

# BULLETIN SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE 2024 BRUXELLES

**LE CANNABIS ET SES PRODUITS DÉRIVÉS**  
THC, CBD, CANNABINOÏDES DE SYNTHÈSE ...



eurototox

EUROTOX ASBL | OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL-DROGUES | JUIN 2024



# BULLETIN SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE 2024 BRUXELLES

## LE CANNABIS ET SES PRODUITS DÉRIVÉS

THC, CBD, CANNABINOÏDES DE SYNTHÈSE ...

### Citation recommandée

Eurotox (2024). Le cannabis et ses produits dérivés. Bulletin socio-épidémiologique Bruxelles. Bruxelles : Eurotox asbl.

### Dépot légal

D/2024/10.063/01  
Juin 2024

### Mise en page

Nathalie da Costa Maya,  
[www.cdcsasbl.be](http://www.cdcsasbl.be)

Ce rapport peut être obtenu gratuitement sur simple demande.

### Coordonnées d'Eurotox

Eurotox asbl  
Rue Jourdan 151  
1060 Bruxelles  
02 539 48 29  
[info@eurotox.org](mailto:info@eurotox.org)  
<https://eurotox.org/>

# TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>4</b>
<b>1 LE CADRE LÉGISLATIF BELGE</b> .....	<b>5</b>
1.1. LA LOI DU 24 FÉVRIER 1921.....	5
1.2. LA LOI DU 4 AVRIL 2003 MODIFIANT LA LOI DE 1921 .....	5
1.3. L'ARRÊTÉ ROYAL DU 6 SEPTEMBRE 2017 .....	6
1.4. LA CIRCULAIRE COMMUNE DU 21 DÉCEMBRE 2015 (RÉVISÉE EN 2018).....	7
<b>2 LA LÉGISLATION ACTUELLE SUR LA DÉTENTION DE CANNABIS</b> .....	<b>8</b>
<b>3 LA LÉGISLATION SUR LE CANNABIS MÉDICAL</b> .....	<b>9</b>
3.1. LA LÉGISLATION SUR LES PRODUITS À BASE DE THC À USAGE MÉDICAL .....	9
3.2. LA LÉGISLATION SUR LES PRODUITS À BASE DE CANNABIDIOL (CBD) À USAGE MÉDICAL .....	10
<b>4 LES AUTRES LÉGISLATIONS RELATIVES AU CANNABIDIOL (CBD)</b> .....	<b>11</b>
4.1. LA LÉGISLATION SUR LES PRODUITS À BASE DE CANNABIDIOL (CBD) EN TANT QUE DENRÉE ALIMENTAIRE .....	11
4.2. LA LÉGISLATION SUR LES PRODUITS À BASE DE CANNABIDIOL (CBD) DESTINÉS À ÊTRE FUMÉS .....	11
4.3. LA LÉGISLATION SUR LES PRODUITS À BASE DE CANNABIDIOL (CBD) SOUS FORME DE E-LIQUIDE .....	12
<b>5 LA LÉGISLATION SUR LES CANNABINOÏDES DE SYNTHÈSE</b> .....	<b>13</b>
<b>6 LA DISPONIBILITÉ, LA COMPOSITION ET LE PRIX DU CANNABIS ET DES PRODUITS DÉRIVÉS</b> .....	<b>14</b>
6.1. DISPONIBILITÉ .....	14
6.2. COMPOSITION .....	17
6.3. PRIX .....	18

<b>7</b>	<b>L'USAGE DE CANNABIS .....</b>	<b>19</b>
7.1.	L'USAGE DE CANNABIS CHEZ LES ÉLÈVES DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE .....	19
7.2.	L'USAGE DE CANNABIS CHEZ LES ÉTUDIANT-ES DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR .....	23
7.3.	L'USAGE DE CANNABIS DANS LA POPULATION GÉNÉRALE .....	24
7.4.	L'USAGE DE CANNABIS CHEZ LES PERSONNES USAGÈRES DE DROGUES .....	29
7.5.	LES MOTIVATIONS À L'USAGE DE CANNABIS .....	30
<b>8</b>	<b>L'USAGE DE CBD .....</b>	<b>31</b>
8.1.	L'USAGE DE CBD CHEZ LES ÉTUDIANT-ES DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR .....	31
8.2.	L'USAGE DE CBD DANS LA POPULATION GÉNÉRALE ET CHEZ LES USAGER-ES DE CANNABIS .....	32
<b>9</b>	<b>L'USAGE DE CANNABIS DE SYNTHÈSE .....</b>	<b>33</b>
9.1.	L'USAGE DE NOUVELLES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES ÉLÈVES DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE .....	33
9.2.	L'USAGE DE NOUVELLES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES DANS LA POPULATION GÉNÉRALE .....	34
9.3.	L'USAGE DE NOUVELLES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET DE CANNABIS DE SYNTHÈSE CHEZ LES PERSONNES USAGÈRES DE DROGUES .....	34
<b>10</b>	<b>LES CONSÉQUENCES SOCIO-SANITAIRES DE L'USAGE DE CANNABIS .....</b>	<b>35</b>
10.1.	LES INTOXICATIONS LIÉES AU CANNABIS .....	35
10.2.	LES DEMANDES DE TRAITEMENT POUR UN USAGE PROBLÉMATIQUE DE CANNABIS .....	36
10.3.	LES INFRACTIONS LIÉES AU CANNABIS .....	37
10.4.	LA CONDUITE SOUS INFLUENCE DE CANNABIS .....	38
<b>11</b>	<b>PERSPECTIVES .....</b>	<b>41</b>
<b>12</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>44</b>
	<b>ANNEXE : DEMANDES DE TRAITEMENT POUR LE CANNABIS, SERVICES SPÉCIALISÉS, 2022 .....</b>	<b>48</b>

# INTRODUCTION

On désigne par cannabis les produits issus de la culture de la plante *Cannabis Sativa L.* Ils se présentent le plus souvent sous forme de sommités fleuries ou de résine issus de la culture de plants femelles, et sont composés de diverses molécules, dont de nombreux cannabinoïdes. Plus d'une centaine ont pu être identifiés à ce jour, présents en concentrations variables, mais seul un nombre très limité a actuellement été étudié sur le plan scientifique (Radwan et al, 2015 ; Ahmed et al, 2008). Le plus connu est le  $\Delta^9$ -THC (delta 9 tétrahydrocannabinol, communément appelé THC), et son précurseur, le THCA (delta 9 acide tétrahydrocannabinolique). Le THC est présent en petite quantité dans les sommités fleuries, contrairement au THCA, dont les proportions peuvent être très élevées dans certaines variétés de plantes. Le THCA est inactif sur le plan psychoactif, contrairement au THC, qui est responsable de la plupart des effets psychoactifs et euphorisants. Le THCA se transforme en THC sous l'effet de la chaleur (par décarboxylation), ce qui explique pourquoi le cannabis est généralement fumé ou vaporisé, voire ingéré dans des préparations culinaires consommées après cuisson.

Le CBD est également un cannabinoïde que l'on retrouve à l'état naturel dans les fleurs de cannabis, dans des proportions variables selon les variétés cultivées. Contrairement au THC, il n'induit pas d'effets psychotropes et diminue d'ailleurs certains effets du THC, en particulier les effets anxiogènes et psychotiques (délires, hallucinations, paranoïa, etc. ; Zuardi et al., 2012). Ce produit semble avoir une série de propriétés intéressantes sur le plan médical (e.g. anti-inflammatoire, anticonvulsivant, antipsychotique, anxiolytique ; voir Pisanti et al. 2017), dont la plupart sont toutefois encore à l'étude chez l'humain.

Les **cannabinoïdes de synthèse** sont des substances fabriquées en laboratoire, et mise en vente sur Internet ou dans des smartshops lors de tentatives de contournement des législations sur les drogues<sup>1</sup>. On dénombre

1 Dans de nombreux pays, les lois sur les drogues ne s'appliquent qu'à une liste circonscrite de produits. Tout produit ne figurant pas dans cette liste échappe dès lors à la législation, durant le temps qu'il faudra au législateur pour éventuellement l'y inclure (entre 6 mois et 1 an). Des entrepreneurs peu scrupuleux ont profité de cette faille pour proposer à la vente de nombreuses molécules découvertes et utilisées dans

actuellement plus de 930 molécules apparues sur ce marché des nouvelles substances psychoactives (NSP), dont 245 cannabinoïdes de synthèse regroupés en une quinzaine de familles chimiques (EMCDDA, 2017, 2023).

La législation belge en matière de cannabis porte à la fois sur la plante et ses productions (e.g. fleurs, graines), mais aussi sur certains phytocannabinoïde<sup>2</sup> spécifiques (e.g. THC, THCA, CBD, HHC) ainsi que sur les cannabinoïdes synthétisés en laboratoire (e.g. AB-CHFUPYCA, HU-210, 5F-MPP-PICA).

des contextes de recherche scientifique (e.g. recherche de nouveaux médicaments, synthèse de nouvelles molécules pour étudier le fonctionnement du cerveau) ou dérivées de celles-ci. Ces substances sont le plus souvent fabriquées en Chine et en Inde, avant d'être mises en vente sur internet sous différentes formes (poudre, comprimé, herbe, e-liquid ...), sous des appellations qui ne les destinent officiellement pas à la consommation humaine (*research chemicals*, sels de bain, encens, pot-pourri ...), afin de contourner au passage les législations sur les substances à usage humain (médicaments, aliments, compléments alimentaires).

2 Cannabinoïdes naturellement présents dans la plante de cannabis.

Figure 1 : Illustration d'une plante de cannabis femelle et de produits dérivés (herbe, résine, cigarette électronique à base de cannabinoïdes)



Sources : Pxhere.com & EMCDDA



Les lois internationales et belges qui régissent la détention/usage, l'achat, la vente, la fabrication et l'acheminement des drogues illicites sont multiples, complexes, quasi exclusivement répressives et bien souvent d'une époque lointaine où les contextes de consommation n'étaient pas les mêmes qu'aujourd'hui (voir chapitres 1.1 et 1.2). Pour tenter de comprendre la législation relative au cannabis et d'anticiper ses éventuelles conséquences pénales, il faut tenir compte de la loi de 1921, de celle de 2003, des arrêtés royaux qui les complètent, ainsi que des textes réglementaires non-contraignants qui restent à l'appréciation des représentants de la loi et du ministère public chargé de son application. Nous en dresserons un résumé succinct, mais invitons le lecteur qui n'est pas intéressé par le détricotage de cette pelote de textes législatifs à se rendre directement au chapitre 2 ; celui-ci propose une synthèse de la situation actuelle en matière de législation sur la détention de cannabis en Belgique.

## 1.1

LA LOI DU  
24 FÉVRIER 1921

La loi du 24 février 1921<sup>3</sup> est le pilier du droit pénal belge en matière de drogues illégales. Elle définit les types d'infractions relatives aux substances interdites (celles-ci sont définies par arrêté royal) et les peines leur correspondant. Elle autorise le Roi à réglementer et surveiller l'importation, l'exportation, le transit, la fabrication, la conservation (c'est-à-dire le stockage dans les conditions requises), l'étiquetage, le transport, la détention, le courtage, la vente et l'offre en vente, la délivrance et l'acquisition, à titre onéreux ou à titre gratuit, des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques ainsi que la culture des plantes dont ces substances peuvent être extraites.

Historiquement, l'attention du législateur était portée sur la lutte contre le trafic. Depuis, les arrêtés d'exécution ont ouvert la possibilité de sanctionner les usager-es, indépendamment de toute autre infraction. Au début des années 2000, la loi de 1921 a toutefois connu plusieurs modifications visant à alléger les sanctions liées à la détention de cannabis pour usage personnel (par des personnes majeures uniquement). Il se pourrait cependant que cette tendance à l'allègement des sanctions connaisse une fin, comme le laissent présager les tendances politiques actuelles à la répression et les derniers textes légaux et réglementaires adoptés.

.....  
3 [https://etaamb.openjustice.be/fr/loi-du-24-fevrier-1921\\_n2004000617.html](https://etaamb.openjustice.be/fr/loi-du-24-fevrier-1921_n2004000617.html)

## 1.2

LA LOI DU 4 AVRIL 2003  
MODIFIANT LA LOI DE 1921

La loi du 4 avril 2003<sup>4</sup> a apporté des changements à la loi de 1921 en autorisant, par arrêté royal, la création de distinctions entre les drogues illicites. Cette loi insère un nouvel article à la loi de 1921 qui propose des peines moins lourdes pour les délits liés à certaines catégories de drogues arrêtées par le Roi. Ce changement de loi a permis la mise en place d'une dépenalisation partielle de droit de la détention de cannabis pour usage personnel<sup>5</sup>, les peines de ce type d'infraction étant depuis lors limitées à des amendes (voir chapitre 2).

.....  
4 [https://etaamb.openjustice.be/fr/loi-du-04-avril-2003\\_n2003009467.html](https://etaamb.openjustice.be/fr/loi-du-04-avril-2003_n2003009467.html)

5 Nous parlons ici de dépenalisation partielle de droit afin d'opérer une distinction entre une dépenalisation totale de droit (suppression des peines) et une dépenalisation partielle de droit (abaissement des peines).

## L'ARRÊTÉ ROYAL DU 6 SEPTEMBRE 2017

L'arrêté royal du 6 septembre 2017<sup>6</sup> renvoie aux peines les plus légères de la loi de 1921 pour les infractions liées au cannabis «pour l'usage personnel» et précise toutefois que des peines plus lourdes seront exécutées en cas de circonstances aggravantes, c'est-à-dire lorsque les infractions sont commises dans un établissement pénitentiaire, une institution de protection de la jeunesse ou un établissement scolaire, sur la voie publique ou en tout lieu accessible au public.

Cependant, la notion d'«usage personnel» de cannabis, telle que proposée dans l'arrêté royal de 2017, demeure floue et génère de l'insécurité juridique, selon le secteur spécialisé en assuétudes et l'avis du Conseil d'État. En effet, ni la loi, ni les arrêtés royaux ne se prononcent sur la quantité de cannabis qu'un individu peut détenir ;

6 [https://etaamb.openjustice.be/fr/arrête-royal-du-06-septembre-2017\\_n2017031231.html](https://etaamb.openjustice.be/fr/arrête-royal-du-06-septembre-2017_n2017031231.html)

ils définissent en outre l'usage personnel comme «un critère intentionnel, comme un élément moral de l'infraction, par définition subjectif mais inhérent à toute infraction pénale». L'appréciation de la quantité de cannabis autorisée et de l'intention de l'usager-e serait ainsi laissée à l'appréciation de l'appareil policier et judiciaire (police, procureur-e, etc.).

Plus encore, ce nouvel arrêté royal rend incertaine la poursuite de la tolérance quant à la culture d'un plant de cannabis femelle et la détention de trois grammes de cannabis maximum par individu<sup>7</sup>. En effet, d'une part, l'arrêté royal rappelle la loi de 1921 et réitère que «Nul ne peut importer, exporter, transporter, fabriquer, produire, détenir, vendre ou offrir en vente, fournir, délivrer ou acquérir, à titre onéreux ou à titre gratuit, des produits, sans autorisation d'activités préalablement accordée par le-la

7 Une tolérance instaurée par la Directive commune de la Ministre de la Justice et du Collège des procureurs généraux relative à la constatation, l'enregistrement et la poursuite des infractions en matière de détention de cannabis du 25 janvier 2005 et la Directive ministérielle relative à la politique des poursuites en matière de détention et de vente au détail de drogues illicites du 16 mai 2003, qui n'ont pas la même force que la loi de 1921 ou l'arrêté royal de 2017. Ces directives ont été abrogées par la Circulaire commune de 2015 telle que révisée en 2018.

Ministre ou par son-sa délégué-e pour le lieu où se déroulent les activités.» ; d'autre part, l'arrêté royal ajoute que «la culture de plants de cannabis, de plants de coca et de plants de l'espèce *Papaver somniferum L.* est interdite et ne peut être autorisée.» Ainsi, d'après l'arrêté royal, la culture d'un plant femelle n'est dès lors pas autorisée, et par là même, les cannabis social clubs<sup>8</sup> (ce qui est toutefois nuancé par la circulaire des procureurs généraux, voir ci-après).

8 Un cannabis social club est un modèle de régulation de l'offre de cannabis sous forme d'associations sans but lucratif qui mettent en correspondance des consommateur-rices et de petits cultivateur-rices.

### CULTURE DE CANNABIS : AU-DELÀ ET EN-DEÇÀ DE 0,2 % DE THC

L'arrêté royal du 6 septembre 2017 se positionne explicitement sur les plantes de cannabis et n'autorise que la culture des variétés dont la somme des concentrations de  $\Delta^9$ -THC (delta 9 tétrahydrocannabinol) et du THCA (delta 9 acide tétrahydrocannabinolique) ne dépasse pas 0,2 %. Il s'agissait du seuil fixé au niveau européen de manière à permettre la culture industrielle de chanvre (par exemple dans le cadre de l'industrie textile ou agro-alimentaire)<sup>9</sup>. Si ce seuil est dépassé, la culture est jugée illégale et est passible de poursuite.

Actuellement, seuls les agriculteur-rices sont susceptibles d'obtenir une autorisation de cultiver du chanvre textile ou pour d'autres buts industriels, en pleine terre. L'autorisation s'accompagne de contrôles sur l'origine des variétés et la teneur en THC (arrêté ministériel relatif à la culture de chanvre du 27 juillet 2011).

9 Voir le Règlement n°1307/2013 du Parlement européen et du Conseil du 17 décembre 2013 : <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/fr/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013R1307>

La limite de 0,2 % est récemment passée à 0,3 %, le Parlement et le Conseil européens ayant voté en faveur d'un tel changement fin de l'année 2021 ; cette décision fait suite à un vote au sein du Parlement en octobre 2020 et à de nombreuses discussions au sein des institutions de l'Union européenne<sup>10</sup>. Augmenter le pourcentage autorisé de THC permettrait aux agriculteur-rices d'avoir accès à un plus grand nombre de variétés de chanvre, dont certaines sont plus résistantes ou plus productives, et ainsi concurrencer les producteurs chinois et américains. La recherche agronomique européenne devrait également en bénéficier. À notre connaissance, cette modification n'a pas encore été transposée dans le droit belge.

10 Le texte adopté par le Parlement européen est disponible à l'adresse : <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32021R2115&qid=1638970712772>



## LA CIRCULAIRE COMMUNE DU 21 DÉCEMBRE 2015 (RÉVISÉE EN 2018)<sup>11</sup>

L'adoption de l'arrêté royal du 6 septembre 2017 a nécessité, en 2018, la révision de la circulaire commune du 21 décembre 2015<sup>12</sup>. La circulaire ainsi révisée abroge et rassemble la directive commune de 2005 et la directive ministérielle de 2003 qui instaurent une certaine tolérance en matière d'usage personnel de cannabis (3 grammes et une plante femelle par personne).

La circulaire révisée instaure la saisie systématique des substances illégales, quelle que soit l'infraction commise. Elle distingue deux types d'infractions concernant la détention de cannabis : la détention-contravention et la détention-délit<sup>13</sup>. Les détentions-contraventions désignent les faits d'importation, fabrication, transport, acquisition, culture et détention de cannabis pour usage personnel et sans circonstances aggravantes. Les détentions-délits se rapportent aux mêmes faits pour usage personnel, sans circonstances aggravantes, mais qui portent atteinte à l'ordre public (voir encadré ci-dessous).

Un procès-verbal simplifié est dressé pour :

- Les détentions-contraventions par une personne majeure, de moins de trois grammes ou une plante de cannabis, sans indice de vente ni circonstance aggravante ;
- Les détentions-délits pour une personne majeure, de moins de trois grammes ou une plante de cannabis, sans indice de vente et avec la seule circonstance que les faits ont été commis, sans ostentation, sur

### Les circonstances aggravantes :

- 1) Le-la délinquant-e était membre ou dirigeant-e d'une association qui délivre de la drogue ;
- 2) Les délits ont été commis à l'égard de mineur-es ;
- 3) L'usage de drogue a provoqué chez autrui une maladie paraissant incurable, une incapacité permanente de travail, la perte de l'usage absolu d'un organe, une mutilation grave voire la mort.

la voie publique ou en un lieu accessible au public.

Un procès-verbal simplifié, précisant notamment l'identité de l'auteur-e de l'infraction, est conservé sur support informatique au sein du service de police ayant mené le constat. L'ensemble des PV simplifiés sont transmis au Parquet une fois par mois. Il revient au-la procureur-e du Roi de décider de poursuivre ou non, mais ces infractions constituent en principe le degré le plus bas de la politique de poursuite. Toute autre infraction que celles-ci fera l'objet d'un procès-verbal ordinaire.

Habituellement, les contraventions relèvent de la compétence des Tribunaux de police. Toutefois, les infractions liées à la détention de cannabis, qu'il s'agisse de contravention ou de délits, sont de la compétence des tribunaux correctionnels. Il n'est pas question dans la circulaire de peines de prison pour les infractions liées à la détention de cannabis, contrairement à la loi de 1921 et l'arrêté royal de 2017. Les détentions-délits avec circonstances aggravantes ou constituant un trouble à l'ordre public, ainsi que les détentions-contraventions de plus de trois grammes ou d'une plante, peuvent mener à des amendes, une mise à l'épreuve (probation prétorienne), le suivi d'un traitement médical, un travail d'intérêt public, ou encore l'obligation de suivre une formation. La circulaire prévoit un régime de récidive pour les détentions-contraventions. En cas

### Les circonstances constituant un trouble à l'ordre public :

- 1) La détention de cannabis dans un établissement pénitentiaire ou dans une institution de protection de la jeunesse ;
- 2) La détention de cannabis dans un établissement scolaire ou similaire ou dans ses environs immédiats. Il s'agit de lieux où les élèves se rassemblent ou se rencontrent, tel qu'un arrêt de transport en commun ou un parc proche d'une école ;
- 3) La détention ostentatoire de cannabis dans un lieu public ou un endroit accessible au public (par ex. un hôpital).

de récidive donc, le montant des amendes peut augmenter. Toutefois, dans le cas où une détention-contravention succède à une première condamnation sanctionnée sur une autre disposition légale que la loi de 1921, la circulaire invite à ne pas considérer ladite contravention comme une récidive.

La circulaire introduit également une distinction concernant la vente de drogues illégales en petites quantités : d'un côté la vente par appât du gain, de l'autre la vente pour financer sa consommation personnelle. La vente par appât du gain est considérée comme un maillon de la distribution organisée des drogues illégales et dès lors traitée de manière répressive, à l'instar de tout fait relevant de la délinquance organisée. Concernant la vente pour financer sa consommation personnelle, le parquet applique les mesures recommandées pour traiter la détention d'une quelconque drogue illégale autre que le cannabis (avec ou sans circonstances aggravantes), c'est-à-dire une amende, une mise à l'épreuve, le suivi d'un traitement médical, un travail d'intérêt public, l'obligation de suivre une formation, ou bien une citation ou un renvoi correctionnel (avec le risque d'une peine de prison allant de trois mois à un an, et une amende allant de 1.000 à 100.000€, à multiplier par le coefficient en vigueur, à savoir 8).

11 Circulaire commune du ministre de la Justice et du Collège des procureurs généraux relative à la constatation, l'enregistrement et la politique des poursuites en matière de détention et de vente au détail de drogues illicites.

12 [https://www.om-mp.be/sites/default/files/u1/col15\\_2015\\_revisee2018\\_fr.zip](https://www.om-mp.be/sites/default/files/u1/col15_2015_revisee2018_fr.zip)

13 Les personnes détentrices de cannabis, ou ayant commis une infraction en lien avec les drogues illégales, sont majeures. Les personnes mineures dépendent, elles, de la loi du 8 avril 1965 sur la protection de la jeunesse.

# LA LÉGISLATION ACTUELLE SUR LA DÉTENTION DE CANNABIS

Actuellement, la détention de cannabis par une personne majeure destinée à son usage personnel, sans circonstances aggravantes ou trouble à l'ordre public, entraîne la rédaction systématique d'un procès-verbal simplifié par les services de police. Ce procès-verbal est ensuite transmis au-à la procureur-e du Roi, qui peut décider d'engager des poursuites s'il-elle peut motiver sa décision. Dans ce cas, les sanctions encourues s'élevaient à une amende de 15 à 25€ pour la 1<sup>re</sup> infraction, une amende de 26 à 50€ en cas de récidive dans l'année de la première condamnation, et un emprisonnement de 8 jours à un mois et une amende de 50 à 100€ en cas de récidive dans l'année de la 2<sup>e</sup> condamnation (les

amendes sont à multiplier par le coefficient en vigueur, actuellement de 8 en 2024).

La consommation de cannabis fait néanmoins l'objet d'une faible priorité de la politique des poursuites lorsque les conditions suivantes sont réunies :

- Le-la détenteur-riche est majeur-e (plus de 18 ans)
- La quantité de cannabis détenue est destinée à un usager personnel, c'est-à-dire qu'elle est de 3 grammes maximum ou d'une plante cultivée
- La détention n'est pas accompagnée de circonstances aggravantes ou de troubles à l'ordre public (voir encadré ci-dessus pour une définition)

En ce qui concerne les personnes mineures, elles ne peuvent ni détenir, ni consommer du cannabis quelles que soient la quantité et les circonstances. En cas d'infractions, la loi du 8 avril 1965 sur la protection de la jeunesse s'applique<sup>14</sup>. Elle prévoit la rédaction d'un procès-verbal ordinaire qui sera transmis au-à la juge de la jeunesse qui peut demander une comparution en audience publique. La décision lui revient alors : informer les parents ou imposer un travail d'intérêt général.

.....  
14 [http://www.ejustice.just.fgov.be/img\\_l/pdf/1965/04/08/1965040806\\_F.pdf](http://www.ejustice.just.fgov.be/img_l/pdf/1965/04/08/1965040806_F.pdf)

## DE L'INSÉCURITÉ JURIDIQUE DU CADRE LÉGAL ACTUEL

La profusion de textes légaux et réglementaires, dont la portée et l'influence diffèrent, ne joue pas en faveur de la clarté du contexte légal dans lequel s'inscrit la détention de cannabis.

D'abord, la portée des circulaires, qu'elles soient progressistes ou non, est limitée. Ces textes sont au plus bas de la hiérarchie des normes juridiques et sont seulement contraignants pour une partie des acteurs concernés. Les circulaires ne concernent en effet que les membres du ministère public (la police, le parquet, les procureur-es du Roi), dans une perspective d'uniformisation des politiques de poursuite. Les magistrat-es sont libres de les interpréter et peuvent tout à fait s'écarter de celles-ci, à condition de motiver leur décision<sup>15</sup>.

L'application des lois et arrêtés royaux pose aussi question ; elle dépend en effet de l'interprétation d'un même fait par les policier-es, les magistrat-es, ou les procureur-es du Roi (appréciation des notions «circonstances aggravantes», «environnements immédiats», «appât du gain», «détention ostentatoire» ou «trouble de l'ordre public») et du traitement qu'en feront les 14 différents parquets (c'est-à-dire quelle priorité sera donnée aux cas de détention de cannabis).

