), la cocaïne (15,6 %), les stimulants autres que la cocaïne (11,3 %) et l'abus d'hypnotiques et de sédatifs (6,1 %). Les caractéristiques des patients et le profil d'assuétude des patients commençant un traitement pour les différentes substances sont décrits au tableau 5.5.

Figure 5.1 | Proportion (%) des demandes de traitement par substance principale, 2013

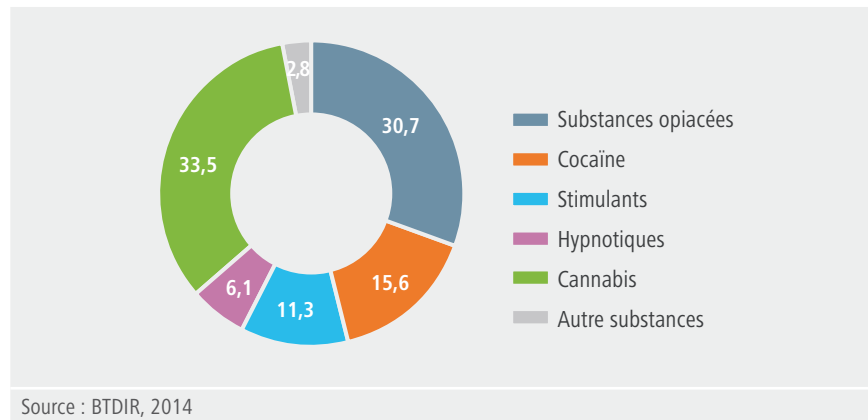


Tableau 5.5 | Caractéristiques des patients entrant en traitement en 2013 par type de drogue principale

Caractéristiques des patients	Type de drogue principale pour entreprendre un traitement				
	Substances opiacées	Cocaïne	Stimulants	Hypnotiques	Cannabis
Femmes (%)	19,6	18,8	24,9	50,9	14,8
Âge moyen (ans)	34,7	30,8	28,6	38,9	23,5
Injection au moins une fois dans la vie (%)	41,5	13,7	18,9	7,6	3,9
Consommateurs quotidiens (%)	58,6	30,9	30,9	76,3	48,2
Consommation de seulement une substance (%)	18,0	22,1	30,7	41,7	49,0
Première fois en traitement (%)	16,0	36,4	34,2	27,0	58,5
Âge moyen au moment de la première consommation (ans)	21,2	20,4	18,1	25,9	15,4

Source : BTDIR, 2014

Il est à noter que la majorité du groupe de personnes en traitement pour consommation d'hypnotiques sont des femmes. En revanche, les femmes sont les moins représentées dans le groupe des consommateurs de cannabis en traitement. L'âge moyen des patients en traitement est plus élevé pour les

personnes traitées pour une consommation d'hypnotiques et de substances opiacées que dans le groupe pris en charge pour la consommation de cannabis et de stimulants. La proportion de personnes qui se sont injecté une substance au moins une fois dans leur vie est la plus élevée dans le groupe de personnes en traitement pour les substances opiacées. Les patients traités pour une consommation d'hypnotiques ou de cannabis consomment moins d'autres substances (y compris l'alcool). Le registre montre que la plupart des patients qui consomment des substances opiacées ont déjà été traités par le passé. L'âge moyen de la première utilisation est le plus bas pour les consommateurs de cannabis.

2.4. MODALITÉS DE TRAITEMENT

2.4.1. Traitement de substitution des opioïdes

En Belgique, la méthadone et la buprénorphine sont les deux substances autorisées pour le traitement de substitution aux opiacés (TSO). Ce traitement est organisé à la fois par les centres spécialisés et par les médecins généralistes. Depuis le mois d'avril 2009, les prescriptions pour la méthadone et la buprénorphine sont enregistrées dans le système Pharmanet de l'INAMI. Cet enregistrement a pour objectif d'éviter des prescriptions multiples et de permettre de donner des alertes parmi les praticiens impliqués tel que requis par l'Arrêté Royal du 19 mars 2004 (MB du 30 avril 2004). Cette base de données contient des informations de pharmacies publiques, de pharmacies d'hôpitaux et de centres spécialisés. Les traitements de substitution fournis en prison ne sont pas compris dans cette base de données.

Aujourd'hui, l'administration présente de grandes disparités régionales : en Communauté flamande, le traitement de substitution est souvent prescrit par des centres spécialisés alors qu'en Communauté française, les médecins généralistes sont davantage impliqués. Il est possible de dispenser le traitement quotidiennement dans des centres spécialisés ou, à titre subsidiaire, dans une pharmacie sous la supervision d'un pharmacien.

En 2013, 17.482 personnes ont été enregistrées dans le registre Pharmanet (Tableau 5.6). Parmi elles, seules 13,5 % ont été traitées avec de la buprénorphine. Les patients étaient surtout des hommes (77,0 %) d'un âge moyen de 39,3 ans. La méthadone et la buprénorphine sont plus souvent prescrites en Communauté française (2 fois sur 3 si l'on additionne les deux chiffres) qu'en Communauté flamande (1/3).

Tableau 5.6 | Caractéristiques des patients recevant de la méthadone ou de la buprénorphine en 2013 par type de substance

	Méthadone	Buprénorphine	Total
Nombre total (N)	15.112	2.370	17.482
Femmes (%)	22,9	23,5	23,0
Âge moyen	39,5	37,9	39,3
Région (%)			
flamande	29,9	49,4	32,6
de Bruxelles-Capitale	15,3	11,6	14,8
wallonne	54,8	39,0	52,6

Source : INAMI, 2014

2.4.2. Patients à double diagnostic

Au cours des dernières années, les cliniciens ont remarqué une augmentation du nombre de patients avec un double diagnostic (De Hert et al., 2010). Particulièrement vulnérables, ces patients sont actuellement démunis de toute forme de prise en charge. Par conséquent, un projet pilote a été lancé en 2002 afin d'établir deux unités spécifiques (une en Région flamande et une en Région wallonne) (Sabbe et al., 2008). Ces unités dispensent un traitement intensif et intégré pour les deux problèmes (usage de drogues et troubles mentaux) en vue de stabiliser les patients après une période de traitement intensif pour ensuite les orienter vers d'autres services pour poursuivre le traitement.

2.4.3. Gestion de crise et de cas

Les services d'urgence jouent un rôle déterminant dans l'offre des premiers secours aux personnes qui présentent des troubles liés à l'usage de drogues. Ces services informent les patients des options de traitement et les orientent vers un traitement spécialisé. Ils renforcent la motivation à suivre le traitement et à changer les comportements. En Belgique, les soins de crise peuvent s'inscrire dans deux projets. Dans un premier temps, il existe un projet pilote national pour la gestion de crise et de cas de patients présentant des troubles liés à l'usage de drogues (en Belgique, 8 centres proposent quatre lits de crise avec une durée de séjour maximale de cinq jours). Ensuite, les «Centres d'intervention de crise» (CIC) (également décrits au chapitre 7) interviennent dans des situations de crise et organisent une admission ou une aide rapide. Par ailleurs, ils prêtent leur concours au sevrage physique et encouragent à poursuivre le traitement. Par ailleurs, une stratégie de soutien déterminante, capable de faciliter la gestion de crise de personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues, est la gestion de cas. Celle-ci a été mise en œuvre en Belgique dans le traitement de l'abus de substances depuis 1999. Elle a été institutionnalisée dans le cadre du projet pilote fédéral intitulé «Crise et Case Management pour les personnes avec des troubles liés à l'usage de drogues». Cependant, on sait peu de choses

au sujet de l'efficacité de cette intervention et de l'éventuelle cohérence de son application (Bruffaerts et al., 2010).

2.5. ASSURANCE QUALITÉ DES SERVICES DE TRAITEMENT DE L'USAGE DE DROGUES

On dispose de différents documents juridiques ou conventions qui décrivent le type de traitement ou le type de fonctionnement qui devraient s'appliquer aux centres qui accueillent des patients avec des problèmes liés à l'usage d'une substance :

- Toutes les agences à bas seuil (MASS) ont signé une convention avec l'INAMI qui décrit précisément les activités sociales ou médicales attendues et la manière de les organiser. Pour les autres centres ambulatoires ou résidentiels avec ce type de convention, le document décrit des objectifs spécifiques pour chaque installation. De cette manière, un panel diversifié de solutions thérapeutiques est à la disposition des intéressés.
- Les centres en Région wallonne qui exigent un financement pour des activités de traitement de l'assuétude spécialisées doivent respecter les dispositions des missions et du fonctionnement reprises dans le décret régional du 30 avril 2009.
- Pour les centres francophones de Bruxelles, un décret (5 mars 2009) décrit les orientations pour tous les services ambulatoires œuvrant à l'action sociale et au sein de ceux-ci les installations de lutte contre l'usage de drogues.
- Les centres de santé mentale en Région flamande reconnus par l'Agence Soins et Santé doivent respecter des règles supplémentaires en matière de qualité des soins et d'organisation pour obtenir l'agrément.

3. TENDANCES

Aujourd'hui, les tendances en matière d'offre et de demande de traitement ne sont étudiées que sur la base des données TDI enregistrées par les centres spécialisés possédant une convention avec l'INAMI. Ces centres sont en effet tenus de compléter ce registre depuis 2011, alors que ce n'est pas encore le cas pour les autres types de centres. Ces centres représentent quelque 70 % des registres TDI pour 2013 pour les demandes de traitement pour substances illicites (10 des 34 centres de jour, 9 des 9 centres bas seuil, 8 des 8 centres de crise et 15 des 15 centres résidentiels à long terme).

Depuis 2011, on observe une baisse du nombre de clients commençant un traitement pour des substances opiacées. Dans le même temps, on a noté une augmentation des clients en traitement pour le cannabis, la cocaïne et les stimulants. En 2013, le cannabis est la principale raison d'adopter un traitement (Figure 5.2). Cette tendance résulte d'une évolution dans le groupe des nouveaux patients (Figure 5.3). En effet, en analysant les tendances relatives à la consommation principale de drogues parmi les personnes qui commencent un traitement pour la première fois, on note une forte augmentation des patients sous cannabis et une diminution des patients consommant des substances opiacées. Cette baisse de la proportion de demande de traitement pour la consommation de substances opiacées comme drogue principale est également observée dans tous les pays européens (EMCDDA, 2014). Pour ce qui concerne le cannabis, la proportion plus élevée s'explique aussi en partie par un taux (plus) élevé d'orientations judiciaires vers un traitement.

Figure 5.2 | Évolution du nombre de clients débutant un traitement pour la première fois, par substance principale dans les centres avec une convention avec l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité

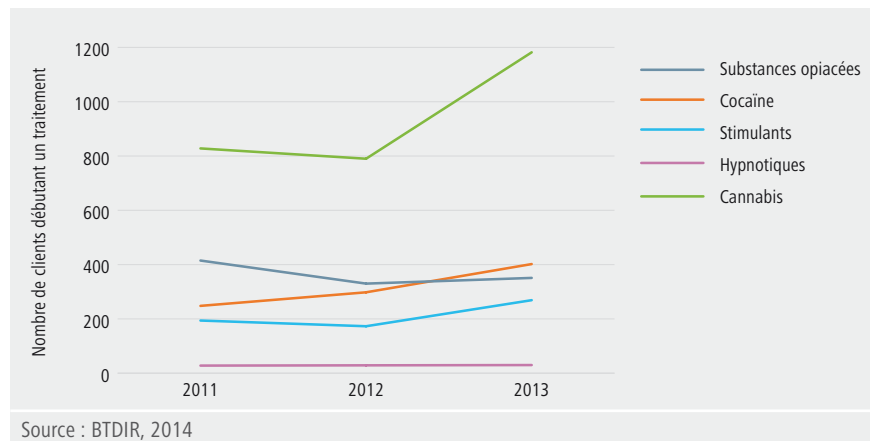
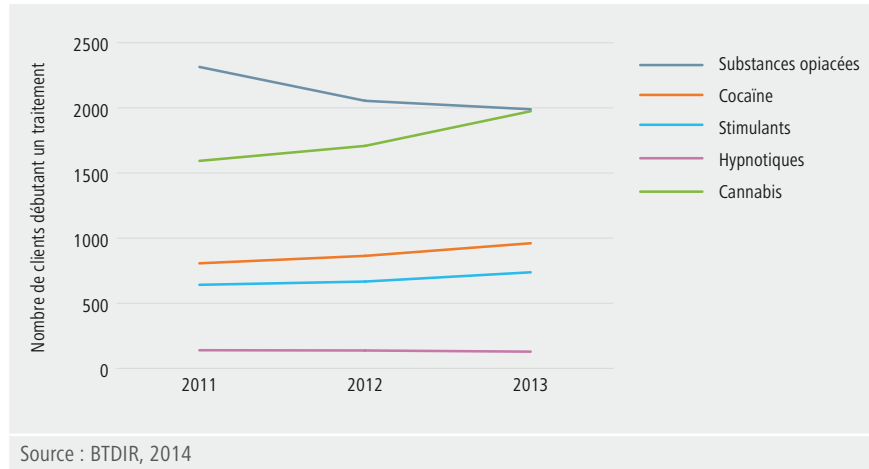
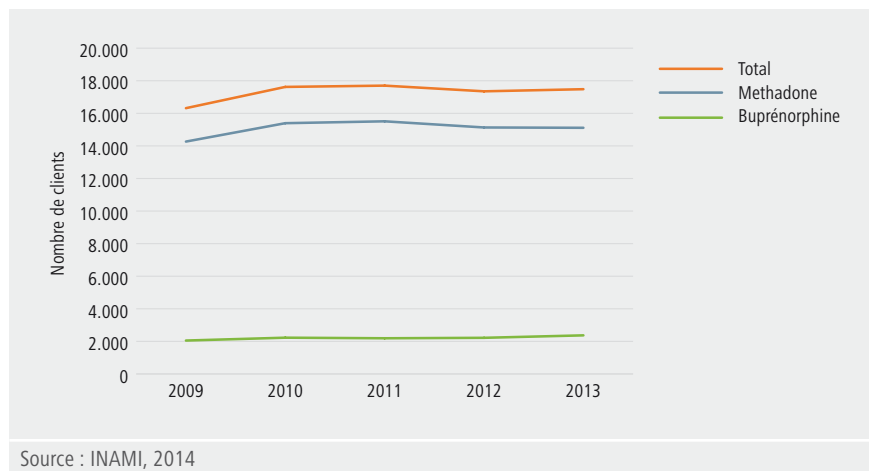


Figure 5.3 | Évolution du nombre de clients débutant un traitement, par substance principale dans les centres avec une convention avec l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité



Le nombre de patients sous traitement de substitution est stable depuis 2009 (Figure 5.4). Cependant, depuis 2011, le nombre de traitements à la méthadone affiche une légère diminution alors que le nombre de traitements à la buprénorphine enregistre une faible augmentation.

Figure 5.4 | Évolution du nombre de clients recevant de la methadone ou de la buprénorphine, 2009-2013



4. NOUVELLES ÉVOLUTIONS

4.1. CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE DE CANNABIS CHEZ LES ADOLESCENTS EN DIFFICULTÉ – LE PROJET INCANT

L'essai INCANT a été réalisé dans 5 villes européennes (Berlin, Bruxelles, Paris, Genève et La Haye) et comprenait une comparaison de la thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT) avec la thérapie individuelle de 450 jeunes âgés de 13 à 18 et présentant des modes de consommation problématiques de cannabis. Ce projet assurait le suivi des adolescents et de leurs parents pendant 12 mois afin de déterminer à la fois l'information sur leur santé mentale et leurs caractéristiques comportementales (Rigter et Dekker, 2014).

Un certain nombre de thérapeutes d'Europe occidentale croient fermement que le traitement forcé des adolescents compromettra les chances du thérapeute d'établir une alliance thérapeutique avec l'adolescent et par conséquent influencera l'issue du traitement. Les données de l'étude contredisent toutefois ce point de vue : les adolescents contraints de suivre un traitement ont accepté la thérapie et sont restés sous traitement aussi longtemps que d'autres adolescents (Rowe et al., 2013).