Les poursuites et condamnations pour la seule détention de cannabis sont rares. Toutefois, la détention de cannabis reste un instrument pénal qui peut être mobilisé pour justifier des interpellations, des arrestations et l'ouverture d'un dossier, souvent à charge de personnes précarisées, marginalisées, racisées, ou d'origine étrangère<sup>16</sup>.

L'ensemble de ces éléments pose une véritable question vis-à-vis du caractère prévisible de la loi pénale. Le code pénal consacre en effet le principe de légalité des délits et des peines<sup>17</sup>, dont le corollaire est une loi claire et précise qui permet à tout-e citoyen-ne de la connaître et de savoir s'il-elle l'enfreint. La loi pénale doit être prévisible puisque des peines peuvent être appliquées en cas d'infraction. Or, en l'état actuel du cadre légal, et compte tenu des déclarations politiques récentes, favorisant la répression et parfois contradictoires, il est difficile d'anticiper les conséquences pénales qu'entraîne la détention de cannabis. Cette remarque est également valable pour les cannabinoïdes de synthèse et les autres NSP, les législations génériques manquant de transparence et de lisibilité à l'échelle des citoyen-nes (voir Van Amsterdam, Nutt & van den Brink, 2013).

.....  
15 Article «Non, la détention d'une faible quantité de cannabis à usage personnel n'est pas autorisée» de Christine Moïny, 03/04/2018, Justice-en-ligne.be, URL : <http://www.justice-en-ligne.be/article1047.html>

.....  
16 Article "La tolérance zéro est une hérésie", de Marinette Mormont, 25/11/2014, Alter Echos, n°393, URL : <https://www.alterechos.be/la-tolerance-zero-est-une-heresie-3/>

17 Principe de légalité en vertu duquel une personne ne peut être poursuivie et condamnée pour une infraction qui n'était pas prévue par la loi avant que l'infraction ne soit commise.

# LA LÉGISLATION SUR LE CANNABIS MÉDICAL

Les conventions internationales des Nations-Unies n'interdisent pas l'utilisation du cannabis ou de produits à base de cannabis à des fins médicales et scientifiques. Il n'y a pas de législation européenne à ce sujet et chaque État membre est libre de légiférer en toute autonomie. Il existe cependant des cadres réglementant la question et exigeant des pays membres qu'ils contrôlent strictement la recherche ou la mise en circulation de médicaments à base de cannabis<sup>18</sup>. Malgré ces possibilités, le

cannabis médical est actuellement très peu accessible en Belgique.

## 3.1

### LA LÉGISLATION SUR LES PRODUITS À BASE DE THC À USAGE MÉDICAL

Sur le plan légal, les préparations magistrales et officinales à base de THC sont interdites (cf. arrêté royal du 11 juin 2015<sup>19</sup>). Seules les spécialités pharmaceutiques (c'est-à-dire des médicaments préparés et conditionnés avant l'arrivée en pharmacie) contenant du THC peuvent en théorie

bénéficier d'une autorisation de mise sur le marché belge par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) et dès lors être délivrées en pharmacie sur prescription médicale. Les médicaments autorisés doivent initialement faire l'objet de tests approfondis, de manière à ce que leurs compositions, qualités, dosages et effets secondaires soient bien connus. Ce cadre réglementaire contraignant a pour conséquence que seul le médicament Sativex<sup>®20</sup> est actuellement autorisé en Belgique (depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016)<sup>21</sup>. Mais il n'est remboursé que chez les patient-es adultes atteint-es de sclérose en plaques avec spasticité modérée à sévère n'ayant pas suffisamment répondu à d'autres traitements antispastiques et chez qui une amélioration cliniquement significative de ces symptômes a été démontrée pendant un traitement initial. Il doit par ailleurs être délivré par un-e pharmacien-ne hospitalier sur prescription d'un-e neurologue. Ces conditions pourraient toutefois être étendues au traitement d'autres affections

18 Par exemple, la Convention internationale de 1961 oblige les États à se munir d'une agence nationale contrôlant la production et l'offre de cannabis à usage médical. La classification du cannabis et du THC comme des substances dangereuses, ayant peu ou pas d'intérêt thérapeutique (aux côtés notamment de l'héroïne et de la cocaïne), et donc interdites par les Conventions internationales de 1961 et 1971 compliquent l'usage médicinale de ces substances et peuvent dissuader les États de modifier leurs législations. Le cadre a toutefois connu quelques évolutions récemment. Le directeur général de l'OMS a en effet envoyé une lettre au secrétaire général des Nations Unies, en janvier 2019, dans laquelle il recommande d'engager un processus de reclassification du cannabis au sein des Conventions internationales de 1961 et 1971. Ces propositions ont été soumises au vote des 53 pays membres de la Commission on Narcotic Drugs (CND) en décembre 2020. Une grande partie des recommandations n'ont pas été adoptées, toutefois le vote a débouché sur un changement majeur, à savoir le retrait du cannabis et de la résine de cannabis du Tableau IV de la Convention de 1961, qui rassemble les substances avec un intérêt

thérapeutique limité ou nul et ayant des propriétés particulièrement dangereuses ; les Nations Unies reconnaissent ainsi le potentiel médicinal du cannabis. Toutefois, le cannabis et la résine de cannabis restent classés dans le Tableau I de la Convention de 1961 et le THC dans le Tableau I de la Convention de 1971 qui rassemblent les substances jugées nocives pour la santé publique et qui font dès lors l'objet d'un contrôle strict (au même titre que l'héroïne et la cocaïne).

19 [https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-11-juin-2015\\_n2015018205.html](https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-11-juin-2015_n2015018205.html)

20 Le médicament Sativex<sup>®</sup> contient du THC et du CBD de manière égale. Chaque pulvérisation d'environ 100 microlitres (ou 0,1 ml) contient 2,7 mg de THC et 2,5 mg de CBD.

21 La législation sur les produits à base de CBD est abordée dans la section suivante.

## QU'EST-CE QUE LE CANNABIS MÉDICAL ?

L'usage médical du cannabis recouvre deux utilisations possibles du cannabis : la consommation de cannabis dans un but thérapeutique et la consommation de médicaments à base de cannabis (que ce soit sous forme de gélules de THC et/ou de CBD, d'huile, de goutte, de spray buccal, etc.). Malgré les propriétés intéressantes de certaines cannabinoïdes dans le traitement de plusieurs affections (e.g. épilepsie infantile réfractaire, spasmes musculaires chez les personnes atteintes de sclérose en plaque, douleur chronique non cancéreuse), les preuves scientifiques d'efficacité par rapport au placebo sont encore parfois faibles ou insuffisantes pour d'autres indications en raison du manque de recherche ou des faiblesse méthodologique de certains protocoles (OEDT, 2019 ; Jugl *et al.*, 2021). La recherche est également compliquée par le fait que la mise en place de protocole indiscutable sur le plan méthodologique se traduit actuellement par l'utilisation de formes médicamenteuses à base d'un seul ou de deux cannabinoïdes tout au plus, alors que les extraits de plantes, plus difficile à maîtriser dans un cadre de recherche, sont composés de très nombreux cannabinoïdes ainsi que d'autres molécules (composants aromatiques, flavanoïdes) susceptibles d'interagir et générer des propriétés que l'on ne retrouve pas avec des cannabinoïdes utilisés isolément, un phénomène nommé « effet d'entourage ».

en fonction des évidences scientifiques<sup>22</sup>. Ce médicament peut également être prescrit par un-e médecin, si celui-ci ou celle-ci estime que ce traitement est justifié et si le-la patient-e est consentant-e, mais dans ce cas le remboursement n'est pas possible. D'après la liste des prix des spécialités pharmaceutiques de l'INAMI, un flacon de 10ml est actuellement facturé 117,2 euros.

3.2

## LA LÉGISLATION SUR LES PRODUITS À BASE DE CANNABIDIOL (CBD) À USAGE MÉDICAL

Actuellement, les préparations à base de CBD ne peuvent pas être explicitement vendues pour un usage médical, en dehors des préparations magistrales en pharmacie<sup>23</sup> et des produits à usage externe (huile corporelle, onguent), sous peine de poursuites pour exercice illégal de l'art de guérir<sup>24</sup>. Les compléments alimentaires à base de CBD sont quant à eux interdits en pharmacie. Depuis quelques années, plusieurs laboratoires commercialisent de l'huile de CBD, accessibles sans ordonnance

dans les pharmacies. Ces produits sont toutefois vendus comme destinés à un «usage externe», de manière à contourner l'absence d'autorisation de mise sur le marché des huiles de CBD pour un usage interne. Il s'agit pourtant d'une huile à usage sublingual. Ce positionnement commercial a l'avantage de rendre le CBD «pharmaceutique» plus accessible et moins onéreux que les préparations magistrales, et permet au public d'avoir accès à un produit contrôlé et standardisé. L'Épidyolex® (médicament à base de CBD utilisé pour traiter certaines formes d'épilepsie, également à usage sublingual) est certes autorisé par l'AFMPS, mais il n'est pas encore commercialisé en Belgique.

.....  
22 Site de l'AFMPS «Questions et réponses au sujet des médicaments et autres produits à base de cannabis ou cannabidiol» (dernière mise à jour le 28/07/2023) : [https://www.afmps.be/fr/humain/produits\\_particuliers/subst\\_specialement\\_reglementees/stupefiants\\_et\\_psychotropes/faq\\_cannabis](https://www.afmps.be/fr/humain/produits_particuliers/subst_specialement_reglementees/stupefiants_et_psychotropes/faq_cannabis)

.....  
23 Parallèlement à l'avènement de la vente de produits à base de CBD, l'AFMPS a publié en juillet 2019 une circulaire se prononçant sur la délivrance, en pharmacie, de préparations à base de CBD, contenant des traces de THC. L'Agence statue que, lorsqu'une matière première n'est pas autorisée, un-e pharmacien-ne peut tout de même et uniquement l'utiliser dans des préparations magistrales (donc, sur prescription) et à condition qu'il y ait un certificat d'analyse délivré par un laboratoire agréé. La préparation est acceptable si le ou la patient-e est exposé à maximum 1 microgramme de THC par kg de poids corporel par jour.  
24 Il est conséquemment interdit de promouvoir les vertus thérapeutiques du CBD lors de la vente hors pharmacie.

## COMMENT LES PRODUITS À BASE DE CBD SONT-ILS ARRIVÉS SUR LE MARCHÉ ?

Les normes européennes et belges autorisent la culture de chanvre à des fins industrielles et agro-alimentaires, à condition que celui-ci ne contienne pas plus de 0,2 % de THC. Le commerce d'huile de chanvre, de graines de chanvre et les produits à base de celles-ci est autorisé depuis de nombreuses années (en tant que produits alimentaires, sous couvert d'une dérogation). Depuis quelques années, la vente de produits à base de CBD s'est développée en Belgique ainsi que dans de nombreux pays, que ce soit en magasin ou par internet. L'existence des magasins de CBD se base sur le caractère légal de la substance CBD (qui n'est pas interdite par la loi de 1921, ni par l'arrêté royal de 2017) et l'autorisation de la culture des produits du cannabis contenant moins de 0,2 % de THC. Ces produits sont apparus sous forme de fleurs de cannabis, d'huile, d'e-liquide, etc. La commercialisation de produits pour un «usage humain» (que ce soit cosmétique, alimentaire, médical, etc.) est strictement encadrée et les produits qui ne bénéficient pas d'une autorisation spécifique sont interdits. Les commerçant-es ne pouvaient donc pas vendre ces produits comme des aliments ou des cosmétiques ; ils-elles ne pouvaient pas non plus en promouvoir les propriétés médicinales. Afin de contourner cette interdiction, les produits à base de CBD ont donc dans un premier temps été officiellement vendus comme non destinés à l'usage humain. Afin de palier au flou de cette situation et encadrer la vente de ces produits, les autorités concernées ont pris le pli d'adopter plusieurs mesures, ou du moins clarifier leurs positions. Ainsi, en 2019, le Service public fédéral (SPF) Finances s'est prononcé sur les produits destinés à être fumés (voir 4.2) et l'AFMPS a autorisé les préparations magistrales en pharmacie (voir ci-dessous).

# LES AUTRES LÉGISLATIONS RELATIVES AU CANNABIDIOL (CBD)

## 4.1

### LA LÉGISLATION SUR LES PRODUITS À BASE DE CANNABIDIOL (CBD) EN TANT QUE DENRÉE ALIMENTAIRE

La plante de *Cannabis sativa* L. et les préparations obtenues à partir de celle-ci ne sont pas autorisées en Belgique comme denrées alimentaires ou compléments alimentaires (d'après l'arrêté royal du 31 août 2021<sup>25</sup>). Cette interdiction s'applique également au chanvre dont la teneur en THC est inférieure ou égale à 0,2 %. Parallèlement, l'huile de graine de chanvre, les graines de chanvre et les produits à base de celles-ci, bien que non considérés comme des «novel food», ne sont pas autorisés en tant que denrées alimentaires en Belgique. Une dérogation peut toutefois être demandée auprès du SPF Santé publique ; cette dérogation s'applique cependant à un lot spécifique d'un certain produit, et non pas au produit lui-même. Aucune dérogation n'est accordée dans les cas où les fleurs ou feuilles de plante peuvent être utilisées en infusion.

Actuellement, l'Union européenne (UE) considère le CBD comme un «novel food», c'est-à-dire un aliment ou ingrédient dont la consommation était négligeable voire inexistante dans les pays de l'UE avant 1997. Les produits considérés comme «novel food» doivent faire l'objet d'une autorisation européenne pour leur commercialisation en tant que denrée alimentaire, après évaluation de leur dangerosité.

## 4.2

### LA LÉGISLATION SUR LES PRODUITS À BASE DE CANNABIDIOL (CBD) DESTINÉS À ÊTRE FUMÉS

En 2019, le SPF Finances a reconnu les produits à base de CBD destinés à être fumés comme «autres tabacs à fumer». Ils doivent dès lors se soumettre à la législation en matière de tabac, c'est-à-dire : application des accises, respect des règles de fabrication, d'emballage et de mise dans le commerce, et transfert de la liste des ingrédients au SPF Santé publique. La reconnaissance par le SPF Finances signifie également que la vente de ces produits n'est pas limitée aux commerces spécialisés et peut être pratiquée par les commerces vendant habituellement du tabac (librairies, night shops, stations-service, etc.), mais contrairement aux CBD shops, ils ne sont pas forcément compétents pour dispenser des conseils de prévention aux usager-es. Avec l'application des accises du tabac et donc l'augmentation des prix, de nombreux commerces spécialisés ont dû fermer, ne parvenant pas à résister à la concurrence et à poursuivre leurs activités.

#### LES TAUX DE THC SONT-ILS RESPECTÉS DANS LES PRODUITS À BASE DE CBD ?

Au début de leur mise sur le marché, en raison du manque d'encadrement et de contrôle, il pouvait arriver que les taux de THC affichés dépassent le seuil légal. Ainsi, dans une étude ayant analysé plus de 200 échantillons de CBD saisis par la police dans des CBD shops en vue de vérifier leur composition, plus de la moitié (51,6 %) présentait une concentration en THC supérieure au seuil légal (Deville, Dubois, Denooz & Charlier, 2020). Même si ces taux étaient relativement peu élevés (allant de 0,14 % à 1,17 %, avec une médiane de 0,38 %), ils étaient susceptibles d'induire un léger effet psychoactif non souhaité, et pouvaient avoir de lourdes conséquences en cas d'objectivation dans le cadre d'une procédure légale (e.g. lors d'une suspicion de conduite sous influence ou suite à un accident de la route). Afin de limiter ce risque, les producteurs et les distributeurs de fleurs de CBD sont dans l'obligation de fournir un certificat d'analyse détaillée pour chaque produit, et des contrôles de la composition sont aléatoirement effectués par les autorités.

25 [https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-31-aout-2021\\_n2021021875.html](https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-31-aout-2021_n2021021875.html)

## LA LÉGISLATION SUR LES PRODUITS À BASE DE CANNABIDIOL (CBD) SOUS FORME DE E-LIQUIDE

Des produits à base de CBD sont également apparus sous forme d'e-liquide au cours des dernières années. Les e-liquides n'entrent pas dans le cadre prévu pour les «autres tabacs à fumer», qui ne concerne que les produits consommés par combustion. Les e-cigarettes bénéficient d'un cadre légal depuis l'arrêté royal du 28 octobre 2016, qui contraint les fabricants à déclarer les ingrédients des produits à base de nicotine au SPF Santé publique avant leur mise sur le marché<sup>26</sup>, et interdit la vente à distance des e-cigarettes et flacons de recharge (donc par internet). L'arrêté royal du 7 novembre 2022 (modifiant l'article du 28 octobre

.....  
26 Avant toute mise sur le marché, les fabricants d'e-liquide doivent donc soumettre la liste des ingrédients des produits destinés à la vente au SPF Santé publique. Toutefois, la présence d'un produit sur la liste reprenant l'ensemble des produits réceptionnés et vérifiés ne signifie pas que ledit produit est sans danger pour la santé. Actuellement, l'évaluation des risques sanitaires liés aux substances contenues dans les e-liquides revient aux fabricants, importateurs et/ou distributeurs. L'évaluation porte sur les substances et sur le mélange de ces substances, et aboutit à une classification en différentes catégories de danger. Le caractère dangereux des substances doit être signalé sur l'emballage ou l'étiquette des e-liquides. Et seuls les e-liquides contenant de la nicotine bénéficient d'une liste officielle de substances interdites (additifs cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques).

2016), entré en vigueur le 11/07/2023 et de plein exercice depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2024 au terme d'une période transitoire, est venu durcir la législation en introduisant un régime de taxation via un droit d'accise, qui est appliqué à tous les produits destinés au vapotage, mais surtout en introduisant de nouvelles restrictions vis-à-vis des produits sans nicotine. Cet arrêté a ainsi prévu de rendre applicable aux e-liquides sans nicotine, l'ensemble des mesures qui étaient d'application pour les e-liquides avec nicotine. Par conséquent, les additifs tels que le CBD, les vitamines ou encore la caféine sont désormais interdits dans les e-liquides. Les produits à base de CBD ne peuvent dès lors plus être légalement vendus sous forme d'e-liquide en Belgique.

Ce durcissement législatif pourrait malencontreusement encourager certains usager-es à fabriquer leur propre e-liquide à partir d'huile de CBD non destinée au vapotage. On se rappellera le risque que représente le vapotage des produits non-conformes à travers la vague de pneumopathies survenues aux États-Unis avec des e-liquides aux extraits de cannabis et d'acétate de vitamine E (Essa, Macaraeg, Jagan, Kwon, Randhawa *et al.*, 2020 ; Kalininskiy, Bach, Nacca, Ginsberg, Marraffa *et al.*, 2019), une substance extraite d'huiles végétales probablement utilisée pour faciliter l'extraction des cannabinoïdes. Elle est inoffensive lorsqu'elle est consommée par voie orale (généralement pour ses propriétés antioxydantes). En revanche, inhalée après échauffement dans une cigarette électronique, elle se fixe aux alvéoles pulmonaires les rendant incapables de fonctionner correctement et d'assurer la bonne oxygénation du sang, une pathologie dénommée pneumopathie lipoïde exogène.

# LA LÉGISLATION SUR LES CANNABINOÏDES DE SYNTHÈSE

Afin de lutter contre la vente et l'achat des nouvelles substances psychoactives dont font partie les cannabinoïdes de synthèse, de nombreux pays, dont la Belgique, ont mis en place des législations génériques. La finalité d'une classification générique est de pouvoir interdire un ensemble de produits ayant une structure chimique partiellement commune. L'intérêt est de dispenser le législateur de devoir continuellement identifier et ajouter de nouveaux produits à la liste des substances interdites, une démarche dispendieuse en procédures et en temps, qui laisse la possibilité aux producteurs et aux revendeurs de NSP de les écouler sans risque sur le plan légal pendant toute la durée qui précède leur interdiction.

La loi du 7 février 2014<sup>27</sup> modifiant la loi du 21 février 1921 a ainsi introduit la possibilité d'établir une classification générique des substances soumises aux règles et aux contrôles visés par la loi de 1921. L'arrêté royal du 6 septembre 2017 (voir chapitre 1.3) établit ensuite le détail technique de cette classification<sup>28</sup>. Il faut cependant préciser que l'arrêté royal n'englobe pas ni

n'anticipe toutes substances susceptibles d'être créées ou mises sur le marché. Certains ajouts sont dès lors encore nécessaires.

Si le principe d'une classification générique s'inscrit sans nul doute dans une perspective louable d'efficacité législative, il poursuit cependant le dessein prohibitionniste de la loi de 1921 et ne retire en aucun cas le monopole du trafic de drogues illicites des mains des organisations criminelles. Ce type d'approche législative est jugée peu efficace par certains spécialistes (e.g. van Amsterdam, Nutt, & van den Brink, 2013), tant sur le plan de la régulation de l'offre que de la santé publique, et manque de lisibilité pour les représentants de la loi ainsi que pour les usager-es. La diffusion exponentielle des NSP, conséquence directe de la prohibition, est un des aspects contre-productif de la «guerre à la drogue».

.....  
27 [https://etaamb.openjustice.be/fr/loi-du-07-fevrier-2014\\_n2014018083.html](https://etaamb.openjustice.be/fr/loi-du-07-fevrier-2014_n2014018083.html)

28 L'arrêté royal du 6 septembre 2017 transpose la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 et la Convention sur les substances psychotropes de 1971 qui listent une série de substances illicites. À noter que ce nouvel arrêté royal abroge les arrêtés royaux du 31 décembre 1930 et du 22 janvier 1998.

# LA DISPONIBILITÉ, LA COMPOSITION ET LE PRIX DU CANNABIS ET DES PRODUITS DÉRIVÉS

## 6.1

### DISPONIBILITÉ

Le cannabis est un produit particulièrement accessible en Belgique malgré son interdiction. Son accessibilité peut être appréhendée sur base de sa disponibilité perçue. Selon le Flash Eurobaromètre portant sur les drogues réalisé en 2014, 59 % des jeunes belges de 15-24 ans interrogé-es estimaient qu'il leur serait facile de se procurer du cannabis endéans 24 heures, contre 58 % pour l'ensemble des jeunes européen-nes interrogé-es (TNS Political & Social, 2014). À l'échelle de la population générale, en 2021, ce constat s'élevait à 64 % pour les Belges, contre 56 % au niveau de la moyenne européenne (Ipsos European Public Affairs, 2022).

Les chiffres relatifs aux saisies témoignent également de la circulation importante de ce produit sur le territoire. En revanche, ils ne reflètent pas directement la disponibilité de ce produit, d'une part parce qu'ils sont avant tout le reflet de l'activité policière, et d'autre part parce que les quantités inférieures à 500g ne sont actuellement pas comptabilisées. Les fluctuations annuelles sont par conséquent difficiles à interpréter. On notera particulièrement les importantes quantités de résine de cannabis saisies en 2020 et 2021 (Tableau 1). Les données 2022 ne sont actuellement disponibles qu'au niveau des saisies douanières, ce qui explique l'importante diminution du nombre et des quantités saisies.

.....  
 29 L'importante augmentation du nombre de plants de cannabis saisis à partir de 2009 par rapport aux années antérieures s'explique par un changement dans le mode d'estimation des saisies. En effet, avant 2009, seules les plantes effectivement saisies étaient comptabilisées alors que, depuis 2009, lorsqu'une installation est saisie mais que la récolte

**La disponibilité élevée du cannabis** peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- 1) ce produit est souvent considéré comme une drogue à faible risque, et reste d'ailleurs le produit illicite le plus consommé à travers le monde. Sa consommation est perçue par les jeunes comme moins dangereuse que celle des autres drogues illégales (voir TNS Political & Social, 2014). Cette faible dangerosité perçue favorise l'intérêt pour ce produit et sa demande, qui stimule à son tour l'offre de production, d'importation et de revente ;
- 2) l'usage de cannabis peut répondre à des motivations variées et ne se limite pas au seul usage récréatif : de nombreuses personnes en consomment de manière auto-thérapeutique (pour soulager des douleurs somatiques, de l'anxiété, des troubles du sommeil ...) ou simplement pour se détendre, en plus des usages plus « récréatifs » ; cette variété d'usage augmente la demande du produit, et par voie de conséquence sa disponibilité ;
- 3) le cannabis peut être facilement cultivé en extérieur sous quasiment tous les climats ainsi que sous éclairage artificiel. En outre, à la différence d'autres drogues d'origine végétale telles que la cocaïne et l'héroïne, les fleurs des plants femelles de cannabis peuvent être directement consommées après séchage, sans nécessiter de transformation particulière. Cela rend sa production domestique particulièrement facile et accessible.

Tableau 1 : Saisies de cannabis enregistrées par la Police Fédérale en Belgique, 2007-2022

	NOMBRE DE SAISIES			QUANTITÉS SAISIES		
	Résine	Herbe	Plantation	Résine (kg)	Herbe (kg)	Plantation (n° <sup>29</sup> )
2007	5.870	19.196	466	58.544	12.732	148.251
2008	4.921	16.831	666	1.529	4.891	177.190
2009	6.206	22.274	732	18.659	4.486	272.714
2010	5.048	21.485	979	3.153	5.208	312.528
2011	5.622	23.155	1.070	5.020	6.095	337.955
2012	4.818	21.075	1.111	1.338	5.635	330.675
2013	5.529	23.900	1.212	4.274	14.882	396.758
2014	5.233	26.915	1.227	841	10.744	356.378
2015	5.221	25.306	1.257	7.045	764	350.403
2016	5.706	26.587	1.046	723	686	328.611
2017	6.133	28.519	1.234	947	946	416.576
2018	6.889	28.801	1.006	108	17.290	422.261
2019	7.624	29.785	905	174	1.154	/
2020	6.023	33.570	856	13.924	1.135	/
2021	6.393	30.370	672	13.303	639	/
2022	13	30	/	2.833	2.990	/

Source : Police Fédérale

.....  
 a déjà été effectuée, une estimation du nombre de plants cultivés est effectuée sur base de l'espace disponible et/ou du nombre de boutures saisies, ou encore du nombre de pots comptabilisés.



Les produits à base de **CBD** destinés à être fumés sont principalement vendus dans des boutiques spécialisées (CBD shops) ou dans des librairies, alors que les produits destinés à un usage thérapeutique (préparations magistrales, huiles de CBD, crèmes et onguents) sont vendus en pharmacie ou en parapharmacie. Il existe également des boutiques en ligne qui proposent l'ensemble des produits disponibles (à l'exception des préparations magistrales, qui ne peuvent être délivrées qu'en pharmacie). Pour rappel, les e-liquides à base de CBD sont désormais interdits en Belgique, mais il est très probable qu'ils soient encore disponibles dans différents points de vente.