Cependant, Schaub et collègues ont démontré qu'à la fois la MDFT et le traitement individuel réduisent le taux d'externalisation et d'internalisation des symptômes et améliorent en outre le fonctionnement de la famille. Cependant, la MDFT s'est avérée plus efficace pour réduire l'externalisation des symptômes, notamment chez les adolescents contraints de suivre le traitement (Schaub et al., 2014).

4.2. TRAITEMENT ASSISTÉ PAR DIACÉTYLMORPHINE – LE PROJET TADAM

Le projet pilote de traitement psychosocial assisté par diacétylmorphine (TADAM) vise à comparer l'efficacité et la faisabilité de ce traitement avec l'approche habituelle du traitement à la méthadone. À cet effet, 36 personnes dans le groupe expérimental et 38 personnes dans le groupe de contrôle ont été observées pendant un an.

Le projet s'est terminé en 2012 et des conclusions ont été dégagées en termes de traitement, d'aspects socio-économiques, d'aspects criminologiques et de satisfaction des patients. La différence d'efficacité entre les deux groupes était significative à 3, 6 et 9 mois, mais ne l'était plus après 12 mois. Ceci pourrait être un effet faux négatif en raison des conditions expérimentales (les patients du groupe expérimental savaient que le traitement prenait fin après 12 mois). Pour ce qui est des aspects socioéconomiques, le traitement à la diacétylmorphine

s'est montré moins efficace que le traitement à la méthadone. En raison du temps d'observation limité, l'étude sous-estime le nombre d'effets positifs sur la société. Le traitement à la diacétylmorphine pourrait réduire la délinquance de personnes souffrant d'une assuétude grave. Le traitement à la diacétylmorphine s'est montré plus efficace pour apporter une aide effective au usager de drogues que le traitement à la méthadone. En conclusion, l'extension du traitement à la diacétylmorphine a été recommandée pour les personnes qui continuent à consommer de l'héroïne de rue en dépit d'un traitement à la méthadone. Ce traitement devrait rester un traitement de deuxième ligne seulement disponible pour les patients réfractaires à la méthadone. Pour ces patients, le traitement à la diacétylmorphine s'est révélé plus efficace, mais seulement si sa longueur n'est pas restreinte arbitrairement. Des recommandations ont été formulées concernant les conditions d'installation d'un tel centre, les critères d'inclusion des patients, l'organisation du traitement, l'infrastructure du bâtiment et le personnel (Demaret et al., 2013).

4.3. ANALYSE ET OPTIMISATION DU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION – LE PROJET SUBANOP

Bien que le traitement de substitution ait été appliqué à grande échelle depuis plus de 15 ans, les recherches sur ce thème restent limitées. L'étude SUBANOP a été mise sur pied afin de mieux appréhender le sujet et d'optimiser les pratiques actuelles de TSO en Belgique. Il est nécessaire de mettre en place une base de données centralisée et exhaustive qui permet de dresser l'inventaire des prestataires de TSO et d'assurer le suivi des évolutions de la demande de traitement et de la pratique. La combinaison de données relatives au traitement (par exemple dosage, type de médicament et schéma thérapeutique) et de données clients (par exemple caractéristiques, besoins d'aide et avantages du traitement) fournit des informations précises concernant une approche personnalisée de l'attribution des options de traitement. Des recherches supplémentaires sont conseillées au sujet de la nature et du type d'aide psychosociale requises pour les personnes dépendantes aux opiacés (Vander Laenen et al., 2013).

5. CONCLUSION

En Belgique, différents partenaires institutionnels sont responsables du traitement des assuétudes qui est coordonné par la Cellule générale de politique Drogues. Une grande diversité d'installations de traitement est disponible dans le pays. Elles fournissent des services ambulatoires (y compris à bas seuil) ou résidentiels.

En 2013, plus de 9.000 patients qui ont commencé un traitement ont été enregistrés par plus de 100 centres, principalement des services ambulatoires. Les substances opiacées et le cannabis représentent le principal type de substances pour une large majorité de patients qui adoptent un traitement. Cependant, ces deux groupes de patients présentent de grandes différences en matière d'âge (les personnes plus âgées sont en traitement pour une consommation d'opiacés), de sexe (moins de femmes sont traitées pour le cannabis) et de profil d'usage de drogues à hauts risques (moins de consommation de drogues injectables au moins une fois dans la vie pour les personnes traitées pour le cannabis).

Par ailleurs, une évolution très nette s'observe dans le nombre de personnes commençant un traitement par drogue principale. Le nombre de demandes de traitement pour les substances opiacées diminue alors que celui du cannabis augmente. Ce dernier est toutefois dû, en partie, au nombre accru de traitements demandés par la Justice.

Le nombre de personnes sous méthadone ou buprénorphine reste relativement stable en fonction du temps et ces substances sont plus fréquemment prescrites en Communauté française qu'en Communauté flamande. La buprénorphine reste moins prescrite.

Plusieurs études ont été consacrées à des aspects spécifiques du traitement afin de pouvoir faire évoluer la prise en charge. Une étude pilote remarquable sur le traitement assisté à la diacétylmorphine a conclu que le traitement à la diacétylmorphine n'est plus efficace que le traitement à la méthadone que pour un groupe cible spécifique. En effet, le traitement assisté à la diacétylmorphine est recommandé pour les personnes qui continuent à consommer de l'héroïne de rue en dépit du traitement à la méthadone. Des recommandations ont été formulées pour les principaux aspects (groupe cible, infrastructure, règles...) en vue du développement d'un nouveau projet similaire. Cependant, aucun projet n'est actuellement prévu pour mettre en œuvre ces résultats.

Remerciements

Nous souhaiterions remercier le Prof. dr. Pelc, Prof. dr. Broeckart, Prof. dr. Dom, M. Verstuyf, Prof. dr. Soyez, dr. Hogge et Mme. Huard pour leur contribution à la collecte de données et leurs remarques pertinentes. Leur implication essentielle a été fortement appréciée.

BIBLIOGRAPHIE

- Anderson, P., Møller, L., & Galea, G., 2012. *Alcohol in the European Union, consumption, harm and policy approaches*, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- ASL, 2014. *Präventionsmaterial*. [Online] Arbeitsgemeinschaft für suchtvorbeugung und lebenbewältigung (ASL). Available at: <<http://www.asl-eupen.be/praeventionsmaterial-1>> [Accessed 18-9-2014].
- ASL, 2014. *Tätigkeitsbericht 2013 Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung*, Eupen: ASL.
- Backmund, M., Meyer, K., Von, Z.M., & Eichenlaub, D., 2001. Treatment of hepatitis C infection in injection drug users. *Hepatology*, 34,(1), pp.188-193.
- Baeten, I., Bernaert, I., Claessens, J., De Paepe, N., & Raskin, K., 2009. *Individueel screeningsinstrumentervaringen met middelengebruik voor jongeren*, Brussel: VAD.
- Baeten, I., Bernaert, I., De Paepe, N., and Degryse, B., 2013. *Crush: werken met jongeren rond relaties, alcohol en cannabis*. [Online] VAD. Available at: <http://www.vad.be/media/1578812/vad_crush_a4_printversie.pdf> [Accessed 8-10-2014].
- Bekkering, GE., Aertgeerts, B., Asueta-Lorente, J.-F., Autrique, M., Goossens, M., Smets, K., van Bussel, J.C.H., Vanderplasschen, W., Van Royen, P., Hannes, K., & for the ADAPTE-youth project group, 2014. Practitioner review: Evidence-based practice guidelines on alcohol and drug misuse among adolescents: a systematic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55,(1), pp.3-21.
- Belgian Research Aids&HIV Consortium, 2013. *HIV-Plan 2014-2017*. [Online] Belgian Research Aids&HIV Consortium. Available at: <<http://www.breach-hiv.be/media/docs/HIVPlan/NationalPlanDutch.pdf>> [Accessed 16-5-2014].
- Blancaert, P., Van Amsterdam, J., Brunt, T., Van den Berg, J., Van Durme, F., Maudens, K., & Van Bussel, J., 2013. 4-Méthylamphétamine: a health threat for recreational amphetamines users. *Journal of Psychopharmacology*, 27,(9), pp.817-822.
- Bohnert, A.S.B., Tracy, M., & Galea, S., 2012. Characteristics of drug users who witness many overdoses: Implications for overdose prevention. *Drug and Alcohol Dependence*, 120,(1-3), pp.168-173.
- Bollaerts, K., Aerts, M., & Sasse, A., 2013. Improved benchmark-multiplier method to estimate the prevalence of ever-injecting drug use in Belgium, 2000-10. *Archives of Public Health*, 71,(1), pp.10.
- Bruffaerts, R., Vanderplasschen, W., Van Hal, G., & Demyttenaere, K., 2010. *Crisisopvang voor middelengebruikers in België: een formele evaluatie en aanbevelingen voor een duurzaam beleid - De Evaluatie van Crisis en Case Management (ECCAM) - studie*
- Burssens, D., 2012. Bemiddeling in strafzaken. Een blik op de praktijk vanuit SIPAR, de databank van de justitiehuizen. *Panopticon Libri*, 2012,(5), pp.113-144.
- Centre bruxellois de promotion de la santé, 2013. *Évaluation du label quality nights auprès du public en Région de Bruxelles-Capitale*, Bruxelles : Eurotox.
- Cid, J., 2009. Is imprisonment criminogenic? A comparative study of recidivism rates between prison and suspended prison sanctions. *European Journal of Criminology*, 6,(6), pp.459-480.
- College van procureurs-generaal, 2013. *Jaarstatistiek van het Openbaar Ministerie. Opsporing en vervolging van strafzaken door de parketten van de rechtbanken van eerste aanleg*. [Online] Gegevensbank van het College van procureurs-generaal: Statistisch analisten. Available at: <http://www.just.fgov.be/statistique_parquets/start/n/home.html> [Accessed 3-10-2014].

- Colman, C, De Ruyver, B., Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Broekaert, E., De Keulenaer, S., and Thomaes, S., 2011. *De drugbehandelingskamer: een andere manier van afhandelen. Het proefproject geëvalueerd*. Antwerpen: Maklu.
- Commission of the European Union. 2012. EU Drugs Strategy 2013-2020. p.9 C402/01. 29-12-2012.
- Cornelis, E., 2013. *Persuasive effects of two-sided social marketing messages*, Leuven: KULeuven.
- Cornish, R., Strang, J., Vickerman, P., & Hickman, M., 2010. Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database. *British Medical Journal*, 2010,(341), pp.c5475.
- CPAS de la ville de Bruxelles, 2014. *Le service d'accompagnement psychosocial*. [Online] Available at: <<http://www.cpasbru.irisnet.be/fr/?ID=19>> [Accessed 29-9-2014].
- Crawford, S. & Bath, N., 2013. Peer support models for people with history of injecting drug use undertaking assessment and treatment for hepatitis C virus infection. *Clinical infectious diseases*, 57,(S2), pp.S75-9.
- De Boyser, K., Linchet, S., Van Dijck, L., Casman, M. T., Dierckx, D., & Vranken, J., 2010. *Onderzoek naar de OCMW-hulpverlening van dak- en thuislozen.*, Brussel: POD Maatschappelijke integratie.
- De druglijn, 2014. *Aan de slag*. [Online] VAD. Available at: <<http://www.druglijn.be/aan-de-slag.aspx>> [Accessed 8-10-2014].
- De druglijn, 2014. *Student zijn en cannabis*. [Online] VAD. Available at: <<http://www.druglijn.be/omgaan-met-drugs/studenten/student-zijn--cannabis.aspx>> [Accessed 8-10-2014].
- De Hert, M., Roos, K., Gillain, B., Detraux, J., Sweers, K., van Werde, D., & Peuskens, J., 2010. Dual diagnosis among schizophrenic patients in Belgian psychiatric services: Prevalence and available treatment. *Acta Psychiatrica Belgica*, 110,(2), pp.43-50.
- De Keulenaer, S. & Thomaes, S., 2013, "De uitkomst van de Gentse drugbehandelingskamer rond recidive," In *Het pilootproject drugbehandelingskamer te Gent: een uitkomstevaluatie*, F. V. W. Vander Laenen et al., eds., Gent: Academia Press, pp. 185-228.
- De Kiem, 2014. *Residentieel - Programma-aanbod*. [Online] Available at: <<http://www.dekiem.be/index.php/residentieel>> [Accessed 29-9-2014].
- De Ruyver, B., Colman, C., & Vandam, L., 2008. Drugs en criminaliteit: bestaat het ene zonder het andere? *De orde van de dag*, 2008,(44), pp.7-12.
- De Ruyver, B., Ponsaers, P., Lemaître, A., Macquet, C., De Wree, E., Hodeige, R., Pieters, T., Cammaert, F., & Sohier, C., 2007. *Effecten van alternatieve afhandeling voor druggebruikers*, Gent: Academia press.
- De Ruyver, B., Vander Laneen, F., & Eelen, S., 2012, "The long road to an integral and integrated policy in Belgium," In *Reflections on the concept of coherence for a policy on psychoactive substances and beyond*, R. Muscat, B. Pike, & members of the Coherent Policy Expert Group, eds., Strassbourg: Council of Europe Publishing.
- De Wree, E., De Ruyver, B., Verpoest, K., & Colman, C., 2008. All in favour? attitudes of stakeholders and drug users towards judicial alternatives. *European Journal on criminal policy and research*, 14,(2008), pp.431-440.
- De Wree, E., Pauwels, L., Colman, C., & De Ruyver, B., 2009. Alternative sanctions for drug use: fruitless efforts or miracle solution? *Crime, Law and Social change*, 52,(2009), pp.513-525.
- Decorte, T. & D'Huyvetter, E. 2014. *Lokale detailhandel in drugs in Antwerpen. Een exploratief onderzoek, drugmonitor 2012-2013* Antwerpen, Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen.
- Decorte, T. & D'Huyvetter, E. 2014. *Lokale detailhandel in drugs in Antwerpen. Een exploratief onderzoek, drugmonitor 2012-2013* Antwerpen, Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen.
- Decorte, T. & Paoli, L., 2014. *Cannabis production in Belgium. Assessment of the nature and harms, and implications for priority setting (CANMARKT)* Summary, Brussels: Belgian science policy.