Les produits à base de **cannabinoïdes de synthèse**, bien qu'échappant souvent aux outils actuels de monitoring, ne semblent être en circulation que de manière anecdotique sur le territoire belge. Le marché du cannabis végétal est particulièrement développé sur notre territoire malgré son interdiction, ce qui freine la mise en circulation de produits synthétiques, et prévient également l'achat de drogues sur internet. Il est toutefois possible que le phénomène soit sous-estimé, les indicateurs relatifs à l'usage et à la circulation de ce type de produits étant plus limité. Bien que formellement interdits pour la plupart, certains cannabinoïdes de synthèse restent toutefois accessibles via internet, que ce soit sous forme de poudre, d'herbe à fumer, de résine, ou d'e-liquide pour cigarettes électroniques. Ces produits peuvent attirer certains usager-es en raison de leur puissance, de leur accessibilité en ligne, de leur consommation discrète (e.g. cigarette électronique), d'une légalité temporaire ou encore de leur non-délectabilité dans les tests de screening salivaire ou urinaire (voir Régny, Stévenot & Hogge, 2023).

Au-delà des formes classiques que l'on retrouve majoritairement sur le marché noir (herbe et résine) et des produits à base de cannabinoïdes de synthèse, il faut savoir que les produits dérivés du cannabis

se sont diversifiés ces dernières années, principalement sous l'impulsion des sociétés impliquées dans la mise sur le marché du cannabis dans les pays où ce produit est autorisé (principalement en Amérique du Nord, où le marché est libéralisé). On retrouve ainsi désormais du THC ou certaines molécules apparentées dans des confiseries et divers produits alimentaires, des spray ou buvards à usage sublingual ou encore dans des produits destinés au vapotage. La dangerosité potentielle de ces produits est due à leur concentration élevée en principe actif, qui favorise le risque d'intoxication aigüe et de dépendance. Ces nouveaux produits ne sont actuellement pas en circulation directe sur le marché belge, mais ils restent potentiellement accessibles via les achats en ligne (Darknet ou sites qui ne respectent pas la législation en vigueur en Belgique) ou le narco-tourisme. Une hausse des saisies de produits de ce type a d'ailleurs récemment été constatée par les autorités douanières.

## LES DIFFÉRENTES FORMES DE CANNABIS SYNTHÉTIQUE

Les cannabinoïdes de synthèse sont fabriqués en laboratoire et se présentent initialement sous forme de poudre blanchâtre, jaunâtre ou brunâtre. Lorsqu'ils sont vendus à l'état brut, on parle de *research chemicals*. Le plus souvent, ils sont reconditionnés afin de pouvoir être consommés comme du cannabis végétal (herbe ou résine à fumer) et sont vendus comme des alternatives légales au cannabis. On peut aussi les retrouver dans des e-liquides pour cigarette électronique, et plus rarement sous d'autres formats (e.g. confiserie, spray ou buvard à usage sublingual). Ces conditionnements ont pour but d'en faciliter la consommation<sup>30</sup> tout en les rendant plus attractifs qu'une poudre. Ces produits sont principalement vendus sur des sites de vente en ligne ou dans des *smartshops*<sup>31</sup> (dans le cas des pays où ce type d'établissement est autorisé).



### Les *research chemicals*

L'appellation *research chemicals* désigne des substances psychoactives officiellement mises en vente sur internet à des fins de recherches scientifiques. La mention *not for human consumption* est généralement apposée sur ces produits afin de dédouaner le vendeur de toute responsabilité en cas d'incident faisant suite à leur acquisition, et afin de contourner les législations sur les substances à usage humain. Ces produits ont longtemps été synthétisés en Chine ou, dans une moindre mesure, en Inde par des entreprises chimiques. Depuis plusieurs années, des laboratoires se sont également développés en Europe (en particulier au Pays-Bas<sup>32</sup>), dans les pays où leur production et vente à des fins de recherche n'est pas interdite. On retrouve une grande variété de cannabinoïdes de synthèse sous forme de *research chemicals*, qui se renouvellent constamment en fonction des interdictions progressives.



### Les produits de type «spice»

L'appellation «spice» renvoie à des préparations à base de cannabinoïdes de synthèse destinées à être fumées. Ces préparations sont réalisées à partir de débris végétaux inertes ou provenant de plantes légèrement psychoactives (*Scutellaria*, *Damiana*, *Nymphaea caerulea*, etc.), sur lesquels sont pulvérisés un ou plusieurs cannabinoïdes de synthèse fabriqués en laboratoire (i.e. *research chemicals*). Les noms de vente varient grandement (eg. Spice, K2, Jamaican Gold Extreme, Scooby Snax), de même que la composition (principes actifs et concentration). On retrouve également, mais de manière plus anecdotique, des résines à base de cannabinoïdes de synthèse, imitant l'apparence du haschich. Enfin, il arrive que les cannabinoïdes de synthèse soient pulvérisés sur de l'herbe de cannabis, généralement des variétés non psychoactives (CBD).



### Les e-liquides

Depuis quelques années, la vente de cannabinoïdes de synthèse sous forme e-liquide est également observée en Europe, probablement en raison du succès de la cigarette électronique auprès des jeunes (EMCDDA, 2017). L'attrait pour les formes e-liquide peut relever de la possibilité pour les usager-es de doser la concentration de NSP en les diluant eux-mêmes dans le e-liquide, mais aussi de la plus grande discrétion que confère ce mode de consommation. De plus, les cigarettes électroniques de dernière génération permettent de régler la puissance et le flux de vapeur. Des flacons de liquide déjà dosés en cannabinoïdes de synthèse sont également en vente sur Internet ; cependant leur concentration en principe actif et leur composition sont souvent peu ou pas connues, ce qui comporte des risques non-négligeables pour les usager-es. En France ainsi qu'à Anvers, plusieurs cas d'intoxication ont récemment été enregistrés suite à la consommation d'e-liquide (e.g. Buddha Blues) contenant des cannabinoïdes de synthèse.

30 Bien que la poudre de cannabinoïdes puisse être en théorie directement consommée (par exemple en étant fumée dans une cigarette), la consommation d'une poudre très concentrée est vivement déconseillée et moins pratique au quotidien.

31 Un *smartshop* est un magasin spécialisé dans la vente de substances psychoactives légales, le plus souvent (mais pas exclusivement) d'origine végétale.

32 Pour lutter contre ce phénomène, les autorités néerlandaises ont voté une loi qui devrait entrer en vigueur prochainement et interdire une centaine de précurseurs chimiques utilisés dans la fabrication de nombreuses NSP (<https://www.government.nl/latest/news/2023/03/29/more-than-100-chemical-raw-materials-for-the-production-of-hard-drugs-banned>).

## COMPOSITION

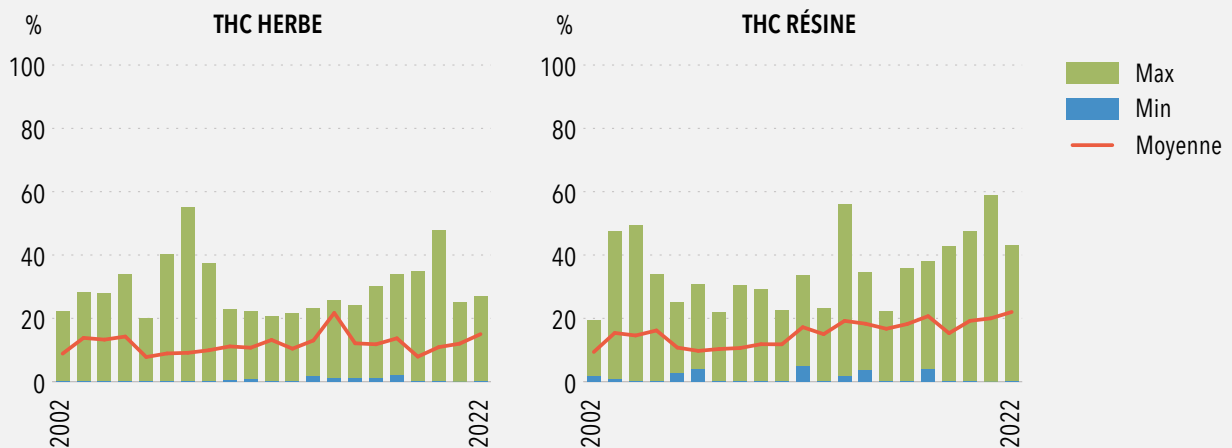
Le **cannabis** est un produit composé de très nombreux phytocannabinoïdes dont les effets sur le corps humain ne sont pas encore tous connus. Les effets du produit peuvent donc considérablement varier en fonction de la concentration respective de ces différents composants, qui fluctue selon la génétique de la variété cultivée, les conditions de culture (éclairage naturel ou artificiel, puissance de l'éclairage, utilisation d'engrais ...) et le produit fini (herbe, résine, huile, conditions et durée de conservation ...). Le THC est le cannabinoïde principalement responsable de l'effet psychoactif du produit. En Belgique, un certain nombre des produits saisis sont analysés afin d'en déterminer

la concentration en principe actif. Comme le montre la **figure 2**, la concentration en THC des échantillons d'herbe et de résine de cannabis analysés (principalement des produits saisis par la justice) a évolué au cours du temps, et une augmentation lente et progressive est constatée sur la période 2002-2022, tant pour l'herbe de cannabis<sup>33</sup> que pour la résine. Au niveau européen, la concentration en THC du cannabis est également en augmentation,

.....  
33 La diminution de concentration en THC observée en 2019 au niveau de l'herbe de cannabis s'explique par l'apparition dans la base de données d'échantillons provenant de CBD shops, analysés à la demande des autorités sanitaires ou de la police. Ces échantillons ont généralement une concentration en THC relativement faible. Afin de limiter leur impact sur les estimations, les échantillons dont le taux de THC est inférieur à 0,5 % sont exclus dans le calcul de la moyenne. Il n'est toutefois pas possible actuellement de filtrer les échantillons en fonction de leur provenance (marché noir versus CBD shops), ni en fonction de leur nature supposée (cannabis psychoactif versus CBD).

la concentration moyenne de l'herbe de cannabis étant passée de 5 % en moyenne à 10,22 % entre 2006 et 2016, et celle de la résine de 8,14 % à 17,22 % (voir Freeman *et al.*, 2018). Cette augmentation s'explique à la fois par la mise au point de variétés plus puissantes par hybridation et reproduction sélective, ainsi que par l'amélioration des techniques de culture, qui ont à la fois un impact sur la composition du cannabis et sur le rendement de l'installation. En Belgique, les échantillons d'herbe ont généralement une concentration en THC comprise entre 1 % et 25-30 %, mais ces limites peuvent varier d'une année à l'autre. En ce qui concerne la résine, la concentration varie généralement entre 1 % et 30-40 %, mais la concentration des produits les plus puissants peut avoisiner les 60 %.

Figure 2 : Concentration (%) en THC des échantillons de cannabis analysés en Belgique, 2002-2022



Source : Sciensano (2023), National reporting package EMCDDA. Contribution non publiée.

## QUID DE LA CONCENTRATION EN CBD ?

La concentration en CBD du cannabis saisi n'est pas systématiquement étudiée en Belgique. Le ratio THC/CBD peut grandement varier d'une variété à l'autre, si l'on en croit les annonces des sociétés qui commercialisent les graines de cannabis. Les variétés réputées puissantes sur le plan psychoactif ont généralement une concentration élevée en THC et faible en CBD<sup>34</sup>, alors que les variétés dites thérapeutiques proposent généralement des ratios plus équilibrés entre ces deux phytocannabinoïdes. Ces variétés sont assez récentes dans le commerce, et sont issues de l'hybridation et la reproduction sélective, car elles n'existaient pas à l'état naturel. Les organisations criminelles ont tendance à utiliser des variétés puissantes sur le plan psychoactif. Des analyses portant sur des échantillons de cannabis saisis aux États-Unis et en Europe mettent ainsi en évidence une augmentation des ratios THC/CBD au cours des dix dernières années au niveau du marché illicite, ce qui témoigne d'une augmentation de la concentration en THC associée à une diminution de la concentration en CBD des produits en circulation (Chandra *et al.*, 2019). Les consommateurs qui s'approvisionnent via l'auto-culture peuvent toutefois s'orienter vers les variétés de leur choix, dont celle avec un ratio équilibré, qui sont moins dangereuses pour la santé et moins addictogènes, et davantage intéressantes sur le plan thérapeutique.

.....  
34 Le CBD ayant un effet antagoniste sur certains effets psychoactifs du THC.

En ce qui concerne le **cannabis de synthèse**, la composition et la concentration en principe actif sont très variables selon le type de produits (poudre, herbe, e-liquide) et le revendeur. La composition précise évolue constamment en fonction des mesures législatives mises en place pour interdire les NSP (voir par exemple, Dresen *et al.*, 2010), de même que la concentration en principe actif, en particulier en ce qui concerne les produits de type «spice» (Lindigkeit *et al.*, 2009), y compris au sein d'un même lot de production (e.g. Ng, Sulaiman, Kunalan, & Abdullah, 2013). Cette composition aléatoire rend ces substances particulièrement dangereuses pour la santé, notamment en raison du risque de surdosage. Par ailleurs, de nombreux pays européens ont signalé la circulation d'échantillons d'herbe de cannabis coupés avec des cannabinoïdes de synthèse (e.g. MDMB-4<sup>n</sup>-PINACA, FUB-144, 4F-MDMB-BINACA) ou semi-synthétique (HHC, delta-8-THC). Ce phénomène s'est initialement développé en Suisse, mais il a également été observé dans d'autres pays européens. Une récente publication portant sur plus de 1000 échantillons d'herbe de cannabis soumis par des usager-es à différents services de *drug checking* provenant de 8 pays européens (voir Oomen *et al.*, 2022) a mis en évidence que 23,6 % des échantillons analysés étaient contaminés par du MDMB-4<sup>n</sup>-PINACA et ne contenait pas ou peu de THC (il s'agissait généralement d'herbe de CBD). Il est probable que ce pourcentage élevé de contamination ne soit pas représentatif de l'herbe en circulation, parce que les usager-es ont tendance à mobiliser un service de *drug checking* lorsqu'ils ont un doute sur la composition d'un produit en raison de son apparence ou d'effets surprenants. En Belgique, il est possible que la production et l'approvisionnement en cannabis d'origine végétale soient suffisamment importants pour protéger de la circulation de produits de ce type, mais on ne peut exclure une circulation locale, car les outils de monitoring de la composition du cannabis sont actuellement insuffisants.

6.3

## PRIX

Le prix du **cannabis** au marché noir a augmenté au cours de la dernière décennie, et se situe depuis plusieurs années aux alentours de 9 à 10 euros le gramme. Le prix peut varier en fonction de la qualité du produit et des quantités achetées.

Tableau 2 : Évolution du prix moyen du cannabis en Belgique, 2007- 2022

	Résine (euro/g)	Herbe (euro/g)
2007	6,5	6,0
2008	7,4	7,0
2009	7,0	7,2
2010	7,2	7,5
2011	7,0	7,9
2012	8,9	8,7
2013	8,4	8,7
2014	9,1	8,7
2015	8,2	8,8
2016	8,1	8,7
2017	9,1	8,9
2018	10,1	9,4
2019	9,4	9,0
2020	10,0	10,0
2021	9,1	9,4
2022	9,2	9,2

Note : Les prix sont exprimés en euros et calculés sur base d'une moyenne arithmétique des prix d'achat (ou de revente au détail) mentionnés par les contrevenant-es lors de leur procès-verbal.

Source : Police Fédérale

Les prix du **CBD** et du **cannabis de synthèse** ne font pas l'objet d'un monitoring précis. Ils varient en fonction du type de produits et des quantités achetées, mais ils restent très attractifs, en particulier en ce qui concerne le cannabis de synthèse.

## 7.1

### L'USAGE DE CANNABIS CHEZ LES ÉLÈVES DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

En Fédération Wallonie-Bruxelles, l'usage de cannabis est estimé dans la population scolarisée dans l'enseignement secondaire via un questionnaire auto-administré dans le cadre de l'enquête HBSC<sup>35</sup>, qui est menée tous les quatre ans. L'enquête est réalisée sur base d'un échantillonnage aléatoire stratifié proportionnellement à la répartition de la population scolaire par province et réseau d'enseignement. Il s'agit d'un échantillonnage à deux niveaux (un tirage des écoles et un tirage des classes). L'enquête HBSC étudie les comportements de santé des élèves de 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> primaire ainsi que de l'ensemble des élèves de l'enseignement secondaire. Toutefois, les questions sur la consommation de drogues illégales ne sont posées qu'à partir de la 3<sup>e</sup> secondaire. Enfin, l'enquête n'inclut pas les élèves de l'enseignement spécialisé, ceux bénéficiant d'une formation d'apprentissage professionnalisant (e.g. formation en alternance), ni ceux pris en charge dans une institution publique de protection de la jeunesse (IPPJ). De même, les élèves en décrochage scolaire ne sont pas inclus

35 L'enquête HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) est réalisée tous les quatre ans sous l'égide du Bureau Européen de l'Organisation Mondiale de la Santé. Son objectif est de décrire la santé et le bien-être des jeunes ainsi que leurs comportements de santé dans une cinquantaine de pays/régions européens et d'Amérique du Nord. L'enquête est réalisée à l'aide d'un questionnaire auto-administré en classe, incluant un volet sur les comportements d'usage (tabac, alcool, drogues illégales et internet). L'étude est menée à l'échelle de la Fédération Wallonie-Bruxelles par le Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES) de l'École de Santé Publique de l'ULB.

dans l'enquête. La méthodologie complète et les résultats détaillés de l'enquête sont disponibles sur le site du SIPES-ULB : <https://sipes.esp.ulb.be>.

#### LA SITUATION EN 2018

Près d'un quart (23,9 %) des jeunes scolarisé-es à partir de la troisième secondaire en Région bruxelloise avaient déclaré avoir déjà expérimenté du cannabis au moins un jour dans leur vie, 19,6 % en ont consommé au cours des 12 derniers mois, et 12,0 % au cours des 30 derniers jours (tableau 3). La consommation

de cannabis augmente avec l'âge des répondant-es, et elle est plus élevée chez les garçons que chez les filles, quel que soit l'indicateur. La consommation hebdomadaire s'élevait à 2,6 %, et la consommation quotidienne à 2,0 % ; cette dernière était la plus élevée chez les garçons de plus de 18 ans (12,2 %) <sup>36</sup>. La consommation régulière de cannabis

36 Au total, 11,3 % des élèves interrogé-es ont déclaré être consommateur-ices de cannabis au moment de l'enquête (16,7 % des garçons et 7,1 % des filles). Plus précisément, 2,6 % des élèves ont déclaré en consommer chaque semaine (mais pas tous les jours), 2 % quotidiennement et 6,8 % plus occasionnellement.

**Tableau 3 : Prévalences de la consommation de cannabis au moins un jour au cours de la vie, au cours des 12 derniers mois et au cours des 30 derniers jours, de la consommation hebdomadaire et de la consommation quotidienne chez les élèves scolarisé-es dans l'enseignement secondaire francophone (à partir de la 3<sup>e</sup> année) de la Région bruxelloise, par âge et par genre, 2018**

	Moins de 15 ans %	15-16 ans %	17-18 ans %	Plus de 18 ans %	Total %
<b>Consommation de cannabis au cours de la vie</b>					
Garçons (n=720)	3,4	20,2	32,2	43,8	28,5
Filles (n=905)	21,7	13,6	24,1	23,6	20,3
<b>Total (N=1.625)</b>	<b>14,7</b>	<b>16,6</b>	<b>27,7</b>	<b>32,8</b>	<b>23,9</b>
<b>Consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois</b>					
Garçons (n=703)	0,0	18,3	27,7	37,6	24,6
Filles (n=885)	17,4	12,8	17,2	17,2	15,7
<b>Total (N=1.588)</b>	<b>10,7</b>	<b>15,3</b>	<b>21,8</b>	<b>26,5</b>	<b>19,6</b>
<b>Consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours</b>					
Garçons (n=697)	0,0	12,4	18,6	22,8	16,2
Filles (n=880)	8,7	6,0	9,7	12,4	8,8
<b>Total (N=1.577)</b>	<b>5,3</b>	<b>8,9</b>	<b>13,6</b>	<b>17,1</b>	<b>12,0</b>
<b>Consommation hebdomadaire* de cannabis</b>					
Garçons (n=684)	0,0	3,7	5,9	4,1	4,6
Filles (n=886)	0,0	0,4	1,4	1,6	1,0
<b>Total (N=1.580)</b>	<b>0,0</b>	<b>1,8</b>	<b>3,4</b>	<b>2,7</b>	<b>2,6</b>
<b>Consommation quotidienne de cannabis</b>					
Garçons (n=684)	0,0	1,2	3,8	12,2	3,9
Filles (n=886)	0,0	0,3	0,5	0,8	0,5
<b>Total (N=1.580)</b>	<b>0,0</b>	<b>0,7</b>	<b>1,9</b>	<b>5,9</b>	<b>2,0</b>

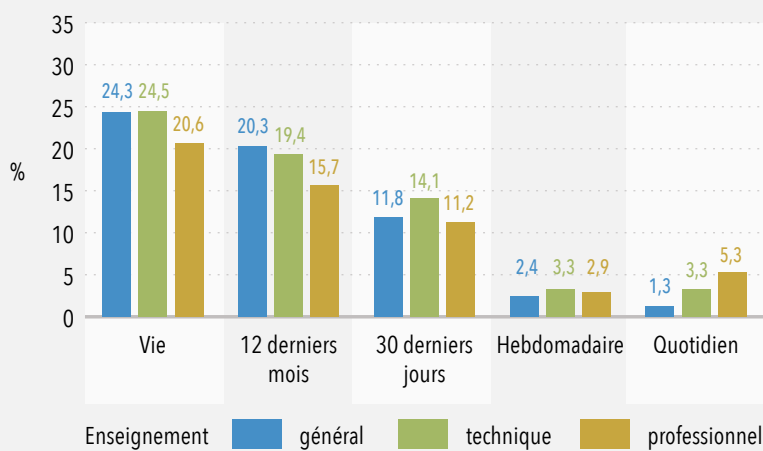
\* Usage hebdomadaire mais non quotidien.  
Source : Enquête HBSC 2018

(hebdomadaire ou quotidienne) augmente également avec l'âge, et est plus fréquente chez les garçons que chez les filles. L'âge de la première consommation de cannabis était de 15 ans en moyenne (médiane de 15 ans également). Il varie entre 11 ans et 18 ans (écart-type = 1,43 ans) et ne diffère pas entre les garçons et les filles.

La consommation de cannabis varie également en fonction de l'orientation scolaire (Figure 3). Ainsi, bien que les prévalences d'usage au moins un jour au cours de la vie, au cours des 12 derniers mois, au cours des 30 derniers jours ainsi que la consommation hebdomadaire soient statistiquement comparables quelle que soit l'orientation scolaire, la

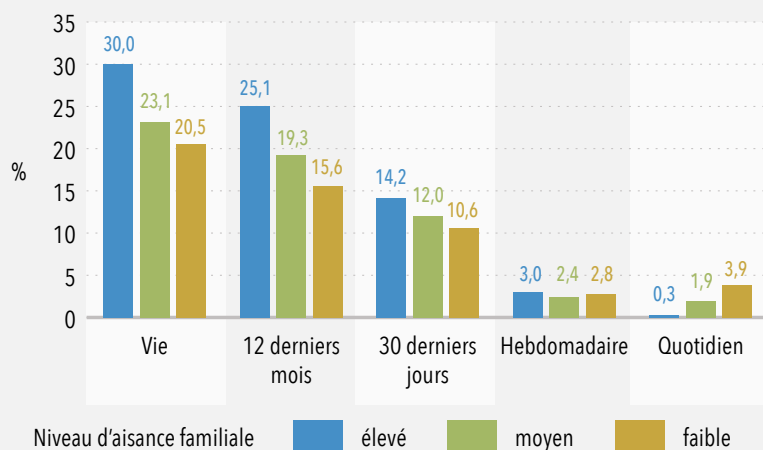
consommation quotidienne était plus fréquemment rapportée par les élèves scolarisés dans l'enseignement technique et (surtout) professionnel que par ceux de l'enseignement général. Plus précisément, la consommation quotidienne concernait 1,3 % des élèves de l'enseignement général, 3,3 % des élèves de l'enseignement technique et 5,3 % des élèves de l'enseignement professionnel.

Figure 3 : Prévalences de la consommation de cannabis au moins un jour au cours de la vie, au cours des 12 derniers mois et au cours des 30 derniers jours, de la consommation hebdomadaire et de la consommation quotidienne chez les élèves scolarisé-es dans l'enseignement secondaire francophone (à partir de la 3<sup>e</sup> année) de la Région bruxelloise, par orientation, 2018



Source : Enquête HBSC 2018

Figure 4 : Prévalences de la consommation de cannabis au moins un jour au cours de la vie, au cours des 12 derniers mois et au cours des 30 derniers jours, de la consommation hebdomadaire et de la consommation quotidienne chez les élèves scolarisé-es dans l'enseignement secondaire francophone (à partir de la 3<sup>e</sup> année) de la Région bruxelloise, par niveau d'aisance familiale, 2018

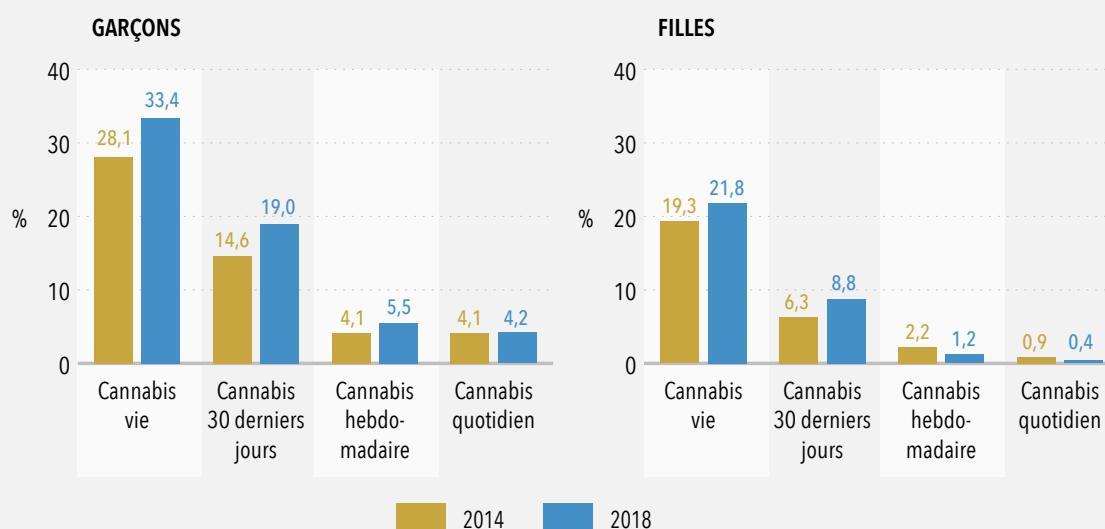


Source : Enquête HBSC 2018

Dans le même ordre d'idée, alors que les prévalences d'expérimentation au cours de la vie, d'usage au cours des 12 derniers mois et d'usage au cours des 30 derniers jours augmentent avec le niveau d'aisance familiale (Figure 4)<sup>37</sup>, la situation s'inverse pour l'usage quotidien, qui augmente de manière inversement proportionnelle avec le niveau d'aisance familiale (élevé : 0,3 % ; moyen : 1,9 % ; faible : 3,9 %). Autrement dit, alors qu'il y a plus d'élèves qui ont consommé du cannabis au sein de la population scolaire ayant un niveau socio-économique élevé, on retrouvait davantage de consommateurs à risque de dépendance et d'impact socio-sanitaire (i.e. usage quotidien) parmi la population scolaire ayant un faible niveau socio-économique, un phénomène paradoxal également observé en matière d'usage d'alcool (Boyd *et al.*, 2022) et qui suggère l'existence d'inégalités sociales de santé.