- Decorte, T., 2014. Cannabis social clubs in Belgium: Organizational strengths and weaknesses, and threats to the model. *International Journal of Drug Policy*(0),
- Decorte, T., Mortelmans, D., Tieberghien, J., & De Moor, S., 2009. *Haalbaarheid van een repetitieve prevalentiestudie onder de algemene bevolking*. Gent.
- Decorte, T., Muys, M., & Slock, S., 2003. *Cannabis in Vlaanderen. Patronen van cannabisgebruik bij ervaren gebruikers*. Leuven: Acco.
- Decorte, T., Stoffels, I., Leuridan, E., Van Damme P., & Van Hal, G., 2011. *Middelengebruik onder sekswerkers in België: een kwantitatieve en kwalitatieve studie in vijf sectoren van de seksindustrie*. Gent: Academia Press.
- Defillet, T., 2012. *Juridische handvatten beroepsgeheim voor hulpverleners*. Brussel: VAD.
- Degenhardt, L., Larney, S., Randall, D., Burns, L., & Hall, W., 2014. Causes of death in a cohort treated for opioid dependence between 1985 and 2005. *Addiction*, 109,(1), pp.90-99.
- Demarest, S., Tafforeau, J., Van Oyen, H., & et al., 2001. *Health Interview Survey 2001: Protocol for the sampling design*, Brussels: Scientific Institute of Public Health.
- Demarest, S., Van der Heyden, J., Charafeddine, R., Tafforeau, J., Van Oyen, H., & Van Hal, G., 2012. Socio-economic differences in participation of households in a Belgian national health survey. *European Journal of Public Health*, 23,(6), pp.981-985.
- Demaret, I., Litran, G., Magoga, C., Deblire, C., De Roubaix, J., Quertemont, E., Van Caillie, D., Dubois, N., Lemaître, A., & Anseu, M., 2013. *Projet TADAM - Rapport final 2007-2013*, Liège : Université de Liège.
- Deprez, N., Antoine, J., Asueta-Lorente, J. F., Bollaerts, K., Van der Linden, T., & Van Bussel, J., 2012. *Belgian national report on drugs 2011, new developments, trends and in-depth information on selected issues*, Brussels: Scientific Institute of Public Health.
- Devos, A., 2009, "Balans van het tienjarig bestaan van de justitieuhuizen en perspectieven voor de komende jaren," In *10 jaar justitieuhuizen: balans en perspectieven*, A. Devos, ed., Brussel: Federale overheidsdienst Justitie, pp. 13-44.
- Dienst voor strafrechtelijk beleid, 2013. *Dienst voor strafrechtelijk beleid: statistiek*. [Online] Available at: <http://www.dsb-spc.be/web/index.php?option=com_content&task=view&id=28&Itemid=47> [Accessed 3-10-2014].
- Edmonds, K., Sumnall, H., McVeigh, J., & Bellis, M. A., 2005. *Drug prevention among vulnerable young people*, Liverpool, UK: National Collaborating Centre for Drug Prevention.
- EMCDDA, 2003, "Social exclusion and reintegration," In *Annual report on the state of the drug problem in the European Union and Norway*, pp. 65-68.
- EMCDDA, 2010. *Trends in injecting drug use in Europe. Selected issue 2010*, Luxembourg, Publication office of the European union: EMCDDA.
- EMCDDA, 2013. *European Drug Report. Trends and developments, 2014*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EMCDDA, 2014. *European Drug Report. Trends and developments. 2014*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Espace P, 2014. *Espace P.. vers une société "prostitution admise"*. [Online] Available at: <<http://www.espacep.be/>> [Accessed 29-9-2014].
- Evenepoel, T., 2014. *Jaarverslag 2013 van de druglijn*. [Online] VAD. Available at: <http://www.druglijn.be/media/17359/jaarverslag_dl_2013.pdf> [Accessed 8-10-2014].
- Favresse, D. & de Smet, P., 2008. *Tabac, alcool, drogues et multimédias chez les jeunes en Communauté française, résultats de l'enquête HBSC 2006*. Bruxelles, ULB-SIPES.
- Federale Politie - CGOP / Beleidsgegevens, 2013. *Politionele criminaliteitsstatistieken, België, 2000-2013*. [Online] Available at: <http://www.polfed-fedpol.be/crim/crim_statistieken/2013_trim4/pdf/nationaal/rapport_2013_trim4_nat_belgie_nl.pdf> [Accessed 3-10-2014].

Fédito Bruxelles, FEIAT, and CLDB, 2014. *Mémorandum*. [Online] Fédito Bruxelles ; FEIAT ; CLDB. Available at: <http://www.feditobxl.be/files/documents/2014/doc_36.pdf?CFID=6926821&CFTOKEN=651797aad04635f3-842BB75C-045B-144E-E142D5807E3B7937&jsessionid=843036bad2186ed20c8d25344038407a1b4c> [Accessed 1-10-2014].

Ferri, M., Allara, E., Bo, A. G. A., & Faggiano, F., 2013. *Media campaigns for the prevention of illicit drug use in young people*, London: The cochrane collaboration.

Fountain, J., Hartnoll, R., Olszewski, D., and Vicente, J., 2000. *Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research*. Belgium : Office for Official Publications of the European Communities.

FPS Economy, 2014. *Statistics Belgium* (be.STAT). [Online] Available at: <http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/webinterface/beSTAT_home/> [Accessed 29-9-2014].

FPS Justitie, 2014. *Bemiddeling in strafzaken*. [Online] FOD Justitie. Available at: <http://justitie.belgium.be/nl/binaries/BemiddelingStrafzakenNL_tcm265-138422.pdf> [Accessed 10-10-2014].

FPS Justitie., 2014. *Substitutie in de gevangenen*.

Free Clinic, 2014. *Activering harde kern druggebruikers Atheneumbuurt*. [Online] Available at: <<http://free-clinic.be/free-clinic/activering/>> [Accessed 29-9-2014].

Free Clinic, 2014. *Buro Aktief - Sociale activering door samen korte opdrachten uit te voeren*. [Online] Available at: <<http://free-clinic.be/free-clinic/buro-atief/>> [Accessed 29-9-2014].

Freiburger, T.L. & Iannacchione, B.M., 2011. An examination of the effect of imprisonment on recidivism. *Criminal justice studies*, 24,(4), pp.369-379.

Gisle, L., 2010, "Het gebruik van illegale drugs," In *Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport II - Leefstijl en Preventie*, vol. 2010 L. Gisle et al., eds., Brussel: Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance - Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, pp. 307-384.

Gisle, L., 2010, "L'usage des drogues illicites," In *Enquête de santé, 2008. Rapport II - Style de Vie et Prévention*, vol. 2010 L. Gisle et al., eds., Bruxelles : Direction Opérationnelle Santé publique et surveillance. Institut Scientifique de Santé Publique, pp. 307-384.

Godin, I., Decant, P., de Smet, P., Favresse, D., & Moreau, N., 2011. *Health behaviour in School-Aged Children 2010*. Lifetime, last 12 months and last 30 days prevalence tables., Brussels: ULB.

Godin, I., Decant, P., Moreau, N., de Smet, P., & Boutsen, M. 2008. *La santé des jeunes en en Communauté française de Belgique, résultats de l'enquête HBSC 2006*. Bruxelles, ULB-SIPES.

Goossens, M., 2014. *Rapport d'activité 2013 - asbl Transit*

Hannes, K, van Bussel, J. C. H., Aertgeerts, B., Vanderplasschen, W., Van Royen, P., and Geirnaert, M., 2011. *Adapting best practice guidelines for the detection, prevention and treatment of substance abuse in children and youngsters to a local Belgian context (ADAPT_YOUTH)*. [Online] Belgian Science Policy. Available at: <<http://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?!=en&COD=DR/59>> [Accessed 11-8-2014].

Hannes, K., van Bussel, J. C. H., Aertgeerts, B., Vanderplasschen, W., Van Royen, P, and Geirnaert, M., 2013. *Adapting best practice guidelines for prevention, screening and treatment of substance misuse in adolescents to the Belgian context (ADAPTE-youth)*, Final unpublished report.

Hardy, T. & Snowden, M., 2010. Family impact of imprisonment and the community specialist practitioner. *Community practitioner*, 83,(10), pp.21-24.

Hels, T., Lyckegaard, A., Simonsen, K.W., Steentoft, A., & Bernhoft, I.M., 2013. *Risk of severe driver injury by driving with psychoactive substances. Accident analysis and prevention*, 59,(2013), pp.346-356.

Henkel, D., 2011. Unemployment and Substance Use: a review of the literature (1990-2010). *Current Drug Abuse Reviews*, 4, pp.4-27.

Hogge, M. & Denoiseux, D., 2014. *L'usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles. Rapport 2013-2014*. Eurotox ASBL.