37 Le niveau d'aisance familiale est un indicateur à trois niveaux (élevé, moyen ou faible) calculé à partir des réponses des élèves à six questions évaluant la possession de biens matériels dans leur famille (voiture, chambre à soi, ordinateur et tablette, salle de bains, lave-vaisselle, et vacances à l'étranger). Il permet d'appréhender les disparités socio-économiques (voir Hartley *et al.*, 2016).

Figure 5 : Évolution de la consommation de cannabis au moins un jour au cours de la vie, au cours des 12 derniers mois et au cours des 30 derniers jours, de la consommation hebdomadaire et de la consommation quotidienne chez les élèves scolarisé-es dans l'enseignement secondaire francophone (à partir de la 4<sup>e</sup> année) de la Région bruxelloise, par genre, 2014-2018



Source : Enquête HBSC 2018

## TENDANCES ET ÉVOLUTION

En 2014, les questions sur l'usage de drogues étaient posées à partir de la 4<sup>e</sup> secondaire alors qu'en 2018 elles ont été posées à partir de la 3<sup>e</sup> secondaire. Afin de rendre la comparaison fiable, les données récoltées auprès des élèves de 3<sup>e</sup> secondaire ont été supprimées de l'analyse. Il apparaît que l'usage au cours de la vie et l'usage au cours des 30 derniers jours ont augmenté entre 2014 et 2018, en particulier chez les garçons<sup>38</sup> (Figure 5). L'usage régulier (hebdomadaire ou quotidien) est en revanche resté stable selon ces dernières analyses.

## POLYCONSUMMATION

### COMMENT DÉFINIR LA POLYCONSUMMATION ?

Il n'existe pas de définition univoque de la polyconsommation. Dans une acception stricte, elle peut être définie comme une pratique qui consiste à consommer plusieurs produits de manière combinée ou successive. Cette pratique peut être sous-tendue par des motivations variées (maximisation des effets recherchés, défonce, minimisation des effets indésirables, opportunisme, polydépendance...). Cette pratique est considérée comme à risque parce que l'usage combiné de plusieurs substances peut engendrer des interactions pharmacologiques dangereuses augmentant le risque de complications potentiellement fatales (hyperthermie, accident vasculaire cérébral, dépression respiratoire, etc.), et parce qu'elle peut s'accompagner d'une polydépendance, qui complique le travail de prise en charge et augmente le risque de rechute et de morbidité. Dans une acception plus large, la polyconsommation renvoie à l'ensemble des produits consommés par une personne sur une période donnée (e.g. 30 derniers jours, 12 derniers mois). Dans cette définition, il n'est généralement pas possible de déterminer si les produits sont consommés de manière suffisamment rapprochées dans le temps pour que leurs effets interagissent réellement. Les indicateurs de polyconsommation de l'enquête HBSC correspondent à cette dernière définition, et apportent surtout un éclairage sur la diversité de produits consommés au cours des périodes envisagées.

<sup>38</sup> L'usage sur la vie est passé de 28,1 % à 33,4 % et celui au cours des 30 derniers jours de 14,6 % à 19,0 % entre 2014 et 2018.

En 2018, 22,2 % des élèves scolarisé-es dans l'enseignement secondaire francophone de la Région bruxelloise (3<sup>e</sup> année et plus) ont déclaré avoir déjà consommé au moins une fois au cours de leur vie du cannabis et de l'alcool, et 8,9 % du cannabis ainsi qu'une autre drogue<sup>39</sup> (Tableau 4). Un élève sur 10 (10,1 %) avait consommé du cannabis et de l'alcool au moins une fois au cours des 30 derniers jours.

Un seul élève parmi tou-tes les élèves interrogé-es a mentionné consommer quotidiennement de l'alcool et du cannabis, mais 1,8 % des élèves consommaient ces deux produits chaque semaine, en particulier les garçons de 17-18 ans (4,9 %). La polyconsommation, telle qu'estimée

.....  
39 Au moins un des produits suivants : un autre produit illicite (cocaïne, MDMA, amphétamine, LSD, kétamine, NSP...), du protoxyde d'azote, ou des médicaments psychotropes (tranquillisants/somnifères, codéine) hors usage médical.

par ces indicateurs, est globalement plus fréquente chez les garçons que chez les filles, et augmente avec l'âge. En revanche, elle ne diffère pas en fonction de l'orientation scolaire des élèves, ni en fonction de leur niveau d'aisance familiale, hormis en ce qui concerne la polyconsommation cannabis-alcool au cours de la vie et au cours des 30 derniers jours, qui est un peu plus répandue chez les élèves ayant un niveau d'aisance familiale plus élevé.

### RELATIONS ENTRE USAGE DE CANNABIS ET INDICATEURS DE SANTÉ ET DE SCOLARITÉ

La consommation régulière de cannabis peut avoir un impact négatif sur la santé mentale des jeunes, leur fonctionnement cognitif et cérébral, et leur réussite scolaire et académique (Lorenzetti, Hoch & Hall,

2020 ; Patton & Hall, 2002). Inversement, de nombreux facteurs ont été identifiés dans la littérature comme pouvant favoriser ou, au contraire, protéger du risque de développement d'un usage précoce et/ou intensif de cannabis à l'adolescence (e.g. relations familiales et interpersonnelles, absentéisme, impulsivité, troubles de la santé mentale, négligence parentale et autres expériences défavorables de l'enfance ; voir par exemple Hines *et al.*, 2023 ; Novak, Maglica & Paic, 2022).

Afin de vérifier d'éventuelles associations entre l'usage de cannabis<sup>40</sup> et d'autres indicateurs de santé, nous avons effectué une série d'analyses complémentaires (corrélations et tests non-paramétriques). Il apparaît que la fréquence de consommation au cours des 30 derniers jours est négativement corrélée au niveau de satisfaction des élèves par rapport à leur vie. Plus les élèves rapportent une consommation de cannabis élevée, moins ils ont tendance à être stressés par l'école, et plus ils déclarent ne pas apprécier l'école. De manière similaire, l'absentéisme scolaire non justifié augmente avec la fréquence de consommation. L'usage de cannabis, en particulier lorsqu'il est régulier, semble donc associé à un moindre investissement dans la scolarité. L'association reste significative même après avoir pris en compte certaines variables collectées dans l'enquête HBSC et également susceptibles d'expliquer un faible investissement scolaire (e.g. orientation scolaire, perception du soutien familial, perception du soutien des amis). Au niveau individuel, l'origine de cette association n'est pas forcément causale (i.e. l'usage de cannabis entraînerait un désintérêt pour la scolarité) car elle peut aussi dépendre de facteurs non étudiés dans l'enquête (e.g. problèmes ou violences intrafamiliales, difficultés psychologiques). Par ailleurs, les associations observées, bien que significatives, restent de faible amplitude. Enfin, aucune association n'est observée entre la fréquence d'usage de cannabis au cours des 30 derniers jours et la présence de symptômes psychosomatiques et de symptômes dépressifs, la santé perçue, le soutien amical perçu et le soutien familial perçu. La fréquence d'usage de cannabis ne

.....  
40 Nous avons utilisé à cette fin l'indicateur relatif à la fréquence d'usage de cannabis au cours des 30 derniers jours, sous forme de variable ordinale à 7 niveaux (allant de jamais à 30 jours au cours du dernier mois).

**Tableau 4 : Prévalences de la polyconsommation d'alcool et de drogues chez les élèves scolarisé-es dans l'enseignement secondaire francophone (à partir de la 3<sup>e</sup> année) de la Région bruxelloise, par genre et âge, 2018**

	Moins de 15 ans	15-16 ans	17-18 ans	Plus de 18 ans	Total
	%	%	%	%	%
<b>Consommation de cannabis et d'alcool au cours de la vie</b>					
Garçons (n=710)	3,4	18,3	30,2	40,0	26,3
Filles (n=895)	20,0	12,7	22,0	23,0	18,9
<b>Total (N=1.605)</b>	<b>13,5</b>	<b>15,2</b>	<b>25,6</b>	<b>30,7</b>	<b>22,2</b>
<b>Consommation de cannabis et d'une autre drogue au cours de la vie</b>					
Garçons (n=711)	0,0	8,7	10,5	19,0	10,7
Filles (n=896)	6,7	3,3	9,3	11,8	7,5
<b>Total (N=1.588)</b>	<b>4,1</b>	<b>5,7</b>	<b>9,8</b>	<b>15,1</b>	<b>8,9</b>
<b>Consommation de cannabis et d'alcool au cours des 30 derniers jours</b>					
Garçons (n=672)	0,0	10,2	16,8	18,1	13,8
Filles (n=857)	6,7	4,7	7,5	11,9	7,1
<b>Total (N=1.529)</b>	<b>4,1</b>	<b>7,2</b>	<b>11,5</b>	<b>14,6</b>	<b>10,1</b>
<b>Consommation hebdomadaire* de cannabis et d'alcool</b>					
Garçons (n=673)	0	2,1	4,9	4,1	3,6
Filles (n=878)	0	0	0,7	1,6	0,6
<b>Total (N=1.551)</b>	<b>0</b>	<b>0,9</b>	<b>2,6</b>	<b>2,7</b>	<b>1,8</b>
<b>Consommation quotidienne de cannabis et d'alcool</b>					
Garçons (n=673)	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1
Filles (n=878)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total (N=1.551)</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,1</b>

\* Usage hebdomadaire mais non quotidien.  
Source : Enquête HBSC 2018



permet n'est pas non plus associée au temps d'écran, à la durée du sommeil, ni l'intensité d'utilisation des réseaux sociaux.

7.2

permet de tirer des constats utiles sur la consommation de cannabis des étudiant-es universitaires.

## LA SITUATION EN 2022

Les premiers résultats de l'enquête HBSC 2022 ont été récemment publiés par le SIPES-ULB<sup>41</sup>. Les résultats sont pour la plupart présentés à l'échelle de la Fédération Wallonie-Bruxelles, de sorte qu'il n'existe actuellement qu'un nombre limité d'indicateurs disponibles à l'échelle de la Région bruxelloise. En 2022, l'expérimentation du cannabis au cours de la vie s'élevait à 18,6 % et la consommation hebdomadaire ou quotidienne à 5,0 % chez les élèves scolarisé-es en Région bruxelloise à partir de la 3<sup>e</sup> secondaire. L'expérimentation de ce produit semble donc être en diminution chez les jeunes bruxellois-es, alors que sa consommation régulière demeure stable. Ces résultats ainsi que l'ensemble des indicateurs disponibles seront exposés en détail à l'échelle régionale lors de la mise à jour du présent bulletin.

## L'USAGE DE CANNABIS CHEZ LES ÉTUDIANT-ES DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

En 2022, l'Observatoire de la vie étudiante de l'ULB a réalisé une enquête sur les habitudes de consommation d'alcool et de drogues à l'échelle des étudiant-es de l'ULB et de la Haute école libre de Bruxelles Ilya Prigogine, à laquelle 3.377<sup>42</sup> étudiant-es ont participé (voir Paume & Sourdin, 2023). L'enquête investiguait brièvement l'usage de cannabis. Les données ont été récoltées à l'aide d'une enquête en ligne largement diffusée auprès des étudiant-es durant le mois de novembre 2022. Comme toute enquête en ligne ne procédant pas à un échantillonnage aléatoire, il n'est pas possible de garantir que les résultats soient représentatifs de l'ensemble des étudiant-es fréquentant ces établissements, un biais d'auto-sélection étant toujours possible. Néanmoins, la taille des échantillons

<sup>42</sup> Le taux de réponse était de 8,2 % par rapport à la population totale des étudiant-es de l'ULB et de la HELB Ilya Prigogine.

## LA SITUATION EN 2022

Selon l'enquête réalisée en 2022 à l'échelle des étudiant-es de l'ULB et de la HELB Ilya Prigogine, 31,5 % des étudiant-es ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, et 14,9 % au cours des 30 derniers jours (Tableau 5). L'usage au moins hebdomadaire (mais non quotidien) concerne 5,2 % des étudiant-es et l'usage quotidien 3,9 % d'entre eux (5,0 % des étudiants et 3,3 % des étudiantes). L'usage de cannabis est globalement plus élevé chez les hommes que chez les femmes, quel que soit l'indicateur. Il est également plus fréquent entre 20 et 25 ans. La fréquence d'usage de cannabis est également plus élevée chez les étudiant-es qui vivent en collocation, par rapport à ceux-celles qui vivent chez leurs parents, seul-es ou avec leur compagnon/compagne. Elle augmente aussi de manière significative avec les habitudes festives (fréquence de sorties, fréquence de présoirées). Enfin, elle est plus élevée chez les étudiant-es qui présentent également une consommation excessive d'alcool (estimée sur base de la fréquence d'ivresse et de *binge drinking*).

Tableau 5 : Prévalences de l'usage de cannabis chez les étudiant-es de la Région bruxelloise (ULB et HELB Ilya Prigogine), par genre et âge, 2022

	Moins de 19 ans	20-22 ans	23-25 ans	Plus de 25 ans	Total
	%	%	%	%	%
<b>Consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois</b>					
Hommes (n=923)	31,0	40,9	44,1	23,8	35,6
Femmes (n=1598)	27,9	29,4	31,4	22,6	28,3
<b>Total (N=2608)</b>	<b>29,2</b>	<b>34,2</b>	<b>35,8</b>	<b>24,0</b>	<b>31,5</b>
<b>Consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours</b>					
Hommes (n=923)	16,7	19,4	25,9	10,5	18,4
Femmes (n=1598)	12,7	11,8	14,4	11,3	12,5
<b>Total (N=2608)</b>	<b>14,1</b>	<b>15,1</b>	<b>18,0</b>	<b>11,8</b>	<b>14,9</b>
<b>Consommation hebdomadaire* de cannabis au cours des 12 derniers mois</b>					
Hommes (n=923)	4,5	6,6	11,1	2,8	6,2
Femmes (n=1597)	5,3	3,9	5,1	4,3	4,6
<b>Total (N=2608)</b>	<b>4,9</b>	<b>5,1</b>	<b>7</b>	<b>3,7</b>	<b>5,2</b>
<b>Consommation quotidienne de cannabis au cours des 12 derniers mois</b>					
Hommes (n=923)	3,3	6,9	6,5	2,8	5,0
Femmes (n=1598)	2,3	3,7	2,9	4,8	3,3
<b>Total (N=2608)</b>	<b>2,5</b>	<b>5,1</b>	<b>4,0</b>	<b>4,2</b>	<b>3,9</b>

\* Usage hebdomadaire mais non quotidien.

Source : Enquête ULB/HELB Ilya Prigogine 2022 (Paume & Sourdin, 2023)

<sup>41</sup> <https://sipes.esp.ulb.be/publications/enquete-hbsc-2022>

## POLYCONSOMMATION

Les indicateurs de polyconsommation cannabis-autres drogues sont présentés dans le **tableau 6**. On n'observe pas de différences de genre, à l'exception de la polyconsommation cannabis-alcool au moins hebdomadaire, qui est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. De même, une différence d'âge est uniquement observée au niveau de la polyconsommation cannabis-autre drogue au cours des 12 derniers mois, moins fréquente chez les plus jeunes étudiant-es. La polyconsommation cannabis-autre drogue au cours des 12 derniers mois et cannabis-alcool au moins hebdomadaire est plus élevée chez les étudiant-es qui vivent en collocation.

Il est intéressant de souligner que la polyconsommation augmente progressivement en fonction de la fréquence de consommation de boissons alcoolisées,

et ce pour tous les indicateurs. Ainsi, les étudiant-es ayant déclaré ne pas consommer de boissons alcoolisées sont une minorité à rapporter une polyconsommation cannabis-autre drogue au cours des 12 derniers mois et des 30 derniers jours (1,8 % et 0,6 % respectivement), alors que ceux-celles qui ont déclaré consommer de l'alcool de manière quotidienne ou presque rapportent ce type d'usage beaucoup plus fréquemment (28,1 % et 9,4 % respectivement). Tous les étudiant-es ayant déclaré avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers ont aussi mentionné avoir consommé de l'alcool au cours de cette même période.

7.3

## L'USAGE DE CANNABIS DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

En Belgique, l'usage de cannabis est estimé dans la population générale sur base de la consommation auto-rapportée à l'issue d'un entretien structuré réalisé dans le cadre de l'enquête HIS (*Health Interview Survey*), dont les dernières données disponibles ont été collectées en 2018. Cette enquête est réalisée par Sciensano environ tous les cinq ans. Elle s'adresse à toutes les personnes qui résident en Belgique (sans restriction de nationalité ou de statut légal). La participation se fait par ménage, quelle que soit sa composition (personnes isolées ou familles). L'échantillon est constitué à partir d'une sélection aléatoire des ménages sur base du Registre national de la population. L'échantillon est stratifié par grappe de manière à ce que la structure du ménage (âge, composition) et leur répartition géographique soient correctement représentées. Les participant-es reçoivent dans un premier temps par voie postale une lettre et une brochure de présentation leur annonçant leur sélection pour l'enquête. Ils sont ensuite contactés par téléphone par un enquêteur chargé de répondre à leurs éventuelles questions et de fixer un rendez-vous afin de pouvoir réaliser les entretiens. Les réponses aux questions sensibles (usage d'alcool, de drogues, santé mentale, etc.) sont récoltées à l'aide d'un questionnaire remis à chaque participant-e à l'issue de l'entretien. Il est très probable que les résultats sous-estiment la prévalence réelle de l'usage de cannabis et des autres drogues pour deux raisons. D'une part, l'enquête ne couvre pas, en raison de la méthodologie utilisée, les personnes incarcérées, en institutions (hors maisons de repos), sans domicile fixe, ou encore les personnes immigrées clandestines. D'autre part, l'enquête se fait sur base volontaire. Or les refus de participation sont particulièrement élevés, malgré l'utilisation depuis 2013 de chèque-cadeau pour stimuler la participation : en 2018, 37,4 % des ménages contactés (en ce compris les personnes isolées) ont refusé d'y participer.

**Tableau 6 : Prévalences de la polyconsommation cannabis-autres drogues chez les étudiant-es de la Région bruxelloise (ULB et HELB Ilya Prigogine), par genre et âge, 2022**

	Moins de 19 ans	20-22 ans	23-25 ans	Plus de 25 ans	Total
	%	%	%	%	%
<b>Consommation de cannabis et d'une autre drogue (hors alcool, médicaments inclus) au cours des 12 derniers mois</b>					
Hommes (n=923)	6,1	11,5	15,3	14,7	10,9
Femmes (n=1598)	5,3	10,1	12,5	10,0	9,1
<b>Total (N=2608)</b>	<b>5,6</b>	<b>10,9</b>	<b>13,8</b>	<b>12,5</b>	<b>10,0</b>
<b>Consommation de cannabis et d'une autre drogue (hors alcool, médicaments inclus) au cours des 30 derniers jours</b>					
Hommes (n=923)	1,3	3,0	2,9	2,8	2,4
Femmes (n=1598)	1,4	2,1	4,2	1,7	2,3
<b>Total (N=2608)</b>	<b>1,4</b>	<b>2,5</b>	<b>3,6</b>	<b>2,1</b>	<b>2,3</b>
<b>Consommation hebdomadaire* de cannabis et d'une autre drogue (hors alcool et médicaments psychoactifs) au cours des 12 derniers mois</b>					
Hommes (n=923)	1,3	1,0	0,6	0,7	1,0
Femmes (n=1598)	0,4	0,4	1,3	0,4	0,6
<b>Total (N=2608)</b>	<b>0,7</b>	<b>0,7</b>	<b>1,0</b>	<b>0,5</b>	<b>0,7</b>
<b>Consommation hebdomadaire* de cannabis et d'alcool</b>					
Hommes (n=923)	5,2	8,2	11,8	4,2	7,3
Femmes (n=1597)	4,5	3,8	5,1	3,5	4,2
<b>Total (N=2520)</b>	<b>4,6</b>	<b>5,5</b>	<b>7,2</b>	<b>3,6</b>	<b>5,2</b>
<b>Consommation quotidienne de cannabis et d'alcool</b>					
Hommes (n=923)	0,0	0,7	0,6	0,7	0,4
Femmes (n=1597)	0,0	0,4	0,3	0,0	0,2
<b>Total (N=2520)</b>	<b>0,0</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>

\* Usage hebdomadaire mais non quotidien.

Source : Enquête ULB/HELB Ilya Prigogine 2022 (Paume & Sourdin, 2023)

## LA SITUATION EN 2018

En 2018 en Région bruxelloise, l'âge moyen de la première consommation de cannabis était de 18,6 ans pour les hommes et de 19,6 ans pour les femmes qui ont déclaré avoir déjà consommé ce produit. Si on concentre sur la tranche d'âge des plus jeunes, on constate que l'âge moyen est de 16,7 ans chez les hommes de 15-24 ans, contre 17,2 ans chez les femmes du même âge. L'âge moyen de la première consommation n'est pas influencé par le niveau d'instruction.

La prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie (expérimentation du produit au moins une fois au cours de la vie) était de 30,2 % dans la population bruxelloise âgée de 15 à 64 ans (Tableau 7). L'usage de cannabis au cours de la vie est particulièrement répandu entre 15 et 44 ans. Les hommes sont davantage concernés que les femmes (36 % versus 24,5 %). La proportion est plus élevée dans les classes socio-éducatives plus instruites, même après standardisation pour l'âge et le genre.

La prévalence de l'usage récent de cannabis (au moins une consommation au cours des 12 derniers mois) était de 12,4 % dans la population bruxelloise en 2018. L'usage récent concerne surtout les 15-24 ans (20,5 %) mais il est aussi relativement fréquent chez les 25-34 ans (17,9 %). Il est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (18,1 % versus 6,8 %). L'usage récent est un peu plus élevé chez les personnes ayant un haut niveau d'instruction (études supérieures : 14 % versus 9-11 % pour les autres niveaux).

La prévalence de l'usage actuel de cannabis (au moins une consommation au cours des 30 derniers jours) était de 8,2 % dans la population bruxelloise en 2018. Il concerne surtout les 15-24 ans (16,9 %) et diminue progressivement avec l'âge. À nouveau, il est beaucoup plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, et est un peu plus fréquent chez les personnes les plus instruites (études supérieures : 9,6 % versus 5-7 % pour les autres niveaux).

La prévalence de l'usage régulier actuel de cannabis<sup>43</sup> était de 2 % dans la population

43 Au moins 20 jours de consommation au cours des 30 derniers jours. Dans l'enquête HIS, il est question d'usage intensif pour désigner cet indicateur. Nous

Tableau 7 : Prévalences de l'usage de cannabis en Région bruxelloise, par âge et par genre, 2018

	15-24 ans (n=124)	25-34 ans (n=305)	35-44 ans (n=366)	45-54 ans (n=301)	55-64 ans (n=284)	Total (N=1.380)
	%	%	%	%	%	%
<b>Consommation de cannabis au cours de la vie</b>						
Hommes	48,3	41,5	44,6	23,3	17,8	36,0
Femmes	26,2	33,6	27,2	16,0	15,1	24,5
<b>Total</b>	<b>37,8</b>	<b>37,6</b>	<b>35,9</b>	<b>19,6</b>	<b>16,4</b>	<b>30,2</b>
<b>Consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois</b>						
Hommes	31,0	22,0	20,4	11,4	4,3	18,1
Femmes	8,9	13,9	6,6	1,4	1,0	6,8
<b>Total</b>	<b>20,5</b>	<b>17,9</b>	<b>13,5</b>	<b>6,4</b>	<b>2,5</b>	<b>12,4</b>
<b>Consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours</b>						
Hommes	24,0	14,5	15,1	7,0	2,4	12,7
Femmes	8,9	7,4	2,0	0,8	1,0	3,9
<b>Total</b>	<b>16,9</b>	<b>10,9</b>	<b>8,5</b>	<b>3,9</b>	<b>1,6</b>	<b>8,2</b>
<b>Consommation régulière de cannabis au cours des 30 derniers jours</b>						
Hommes	2,1	3,0	6,1	4,3	1,2	3,6
Femmes	2,4	0,0	0,0	0,0	0,5	0,4
<b>Total</b>	<b>2,3</b>	<b>1,5</b>	<b>3,1</b>	<b>2,1</b>	<b>0,8</b>	<b>2,0</b>
<b>Usage problématique au cours des 12 derniers mois</b>						
Hommes	12,9	8,1	8,2	5,5	1,2	7,2
Femmes	1,1	0,5	1,2	0,0	0,0	0,6
<b>Total</b>	<b>7,3</b>	<b>4,3</b>	<b>4,7</b>	<b>2,7</b>	<b>0,5</b>	<b>3,9</b>

Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

bruxelloise en 2018. Il est un peu plus fréquent chez les 35-44 ans (3,1 %) que dans les autres classes d'âge. Les hommes sont à nouveau plus concernés que les femmes. On observe aussi une influence du niveau d'instruction, mais inverse à ce que l'on observait pour les autres indicateurs : la prévalence de l'usage régulier actuel diminue à mesure que le niveau d'instruction augmente. Cette différence subsiste après standardisation pour l'âge et le sexe. Autrement dit, on retrouve davantage de consommateurs-rices régulier-es parmi les personnes peu instruites (primaire ou sans diplôme : 4,4 % ; secondaire inférieur : 4,7 %) que parmi les personnes ayant un haut niveau d'instruction (secondaire supérieur : 2,6 % ; études supérieures : 1,4 %).

.....  
lui avons préféré la notion d'usage régulier actuel, car elle nous paraît moins connotée. Certaines personnes peuvent en effet avoir un usage modéré et régulier du produit (par exemple, une seule consommation en soirée, pour faciliter la détente ou l'endormissement).

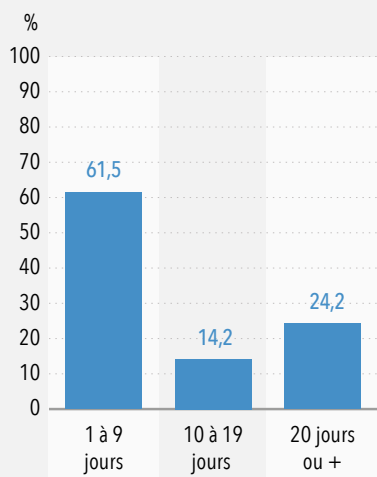
Enfin, la prévalence de l'usage problématique<sup>44</sup> au cours des 12 derniers mois s'élevait à 3,9 % en 2018. Les personnes ayant présenté un risque élevé d'usage problématique au cours des 12 derniers mois sont généralement de sexe masculin (7,2 % des hommes versus 0,6 %

44 Risque élevé d'usage problématique au cours des 12 derniers mois. Cet indicateur se base sur l'échelle *Cannabis Abuse Screening Test* développé par l'OFDT (Spilka, Janssen & Legleye, 2013) qui est notamment utilisé dans le cadre de l'enquête ESPAD. Cet outil permet d'estimer le risque d'usage problématique sur les 12 derniers mois chez les personnes qui ont consommé du cannabis sur cette période. Il se base sur 6 items inspirés des critères diagnostiques du DSM-IV et de l'ICD-10, pour lesquels les répondant-es doivent préciser la fréquence d'occurrence (Jamais / Rarement / De temps en temps / Souvent / Très souvent). Pour chaque fréquence, une cote allant de 0 («jamais») à 4 («très souvent») est attribuée. Le score global permet de définir trois catégories d'usage : risque nul (score inférieur à 3), risque faible d'usage problématique (score égal à 3 et inférieur à 7) et risque élevé d'usage problématique (score égal ou supérieur à 7). Dans le rapport de l'enquête HIS, les auteur-es ont pris le parti de considérer la catégorie «risque faible» comme étant également révélatrice d'un risque d'usage problématique. Nous nous sommes quant à nous tenus à la définition donnée par les auteur-es du CAST.

de femmes). Il est particulièrement élevé chez les hommes de 15-24 ans (12,9 %) et il est plus fréquent chez les individus les moins instruits (primaire ou sans diplôme : 10,9 % ; secondaire inférieur : 4,7 % ; secondaire supérieur : 3,6 % ; études supérieures : 3,2 %).

En ce qui concerne la fréquence de consommation de cannabis chez les 8,2 % d'«usager-es actuel-les» (N=99), la plupart d'entre eux-elles (61,5 %) ont déclaré en avoir consommé 1 à 9 jours au cours du mois précédant l'enquête, 14,2 % durant 10 à 19 jours et 24,2 % durant 20 jours ou plus (Figure 6).

**Figure 6 : Fréquence d'usage de cannabis durant les 30 derniers jours parmi les usager-es actuel-les (N=99), Région bruxelloise, 2018**



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens *et al.*)

## TENDANCES ET ÉVOLUTION

En Région bruxelloise, comme partout en Belgique, la prévalence d'usage de cannabis au cours de la vie a significativement et continuellement augmenté depuis 2001, en particulier entre 2013 et 2018<sup>45</sup> (Figure 7). Cette augmentation s'observe à la fois chez les hommes et chez les femmes. L'usage récent (12 derniers mois) et l'usage actuel (30 derniers jours) sont également en augmentation, mais de manière nettement moins marquée que l'usage au cours de la vie, et uniquement chez les hommes. L'usage régulier actuel (au moins 20 jours de consommation au cours des 30 derniers jours) est quant à lui relativement stable, passant de 1,6 % en 2004 à 2 % en 2018. Globalement, ces évolutions témoignent d'une augmentation progressive du nombre de personnes qui expérimentent ce produit ou en consomment occasionnellement, sans que cela s'accompagne d'une augmentation équivalente de la proportion de consommateurs réguliers. L'âge moyen de la première consommation est stable au cours du temps : il était de 19,3 ans en 2004 et est de 19 ans en 2018. Au niveau des 15-24 ans, il est également stable au cours du temps (16,5 ans en 2004 et 16,8 ans en 2018).

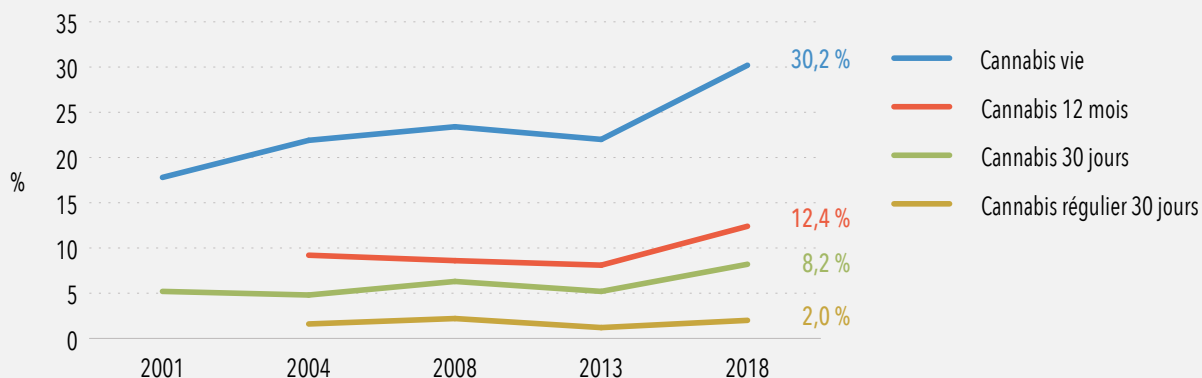
45 L'enquête HIS ne précisait pas si les questions relatives au cannabis portaient uniquement sur le cannabis psychoactif. Or en 2018, les produits du cannabis à base de CBD sont apparus en Belgique, de sorte que l'on ne peut exclure que l'importante augmentation de la prévalence d'usage sur la vie entre 2013 et 2018 soit en partie due à l'apparition des produits à base de CBD.

Chez les 15-24 ans, la prévalence d'usage de cannabis au cours de la vie a augmenté entre 2001 et 2018, tant chez les hommes que chez les femmes (chez ces dernières elle est stable entre 2013 et 2018) (Figure 8). En 2018, environ la moitié des hommes et un quart des femmes de 15-24 ans ont déclaré en avoir consommé au moins une fois dans la vie. L'usage au cours des 12 derniers mois est également en augmentation chez les hommes de 15-24 ans (31 % en 2018), alors qu'en 2018 il a diminué chez les femmes du même âge (-10,2 % par rapport à 2013). Enfin, l'usage au cours des 30 derniers jours est également en augmentation chez les hommes de 15-24 ans sur la période 2001-2018 (+8,4 %), alors qu'il est relativement stable chez les femmes. L'usage régulier est en revanche stable tant chez les jeunes hommes que chez les jeunes femmes.

## RELATIONS ENTRE USAGE DE CANNABIS ET AUTRES INDICATEURS DE SANTÉ

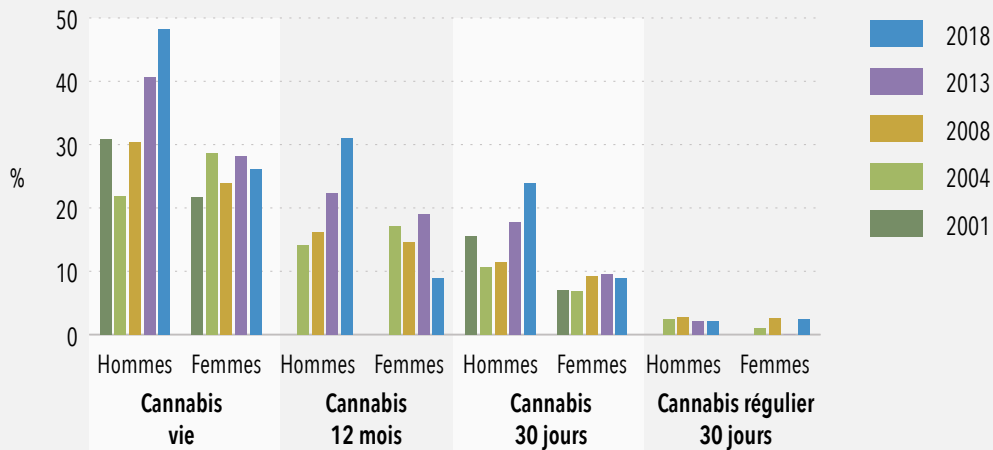
La consommation intense et régulière de cannabis peut avoir un effet délétère sur la santé physique et mentale des usagers (voir Solmi *et al.*, 2023). Inversement, l'usage de cannabis peut répondre à des stratégies d'auto-médication chez des personnes qui présentent des difficultés de santé, telles que de l'anxiété, des troubles du sommeil, de la dépression, des douleurs physiques, des migraines ou encore des troubles de l'appétit (e.g. Leung *et al.*, 2022). Même si l'utilisation du cannabis à des fins d'auto-médication est davantage développée dans les pays où le cannabis récréatif et/ou thérapeutique est légalisé, les pays

**Figure 7 : Évolution de l'usage de cannabis en Région bruxelloise, 2001-2018**



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens *et al.*)

Figure 8 : Évolution de l'usage de cannabis en Région bruxelloise chez les hommes et les femmes de 15-24 ans, 2001-2018



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

où l'usage de ce produit est interdit sont également concernés (*ibidem*).

L'enquête HIS montre que les Bruxellois-es qui consomment (presque) quotidiennement du cannabis sont plus enclin-es à présenter certaines fragilités aux niveaux des indicateurs de santé générale et des indicateurs de santé mentale. Ainsi, 37 % des usagers réguliers présenteraient un trouble anxieux généralisé<sup>46</sup> et 29,6 % un trouble dépressif<sup>47</sup>, alors que ces

troubles ne sont observés que chez 12 % des personnes qui n'ont jamais consommé du cannabis (Tableau 8). Corollairement, les scores de détresse psychologique<sup>48</sup> sont significativement plus élevés chez les usager-es de cannabis, en particulier en cas d'usage quotidien. De même, les usager-es réguliers de cannabis présentent globalement une moins bonne satisfaction par rapport à leur vie<sup>49</sup> ainsi qu'un score de vitalité<sup>50</sup> inférieur à celui présenté par les non-usager-es. En revanche, on n'observe pas de différences au niveau de l'échelle

de dépistage des douleurs physiques<sup>51</sup>. Ces estimations doivent toutefois être considérées avec prudence en raison de la petite taille de l'échantillon d'usager-es régulier-es. Par ailleurs, il n'est pas possible de déterminer si l'usage de cannabis est la cause, la conséquence ou un simple facteur concomitant à cette santé un peu plus fragilisée.

Les indicateurs de santé sont également significativement moins favorables dans les échantillons d'usager-es actuels (30 derniers jours) et d'usager-es récents (12 derniers mois), même lorsque l'on exclut les usager-es quotidiens des analyses. Bien que l'impact sur la santé d'un usage ponctuel ou occasionnel soit probablement minime, ces constats soulignent le fait que

- .....
- 46 Trouble estimé à partir du *Generalized Anxiety Disorder-7*, une échelle de dépistage du trouble anxieux généralisé en 7 items. Il ne s'agit évidemment pas d'un outil permettant de poser un diagnostic médical, mais de suspecter la présence d'un trouble sur base d'un outil de dépistage validé scientifiquement.
- 47 Trouble estimé à partir du *Patient Health Questionnaire-9*, une échelle de dépistage de la dépression en 9 items. Il ne s'agit pas non plus d'un outil permettant de poser un diagnostic médical, mais de suspecter la présence d'un trouble sur base d'un outil de dépistage validé scientifiquement.

- .....
- 48 La détresse psychologique est estimée à l'aide du *General Health Questionnaire-12*, une échelle qui permet de quantifier le niveau de bien-être (ou mal-être) psychologique.
- 49 Mesure subjective du degré global de satisfaction par rapport à sa propre vie, sur une échelle allant de 0 (pas du tout satisfait) à 10 (entièrement satisfait).
- 50 La vitalité (versus la fatigue) est mesurée à l'aide de l'échelle de vitalité du SF-36, qui est composée de 4 items.

- .....
- 51 Le score de douleurs physiques est calculé sur base de deux questions du SF-36 qui portent sur l'intensité de la douleur ressentie et sur la gêne qu'elle occasionne au quotidien.

Tableau 8 : Distribution des indicateurs de santé générale et de santé mentale en fonction du statut d'usage de cannabis en Région bruxelloise, 2018

	Non-usager-es (N=954)	Usager-es sur la vie (N=392)	Usager-es les 12 derniers mois (N=144)	Usager-es les 30 derniers jours (N=99)	Usager-es quotidiens (N=27)
Prévalences du trouble anxieux généralisé (%)	12,5	17,1*	22,9**	19,2*	37,0**
Prévalences des troubles dépressifs (%)	11,9	14,7	20,7**	20,2*	29,6**
Score de détresse psychologique	2,07	2,71**	3,13**	3,03**	3,85**
Score de douleurs physiques	24,6	25,9	25,0	24,8	23,3
Score de satisfaction par rapport à la vie	7,0	6,8	6,4**	6,3**	5,7**
Score de vitalité (moyenne sur 100)	56,0	52,8**	49,9**	50,6**	51,0**

\*p<0.05 ; \*\*p<0.01 (par comparaison au groupe de non-usagers)  
Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

les usager-es de cannabis constituent une population qui présente de manière plus fréquente certaines fragilités au niveau de la santé.

## POLYCONSOMMATION

Près de 6 % de la population bruxelloise a déclaré avoir consommé de l'alcool et du cannabis au cours des 30 derniers jours (sans que ces produits aient forcément été consommés en même temps) (Tableau 9). Cette forme de polyconsommation concerne davantage les hommes (8,5 %) que les femmes (3,5 %). Elle diminue progressivement avec l'âge et est surtout observée chez les jeunes. La consommation hebdomadaire de cannabis et d'alcool est rapportée par 2,1 % des Bruxellois-es, et la consommation quotidienne par 0,7 % d'entre eux-elles. La polyconsommation régulière de ces deux produits est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, et a tendance à diminuer avec l'âge. Enfin, la polyconsommation de cannabis avec une autre drogue illégale au cours des 30 derniers jours s'élève à 2,7 % dans la population bruxelloise. Elle est nettement plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, ainsi que chez les personnes âgées de 25 à 44 ans.

**Tableau 9 : Prévalences de la polyconsommation cannabis-alcool et cannabis-autre drogue en Région bruxelloise, par âge et par genre, 2018**

	15-24 ans (n=121)	25-34 ans (n=303)	35-44 ans (n=364)	45-54 ans (n=297)	55-64 ans (n=283)	Total (N=1.368)
	%	%	%	%	%	%
<b>Consommation de cannabis et d'alcool au cours des 30 derniers jours</b>						
Hommes	15,8	13,0	11,2	3,3	2,4	8,5
Femmes	10,9	7,0	2,1	0,7	1,3	3,5
<b>Total</b>	<b>13,2</b>	<b>9,9</b>	<b>6,3</b>	<b>2,0</b>	<b>1,8</b>	<b>5,8</b>
<b>Consommation de cannabis et d'une autre drogue au cours des 30 derniers jours</b>						
Hommes	4,5	8,1	5,5	2,1	1,7	4,3
Femmes	0,0	2,7	2,1	0,7	0,0	1,3
<b>Total</b>	<b>2,0</b>	<b>5,2</b>	<b>3,6</b>	<b>1,4</b>	<b>0,7</b>	<b>2,7</b>
<b>Consommation hebdomadaire* de cannabis et d'alcool (au cours des 30 derniers jours)</b>						
Hommes	8,8	5,5	4,7	1,3	0,0	3,5
Femmes	0,0	2,5	0,5	0,0	1,3	1,0
<b>Total</b>	<b>4,2</b>	<b>4,0</b>	<b>2,5</b>	<b>0,7</b>	<b>0,3</b>	<b>2,1</b>
<b>Consommation quotidienne de cannabis et d'alcool (au cours des 30 derniers jours)</b>						
Hommes	0,0	0,7	1,8	0,7	1,6	1,1
Femmes	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
<b>Total</b>	<b>0,8</b>	<b>0,3</b>	<b>0,8</b>	<b>0,3</b>	<b>1,1</b>	<b>0,7</b>

\* Usage hebdomadaire mais non quotidien.  
Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens *et al.*)

## LA POLYCONSOMMATION ALCOOL-CANNABIS

La consommation combinée d'alcool et de cannabis est considérée comme une pratique à faible risque sur le plan sanitaire, comparativement à d'autres associations beaucoup plus dangereuses, telle que l'association d'alcool et d'antidouleurs ou d'anxiolytiques, hypnotiques ou sédatifs<sup>52</sup>. Néanmoins, les effets de l'alcool et du cannabis ont tendance à se potentialiser, ce qui augmente leurs risques respectifs. Chez l'utilisateur inexpérimenté ou en cas de consommation d'importantes quantités, cette combinaison augmente fortement le risque de nausées et de vomissements. Cette association altère aussi les perceptions, les habiletés motrices ainsi que la coordination visuo-motrice, ce qui augmente le risque de chute ou d'accident. Cette altération a un aussi un effet délétère sur les capacités de conduite automobile, même avec de faibles quantités (voir par exemple Downey *et al.*, 2013), ce qui se traduit aussi par une augmentation du risque d'accidents de la route fatals (Dubois, Mullen, Weaver, & Bédart, 2015). Une consommation combinée fréquente de ces deux produits peut refléter une pratique d'abus (recherche de défonce, consommation «anesthésiante») ou une polydépendance.

52 <https://combo.tripsit.me/>

## L'USAGE DE CANNABIS CHEZ LES PERSONNES USAGÈRES DE DROGUES

Sciensano organise chaque année une enquête en ligne visant à décrire les pratiques d'usage de drogues au sein d'un échantillon d'usager-es. Initialement lancée au début de la pandémie de Covid-19 pour comprendre l'impact de la crise sanitaire sur les pratiques d'usage, l'enquête Drug Vibes vise désormais à décrire les habitudes de consommation des usager-es de drogues et à suivre leur évolution au cours du temps. L'enquête porte sur les usager-es majeur-es actif-ves (usage au cours des 30 derniers jours) de cannabis, d'ecstasy/MDMA, de cocaïne, de kétamine et d'amphétamines, dont le profil sociodémographique ainsi que le profil de consommation sont décrits distinctement. La dernière enquête s'est déroulée en mars 2023 (voir Damian, 2023) et a permis de récolter les pratiques de consommation de 2618 usager-es de drogues âgé-es de 18 à 64 ans vivant en Belgique, parmi lesquel-les on retrouvait 2047 usager-es actif-ves de cannabis (78 % de l'échantillon). S'agissant d'une enquête en ligne, les données ne sont bien évidemment pas forcément représentatives de l'ensemble des usager-es de cannabis. Les données ne sont actuellement disponibles que pour l'ensemble de l'échantillon belge, lequel est composé à 73 % d'usager-es flamand-es, à 17 % d'usager-es wallon-nes et à 11 % d'usager-es bruxellois-es.

### LA SITUATION EN 2023

Un peu plus d'un tiers (36 %) des consommateur-rices de cannabis de cet échantillon ont déclaré en consommer de manière quotidienne, un peu moins de la moitié (43 %) de manière hebdomadaire, et environ 1 sur 5 (21 %) de manière mensuelle (Tableau 10). Les femmes sont un peu moins enclines que les hommes à en consommer de manière hebdomadaire, au profit d'une consommation mensuelle. La consommation quotidienne est un peu moins fréquente chez les jeunes usager-es que chez les usager-es plus âgé-es. La fréquence de consommation diminue en fonction du niveau d'instruction : ainsi les usager-es uniquement détenteur-rices du diplôme de l'enseignement primaire sont 63 % à déclarer en consommer de manière quotidienne, contre 41 % des usager-es avec diplôme de l'enseignement secondaire, 32 % des usager-es avec diplôme de l'enseignement supérieur hors universitaire et 21 % des usager-es avec diplôme de l'enseignement universitaire. Les étudiant-es sont moins susceptibles d'en consommer de manière quotidienne (22 %) que les usager-es qui ont un emploi (41 % en cas de temps plein et 46 % en cas de temps partiel) ou qui sont sans travail (47 %). Le risque d'usage problématique (estimé à l'aide du CAST comme dans l'enquête HIS) serait élevé chez 41 % des usager-es, modéré chez 30 % et faible chez 29 % d'entre eux-elles.

Tableau 10 : Fréquence de consommation de cannabis parmi un échantillon d'usager-es belges, par âge et par genre, 2023

	Quoti- dienne	Hebdo- madaire	Mensuelle
	%	%	%
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>43</b>	<b>21</b>
Hommes	36	45	19
Femmes	37	39	25
18-19 ans	32	47	21
20-39 ans	46	35	20
40-49 ans	41	42	17
50-64 ans	61	20	19

Source : Drug Vibes 2023 (Damian, 2023)

En ce qui concerne les quantités, deux tiers des usager-es consomment un à deux joints maximum les jours de consommation, avec une quantité de cannabis variant le plus souvent de 100mg à 300mg selon leur propre estimation. L'herbe est le type de cannabis le plus consommé (98 %), suivi par la résine (44 %). Les autres formes (huile, e-liquide) sont consommées de manière plus anecdotique (6 % et 3 % respectivement).

En ce qui concerne les sources d'approvisionnement, les usager-es se procurent le plus souvent leur produit auprès d'un-e dealer (41 %), d'un-e ami-e/connaissance (22 %), d'un coffee-shop (20 %), ou via le don d'un proche (21 %). Seule une minorité (8 %) déclare en cultiver, en acheter sur le darkweb (1 %) ou s'en procurer via un autre mode d'approvisionnement (6 %).

### POLYCONSOMMATION

La majorité des usager-es (65 %) n'ont consommé que du cannabis au cours des 30 derniers jours, mais 9 % ont également consommé de l'ecstasy/MDMA, 7 % de la cocaïne, 5 % à la fois de l'ecstasy/MDMA et de la cocaïne et 14 % d'autres combinaisons de produits. L'enquête ne précise pas si ces produits ont été consommés au même moment.

## LES MOTIVATIONS À L'USAGE DE CANNABIS

En mai 2019, le Vif avait lancé, en collaboration avec Eurotox, un sondage visant à questionner les attitudes des Belges par rapport au cannabis et à son éventuelle dépénalisation ou réglementation. Plusieurs questions portaient également sur les comportements de consommation ainsi que sur les raisons avancées par les usager-es pour justifier leur consommation. Il s'agissait d'une enquête en ligne disponible pendant environ deux semaines et ayant permis de récolter l'avis de 2113 personnes vivant en Belgique. La moitié des répondant-es (n=1036) ont participé via un panel représentatif de la population générale (538 francophones et 498 néerlandophones) et l'autre moitié (n=1077) via la diffusion de l'appel à participation sur le site du Vif et dans sa version papier, appel qui a été relayé sur les réseaux sociaux ainsi que par diverses associations actives dans le secteur des assuétudes. Malgré la présence d'un panel représentatif, l'échantillon global ne peut être considéré comme représentatif de la population belge en raison de l'absence de procédure d'échantillonnage. La thématique a en effet attiré une proportion relativement élevée de consommateur-rices de cannabis (46,2 % ont déclaré une consommation de cannabis au cours de la vie, ce qui est largement supérieur à ce qui est observé dans l'enquête HIS). Nous ne sommes pas non plus en mesure de garantir que l'échantillon d'usager-es sondé-es soit représentatif de l'ensemble des usager-es belges de cannabis.

Au total, 29,8 % des répondant-es (n=628) ont déclaré avoir consommé du cannabis psychoactif au cours des 12 derniers mois, et 20,9 % de manière régulière (au moins une fois par semaine). Les motifs avancés par ces usager-es pour justifier leur consommation sont variés, comme on peut le constater dans le [tableau 11](#). Certains motifs sont plus fréquemment évoqués que d'autres. Ainsi, la détente est de loin le motif de consommation le plus fréquemment avancé (67,2 %), suivi par la recherche de plaisir/euphorie (31,8 %) et l'amélioration

**Tableau 11 : Motifs de la consommation de cannabis chez des usager-es belges (au moins un usage au cours des 12 derniers mois), en fonction de la régularité de l'usage, 2019**

	Usager-es occasionnel-les (N=193)	Usager-es régulier-es (N=435)	Total (N=628)
	%	%	%
Détente	58,5	71,0*	67,2
Plaisir / euphorie	50,8**	23,4	31,8
Sommeil	18,7	35,4**	30,3
Curiosité	40,9**	15,9	23,6
Anxiété	10,4	27,8**	22,5
Douleurs physiques	8,3	27,6**	21,7
Humeur	7,3	16,1*	13,4
Opportunisme	24,9**	6,4	12,1
Défonce	16,6*	9,7	11,8
Habitude	2,1	10,8*	8,1
Ennui	2,1	6,2	4,9
Oublier problèmes	3,6	4,8	4,5
Sociabilité	2,6	5,1	4,3
Autres	5,7	10,1	8,8
Au moins un motif auto-thérapeutique	37,3	71,7**	61,1

\*p<0.01 ; \*\* p<0.001  
Source : Le Vif & Eurotox

du sommeil (30,3 %). On observe également d'importantes différences en fonction de la régularité de l'usage. Ainsi, les usager-es occasionnel-les évoquent plus fréquemment les motifs de plaisir/euphorie, de curiosité, d'opportunisme et de défonce que les usager-es réguliers. À l'inverse, ces dernier-es évoquent plus fréquemment les motifs de détente, d'habitude, d'amélioration du sommeil ou de l'humeur, et de soulagement de l'anxiété ou de douleurs physiques que les usager-es occasionnel-les. Au total, 71,7 % des usager-es régulier-es de cannabis évoquent au moins un motif que l'on peut considérer comme auto-thérapeutique<sup>53</sup>. De même, certains motifs varient significativement en fonction du genre. Ainsi, les femmes évoquent davantage que les hommes consommer pour soulager de l'anxiété (29 % versus 20,6 %). À l'inverse, les hommes en consomment davantage que les femmes pour se défoncer (13,9 % versus 4,3 %).

53 Soulagement de douleurs physiques, amélioration du sommeil ou de l'humeur, réduction de l'anxiété, oubli de problèmes. La recherche de détente n'est pas à proprement parler un motif thérapeutique. Toutefois, la frontière entre la détente et le soulagement de l'anxiété est probablement moins tranchée qu'il n'y paraît, et la détente pourrait avoir des vertus préventives contre le développement de troubles anxieux.

L'usage pour le plaisir/euphorie diminue progressivement avec l'âge, de même que l'usage motivé par la curiosité. Inversement, l'utilisation de cannabis pour soulager des douleurs somatiques augmentent progressivement avec l'âge.

Une hypothèse pouvant expliquer le fait que les usager-es régulier-es évoquent davantage de motifs thérapeutiques serait que l'usage de cannabis aurait tendance à se régulariser lorsque l'usager-e y trouve un bénéfice en terme de soulagement. Bien entendu, il est aussi possible que certain-es usager-es régulier-es évoquent davantage ce type de motifs parce que cela leur permet de rationaliser leur usage par des motifs plus acceptables socialement. Quoiqu'il en soit, ces résultats font écho à d'autres publications récentes ayant mis en évidence le fait que de nombreuses personnes ont recours au cannabis à des fins d'auto-médication, tant dans les pays où le cannabis est interdit que dans ceux où il est autorisé pour usage récréatif et/ou médical (voir par exemple, Asselin *et al.*, 2022 ; Leung *et al.*, 2022).