- Housing First Belgium, 2014. *Mise en place de l'expérimentation Housing First Belgium*. Septembre 2013 - Février 2014
- Houwing, S., Legrand, S.A., Mathijssen, R., Hagenzieker, M., Verstraete, A.G., & Brookhuis, K., 2012. Prevalence of psychoactive substances in dutch and belgian traffic. *Journal of studies on alcohol or drugs*, 73,(6), pp.951-960.
- Hublet, A., De Bacquer, D., Valimaa, R., Godeau, E., Schmid, H., Rahav, G., & Maes, L., 2006. Smoking trends among adolescents from 1990 to 2002 in ten European countries and Canada. *BMC.Public Health*, 6, pp.280.
- Interministeriële Conferentie Drugs, 2010. *Een global en geïntegreerd drugsbeleid voor België. Gemeenschappelijke verklaring van de interministeriële Conferentie Drugs*. [Online] Available at: <http://health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Interministerialconferences/Drugs/18038733#VDKQq_mSyQs> [Accessed 6-10-2014].
- Jackson, L.A., McWilliams, S., Martin, F., Dingwell, J., Dykeman, M., Gahagan, J., & Karabanow, J., 2014. Key challenges in providing services to people who use drugs: The perspectives of people working in emergency departments and shelters in Atlantic Canada. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 21,(3), pp.244-253.
- James, R. K., Gilliland, B. E., and James, L., 2013. *Crisis intervention strategies*. Belmont: Brooks/Cole, Cengage Learning.
- Kinable, H., 2010. *VAD-leerlingenbevraging in het kader van een drugbeleid op school. Syntheserapport schooljaar 2008-2009*, Brussels: VAD.
- Kinable, H., 2011. *VAD-leerlingenbevraging in het kader van een drugbeleid op school. Syntheserapport schooljaar 2009-2010*, Brussels: VAD.
- La Trace asbl, 2014. *Centre d'accueil et d'accompagnement psycho-social par le sport-aventure*. [Online] Available at: <<http://www.latrace.be/>> [Accessed 29-9-2014].
- Lambrecht, P. & Andries, C., 2013. *Het Vlaamse Schoolonderzoeksproject naar alcohol en andere drugs - VLASPAD 2010. EMCDDA ST2*, Brussels: VUB.
- Lambrecht, P., Andries, C., Engels, T., Senterre, C., Piette, D., & De Smedt, P., 2004. *ESPAD03: Outline for Belgian Report 2. Results Belgium 2003.*, Brussel: Vrije Universiteit Brussel.
- Larimer, M.E., Malone, D.K., Garner, M.D., Atkins, D.C., Burlingham, B., Lonczak, H.S., Tanzer, K., Ginzler, J., Clifasefi, S.L., Hobson, W.G., & Marlatt, G.A., 2009. Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *Journal of the American Medical Association*, 301,(13), pp.1349-1357.
- Larmuseau, C., Moens, O., Steenhuyzen, S., Bernaert, I., and Lambrechts, M-C., 2013. *Verslag van de indicatoren meting 2012 van het gezondheidsbeleid in Vlaamse scholen*. [Online] Vlaams instituut voor gezondheidspromotie en ziektepreventie. Available at: <<http://www.vigez.be/uploads/document/enbank/32e75b2e2f0f28d2d876cad6f295f083.pdf>> [Accessed 8-10-2014].
- Laudens, F., 2013. *Drugpreventie bij jongeren uit etnisch-culturele minderheden. Draaiboek voor het uitvoeren van een lokale verkenning en het opzetten van preventieve acties*. [Online] VAD. Available at: <<http://www.vad.be/media/1227545/draaiboekcm.pdf>>
- Le Projet Lama asbl, 2014. *Présentation générale*. [Online] Available at: <<http://www.projetlama.be/>> [Accessed 29-9-2014].
- Legrand, S.A., Isalberti, C., Van der Linden, T., Bernhoft, I.M., Hels, T., Simonsen, K.W., Favretto, D., Caplinskiene, M., Ferrara, S.D., Minkuviene, Z., Pauliukevicius, A., Houwing, S., Lillsunde, P., Langel, K., Blencowe, T., & Verstraete, A.G., 2013. Alcohol and drugs in seriously injured drivers in six European countries. *Drug testing and analysis*, 5,(3), pp.156-165.
- Lewis, S. & Roberts R., A., 2001. Crisis assessment tools: the good, the bad and the available. *Brief treatment and crisis intervention*, 2001,(1), pp.17-28.
- Liebling, A. & Arnold, H., 2012. Social relationships between prisoners in a maximum security prison: violence, faith and the declining nature of trust. *Journal of criminal justice*, 40,(2012), pp.413-424.

- Lievens, D., Vander Laenen, F., & Christiaens, J., 2014. Public spending for illegal drug and alcohol treatment in hospitals: an EU cross-country comparison. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 9,(26),
- Livingston, J., Milne, T., Lan Fang, M., & Amari, E., 2012. The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*, 107,(1), pp.39-50.
- Lombaert, G., 2011. *Middelengebruik bij 12 tot 18-jarige scholieren in Brugge*, Gent: De Sleutel.
- Luisetto, S. and Hensgens, P., 2014. *Mémorandum de la Fédito Wallonne*. [Online] Fédito Wallonne. Available at: <http://www.feditowallon.be/documents/Memorandum_2014-19062014-20162.pdf> [Accessed 1-10-2014].
- Lurigio, A.J., 2000. Drug treatment availability and effectiveness: Studies of the general and criminal justice population. *Criminal justice and behavior*, 27,(4), pp.495-528.
- Macarthur, G., van Velzen, E., Palmateer, N., Kimber, J., Pharris, A., Hope, V., Taylor, A., Roy, K., Aspinall, E., Goldberg, D., Rhodes, T., Hedrich, D., Salminen, M., Hickmann, M., & Hutchinson, S., 2014. Interventions to prevent HIV and Hepatitis C in people who inject drugs: a review of reviews to assess evidence of effectiveness. *International Journal of Drug Policy*, 25,(1), pp.34-52.
- McCabe, S.E., Boyd, C.J., Cranford, J.A., Morales, M., & Slayden, J., 2006. A modified version of the Drug Abuse Screening Test among undergraduate students. *J.Subst.Abuse Treat.*, 31,(3), pp.297-303.
- McCambridge, Hawkins, B., & Holden, C., 2014. Vested interests in addiction research and policy. The challenge corporate lobbying poses to reducing society's alcohol problems: insights from UK evidence on minimum unit pricing. *Addiction*, 109,(2), pp.199-205.
- McGrath, A. & Weatherburn, D., 2012. The effect of custodial penalties on juvenile reoffending. *Australian and New Zealand journal of criminology*, 45,(1), pp.26-44.
- Melis, S., 2013. *VAD-leerlingenbevraging in het kader van een drugbeleid op school. Syntheserapport schooljaar 2011-2012.*, Brussels: VAD.
- Melis, S., 2013. *VAD-leerlingenbevraging in het kader van een drugbeleid op school. Syntheserapport schooljaar 2010-2011*, Brussels: VAD.
- Modus Vivendi, 2013. *Devenir "jobiste"*. [Online] Available at: <<http://www.modusvivendi-be.org/spip.php?rubrique10>>
- Modus Vivendi, 2014. *Rapport d'activités 2013*, Brussels: Modus Vivendi.
- Nagin, D.S., Cullen, F.T., & Jonson, C.L., 2009. Imprisonment and reoffending. *Crime and Justice*, 38,(2009), pp.115-200.
- Nieuwbeerta, P., Nagin, D.S., & Blokland, A.A.J., 2009. Assessing the impact of first-time imprisonment on offenders' subsequent criminal career development: a matched samples comparison. *Journal of quantitative criminology*, 25,(3), pp.227-257.
- OCMW Antwerpen, 2014. *Nachtopvangcentrum De Biekorf*. [Online] Available at: <<http://ocmw.antwerpen.be/Overig-OCMW/ik-zoek-hulp/ik-zoek-hulp-Wonen/Opvangcentra/Nachtopvangcentrum-De-Biekorf.html>> [Accessed 29-9-2014].
- OCMW Gent, 2014. *Trajectbegeleiding voor mensen met een drugsprobleem*. [Online] Available at: <<http://www.ocmwgent.be/OCMW/Opleiding-en-werk/Begeleiding-mensen-met-drugsprobleem.html>> [Accessed 29-9-2014].
- Palmateer, N., Hutchinson, S., McAllister, G., Munro, A., Cameron, S., Goldberg, D., & Taylor, A., 2014. Risk of transmission with sharing drug injecting paraphernalia: analysis of recent hepatitis C virus (HCV) infection using cross-sectional survey data. *Journal of Viral Hepatitis*, 21, pp.25-32.
- Pardo, B., 2014. Cannabis policy reforms in the americas: a comparative analysis of Colorado, Washington and Uruguay. *International Journal of Drug Policy*, 25,(4), pp.727-735.
- Plasschaert, S., Ameye, L., De Clercq, T., Walckiers, D., Sartor, F., Micalessi, I., Jossels, G., Tods, S., Goubau, P., Plum, J., Vranckx, R., & Van Oyen, H., 2005. *Study on HCV, HBV and HIV seroprevalence in a sample of drug users in contact with treatment centres or in prison in Belgium, 2004-2005*, Brussels (Belgium): Scientific Institute of Public HealthEpidemiology Unité.