## 8.1

## L'USAGE DE CBD CHEZ LES ÉTUDIANT·ES DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

En 2022, l'Observatoire de la vie étudiante de l'ULB a réalisé une enquête sur les habitudes de consommation d'alcool et de drogues à l'échelle des étudiant·es de l'ULB et de la Haute école libre de Bruxelles Ilya Prigogine, à laquelle 3.377<sup>54</sup> étudiant·es ont participé (voir 7.2 pour une brève description).

### LA SITUATION EN 2022

Selon l'enquête réalisée en 2022 à l'échelle des étudiant·es de l'ULB et de la HELB Ilya Prigogine, l'usage de CBD au cours des 12 derniers mois s'élève à 10,9 %, et l'usage au cours des 30 derniers jours à 4,2 % (Tableau 12). Seule une minorité d'étudiant·es en consomment de manière régulière (hebdomadaire ou quotidienne). L'usage de CBD ne varie pas en fonction du genre. En revanche, il augmente progressivement avec l'âge.

**Tableau 12 : Prévalences de l'usage de CBD chez les étudiant·es de la Région bruxelloise, par genre et âge, 2022**

	Moins de 19 ans	20-22 ans	23-25 ans	Plus de 25 ans	Total
	%	%	%	%	%
<b>Consommation de CBD au cours des 12 derniers mois</b>					
Hommes (n=923)	10,7	10,3	15,3	14,7	12,1
Femmes (n=1597)	8,5	8,0	12,2	13,9	9,8
<b>Total (N=2607)</b>	<b>9,4</b>	<b>9,4</b>	<b>13,2</b>	<b>14,8</b>	<b>10,9</b>
<b>Consommation de CBD au cours des 30 derniers jours</b>					
Hommes (n=923)	4,2	4,0	4,7	7,0	4,7
Femmes (n=1597)	3,0	3,1	4,5	7,0	3,9
<b>Total (N=2607)</b>	<b>3,4</b>	<b>3,8</b>	<b>4,4</b>	<b>7,0</b>	<b>4,2</b>
<b>Consommation hebdomadaire* de CBD au cours des 12 derniers mois</b>					
Hommes (n=923)	1,0	0,7	0,6	3,5	1,2
Femmes (n=1597)	1,2	1,1	2,6	3,1	1,7
<b>Total (N=2607)</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>	<b>1,8</b>	<b>3,1</b>	<b>1,5</b>
<b>Consommation quotidienne de CBD au cours des 12 derniers mois</b>					
Hommes (n=923)	0,3	2,3	0,6	0,7	1,1
Femmes (n=1597)	0,2	0,2	0,6	1,3	0,4
<b>Total (N=2607)</b>	<b>0,2</b>	<b>1,0</b>	<b>0,6</b>	<b>1,0</b>	<b>0,7</b>

\* Usage hebdomadaire mais non quotidien.  
Source : Enquête ULB/HELB Ilya Prigogine 2022 (Paume & Sourdin, 2023)

54 Le taux de réponse était de 8,2 % comparativement à la population totale des étudiant·es de l'ULB et de la HELB Ilya Prigogine.

## L'USAGE DE CBD DANS LA POPULATION GÉNÉRALE ET CHEZ LES USAGER-ES DE CANNABIS

En mai 2019, le Vif avait lancé, en collaboration avec Eurotox, un sondage visant à questionner les attitudes des Belges par rapport au cannabis et à son éventuelle dépénalisation ou réglementation. Il s'agissait d'une enquête en ligne disponible pendant environ deux semaines et ayant permis de récolter l'avis de 2113 répondant-es (voir 7.5. pour une brève description).

### LA SITUATION EN 2019

Au total, 23,1 % des Belges sondé-es ont déclaré avoir déjà consommé des produits à base de CBD, et 21,3 % au cours des 12 derniers mois (Tableau 13). Les usager-es actuel-les de cannabis sont clairement plus nombreux-ses à déclarer avoir consommé du CBD au cours de la vie ou au cours des 12 derniers. Néanmoins, d'ancien-nes usager-es et des non usager-es de cannabis rapportent également en avoir consommé, respectivement 22,6 % et 4,4 %. Une augmentation de la consommation de ce produit depuis 2019 est probable, en raison d'une plus grande accessibilité, connaissance et visibilité du produit.

En ce qui concerne les motivations à la consommation de ce produit, si les motifs de curiosité (58 %) et de détente (29,2 %) sont fréquemment avancés pour expliquer l'usage de CBD, de nombreux-ses usager-es ont mentionné des motifs thérapeutiques (douleurs physiques : 38 % ; sommeil : 16,4 % ; anxiété : 17,5 % ; nausées : 2,2 % ; humeur : 4,3 % ; arrêt/substitution du cannabis psychoactif : 1,6 %). Notons aussi que quelques usager-es en ont consommé sur conseil de leur médecin (3,8 %).

Tableau 13 : Prévalences d'usage de CBD en Belgique en fonction du statut d'usage de cannabis psychoactif, 2019

	Statut d'usage du cannabis psychoactif			Total (N=2113) %
	Ancien-nes usager-es (N=433) %	Usager-es actuel-les (N=544) %	Non-usager-es (N=1136) %	
Usage au cours de la vie	22,6	62,7	4,4	23,1
Usage au cours des 12 derniers mois	18,5	60,1	3,9	21,3
Occasionnel	11,1	40,8	1,7	13,7
Hebdomadaire*	3,5	10,5	0,6	3,7
Quotidien	3,9	8,8	1,6	3,9

\* Usage hebdomadaire mais non quotidien.

Source : Le Vif & Eurotox

### CANNABINOÏDES DE SYNTHÈSE : QUELS RISQUES POUR LA SANTÉ ?

De manière générale, le cannabis de synthèse paraît plus dangereux pour la santé que son homologue végétal, et ce pour différentes raisons : produits relativement purs ou à concentration élevée en principe actif, dosage difficile à maîtriser ou aléatoire, effets parfois plus puissants que le THC et durée d'action plus longue, absence de CBD<sup>55</sup>, présence possible de plusieurs molécules dans un même produit, manque de recul quand à une possible toxicité en cas d'usage à long terme. Depuis les années 2010, la littérature scientifique témoigne en effet d'un nombre relativement important d'intoxications impliquant certains cannabinoïdes de synthèse (e.g. Wehrman, 2010). Les intoxications se caractérisent par des symptômes somatiques et psychiatriques nécessitant souvent une prise en charge médicale : hypersudation, hypertension, palpitations cardiaques et douleurs thoraciques, nausées et vomissements, anxiété, paranoïa et délires psychotiques, hallucinations, convulsions, perte de conscience (pour une revue, voir Gunderson *et al.*, 2012). Des pathologies plus graves ont également été rapportées, telles que des infarctus du myocarde (Mir, Obafemi, Young, Kane, 2011), des insuffisances rénales aiguës (Bhanushali, Jain, Fatima, Leisch, & Thornley-Brown, 2013) ou encore des dépressions respiratoires (Kourouni *et al.*, 2020). Plusieurs décès directement liés à leur toxicité aigüe sur les organes vitaux ont également été rapportés (Gurney *et al.*, 2014 ; Kourouni *et al.*, 2020).

55 Le CBD, de par son action antipsychotique, permet de réduire la manifestation des certains effets indésirables des cannabinoïdes qui agissent sur les récepteurs CB1 (anxiété, délire, paranoïa ...).

L'usage des cannabinoïdes de synthèse est peu documenté en Belgique et a fortiori en Région bruxelloise. En effet, la plupart des enquêtes n'intègre qu'un indicateur générique relatif à l'usage de NSP, qui ne permet pas de préciser la nature des produits ayant effectivement été consommés. Il nous paraît tout de même utile de rappeler les principaux résultats de ces enquêtes afin d'apporter un éclairage sur l'ampleur de la consommation de ce type de produits dans les populations actuellement sondées. Ces enquêtes mettent en évidence que l'usage de NSP semble apparemment relativement peu répandu en Région bruxelloise comparativement à celui des drogues classiques, et en particulier du cannabis. L'hypothèse la plus probable pour expliquer ce faible niveau de consommation de NSP est que le marché belge des drogues classiques est suffisamment diversifié, abondant et attractif pour écarter cette nouvelle concurrence (Hogge, 2014).

### 9.1

## L'USAGE DE NOUVELLES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (NSP) CHEZ LES ÉLÈVES DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

### LA SITUATION EN 2018

La prévalence de l'**usage au cours de la vie de nouvelles substances psychoactives** était de 1,9 % chez les élèves scolarisés dans l'enseignement secondaire francophone (3<sup>e</sup> année et plus) de la Région bruxelloise (Tableau 14). Les différences de genre et d'âge ne sont pas significatives. L'usage de ces substances est majoritairement occasionnel (1 à 2 jours de consommation), et seulement 3 élèves (sur les 31 ayant déclaré en avoir consommé, soit 9,7 % des usager-es) ont déclaré en avoir consommé 30 fois (jours) ou plus.

Tableau 14 : Prévalences de la consommation au cours de la vie de nouvelles substances psychoactives (NSP) chez les élèves scolarisés dans l'enseignement secondaire francophone (3<sup>e</sup> et plus) de la Région bruxelloise, par âge et par genre, 2018

	Moins de 15 ans	15-16 ans	17-18 ans	19 ans et +	Total
	%	%	%	%	%
Garçons (n=721)	0,0	3,1	2,1	0,9	2,2
Filles (n=901)	2,2	0,3	2,1	3,1	1,7
<b>Total (N=1622)</b>	<b>1,3</b>	<b>1,6</b>	<b>2,1</b>	<b>2,1</b>	<b>1,9</b>

Source : Enquête HBSC 2018

9.2

## L'USAGE DE NSP DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

### LA SITUATION EN 2018

Selon l'enquête HIS 2018, l'usage de NSP au cours des 12 derniers mois serait anecdotique dans la population générale en Région bruxelloise, puisqu'il ne concernerait que 0,06 % des 15-64 ans, un niveau de prévalence inférieur mais statistiquement équivalent à celui observé en 2013 (0,3 %). La ventilation par genre et par classe d'âge n'est pas possible en raison du petit nombre de personnes concernées par l'usage de ce type de produits.

9.3

## L'USAGE DE NSP ET DE CANNABIS DE SYNTHÈSE CHEZ LES PERSONNES USAGÈRES DE DROGUES

### LA SITUATION EN 2019 (ENQUÊTE EUROTOX)

Selon l'enquête Eurotox<sup>56</sup> menée en 2019 auprès d'un échantillon d'usager-es de drogues vivant en Belgique francophone, la prévalence de NSP sur la vie s'élevait à 18,2 % en Région bruxelloise, la prévalence d'usage les 12 derniers mois à 11,2 % et la prévalence d'usage les 30 derniers jours à 9,4 % (Tableau 15). L'usage régulier de ces produits est peu élevé (3,5 % d'usage régulier les 12 derniers mois). L'usage de

56 Il s'agissait d'une enquête en ligne, sans méthode d'échantillonnage. Les résultats de cette enquête doivent être extrapolés avec prudence et ne peuvent être considérés comme représentatifs de tous les usager-es de drogues vivant en Belgique francophone.

NSP concernait davantage les hommes que les femmes, la différence étant surtout marquée au niveau de l'usage sur la vie. L'usage de NSP ne varie pas en fonction de l'âge des répondant-es, et il est statistiquement équivalent dans les deux régions francophones. Les personnes qui consultent les forums d'usager-es (que nous dénommerons *forumeur-ses*)<sup>57</sup> sont beaucoup plus enclines à avoir consommé des NSP que les autres répondant-es, quel que soit l'indicateur. Ainsi, près d'un tiers d'entre eux en ont déjà consommé au moins une fois dans leur vie, un cinquième (21,1 %) au cours des 30 derniers jours, et près de 1 forumeur-se sur 10 (8 %) déclare en consommer de manière plus régulière (au moins une fois par mois). La majorité des usager-es de NSP (85,7 %) ont consommé des drogues classiques avant de consommer ces nouveaux produits. En outre, ils n'ont généralement pas remplacé leur usage de drogues classiques par celui de NSP (89,2 %).

Comme on peut le voir dans le [tableau 16](#), un peu plus d'un tiers (38,5 %) des usager-es ayant déclaré avoir consommé des NSP durant les 30 derniers jours ont mentionné avoir consommé du cannabis de synthèse de type Spice, et environ un quart (27,9 %) des cannabinoïdes de synthèse sous forme de poudre. Parmi les usager-es actif-ves de NSP, les forumeur-ses sont moins enclin-es que les non-forumeur-ses à avoir consommé des cannabinoïdes de synthèse (type Spice ou type RC).

### LA SITUATION EN 2023 (DRUG VIBES)

Selon l'enquête Drug Vibes 2023 organisée par Sciensano, 8 % des usager-es de drogues interrogé-es ont déclaré avoir consommé une NSP au cours des 30 derniers jours. L'enquête ne documente pas le type de produits consommés, et ne fournit pas de précision sur le profil sociodémographique des personnes ayant déclaré en consommer.

57 Usager-es ayant utilisé activement ou passivement un ou plusieurs forums d'usager-es (eg. Psychoactif.org, psychonaut.com) au cours des 12 derniers mois.

58 22 répondant-es ne s'identifiaient ni comme homme ni comme femme. Iels ne sont donc repris que dans le total. Et 41 répondant-es habitaient en Flandre.

59 Sous forme de poudre vendue comme *research chemicals*.

Tableau 15 : Prévalence d'usage de NSP parmi les usager-es belges de l'enquête Eurotox, 2019

	Wallonie (n=1.028)	Bruxelles (n=678)	Forumeur-ses (N=226)	Total (N=174 <sup>58</sup> )
	%	%	%	%
Usage au cours de la vie	16,3	18,2	31,4	17,0
Usage au cours des 12 derniers mois	9,5	11,2	22,6	10,2
Usage au cours des 30 derniers jours	8,1	9,4	21,1	8,7

Source : Enquête Eurotox 2019

Tableau 16 : Types de NSP consommées durant les 30 derniers jours par les usager-es actif-ves, 2019

	Wallonie (n=81)	Bruxelles (n=62)	Forumeur-ses (N=47)	Total (N=148)
	%	%	%	%
Hallucinogènes (triptamines ...)	43,2	54,8	59,6	49,3
Cannabis de synthèse (type spice)	45,6	30,7	19,1	38,5
Stimulantes (cathinones ...)	29,6	29,1	36,2	28,3
Cannabinoïdes de synthèse (type RC) <sup>59</sup>	33,3	22,5	14,9	27,9
Benzodiazépines (étizolam, diazépam ...)	23,5	19,4	27,7	22,3
Dissociatives (Méthoxétamine, 3-MéO-PCP ...)	20,9	19,4	25,5	21,0
Opioides et apparentés (MT-45, fentanylloïdes ...)	4,9	6,4	2,1	5,5
Autres	12,3	4,8	6,4	9,4

Source : Enquête Eurotox 2019

# LES CONSÉQUENCES SOCIO-SANITAIRES DE L'USAGE DE CANNABIS

## 10.1

### LES INTOXICATIONS LIÉES AU CANNABIS

En Belgique, il n'existe actuellement aucun outil de monitoring des intoxications prises en charge dans les services d'urgence. Une loi adoptée en février 2019 prévoit de développer un réseau sentinelle constitué d'une 20aine d'unités (principalement des services d'urgence, mais également des équipes de secouristes présents dans des festivals), qui seront chargées d'enregistrer et communiquer à Sciensano les intoxications relatives à l'usage de drogues ainsi que les éventuels résultats d'analyses toxicologiques. Mais à ce jour, les arrêtés d'application n'ont pas encore été publiés et aucun dispositif n'a été déployé. Un financement permettant sa mise en place aurait toutefois être accordé à Sciensano via le nouveau Fonds drogue lancé par la commissaire nationale drogue.

Les intoxications liées aux drogues peuvent être appréhendées à partir des données du projet Euro-DEN PLUS (*European Drug Emergencies Network*), auquel participent actuellement deux hôpitaux flamands (EMCDDA, 2024). Ce projet permet de monitorer les prises en charge aux urgences au sein d'un échantillon d'hôpitaux européens<sup>60</sup>.

60 Dans ce projet, l'identification des produits impliqués se fait sur base des déclarations du de la patient-e et de la symptomatologie, et plus rarement (dans 15 à 20 % des cas) sur base d'analyses toxicologiques. Or les produits déclarés peuvent ne pas correspondre aux produits consommés (e.g. produits adultérés, manque de précision sur les produits rapportés). Dans le cas du cannabis, on ne peut donc exclure que certaines intoxications liées aux cannabinoïdes de synthèse aient été classées dans la catégorie «cannabis» plutôt que «NSP». Enfin, dans la plupart des cas, l'intoxication impliquait plus d'un produit, de sorte

Le tableau 17 présente l'évolution des différents produits identifiés lors des prises en charge des intoxications liées aux drogues au sein des deux hôpitaux belges. Comme on peut le voir, le cannabis est, après la cocaïne, le deuxième produit le plus souvent impliqué dans les intoxications enregistrées chaque année, et il est mentionné dans environ un quart des intoxications. Il importe de garder à

..... qu'il est difficile de tirer des conclusions sur base de chaque produit considéré isolément. Les statistiques relatives aux combinaisons de produits les plus fréquemment observées ne sont pas disponibles. Il est toutefois fait mention qu'en 2022, l'alcool était impliqué en polyconsommation dans 49 % des prises en charge enregistrées au niveau européen.

l'esprit que l'implication des différents produits peut varier d'un hôpital à l'autre, notamment en fonction du niveau socio-économique de la population locale et de ses pratiques d'usage. En 2022, le cannabis était en moyenne mentionné dans 22,8 % des cas dans l'ensemble des hôpitaux européen participants. Les intoxications liées au cannabinoïdes de synthèses ne sont pas spécifiquement rapportées mais sont actuellement classées dans les «NSP».

.....  
61 Une même intoxication peut impliquer plusieurs produits.

Tableau 17 : Produits impliqués dans les intoxications prises en charge<sup>61</sup> par les deux hôpitaux belges participant au projet Euro-DEN-Plus, 2017-2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	%	%	%	%	%	%
<b>HÔPITAL D'ANVERS</b>	<b>(N=500)</b>	<b>(N=592)</b>	<b>(N=654)</b>	<b>(N=591)</b>	<b>(N=670)</b>	<b>(N=329)</b>
Cocaïne	32,4	35,0	36,4	28,3	36,6	43,5
Cannabis	22,2	27,4	26,0	24,9	31,8	23,4
Amphétamine	13,8	14,9	12,8	14,0	8,5	14,0
GHB/GBL	8,4	8,3	9,0	8,1	4,6	12,8
Benzodiazépines	7,0	14,4	10,6	9,3	13,3	11,2
MDMA	10,6	9,3	10,7	5,1	4,5	8,2
Héroïne	7,4	6,8	7,3	5,8	5,5	4,0
NSP	0,8	1,0	1,2	2,7	2,5	3,6
Méthadone	1,6	1,0	1,4	1,4	2,2	3,0
Méthamphétamine	0,2	1,0	0,9	1,2	0,7	3,0
Prégabaline	0,0	0,0	0,2	0,3	1,8	1,5
<b>HÔPITAL DE GAND</b>	<b>(N=113)</b>	<b>(N=127)</b>	<b>(N=202)</b>	<b>(N=126)</b>	<b>(N=68)</b>	<b>(N=48)</b>
Cocaïne	32,7	34,6	27,7	22,2	29,4	37,5
Cannabis	38,1	21,3	29,7	23,8	26,5	16,7
Amphétamine	23,0	19,7	18,3	24,6	20,6	14,6
MDMA	13,3	6,3	10,9	7,9	10,3	12,5
Benzodiazépines	10,4	15,0	7,4	19,0	11,8	12,5
NSP	0,9	4,7	5,9	2,4	14,7	12,5
Méthamphétamine	3,5	3,1	3,5	2,4	1,5	8,3
GHB/GBL	14,2	8,7	5,4	7,1	11,8	6,2
Méthadone	7,1	1,6	3,0	4,0	1,5	4,2
Héroïne	4,4	8,7	6,4	7,9	2,9	2,1
Prégabaline	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1

Source : Euro-DEN-Plus (EMCDDA, 2024)

## LES DEMANDES DE TRAITEMENT POUR UN USAGE PROBLÉMATIQUE DE CANNABIS

L'indicateur de la demande de traitement (appelé TDI pour *Treatment demand indicator*) consiste en un enregistrement annuel des demandes de traitement introduites auprès des services d'aide et de soins<sup>62</sup> pour un problème d'abus ou de dépendance à une drogue ou à l'alcool. Il vise à fournir une estimation annuelle du nombre et à dresser le profil des personnes ayant fait une telle demande de soin. Il ne porte que sur les nouvelles demandes de traitement et non sur l'ensemble des

62 Les données du TDI ne sont actuellement récoltées que dans les centres spécialisés en assuétudes et dans les hôpitaux. Des prises en charge pour une problématique de consommation d'alcool ou de drogues peuvent bien entendu survenir dans d'autres types de structures qui ne sont actuellement pas couvertes (e.g. services de santé mentale sans spécialisation en assuétudes, maisons médicales) ainsi qu'en pratique libérale (e.g. médecin généraliste, psychiatre, psychologue). Par conséquent, le profil des patient-es enregistrés n'est probablement pas représentatif du profil de l'ensemble des patient-es pris en charge sur le territoire bruxellois.

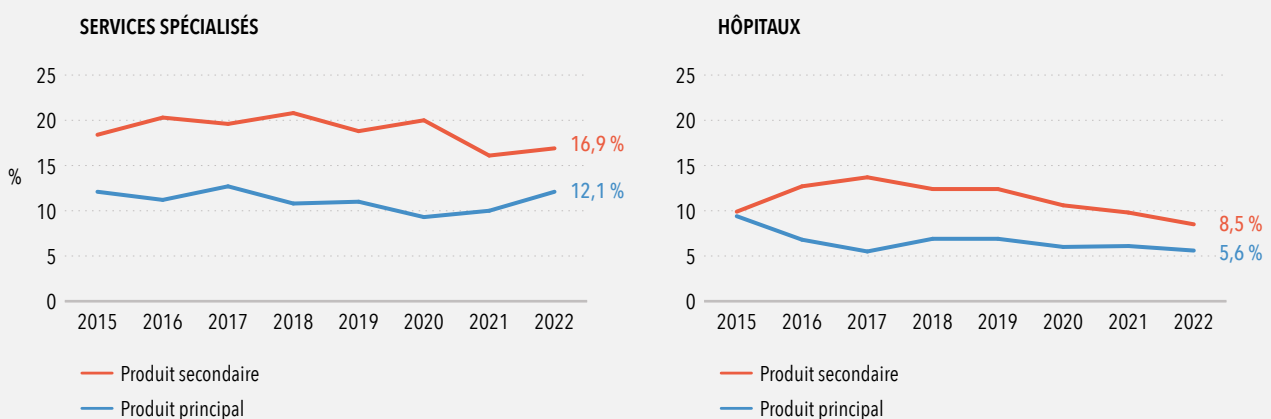
patient-es en traitement sur une année civile. Le protocole actuel se compose d'une trentaine de variables visant à décrire le profil sociodémographique des patient-es (âge, sexe, niveau d'instruction, situation de logement et de revenus ...), le profil de consommation (produits problématiques, produit principal, fréquence d'usage et mode d'administration du produit principal, âge du premier usage du produit principal ...) et le profil de la demande (type de structure de prise en charge, origine de la demande de traitement, antécédents thérapeutiques). La plupart des variables portent sur la situation actuelle du-de la patient-e, à savoir celle observée au cours du mois précédent l'introduction de la demande. Ces informations sont généralement collectées lors du premier ou second entretien avec le-a professionnel-le de santé. Elles sont donc basées sur les déclarations du-de la patient-e et peuvent être sujettes à l'imprécision en raison de biais cognitifs (difficultés mnésiques, désirabilité sociale, déni ...). Le TDI ne fournit actuellement aucune information sur les suites données à la demande (e.g. type de traitement proposé et approche thérapeutique, adhésion et rétention en traitement, impact sur la problématique de consommation et le bien-être du-de la patient-e).

Chaque année, le cannabis est cité comme produit problématique principal<sup>63</sup> par 10 à 12 % des patient-es qui introduisent une demande de traitement dans les services spécialisés en assuétudes de la Région bruxelloise ; cela représente entre 200 et 300 personnes sur une base annuelle. Le cannabis est aussi mentionné comme produit problématique secondaire par environ 15 à 20 % des patient-es qui introduisent une demande de traitement pour un autre produit principal. Dans les hôpitaux, la proportion de patient-es mentionnant le cannabis en produit principal ou secondaire est moins élevée, les demandes de traitement enregistrées dans ce type de structure étant majoritairement liée à des problématiques d'usage d'alcool. L'évolution des proportions de patient-es mentionnant le cannabis en produit principal ou en produit secondaire sont détaillées dans la *figure 9*. Alors que les proportions sont relativement stables dans le temps dans les services spécialisés, on constate une légère diminution des demandes en produit principal dans les hôpitaux (-3,7 % entre 2015 et 2022).

Le profil sociodémographique et de consommation des patient-es pris-es en charge en 2022 dans les services spécialisés et les hôpitaux de la Région bruxelloise pour un usage problématique de cannabis

63 La substance principale est définie comme celle qui pose le plus de problèmes au patient lors de l'introduction de la demande de traitement.

Figure 9 : Évolution de la proportion de patient-es (en %) ayant introduit une demande de traitement dans les services spécialisés et les hôpitaux de la Région bruxelloise sur la période 2015-2022, avec mention du cannabis en produit principal ou produit secondaire



Source : Sciensano

## LES INFRACTIONS LIÉES AU CANNABIS

en produit principal est détaillé dans le [tableau 18](#) ainsi qu'une fiche synthétique en annexe du présent document en ce qui concerne les prises en charge dans les services spécialisés. Le lecteur intéressé trouvera une description et discussion détaillée du profil de ces patients dans une publication spécifique relatives à l'indicateur des demandes de traitement en Région bruxelloise (Eurotox, 2023). Un rapport national est également publié par Sciensano (Antoine, 2023).

**Tableau 18 : Profils des patient-es pris-es en charge dans les services spécialisés et dans les services hospitaliers de la Région bruxelloise pour un usage problématique de cannabis en produit principal, 2022**

	Services spécialisés (n=245)	Hôpitaux (n=57)		Services spécialisés (n=245)	Hôpitaux (n=57)
<b>Demandes (%)</b>	<b>11,7</b>	<b>5,9</b>	<b>Antécédents de traitement (%)</b>		
<b>Âge</b>			Oui	38	50
Moyen	32,89	29,74	Non	62	50
Médian	32	29	NR (n)	37	5
NR (n)	18	0	<b>Origine de la demande (%)</b>		
<b>Genre (%)</b>			La personne elle-même	44,4	52,6
Hommes	86	70,2	Proche(s)	14,6	17,5
Femmes	14	29,8	Service médico-psycho-social	20,9	17,5
NR (n)	2	0	Justice	19,7	5,3
<b>Logement (%)</b>			Autre	0,4	7
Domicile fixe	60	80,4	NR (n)	6	0
Logements variables	4,2	7,1	<b>Âge de la première consommation</b>		
Rue	6,7	7,1	Âge moyen	17,14	17,76
Institution	5,4	5,4	Âge médian	16	17
Prison	23,8	0	NR (n)	123	15
Autre	0	0	<b>Fréquence de consommation (%)</b>		
NR (n)	5	1	Depuis plus de 30 jours	8,7	7,5
<b>Revenu (%)</b>			1 jour/semaine	6	7,5
Revenus de travail	33,8	24,5	2 à 3 jours/semaine	11,4	7,5
Allocations de chômage	12,2	10,2	4 à 6 jours/semaine	11,4	5,7
Indemnité maladie ou invalidité	17,8	32,7	Tous les jours	62,5	71,7
Revenus minimum ou aide du CPAS	16,4	22,4	NR (n)	61	4
Pension de retraite ou de survie	0,5	0	<b>Comportement d'injection (%)</b>		
Aucun revenu propre	17,4	8,2	Non	97,3	100
Autre	1,9	2	Oui, au cours de la vie	2,7	0
NR (n)	32	8	NR (n)	23	6
<b>Diplôme (%)</b>			<b>Polyconsommation (%)</b>		
Non scolarisé	4,8	4	Non	63,3	59,6
Primaire	39	24	Oui	36,7	40,4
Secondaire	43,8	52	NR (n)	0	0
Supérieur	11,9	20	NR=non réponse.		
Autre	0,5	0	Source : Sciensano		
NR (n)	35	7			

Les statistiques policières portent sur les infractions pour lesquelles un procès-verbal a été dressé, ce qui inclut à la fois les infractions accomplies et les tentatives d'infractions. Un même fait peut porter sur plusieurs infractions (e.g. détention et commerce), mais le système d'enregistrement ne permet pas de distinguer les infractions isolées des infractions multiples. Par ailleurs, ces données ne reflètent qu'indirectement l'ampleur des comportements illégaux. En effet, elles ne concernent que la partie visible et sanctionnée de ces comportements et sont fortement tributaires de l'activité et des moyens policiers, ainsi que de la facilité avec laquelle certaines infractions peuvent être ou non objectivées. Par conséquent, les variations dans l'espace et dans le temps des différents types d'infractions peuvent certes avoir pour origine une augmentation ou une diminution réelle des comportements associés, mais elles peuvent aussi être le reflet d'autres facteurs tels que des modifications de la politique de sécurité au niveau fédéral, régional ou local, ou des moyens alloués à la répression spécifique de ces comportements. Elles peuvent aussi être en partie le reflet d'un changement au niveau de la disposition de la population à signaler ces infractions afin de faciliter le travail des policiers. Enfin, ces fluctuations peuvent également dépendre directement de la qualité de l'enregistrement (sous-encodage, doublons ...) ainsi que d'une modification de la nomenclature d'enregistrement.

La majorité (environ 75 %) des infractions à la législation sur les drogues enregistrées au niveau national ainsi qu'en Région bruxelloise concerne des faits de détention de drogues, le plus souvent de cannabis<sup>64</sup>. Le commerce et l'importation/exportation

<sup>64</sup> Les infractions pour détention de moins de 3g de cannabis, qui font généralement l'objet d'un procès-verbal simplifié en l'absence de circonstances aggravantes, sont également comptabilisées dans les chiffres que nous exposons ici. Rappelons aussi que les infractions de commerce, import/export et

Tableau 19 : Nombre d'infractions liées au cannabis enregistrées au niveau national et en Région bruxelloise, par type d'infractions, 2007-2022

	BELGIQUE						BRUXELLES					
	Détention	Commerce	Import/Export	Fabrication	Délits liés à l'usage*	Autre	Détention	Commerce	Import/Export	Fabrication	Délits liés à l'usage*	Autre
2007	19.151	2.329	5.742	550	5.967	205	1.680	234	223	14	583	29
2008	18.888	2.669	6.112	620	6.637	265	2.239	283	432	34	592	45
2009	20.635	3.341	5.493	709	7.051	338	2.814	380	300	26	740	53
2010	21.934	3.385	5.472	773	1.675	804	2.900	375	145	26	160	83
2011	23.906	3.194	4.746	836	994	678	3.672	499	187	36	150	98
2012	22.929	3.306	2.137	872	808	746	3.838	484	154	46	147	164
2013	26.643	3.970	1.583	1.022	1.044	842	4.900	676	196	76	278	204
2014	31.199	4.334	1.719	1.114	943	911	5.876	675	295	75	204	194
2015	29.059	4.242	1.524	1.123	780	824	5.207	674	234	80	194	136
2016	31.276	4.539	1.479	1.148	702	825	5.626	745	194	58	163	192
2017	32.789	4.549	1.727	1.112	600	853	5.700	757	175	77	148	240
2018	32.380	4.735	1.482	1.052	571	877	5.711	800	184	57	117	279
2019	35.107	4.904	1.411	1.060	534	818	6.055	957	169	62	86	335
2020	34.269	5.257	1.785	1.083	529	1.090	6.713	1.038	161	65	116	453
2021	31.122	4.907	1.301	845	468	994	5.662	979	40	55	94	497
2022	31.612	4.745	827	710	305	990	5.378	1.045	48	41	41	479

\* Facilitation de l'usage, incitation à l'usage et désordre, danger ou scandale dans l'espace public  
Source : Police Fédérale

totalisent quant à eux près de 20 % des infractions. Le **tableau 19** présente le détail du nombre d'infractions annuelles impliquant du cannabis au niveau national ainsi qu'en Région bruxelloise. Ces statistiques n'incluent pas les infractions en lien avec la conduite sous influence de drogues, qui font l'objet d'un enregistrement distinct sur les statistiques d'infractions de roulage (voir ci-dessous).

On constate entre 2012 et 2019 une importante augmentation des infractions pour détention de cannabis, qui pourrait en partie s'expliquer par l'augmentation de la consommation dans la population générale (voir chapitre 7.3), mais trouve probablement son explication principale au niveau de la volonté politique de réprimer la consommation dans l'espace public (la consommation est depuis 2010 enregistrée comme un délit de détention, conformément à la loi belge qui réprime spécifiquement la détention et non l'usage de cannabis). La répression de la consommation visible a été particulièrement renforcée à partir du gouvernement Michel I (dès 2014). La diminution des infractions observée à partir de 2020 est probablement une conséquence de la crise sanitaire liée

à la Covid 19. La crise sanitaire a en effet entraîné une désertion de l'espace public pendant les périodes de confinement et les heures de couvre-feu, ainsi qu'une diminution des pratiques festives en raison de la fermeture des établissements de la vie nocturne et l'interdiction des grands rassemblements. Les forces de police ont également dû être mobilisées dans le cadre de la gestion de la crise, les rendant probablement moins disponibles pour relever d'autres infractions.

Une augmentation des infractions liées à la production et au commerce de cannabis est également observée, tant au niveau régional que national, l'offre et la demande étant forcément corrélées. Une augmentation de la production de cannabis sur le territoire belge est objectivée depuis le changement de politique survenu en mai 2012 aux Pays-Bas, restreignant l'accès aux coffee-shops de Maastricht et de nombreuses communes transfrontalières aux seuls résidents du pays. Ce changement s'est avéré être une opportunité pour les organisations criminelles de produire et écouler davantage de cannabis sur notre territoire. Parallèlement à l'augmentation de la production de cannabis sur le territoire belge, les activités d'importation/exportation semblent avoir diminué.

10.4

## LA CONDUITE SOUS INFLUENCE DE CANNABIS

La conduite sous l'influence de drogues est interdite en Belgique comme dans la plupart des pays. De nombreuses substances psychoactives légales ou illégales sont en effet susceptibles d'altérer les capacités de conduite automobile. La conduite sous influence constitue d'ailleurs une importante cause d'accidents et d'insécurité routière. Le cannabis augmente de 1 à 3 fois le risque d'accidents grave ou mortel lorsqu'il est consommé isolément, ce risque étant grandement majoré lorsqu'il est consommé en association avec de l'alcool (Hels *et al.*, 2011). L'association alcool-cannabis a un effet particulièrement délétère sur les capacités de conduite automobile, même avec de faibles quantités (voir par exemple Downey *et al.*, 2013). Le risque précis dépendra toutefois de différents facteurs (produits et quantités consommées, fréquence d'usage, degré de maîtrise de la conduite, perception des risques, etc.).

.....  
fabrication débouchent aussi fréquemment sur une infraction de détention.



Malgré ces constats, il n'existe pas d'estimation récente et récurrente de la conduite sous influence de drogues sur les routes belges, à la manière du dispositif mis en place par l'institut Vias avec la collaboration de nombreuses unités de police pour objectiver la conduite sous influence d'alcool. Les seules données à disposition proviennent du projet européen DRUID (Houwing et al, 2011), au cours duquel des conducteur-rices de 13 pays européens ont été soumis à une analyse toxicologique par prélèvement sanguin afin d'objectiver et quantifier l'ampleur de la conduite sous influence<sup>65</sup>. Cette étude montrait que 10,7 % des automobilistes belges étaient positifs à une ou plusieurs substances psychotropes (alcool, médicaments et/ou drogues) (Tableau 20). L'alcool est la substance la plus impliquée dans la conduite sous influence, avec 6,42 % des conducteur-rices présentant un taux d'alcool supérieur ou égal à 0,1 g/l et 2,15 %<sup>66</sup> un taux d'alcool supérieur ou égal à 0,5 g/l, suivi par les benzodiazépines (2,01 %). Le cannabis a été détecté chez 0,35 % des conducteur-rices. La conduite sous influence est globalement plus importante en Belgique que dans l'ensemble des pays européens participants, en particulier pour l'alcool et les benzodiazépines. Ces résultats confirment que la conduite sous influence est un phénomène préoccupant pour la sécurité routière, possiblement sous-estimé dans cette étude dans la mesure où la participation se faisait sur base volontaire. Il paraît en outre nécessaire d'actualiser ces constats.

En Belgique, la conduite sous influence de drogues est également objectivée à travers l'activité policière, dans le cadre d'une procédure en trois étapes successives (check-list, dépistage salivaire, analyse salivaire en laboratoire) entrée en vigueur le 1<sup>er</sup>

65 Pour la Belgique, sur 6.155 conducteur-rices sollicitées, 2.949 ont accepté de participer à l'étude (taux de participation de 48 %), et une prise de sang a pu être réalisée chez 2.750 d'entre eux (soit 93 %).

66 2,2 % pour l'alcool seul et 0,3 % pour l'alcool en combinaison avec une drogue ou un médicament.

67 Au total, 23 substances étaient recherchées dans les échantillons sanguins sur base de méthode de toxicologie analytique en utilisant des seuils minimums de détectabilité. Un résultat positif correspond donc à la présence quasiment certaine (probabilité égale à supérieure à 95 %) de la substance dans le sang, quelle qu'en soit la quantité.

68 *Blood Alcohol Content* (concentration d'alcool dans le sang).

**Tableau 20 : Prévalence de la détection de substances psychotropes chez les conducteur-rices de voitures et de camionnettes en Belgique et en Europe, 2007-2009**

	Conducteur-rices belges (N=2.750)	Conducteur-rices européen-nes (N=48.542)
	%	%
<b>Positif à une ou plusieurs substances<sup>67</sup></b>	<b>10,65</b>	<b>7,43</b>
Alcool (BAC <sup>68</sup> ≥ 0,1 g/l)	6,42	3,48
Alcool (BAC ≥ 0,5 g/l)	2,15	1,49
Alcool+drogues ou alcool+médicaments	0,31	0,39
Plusieurs drogues et/ou médicaments	0,30	0,37
Cannabis (THC)	0,35	1,32
Cocaïne	0,20	0,42
Opiacés illégaux (héroïne ...)	0,09	0,07
Amphétamine/ecstasy	0,00	0,08
Benzodiazépines	2,01	0,90
Opiacés médicaux	0,75	0,35
Somnifères	0,22	0,12

Note : catégories mutuellement exclusives, hormis pour Alcool BAC ≥ 0,5 g/l (inclus dans Alcool BAC ≥ 0,1 g/l)  
Source : Houwing et al., 2011

octobre 2010<sup>69</sup>. Dans la pratique, un test de dépistage salivaire est imposé par les forces de l'ordre (éventuellement concomitamment à un test d'haleine) lorsque celles-ci suspectent un conducteur-riche d'être sous l'emprise d'un produit stupéfiant. Cette suspicion repose sur l'utilisation d'une check-list standardisée relatives aux signes évocateurs d'un usage récent de drogues (e.g. yeux, comportement, langage, humeur, démarche ...). En cas de test salivaire positif<sup>70</sup>, un prélèvement salivaire est réalisé afin de pouvoir objectiver l'infraction via un laboratoire agréé<sup>71</sup>. Les tests de dépistage salivaire ont en effet une fiabilité limitée, qui ne leur permet pas à eux seuls de prouver l'existence d'une infraction.

Cette procédure en trois étapes s'applique aux conducteur-rices de véhicules à quatre

69 Cette procédure a été mise en place afin de remplacer le screening via des tests psychomoteurs et urinaires, jugés peu fiables et inadaptés au travail de terrain des forces de l'ordre.

70 L'outil de dépistage actuellement utilisé en Belgique (DrugCheck® 3000) ne permet d'identifier qu'un nombre relativement limité de produits : cocaïne, opiacés, amphétamines, MDMA (ecstasy), et cannabis.

71 Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2019, un prélèvement salivaire est généralement priorisé. Avant cette date, la police avait recours à un prélèvement sanguin, qui était peu pratique en routine car il nécessitait l'intervention d'un-e médecin. Le prélèvement sanguin reste toujours possible en cas d'impossibilité à recourir au prélèvement salivaire.

roues ainsi qu'aux autres usager-es de la route (vélo, moto, cheval ...), ainsi qu'à toute personne s'apprêtant à les conduire, ainsi que celles qui sont suspectées d'avoir causé un accident de la route (y compris les piéton-nes et les passager-es). Depuis octobre 2023, une circulaire des procureur-es généraux permet à la police d'étendre la mesure à tout-e conducteur-riche impliqué-e dans un accident, avec ou sans dégâts corporels.

La plupart des analyses faisant suite à un test de dépistage positif ont objectivé la présence d'une ou plusieurs drogues illégales dans le sang<sup>72</sup> (voir Figure 10). Dans la majorité des cas, les résultats objectivent une seule substance, le plus souvent le cannabis (dans environ 45 % des cas). On assiste toutefois depuis 2019 à une légère diminution de la proportion de cas impliquant le cannabis isolément, au profit d'une augmentation relative des

72 Dans certains cas (environ 10 à 15 % chaque année), le test de laboratoire était en dessous du seuil légal ; il peut s'agir de véritables faux positifs (qui peuvent être notamment induits par certains médicaments) ou de cas d'exposition récente n'impactant pas les capacités de conduite (par exemple, un usage de cannabis la veille). La proportion de cas en dessous du seuil légal est en augmentation depuis 2019 en raison d'un changement de test salivaire de dépistage (le DrugCheck® 3000, qui engendre manifestement plus de faux positifs que le test Drugwipe® qui était auparavant utilisé).

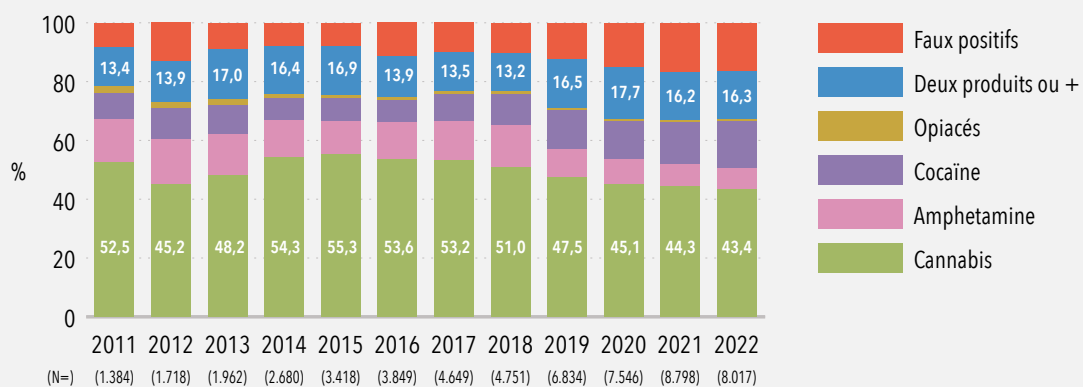
cas impliquant la cocaïne isolément ou impliquant au moins deux produits<sup>73</sup>. Ces fluctuations coïncidant au changement de test de screening salivaire, on ne peut exclure que cette évolution puisse s'expliquer par des différences de sensibilité des outils utilisés. En effet, alors que les techniques d'analyses de laboratoire sont

d'une précision stable dans le temps, les tests de screening sont moins précis et doivent être considérés comme des filets, dont les mailles peuvent varier en taille en fonction de l'outil utilisé.

73 Les associations les plus fréquentes sont "cannabis+cocaïne", suivies par "amphétamine+cannabis", "amphétamine+cocaïne" et "amphétamine+cocaïne+cannabis".

74 Depuis 2020, l'INCC n'est plus le seul laboratoire de référence en raison de la récente modification de la procédure d'objectivation de la conduite sous influence de drogues.

Figure 10 : Détection de drogues dans les prélèvements de sang ou de salives faisant suite à un screening salivaire positif en Belgique, 2011-2022<sup>74</sup>



Source : Institut National de Criminologie et de Criminalistique (fourni par Sciensano)

## LES TESTS SALIVAIRES : DES OUTILS UTILES MAIS CLAIREMENT PERFECTIBLES

Si l'objectif principal et louable des tests salivaires est d'améliorer la sécurité routière, dans la pratique l'outil de dépistage actuellement utilisé en Belgique ne permet d'identifier qu'un nombre relativement limité de produits ou de leurs métabolites: cocaïne, opiacés, amphétamines, MDMA (ecstasy), et cannabis. Ainsi, les médicaments hypno-sédatifs ou tranquillisants ne sont pas directement visés par cette procédure, alors que leur consommation chronique est relativement répandue, et que leur action sur les capacités de conduite est tout aussi délétère, voire davantage, que celles des drogues illégales (voir Hels *et al.*, 2011). Une étude franco-belge a par ailleurs montré que parmi près de 400 échantillons salivaires qui s'étaient révélés non-positifs à la détection de drogues classiques après une check-list positive, 8,4 % contenaient la présence de nouvelles substances psychoactives ne pouvant être détectées par le test de dépistage (voir Richeval *et al.*, 2018). La poursuite des infractions de roulage impliquant les produits non détectables (e.g. benzodiazépines, kétamine, nouvelles substances psychoactives) est certes possible via l'invocation de l'article 35 de la loi de 1968 relative à la police de circulation routière<sup>75</sup>, mais nous ne savons pas dans quelle mesure cette possibilité est mobilisée par les forces de l'ordre. Enfin, la tolérance zéro est d'application pour les tests de dépistage salivaires de l'usage de drogues, car il n'y a pas de seuil minimal comme il en existe pour l'alcool : ce sont en effet des seuils de détectabilité qui sont appliqués. Pourtant, certaines substances restent décelables dans la salive plusieurs heures (et parfois plusieurs jours) alors que leurs effets se sont estompés et n'interfèrent plus avec les capacités de conduite. Certes, la loi prévoit d'appliquer un facteur de correction/tolérance de 30 % sur les résultats de l'analyse en laboratoire afin de ne pas pénaliser la consommation récente (par exemple la veille) d'un produit n'ayant plus d'effet délétère sur la conduite. Cependant, les résultats d'analyses sont communiqués dans un délai de plusieurs jours/semaines, de sorte que des citoyens peuvent être privés du droit de conduire pendant 15 jours, alors qu'ils ne présentaient pas une réelle menace pour la sécurité routière. Ce sont en grande partie ces cas qui correspondent aux «faux positifs».

75 Concrètement, en cas d'état d'ivresse manifeste ou tout état analogue résultant de l'emploi de drogues ou de médicaments, la police peut procéder à un prélèvement salivaire en vue d'une analyse en laboratoire en l'absence de positivité au test de dépistage, si elle estime que la personne est visiblement dans un état incompatible avec la conduite automobile.

Malgré la prohibition et la pénalisation de l'usage de cannabis, ce produit est consommé par de nombreuses personnes en Région bruxelloise comme partout ailleurs en Belgique et dans de nombreux pays à travers le monde. La consommation n'est pas limitée à la population jeune, et on observe même une importante augmentation de la prévalence de l'usage au cours de la vie, puisqu'en 2018, 30,2 % de la population bruxelloise (contre 22 % en 2013), et environ un quart des jeunes scolarisé-es dans le secondaire, ont déclaré en avoir déjà consommé au moins une fois dans leur vie ; la prévalence d'expérimentation a toutefois diminué en 2022 chez ces jeunes. L'interdit légal n'a donc manifestement pas l'impact dissuasif escompté. Il apparaît au contraire que les pays les plus fermes en matière de répression peuvent enregistrer des niveaux de prévalence d'usage particulièrement élevés, alors que les pays où son usage est dépenalisé ou décriminalisé enregistrent des niveaux de prévalence plus faibles. Ce constat est valable dans la population générale ainsi que chez les jeunes, et tant pour l'usage occasionnel que régulier (voir Hogge, 2015).

La plupart des usager-es consomment du cannabis de manière occasionnelle, probablement dans un contexte festif (sorties, soirées entre amis etc.). Une faible proportion en consomme de manière régulière mais sans addiction ni impact sur le fonctionnement quotidien. Mais dans certains cas, le cannabis peut faire l'objet d'un usage problématique et d'une dépendance ayant des conséquences dommageables pour la personne. Le risque d'usage problématique et de conséquences dommageables au niveau socio-sanitaire est plus élevé chez les jeunes consommateurs, en raison de leur plus grande vulnérabilité biopsychosociale, ainsi que chez les personnes ayant un faible niveau socio-économique, en raison de l'impact des inégalités sociales sur la santé. Il est donc important de renforcer l'offre en matière de prévention (en particulier de prévention

sélective) en ciblant prioritairement ces groupes à risque. Il convient également de renforcer les dispositifs de détection et intervention précoce auprès des usager-es problématiques, dans une perspective de santé publique. Le contexte prohibitif actuel ne favorise pas l'efficacité de ces dispositifs, car les usager-es problématiques ont intérêt à dissimuler autant que possible leur consommation pour éviter les ennuis judiciaires et la stigmatisation/discrimination. D'ailleurs, il apparaît qu'actuellement une proportion non négligeable des demandes de traitement sont initiées par la justice, en particulier chez les jeunes usager-es (voir Eurotox, 2023).

Dans la population générale, l'augmentation de l'usage de cannabis peut s'expliquer par plusieurs facteurs : 1) une augmentation de la disponibilité du produit ; 2) une dédiabolisation du produit (notamment dans la presse et plus généralement dans l'opinion publique), qui se concrétise par une plus grande acceptabilité sociale de sa consommation ainsi qu'une plus faible perception de dangerosité en comparaison à d'autres drogues ; 3) une meilleure connaissance de son potentiel thérapeutique, pouvant amener davantage de personnes à en consommer pour des motifs de soulagement ; 4) le recours aux drogues (légal et illégal) comme stratégie de *coping* est probablement aussi accentué par le contexte socio-économique actuel, qui est anxiogène et générateur de mal-être, autant d'afflictions accentuées par les crises successives. En effet, l'usage de cannabis ne se limite pas aux seuls contextes festifs et récréatifs, car de nombreuses personnes en consomment à des fins de soulagement ou de recherche de bien-être.

Le cannabis qui circule actuellement sur le marché noir favorise les problèmes de santé publique en raison de l'absence de contrôle de sa composition. Ainsi, la concentration en THC est particulièrement élevée, et la proportion de CBD est souvent très faible dans les variétés cultivées par les organisations criminelles

qui sont essentiellement préoccupées par la recherche de profit. Ces variétés augmentent ainsi le risque de survenue d'une attaque de panique, en particulier chez l'usager-e inexpérimenté-e ou fragile psychologiquement. Ces produits hautement concentrés en THC (et pauvres en CBD<sup>76</sup>) augmentent également le risque de survenue de troubles psychotiques tels que les bouffées délirantes aiguës et la schizophrénie (Di Forti *et al.*, 2014)<sup>77</sup>. Le fait de consommer du cannabis fortement concentré en THC augmente aussi le risque de dépendance chez les usager-es régulier-es (Freeman & Winstock, 2015), y compris le risque de dépendance physique. Des symptômes de sevrage peuvent en effet survenir en cas d'arrêt brutal de la consommation chez les grand-es consommateur-rices de variétés fortement psychoactives (Smith, 2005). En outre, le cannabis produit dans des conditions illégales peut avoir une influence nocive sur la santé des usager-es en raison des risques de contamination par des bactéries, des champignons ou des métaux lourds, ainsi qu'en raison de l'utilisation massive d'engrais et pesticides chimiques pour maximiser les récoltes (Cole *et al.*, 2010 ; Dryburgh *et al.*, 2018 ; Tytgat *et al.*, 2017). L'herbe de cannabis peut aussi parfois contenir des cannabinoïdes de synthèse, qui sont pulvérisés par des trafiquants afin d'augmenter la puissance d'une herbe peu ou pas psychoactive. Ces herbes peuvent

.....  
76 Pour rappel, le CBD a notamment comme propriété de diminuer certains effets psychologiques du THC (anxiété, paranoïa, délires, hallucinations...).

77 L'association entre usage de cannabis et schizophrénie est largement abordée dans la littérature, sans toutefois fournir de conclusions univoques. Selon certains auteurs-es, le cannabis agirait en tant que facteur déclenchant chez des personnes présentant une vulnérabilité. D'autres recherches suggèrent à l'inverse que le cannabis a tendance à être utilisé par des personnes présentant des signes psychotiques parce qu'il permet d'atténuer certains symptômes de la maladie. Enfin, selon certaines études, usage de cannabis et schizophrénie pourraient dépendre d'une cause commune (par exemple d'origine génétique). Il est probable que ces trois explications ne soient pas mutuellement exclusives.

être extrêmement dangereuses si la concentration en cannabinoïdes de synthèse est élevée. Enfin, la résine de cannabis est très souvent coupée avec des excipients (cellulose, paraffine, henné, etc.), et l'herbe de cannabis est également quelques fois frelatée (sable, microbilles de verre, etc.) afin d'en augmenter le poids (Cole *et al.*, 2010). Ces produits de coupe peuvent aussi avoir un effet délétère sur la santé du/de la consommateur-ice.