- Pleace, N., 2008. *Effective services for substance misuse and homelessness in Scotland: evidence from an international review*, Edinburgh: Scottish Government Social Research.
- Prochaska, J. and DiClemente, C. C., 1984. *The transtheoretical approach: towards a systematic eclectic framework*. USA: Dow Jones Irwin, Homewood IL.
- Raes, V. & Lombaert, G., 2004. EuropASI: A standard in De Sleutel, Belgium. *Journal of substance abuse*
- Raes, V., Lombaert, G., & Keymeulen, R., 2004. *De Nederlandse vertaling van de handleiding voor training en afname van Europasi vraaggesprekken, aangepast voor België-Vlaanderen*. Versie 2004., Gent: De Sleutel.
- Rigter, H. and Dekker, M. M., 2014. *INCANT Study*. [Online] Erasmus Medical Center Rotterdam. Available at: <<http://www.incant.eu/>> [Accessed 23-10-2014].
- Robaey, G., Grebely, J., Mauss, S., Bruggmann, P., Moussalli, J., De, G.A., Swan, T., Arain, A., Kautz, A., Stover, H., Wedemeyer, H., Schaefer, M., Taylor, L., Backmund, M., Dalgard, O., Prins, M., & Dore, G.J., 2013. Recommendations for the management of hepatitis C virus infection among people who inject drugs. *Clin.Infect.Dis.*, 57 Suppl 2, pp.S129-S137.
- Roberts, A. R. ed. 2005. *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment and Research*. Oxford: Oxford University Press.
- Roegiers, J. [4-4-2014] *Senaat schriftelijke vraag nr. 5-11368*.
- Rosiers, J., De Bock, M., De Donder, E., De Maeseneire, I., & Geirnaert, M., 2014. *Ginger. Preventie van alcohol en andere drugproblemen. Rapport 2013. monitoring van activiteiten.*, Brussel: VAD.
- Rosiers, J., Hublet, A., Van Damme, J., Maes, L., & Van Hal, G., 2011. *In hogere sferen ? (volume 2) Een onderzoek naar het middelengebruik bij Vlaamse studenten*, Antwerp: University Antwerp.
- Rosiers, J., Van Damme, J., Hublet, A., Van Hal, G., Sisk, M., Mhand, Y. S., & Maes, L., 2014. *In hogere sferen ? volume 3. Een onderzoek naar het middelengebruik bij Vlaamse studenten*, Brussel: VAD
- Rowe, C., Rigter, H., Henderson, C., Gantner, A., Mos, K., Nielsen, P., & Phan, O., 2013. Implementation fidelity of Multidimensional Family Therapy in an international trial. *Journal of substance abuse treatment*, 44,(4), pp.391-399.
- Rwubu, M. and Hogge, M., 2013. *L'usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles. Rapport 2011-2012*. [Online] Eurotox. Available at: <http://www.eurotox.org/images/stories/docs/eurotox2011-2012_usage_drogues_fwb_inthd_imprimeur.pdf> [Accessed 23-10-2013].
- Sabbe, B., Malone, M., Van Ham, S., & De Wilde, B., 2008. *Onderzoek naar de effectiviteit van de residentieel geïntegreerde behandeling voor patiënten met een dubbeldiagnose*
- Samusocial asbl, 2014. *Dispositif hivernal 2013-2014. Rapport d'activités*, [http://www.samusocial.be/files/FR/Rapport_hiver_2013_2014\(1\).pdf](http://www.samusocial.be/files/FR/Rapport_hiver_2013_2014(1).pdf)
- Sasse, A. & Defraye, A., 2009. HIV infections and STI co-infections in men who have sex with men in Belgium: sustained increase in HIV diagnoses. *Euro.Surveill*, 14,(47),
- Schaub, M., Henderson, C., Pelc, I., Tossman, P., Phan, O., Hendriks, V., Rowe, C., & Rigter, H., 2014. Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry*, 14,(26),
- Schnittker, J. & John, A., 2007. Enduring stigma: the long-term effects of incarceration on health. *Journal of health and social behavior*, 48,(2), pp.115-130.
- Skafulpova, K., Zabransky, T., & Mravcik, V., 2014. *Literature review. The levels of use of opioids, amphetamines and la cocaine and associated levels of harm: summary of scientific evidence*, Luxembourg: EMCDDA.
- Smet, V., De Ruyver, B., Colman, C., Surmon, T., Pauwels, L., Vander Beken, T., and De Moor, A., 2013. *Het aanbod van illegale drugs in België: wat weten we ? Een haalbaarheidsstudie van betrouwbare indicatoren voor het drugsaanbod*. Gent: Academia press.

- Spohn, C., 2007. The deterrent effect of imprisonment and offenders' stakes in conformity. *Criminal justice policy review*, 18,(1), pp.31-50.
- Start-MASS, 2014. *Activités*. [Online] Available at: <<http://start-mass.isosl.be/activites.htm>> [Accessed 29-9-2014].
- Stimson, G.V., Jones, S., Chalmers, C., & Sullivan, D., 1998. A short questionnaire (IRQ) to assess injecting risk behaviour. *Addiction*, 93,(3), pp.337-347.
- Sumnall, H. and Brotherhood, A., 2012. *Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment*. Luxembourg: Publications Office of the European Union .
- Sylvestre, D.L., 2002. Treating hepatitis C in methadone maintenance patients: an interim analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 67,(2002), pp.117-123.
- ter Bogt, T.F., de, L.M., Molcho, M., Godeau, E., Hublet, A., Kokkevi, A., Kuntsche, E., Nic, G.S., Franelic, I.P., Simons-Morton, B., Sznitman, S., Vieno, A., Vollebergh, W., & Pickett, W., 2014. Do societal wealth, family affluence and gender account for trends in adolescent cannabis use? A 30 country cross-national study. *Addiction*, 109,(2), pp.273-283.
- Thais asbl, 2014. *Maison d'accueil pour personnes et familles en difficulté sociale en lien avec les assuétudes ou la prostitution*. [Online] Available at: <<http://www.asblthais.org/spip.php?rubrique2>> [Accessed 29-9-2014].
- Thanki, D. and Vincente, J., 2013. *PDU (Problem Drug Use) revision summary*. [Online] EMCDDA. Available at: <<http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu>> [Accessed 20-10-2014].
- TNS Political and social, 2014. *Flash Eurobarometer 401 young people and drugs*. [Online] European Commission. Available at: <http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_401_en.pdf> [Accessed 20-10-2014].
- Trempline asbl, 2014. *Rapport d'activités 2013*, Available at: <<http://www.trempline.be/documents/ra2013vfinale.pdf>>
- Turtelboom, A. and Milquet, J., 2012. *Nationaal Veiligheidsplan 2012-2015 Samen zorgen voor een veilige en leefbare samenleving*. [Online] Federale politie. Available at: <http://www.polfed-fedpol.be/org/org_pns_nl.php> [Accessed 6-10-2014].
- Uchtenhagen, A., 2010. L'héroïne assisted treatment in Switzerland a case study in policy change. *Addiction*, 105,(1), pp.29-37.
- UNODC, 2013. *The challenges of new psychoactive substances. A report from the global SMART programme*. [Online] United nations office on drugs and crime. Available at: <http://www.unodc.org/documents/scientific/NPS_2013_SMART.pdf>
- VAD, 2010. *Lol zonder alcohol*. [Online] VAD. Available at: <<http://www.acoolworld.be/>> [Accessed 8-10-2014].
- VAD, 2014. *Aan de slag met een lokaal alcohol- en drugbeleid: stappenplan*. [Online] VAD. Available at: <<http://www.vad.be/sectoren/lokaal-beleid/een-beleid-opzetten/aan-de-slag.aspx>> [Accessed 8-10-2014].
- VAD, 2014. *Als kleine kinderen groot worden. Draaiboek*. [Online] VAD. Available at: <<http://www.vad.be/materiaal/draaiboekenrichtlijnen/vormingsmap-als-kleine-kinderen-groot-worden.aspx?from=1171>> [Accessed 8-10-2014].
- Valdiserri, R., Khalsa, J., Dan, C., Holmberg, S., Zibbel, J., Holtzman, D., Lubran, R., & Compton, W., 2014. Confronting the emerging epidemic of HCV infection among young injection drug users. *American Journal of Public Health*, 104,(5), pp.816-821.
- van Bussel, J. C. H. & Antoine, J., 2012, "Chapter 2. Drug use in the general population and specific targeted-groups," In *Belgian National Report on Drugs 2011. New developments, trends and in-depth information on selected issues*, N. Deprez et al., eds., Brussels: WIV-ISP, pp. 35-59.
- van Buuren, S., Boshuizen, H.C., & Knook, D.L., 1999. Multiple imputation of missing blood pressure covariates in survival analysis. *Stat.Med.*, 18,(6), pp.681-694.