En Belgique, comme partout ailleurs, les objectifs de la politique prohibitionniste n'ont jamais été atteints et le système s'avère contre-productif (Decorte, De Grauwe & Tytgat, 2013). En effet, le cannabis est disponible en abondance et n'a jamais été aussi puissant et nocif, les Belges n'en ont jamais autant consommé, la première expérience est relativement précoce, et la vente du produit n'a jamais été aussi profitable et lucrative pour les réseaux criminels. Pour des raisons de santé publique, de sécurité intérieure et extérieure et de finances publiques, il serait plus pertinent de mettre en place un cadre légal clair et prévisible, organisant une réglementation du marché du cannabis tout en développant la prévention (afin de retarder les premières consommations et prévenir les usages intensifs), la réduction des risques liés à l'usage de ce produit (e.g. promotion des modes de consommation à moindre risque, conseils pour minimiser le risque d'addiction et d'impact sur la santé). La régulation du marché du cannabis bénéficie en effet d'un argumentaire scientifique étoffé et de modèles d'application réalistes et réalisables, qui répondent aux échecs du modèle prohibitionniste, notamment en termes de santé publique. La régulation ne saurait être une véritable avancée de santé publique sans un contexte sécurisant de consommation, c'est-à-dire le développement d'une véritable politique de santé publique, d'information, de prévention et de réduction des risques, d'encadrement strict du marketing et de la publicité, d'offre de soins adéquats et de promotion de la santé, qui comprend le soutien financier adéquat et récurrent de la recherche et des divers services (Paquin, 2017 ; Decorte et al, 2017 ; INHESJ et OFDT, 2017). Bien entendu, le simple fait de dépénaliser ou légaliser le cannabis sur un territoire n'engendre pas forcément une baisse de la consommation, et dans un premier temps une augmentation

du nombre d'expérimentateur-ices ou d'usager-es occasionnel-les est observée. Mais en développant des politiques publiques intégrées et cohérentes, il est apparu aujourd'hui possible de mettre en place des alternatives au modèle prohibitif éculé, tout en renforçant les actions de prévention et de détection précoce de manière à réduire le risque de glissement du simple usage récréatif/thérapeutique vers un usage problématique.

De plus en plus de pays s'engagent d'ailleurs dans la voie de la décriminalisation de la possession de drogues illicites pour usage personnel, voire de la réglementation et légalisation du cannabis, explorant différents modèles possibles et alimentant en données empiriques les connaissances scientifiques. Dans un contexte international en mutation sur les politiques publiques relatives au cannabis, l'OFDT a publié une recherche en 2023 qui vise à comparer les régimes de régulation du cannabis développés dans six juridictions nord-américaines : trois aux États-Unis (État de Washington, Oregon, Californie) et trois au Canada (Colombie-Britannique, Ontario, Québec). Du fait de multiples enjeux qui s'entremêlent et se complexifient (santé publique, développement économique, justice sociale...), la régulation du cannabis apparaît comme un processus graduel, nécessitant des ajustements permanents à mesure que le déploiement du marché met à l'épreuve les modèles de régulation ou produit des effets non-anticipés (Obradovic & Taiclet, 2023a ; Obradovic & Taiclet, 2023b).

Malgré ces constats et l'augmentation du nombre de pays ayant modifié leur politique en matière de cannabis au profit d'un marché réglementé, une révision de la politique répressive en matière de cannabis n'est pas à l'ordre du jour en Belgique. Les deux précédents gouvernements se sont plutôt attelés à réprimer plus sévèrement la consommation, en faisant notamment preuve d'une plus grande fermeté par rapport à l'usage dans l'espace public. Cette orientation politique s'est naturellement accompagnée d'une augmentation des infractions de détention, des poursuites en la matière, et des injonctions thérapeutiques. Un récent rapport d'information issu de la Commission des Matières transversales du

Sénat<sup>78</sup> publié début 2024 aurait pu relancer le débat, mais il n'en sera finalement rien. Ce travail portait sur l'évaluation générale de l'efficacité des politiques menées en matière de drogues et plus particulièrement de cannabis. Il a mobilisé de nombreux expert-es nationaux et internationaux via une série d'auditions. Sur cette base, le Sénat recommande, entre autres, à l'autorité fédérale en concertation avec les entités fédérées de «créer un terreau réglementaire et légal favorisant la conduite de recherches scientifiques et cliniques sur le cannabis et plus particulièrement sur le cannabis thérapeutique», «de permettre l'émergence d'un nouveau cadre juridique qui favorise l'égalité des citoyens devant la loi, l'accessibilité et la prévisibilité de la loi ainsi qu'une harmonisation de la politique des poursuites», ainsi que «de fournir aux personnes consommatrices et détentrices de cannabis à des fins d'usage individuel, et qui n'engendrent pas de trouble à la tranquillité ainsi qu'à l'ordre public, la possibilité d'éviter la sanction, qu'elle soit pénale ou administrative, en optant pour un accompagnement psycho-médico-social gratuit...» ou «lorsqu'il s'avère qu'un tel suivi manque de pertinence, une information relative à la prévention et à la réduction des risques...». Cette dernière recommandation fait écho à la proposition de la Féda Bxl<sup>79</sup>, en faveur d'un modèle de décriminalisation priorisant la santé dans la prise en charge des infractions liées aux drogues. La Féda Bxl recommande plus spécifiquement pour le cannabis la mise en place d'un marché réglementé sur un mode non libéral (via des cannabis social clubs et/ou des officines contrôlées par l'État)<sup>80</sup>.

Le rapport du Sénat ne recommande pas l'option d'un marché réglementé. Pourtant, selon le sondage réalisé par le Vif en 2019, la population belge est clairement favorable à la mise en place d'alternatives à la prohibition : 84 % des répondant-es se positionnaient en faveur d'une dépénalisation de la détention de cannabis pour usage thérapeutique, et 55 % pour usage thérapeutique et récréatif. Plus précisément, 40,5 % des personnes interrogées étaient favorables à la vente

78 <https://www.senate.be/www/?Mlval=/dossier&LEG=7&NR=225&LANG=fr>

79 <https://fedabxl.be/fr/2023/05/proposition-dun-modele-belge-priorisant-la-sante-dans-la-prise-en-charge-des-infractions-liees-aux-drogues/>

80 <https://fedabxl.be/fr/2020/12/pour-une-reglementation-du-cannabis-en-belgique/>

de cannabis en pharmacie, 38 % dans des boutiques privées, 35,2 % dans des structures spécialisées contrôlées par l'État et 21,1 % via des cannabis social clubs. Plusieurs député-es du Parti Socialiste (PS) avait d'ailleurs déposé en 2019 une proposition de loi-cadre instaurant un marché réglementé du cannabis à la Chambre des représentant-es<sup>81</sup>. Ce texte visait à réglementer l'ensemble de la filière de production et de distribution ainsi que la consommation de cannabis. La prise de contrôle de ce marché s'opèrerait par deux canaux de distribution et de production : 1) la production domestique individuelle dans le cadre d'un usage strictement personnel ; 2) la création de Cannabis Social Clubs. Le-la lecteur-riche intéressé-e trouvera aussi une analyse détaillée et critique de la situation belge en matière de cannabis ainsi que des pistes de régulation du marché dans le document susmentionné «Pour une réglementation du cannabis en Belgique», publié par la feda bxl et ses membres<sup>82</sup>.

En ce qui concerne plus spécifiquement le **CBD**, l'autorisation de commercialisation de certains produits permet à la population belge d'accéder à un produit ayant un potentiel thérapeutique. Les fleurs de CBD peuvent par ailleurs constituer un produit de substitution ou d'aide au sevrage pour les usager-es intensif-ves de cannabis psychoactif qui souhaitent diminuer ou mettre un terme à leur consommation (Crippa *et al.*, 2013). Enfin, le CBD pourrait également être un adjuvant dans le traitement d'autres formes de dépendance, d'après certaines études chez l'animal (Thirion, 2019). Néanmoins, la manière dont le CBD a été régularisé est maladroite et manque de cohérence : les accises rendent le prix de vente des fleurs au CBD parfois plus élevé que celui du cannabis illégal, et l'accessibilité en pharmacie reste contraignante et limitée. Plus généralement, la classification du cannabis en tant que substance psychoactive illicite fait certainement peser le poids de la morale prohibitionniste sur l'accessibilité au **cannabis thérapeutique**. La légalisation et la mise à disposition du cannabis thérapeutique au-delà de produits à base de CBD pourraient être une réelle plus-value en termes de traitement symptomatologique

(nausées, douleurs chroniques, spasticités, etc.) de diverses maladies ou affections (cancer, sida, sclérose en plaques, épilepsie, etc.). Actuellement, l'absence de cadre légal favorable freine la recherche scientifique en la matière et contraint un certain nombre de patient-es souffrant à se tourner vers des traitements non-adaptés, potentiellement addictifs ou hors des réseaux médicaux, avec l'ensemble des risques que cela comporte.

Enfin, il convient de rappeler que même si le marché actuel du cannabis est abondant et protecteur par rapport à la circulation de **cannabinoïdes de synthèse**, une circulation locale ou grandissante de produits à base de ces nouvelles substances n'est pas à exclure. En raison de leur dangerosité solidement étayée, des efforts de prévention ciblés devraient être envisagés auprès de population à risque (e.g. usager-es intensif-ves de cannabis, jeunes consommateur-rices). Une amélioration du monitoring des substances en circulation devrait également être déployée, en particulier en ce qui concerne le *drug checking* qui n'est actuellement que très peu développé sur notre territoire, principalement en raison des obstacles légaux à sa mise en œuvre.

81 <https://www.lachambre.be/kvvcr/showpage.cfm?section=flwb&language=fr&cfm=/site/www.cfm/flwb/flwbn.cfm?dossierID=0134&legislat=55&inst=K>

82 <https://fedabxl.be/fr/pour-une-reglementation-du-cannabis-en-belgique/>

# BIBLIOGRAPHIE & ANNEXE

- Ahmed, S.A., Ross, S.A., Slade, D., Radwan, M.M., & Zulfiqar, F., *et al.* (2008). Cannabinoid ester constituents from high-potency Cannabis sativa. *Journal of Natural Products*, 714, 536-542.
- Antoine, J. (2023). L'enregistrement TDI en Belgique. Rapport annuel : année d'enregistrement 2022. Bruxelles : Sciensano.
- Asselin, A., Beuparant Lamarre, O., Chamberland, R., McNeil, S.J., Demers, E. & Zongo, A. (2022). A description of self-medication with cannabis among adults with legal access to cannabis in Quebec, Canada. *Journal of Cannabis Research*, 4:26
- Bhanushali, G.K. Jain, G., Fatima, H., Leisch, L.J., & Thornley-Brown, D. (2013). AKI associated with synthetic cannabinoids: a case series. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 8, 523-526.
- Boyd, J., Sexton, O., Angus, C., Meier, P., Purshouse, R.C., & Holmes, J. (2022). Causal mechanisms proposed for the alcohol harm paradox-a systematic review. *Addiction*, 117, 33-56.
- Chandra, S., Radwan, M.M., Majumdar, C.G., Church, J.C., Freeman, T.P., & ElSohly, M.A. (2019). New trends in cannabis potency in USA and Europe during the last decade (2008-2017). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269, 5-15.
- Cole, C., Jones, L., McVeigh, J., Kicman, A., Syed, Q. *et al.* (2010). Adulterants in illicit drugs: a review of empirical evidence. *Drug Testing and Analysis*, 3, 89-96.
- Crippa, J. A. D. S., Hallak, J. E. C., Machado-de-Sousa, J. P., Queiroz, R. H. C., Bergamaschi, M., Chagas, M. H. N., & Zuardi, A. W. (2013). Cannabidiol for the treatment of cannabis withdrawal syndrome: a case report. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 382, 162-164.
- Damian, E., (2023). La consommation de drogues en Belgique. Les principaux résultats de Drug Vibes - L'enquête belge sur les drogues. Rapport annuel, année d'enregistrement 2023. Bruxelles : Sciensano.
- Decorte, T., De Grauwe, P. & Tytgat, J. (2013). Cannabis: bis? Plaidoyer pour une évaluation critique de la politique belge en matière de cannabis. KU Leuven, Universiteit Gent.
- Decorte, T., De Grauwe, P., & Tytgat, J. (2017). Le cannabis sous contrôle. Comment ? LannooCampus.
- Deville, M., Dubois, N., Denooz, R., & Charlier, C. (2020). Validation of an UHPLC/DAD method for the determination of cannabinoids in seized materials: Analysis of 213 samples sold in Belgian CBD shops. *Forensic Science International*, 310:110234.
- Di Forti, M., Sallis, H., Allegri, F., Trotta, A., Ferraro, L., *et al.*, (2014). Daily use, especially of high-potency cannabis, drives the earlier onset of psychosis in cannabis users. *Schizophrenia Bulletin*, 40, 1509-1517.
- Dresen, S., Ferreirós, N., Pütz, M., Westphal, F., Zimmermann, R., & Auwärter, V. (2010). Monitoring of herbal mixtures potentially containing synthetic cannabinoids as psychoactive compounds. *Journal of Mass Spectrometry*, 45, 1186-1194.
- Dubois, S., Mullen, N., Weaver, B., & Bédart, M. (2015). The combined effects of alcohol and cannabis on driving: Impact on crash risk. *Forensic Science International*, 248, 94-100.
- Downey, L.A., King, R., Papafotiou, K., Swann, P., Ogden, E., Boorman, M., & Stough, C. (2013). The effects of cannabis and alcohol on simulated driving: Influences of dose and experience. *Accident Analysis & Prevention*, 50, 879-886.
- Dryburgh, L.M., Bolan, N.S., Grof, C.P.L., Galettis, P., Schneider, J., *et al.* (2018). Cannabis contaminants: sources, distribution, human toxicity and pharmacologic effects. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 84, 2468-2476.
- EMCDDA (2023). The European Drug Report 2023: Trends and Developments. Luxembourg (Publications Office of the European Union): European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2017). Les cannabinoïdes de synthèse en Europe. Perspectives sur les drogues. Luxembourg (Publications Office of the European Union): European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2024). European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus): data and analysis. [https://www.emcdda.europa.eu/publications/data-factsheet/european-drug-emergencies-network-euro-den-plus-data-and-analysis\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/data-factsheet/european-drug-emergencies-network-euro-den-plus-data-and-analysis_en)
- Essa, E., Macaraeg, J., Jagan, N., Kwon, D., Randhawa, S. *et al.* (2020). Review of cases of e-cigarette or vaping product use-associated lung injury (EVALI) and brief review of the literature. *Case Reports in Pulmonology*, 2020:1090629.
- Eurotox (2023). Les demandes de traitement pour un usage problématique d'alcool et de drogues en Région de Bruxelles-Capitale. Etat des lieux et évolution sur la période 2015-2022. Bruxelles : Eurotox.
- Freeman, T.P., Groshkova, T., Cunningham, A., Sedefov, R., Griffiths, P., & Lynskey, M.T. (2018). Increasing potency and price of cannabis in Europe, 2006-16. *Addiction*, 114, 1015-1023.
- Freeman, T.P., & Winstock, A.R. (2015). Examining the profile of high-potency cannabis and its association with severity of cannabis dependence. *Psychological Medicine*, 45, 3181-3189.

- Gurney, S.M.R., Scott, K.S., Kacinko, S.L., Presley, B.C., & Logan, B.K. (2014). Pharmacology, Toxicology, and Adverse Effects of Synthetic Cannabinoid Drugs. *Forensic Science Review*, 26, 53-78.
- Hels, T., Bernhoft I. M., Lyckegaard, A., Houwing, S., Hagenzieker, M., Legrand, S.-A., Isalberti, C., Van der Linden, T. & Verstraete, A. (2011). Risk of injury by driving with alcohol and other drugs. DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). 6th Framework programme. Deliverable 2.3.5.
- Ipsos European Public Affairs (2022). Flash Eurobarometer 493: Impact of drugs on communities. Luxembourg: European Commission.
- Jugl, S., Okpeku, A., Costales, B., Morris, E.J., Alipour-Haris, G., et al., (2021). A Mapping literature review of medical cannabis clinical outcomes and quality of evidence in approved conditions in the USA from 2016 to 2019. *Medical Cannabis and Cannabinoids*, 4, 21-42.
- Kalininskiy, A., Bach, C.T., Nacca, N.E., Ginsberg, G., Marraffa, J. et al. (2019). E-cigarette, or vaping, product use associated lung injury (EVALI): case series and diagnostic approach. *The Lancet Respiratory Medicine*, 7, 1017-1026.
- Kourouni, I., Mourad, M., Khouli, H., Shapiro, J.M., Mathew, J.P. (2020). Critical illness secondary to synthetic cannabinoid ingestion. *JAMA Network Open*, 3(7):e208516.
- Gunderson, E.W., Haughey, H.M., Ait-Daoud, N., Joshi, A.S., & Hart, C.L. (2012). Spice and K2 herbal highs: a case series and systematic review of the clinical effects and biopsychosocial implications of synthetic cannabinoid use in humans. *American Journal of Addiction*, 21, 320-326.
- Hines, L.A., Jones, H.J., Hickman, M., Lynskey, M., Howe, L.D., Zammit, S. & Heron, J. (2023). Adverse childhood experiences and adolescent cannabis use trajectories: findings from a longitudinal UK birth cohort. *The Lancet*, 8, e442-e452.
- Hogge, M. (2014). Euphorisant légaux et nouvelles drogues de synthèse: enjeux et risques sanitaires. *Psychotropes*, 20, 81-100.
- Hogge, M. (2015). L'usage de cannabis en Europe: Etude comparative des systèmes législatifs et de la prévalence d'usage. *Prospective Jeunesse: Drogues, Santé et Prévention*, 72, 4-9.
- Houwing, S., Hagenzieker, M., Mathijssen, R., Bernhoft, I.M., Hels, T., Janstrup, K., Van der Linden, T.V., Legrand, S.-A. & Verstraete, A. (2011). Prevalence of alcohol and other psychoactive substances in drivers in general traffic Part II: Country reports. Review version. DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). 6th Framework programme. Deliverable 2.2.3 Part II.
- INHESJ et OFDT (2017). Cannalex, Une analyse comparée des expériences de régulation du cannabis (Colorado, Etat de Washington, Uruguay) : Une étude de l'INHESJ en partenariat avec l'OFDT pour le compte du CSFRS. Rapport final synthétique, 76 pages, octobre.
- Leung, J., Chan, G., Stjepanović, D., Chung, J.Y.C., Hall, W., & Hammond, D. (2022). Prevalence and self-reported reasons of cannabis use for medical purposes in USA and Canada. *Psychopharmacology*, 239:1509-1519.
- Lindigkeit, R., Boehme, A., Eiserloh, I., Luebbecke, M., Wiggermann, M., Ernst, L. & Beuerle, T. (2009). «Spice: A never ending Story.» *Forensic Science International*, 191, 58-63.
- Lorenzetti, V., Hoch, E., & Hall, W. (2020). Adolescent cannabis use, cognition, brain health and educational outcomes: A review of the evidence. *European Neuropsychopharmacology*, 36, 169-180.
- Mir, A., Obafemi, A., Young, A., & Kane, C. (2011). Myocardial infarction associated with use of the synthetic cannabinoid K2. *Pediatrics* 128:e1622-1627.
- Ng, C.H., Sulaiman, M., Kunalan, C., & Abdullah, A.F.L. (2013). Analysis of synthetic cannabinoids in herbal products. *Malaysian Journal of Forensic Sciences*, 4, 39-46.
- Novak, M., Maglica, T., & Paic, M.R. (2022). School, family, and peer predictors of adolescent alcohol and marijuana use. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 30, 486-496.
- Obradovic, I. & Taiclet, A-F. (2023a). La légalisation du cannabis en Amérique du nord sous l'angle de la santé publique : enjeux et instruments. *Tendances*, n°158, 8 p. Paris : OFDT.
- Obradovic, I. & Taiclet, A-F. (2023b). La légalisation du cannabis en Amérique du nord sous l'angle de la santé publique : défis de mise en œuvre et effets. *Tendances*, n°159, 8 p. Paris : OFDT.
- OEDT (2019), Usage médical du cannabis et des cannabinoïdes: questions et réponses à l'intention des décideurs politiques. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Office des publications de l'Union européenne: Luxembourg.
- Oomen, P.E., Schori, D., Tögel-Lins, K., Acreman, D., Chenorhokian, S. et al. (2022). Cannabis adulterated with the synthetic cannabinoid receptor agonist MDMB-4n-PINACA and the role of European drug checking services. *International Journal of Drug Policy*, 100:103493.
- Paquin, P. (2017). La légalisation du cannabis, une avancé en santé publique. AIDQ.org.
- Patton, G.C., Coffey, C., Carlin, J.B., Degenhardt, L., Lynskey, M. & Hall, W. (2002). Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *British Medical Journal*, 325, 1195-1198.
- Paume, J., & Sourdin, C. (2023). Enquête sur les assuétudes. Bruxelles : Observatoire de la vie étudiante de l'ULB.
- Pisanti, S., Malfitano, A.M., Ciaglia, E., Lamberti, A., Ranieri, R., et al., (2017). Cannabidiol: State of the art and new challenges for therapeutic applications. *Pharmacology & Therapeutics*, 175, 133-150.
- Radwan, M.M., ElSohly, M.A., El-Alfy, A.T., Ahmed, S.A., et al. (2015). Isolation and Pharmacological Evaluation of Minor Cannabinoids from High-Potency Cannabis sativa. *Journal of Natural Products*, 78, 1271-1276.
- Régny, R., Stévenot, C. & Hogge, M. (2023). Tableau de bord de l'usage de drogues et ses conséquences sociosanitaires en Wallonie. Bruxelles : Eurotox ASBL.

Richeval, C., Wille, S.M.R., Nachon-Phanithavong, M., Samyn, N., Allorge, D., & Gaulier, J.M. (2018). New psychoactive substances in oral fluid of French and Belgian drivers in 2016. *International Journal of Drug Policy*, 57, 1-3.

Smith, N. (2005). High potency cannabis: the forgotten variable. *Addiction*, 100, 1558-1560.

Solmi, M., De Toffol, M., Kim, J.Y., Choi, M.J., Stubbs, B., et al. (2023). Balancing risks and benefits of cannabis use: umbrella review of meta-analyses of randomised controlled trials and observational studies. *British Medical Journal*, 382:e072348.

Spilka, S., Janssen, E., & Legleye, S. (2013). Détection des usages problématiques de cannabis: Le cannabis Abuse Screening Test (CAST). Paris : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.

Thirion, R. (2019). Le cannabidiol, composé naturel du Cannabis Sativa : une substance d'abus peut-elle aider à guérir les addictions ? Revue de l'état actuel de la littérature et pistes de réflexions. Liège : Mémoire non publié.

TNS Political & Social (2014). Flash Eurobarometer 401: Young people and drugs. Luxembourg: European Commission.

Tytgat, J., Cuypers, E., Van Damme, P. & Vanhove, W. (2017). Hazards of illicit cannabis cultivation for public and intervention staff. Bruxelles: BELSPO.

Van Amsterdam, J., Nutt, D., & van den Brink, W. (2013). Generic legislation of new psychoactive drugs. *Journal of Psychopharmacology*, 27, 317-324.

Wehrman, J. (2010). Fake marijuana spurs more than 2,500 calls to U.S. poison centers this year alone. Alexandria: American Association of Poison Control Centers.

Zuardi, A.W., Crippa, J.A.S., Hallak, J.E.C., Bhattacharyya, S., Atakan, Z., et al. (2012). A Critical review of the antipsychotic effects of cannabidiol: 30 years of a translational investigation. *Current Pharmaceutical Design*, 18, 5131-5140.



# Demandes de traitement pour le cannabis

Bruxelles, services spécialisés, 2022



## NOMBRE

Patient-es en traitement pour un usage problématique de cannabis en produit principal



**245**  
patient-es

**11,7 %\***

Évolution :  
**stable**

Également cité en produit secondaire par

**366**  
patient-es

**19,8 %\*\***

\* Proportion de l'ensemble des patient-es

\*\* Proportion des patient-es traité-es pour d'autres produits principaux

## PROFIL DE TRAITEMENT



**62,0 %**

débutent un traitement  
pour la 1<sup>re</sup> fois



**30 ans**

en moyenne lors du 1<sup>er</sup> traitement



Envoyé en traitement par

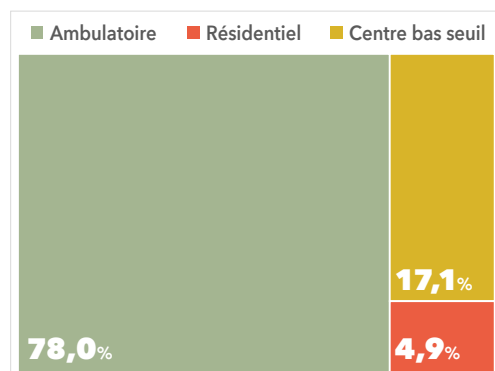
**44,4 %** soi-même

**14,6 %** entourage

**20,9 %** professionnel-es (social, santé)

**19,7 %** justice

Traité en ...



## PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

♀  
**14 %**

♂  
**86 %**

Âge

Femmes

Hommes

H+F

Q1 25 25 25

Médiane 33 31 32

Q3 42 39 40



Revenus

**33,8 %** du travail

**17,4 %** sans revenus

**46,4 %** de remplacement\*



**10,9 %**

en situation de  
logement variable  
/ à la rue



Niveau d'instruction  
le + élevé

**11,9 %** supérieur

**43,8 %** secondaire

**43,8 %** primaire ou -



Situation de vie

**38,7 %** seul

**19,0 %** en couple

**43,3 %** avec famille

**8,9 %** avec tiers

\* Revenus du chômage, CPAS, ou maladie/invalidité

## PROFIL DE CONSOMMATION

Polyconsommation  
problématique **36,7 %**



**24,1 %**  
alcool



**9,8 %**  
cocaïne  
poudre



**5,3 %**  
crack



**2,9 %**  
hypno-  
sédatifs



**2,4 %**  
opiacés



**62,5 %**  
consomment  
tous les jours

**8,7 %**  
n'ont pas consommé  
les 30 derniers jours



**17 ans** en moyenne  
lors du 1<sup>er</sup> usage



**2,7 %** ont déjà eu recours  
à l'injection de drogues





**EUROTOX ASBL | OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL-DROGUES | JUIN 2024**

151 rue Jourdan, 1060 Bruxelles | Tél. +32 2 539 48 29  
9 rue du Moulin, 1340 Ottignies | [info@eurotox.org](mailto:info@eurotox.org)

Ce document est disponible  
en version pdf sur le site | [www.eurotox.org](http://www.eurotox.org)

**eurot****tox**

AVEC LE SOUTIEN DE LA COCOF