- Van der Heyden, J., Gisle, L., Demarest, S., Drieskens, S., Hesse, E., & Tafforeau, J., 2010. *Enquête de santé, 2008. Rapport I - État de santé*, Bruxelles
- Van der Heyden, J., Gisle, L., Demarest, S., Drieskens, S., Hesse, E., & Tafforeau, J., 2010. *Gezondheidsenquête, België 2008 - Rapport I: Gezondheidstoestand*, Brussel: Operationele Directie Volksgezondheid en Surveillance, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- Van Hal, G., Rosiers, J., Bernaert, I., & Hoeck, S., 2007. *In hogere sferen? Een onderzoek naar het middelengebruik bij Antwerpse studenten*, Antwerpen: Universiteit Antwerpen.
- Van Havere, T., Lammertyn, J., Vanderplasschen, W., Bellis, M.A., Rosiers, J., & Broekaert, E., 2012. Illicit drug use in the Flemish Nightlife scene between 2003 and 2009. *European Addiction Research*, 18, pp.153-160.
- Van Havere, T., Vanderplasschen, W., Lammertyn, J., Broekaert, E., & Bellis, M.A., 2011. Drug use and nightlife: more than just dance Music. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 27,(6), pp.6-18.
- Van Huyck, C., Béduwé, C., Noel, L., & Baufay, F., 2014. *Plan bruxellois de réduction des risques liés à l'usage de drogues*, Bruxelles : Modus Vivendi asbl et FEDITO bruxelloise.
- Van Malderen, S. 2011, Monitoring drug use and related problems in Belgian prisons as a tool for policy making: difficulties and challenges, In *Reitox Academy: Drug use among prison population. Scope and responses*.
- Vander Laenen, F., De Ruyver, B., and Vanderplasschen, W., 2011. *Drug treatment court Ghent, qualitative outcome evaluation*. [Online] Belspo. Available at: <<http://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=en&COD=DR/61>> [Accessed 3-7-2014].
- Vander Laenen, F., De Ruyver, B., Christiaens, J., and Lievens, D., 2011. *Drugs in cijfers III, Onderzoek naar de overheidsuitgaven voor het drugsbeleid in België*. Gent: Academia Press.
- Vander Laenen, F., Vandam, L., & Colman, C., 2010. Met velen aan de tafel: goede voorbeelden van een integraal en geïntegreerd drugbeleid. *Tijdschrift verslaving*, 6,(4), pp.54-71.
- Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Smet, V., De Maeyer, J., Buckinx, M., Van Audenhove, S., Anseau, M., & De Ruyver, B., 2013. *Analysis and Optimization of Substitution Treatment in Belgium (SUBANOP)*, Gent: Academia Press.
- Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Wittouck, C., Dekkers, A., De Ruyver, B., De Keulenaer, S., & Thomas, S., 2013. *Het pilootproject drugsbehandelingskamer te Gent: een uitkomstenevaluatie*, Gent: Academia Press.
- Vanderplasschen, W., 2014. *'s Werelds grootste drugsonderzoek: de Belgische resultaten*. [Online] Available at: <<https://www.ugent.be/nl/actueel/persberichten/global-drug-survey-onderzoek.htm>> [Accessed 2-10-2014].
- Vanderplasschen, W., Vandeveld, S., & Broekaert, E., 2014. *Therapeutic communities for treating addictions in Europe. Evidence, current practices and future challenges*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- VandeWalle, G., Wayenberg, E., Dormeals, A., & Easton, M., 2010. De plaats en betekenis van evaluatie in de interbestuurlijke veiligheids- en preventieplannen. *Panopticon*, 31,(3), pp.40-57.
- Vanhaelemeesch, D., 2012. Leven met een uurrooster... een persoonlijke ervaring met een enkelband. *Fatik*, 2012,(134), pp.4-9.
- Vanheule, S. & Bogaerts, S., 2005. The factorial structure of the GHQ-12. *Stress and Health*
- Vanhove, W., Surmont, T., Van Damme, P., & De Ruyver, B., 2014. Filling in the blanks. An estimation of illicit cannabis growers' profits in Belgium. *International Journal of Drug Policy*, 25,(3), pp.436-443.
- Vigez, 2014. *Gezond opvoeden*. [Online] Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie. Available at: <<http://www.gezondopvoeden.be/>> [Accessed 8-10-2014].
- Ville de Charleroi, 2014. *Ulysse, abri de nuit*. [Online] Ville de Charleroi. Available at: <<http://www.charleroi.be/node/166>> [Accessed 29-9-2014].

Vorma, H., Sokero, P., Aaltonen, M., Turtiainen, S., Hughes, L.A., & Savolainen, J., 2013. Participation in opioid substitution treatment reduces the rate of criminal convictions: Evidence from a community study. *Addictive Behaviors*, 38,(2013), pp.2313-2316.

Weerwerk, 2014. *WeerWerk - Sterk in maatwerk*. [Online] Available at: <<http://www.weerwerk.net/>> [Accessed 29-9-2014].

WHO, 1986. *Ottawa charter for health promotion*. [Online] World health organisation. Available at: <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1> [Accessed 8-10-2014].

WHO, 2010. *Brief intervention. The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use. Manual for use in primary care*. [Online] World Health Organisation. Available at: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599399_eng.pdf?ua=1>

WHO, 2012. *Prevention and control of viral hepatitis infection: framework for global action*, Geneva: World Health organisation.

WHO, 2012. *Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO, UNODC, & UNAIDS, 2012. *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, Geneva: WHO.

Wilms, B., 2014. *Adapte-youth: adaptation of existing, international guidelines on the treatment, screening and prevention of alcohol and drug misuse in youngsters to the Belgian local context (2011-2013)*. [Online] KULeuven. Available at: <<http://ppw.kuleuven.be/home/english/research/mesrg/publications-of-research-projects>> [Accessed 8-10-2014].

Windelinckx, T., 2011. *Evaluatie Onderzoek Spuitenruil Vlaanderen 2010.*, Antwerp: Free Clinic.

Windelinckx, T., 2012. *Evaluatie Onderzoek Spuitenruil Vlaanderen 2011.*, Antwerp: Free Clinic.

Windelinckx, T., 2013. *Evaluatie onderzoek project spuitenruil 2012*, Antwerp: Vlaamse spuitenruil, Free clinic vzw.

Windelinckx, T., 2014. *Rapport evaluatie onderzoek spuitenruil vlaanderen 2013*. Vlaamse Spuitenruil, Free Clinic vzw, Antwerpen.

Winstock, A, 2014. *The Global Drug Survey 2014 findings*. [Online] Available at: <<http://www.globaldrugsurvey.com/facts-figures/the-global-drug-survey-2014-findings/>> [Accessed 2-10-2014].

Wittouck, S., Vander Laenen, F., Dekkers, A., Vanderplasschen, W., & De Ruyver, B., 2013. Uitkomsten en recidieveonderzoek van de Gentse drugbehandelingskamer. *Therapeutisch programma voor druggebruikers*, 21,(4), pp.3-10.

WIV-ISP. 2014. Belgian Treatment Demand Indicator Register (BTDIR).

© WIV-ISP
SERVICE ENQUÊTE, MODE DE VIE
ET MALADIES CHRONIQUE
Rue Juliette Wytsman, 14
1050 Bruxelles | Belgique

www.wiv-isp.be

Éditeur responsable : Dr. Johan Peeters
Dépôt légal : D/2015/2505/07