

BULLETIN SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE BRUXELLES

PRÉVENTION DES USAGES DE DROGUES ET ADDICTIONS AUPRÈS DES JEUNES EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE



eurototox

BULLETIN SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE BRUXELLES

PRÉVENTION DES USAGES DE DROGUES ET ADDICTIONS AUPRÈS DES JEUNES EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

Citation recommandée

Eurotox (2024). Bulletin socio-épidémiologique sur la prévention des usages de drogues et addictions auprès des jeunes en Région de Bruxelles-Capitale. Bruxelles : Eurotox.

Dépot légal

D/2024/10.063/06
Décembre 2024

Mise en page

Nathalie da Costa Maya,
www.cdcsasbl.be
flaticon.com

Coordonnées d'Eurotox

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

Ce rapport peut être obtenu gratuitement sur simple demande.

TABLE DES MATIÈRES

EUROTOX	4
INTRODUCTION	5
1 DESCRIPTION DES USAGES DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES ADOLESCENT-ES SCOLARISÉ-ES EN RÉGION BRUXELLOISE	7
1.1. L'expérimentation	8
1.1.1. Prévalences globales pour la Région bruxelloise	8
1.1.2. Prévalences selon l'âge et le genre	9
1.1.3. Prévalences selon la filière d'enseignement	11
1.1.4. Prévalences globales par région et pour la fédération Wallonie-Bruxelles	11
1.1.5. Âge d'expérimentation	12
1.1.6. Évolutions	12
1.2. L'usage récent	13
1.3. L'usage régulier	14
1.3.1. La consommation hebdomadaire d'alcool	14
1.3.2. Le <i>binge drinking</i>	15
1.3.3. Le tabagisme hebdomadaire	15
1.3.4. Le tabagisme quotidien	15
1.3.5. La consommation hebdomadaire de cannabis	16
1.3.6. La consommation quotidienne de cannabis	16
1.3.7. Prévalences globales des usages réguliers par région et pour la fédération Wallonie-Bruxelles	16
1.3.8. Évolutions	17
1.4. La polyconsommation	18
1.5. Facteurs associés aux usages de substances psychoactives chez les élèves scolarisé-es en Fédération Wallonie-Bruxelles	20
1.6. Perspectives	23
2 LA PRÉVENTION DES ASSUÉTUDES : DÉFINITIONS ET APPROCHES	25
2.1. Les trois niveaux de prévention	25
2.2. Détection et interventions précoces	25
2.3. Les différentes approches de la prévention	25
3 CADRE LÉGAL ET ORGANISATIONNEL DE LA PRÉVENTION DES ASSUÉTUDES EN BELGIQUE FRANCOPHONE	27
3.1. La législation des drogues en milieu scolaire	27
3.2. La Fédération Wallonie-Bruxelles	29
3.2.1. La promotion de la santé à l'école, une compétence de la Fédération Wallonie-Bruxelles	29

3.2.2.	Les Points d'Appui Assuétudes (PAA) en milieu scolaire	29
3.2.3.	Le Pacte pour un Enseignement d'excellence	32
3.2.4.	L'Aide à la jeunesse et la prévention	33
3.2.5.	La déclaration politique de la FWB 2024-2029	33
3.3.	La Région de Bruxelles-Capitale	34
3.3.1.	Les Plans Stratégiques de Sécurité et de Prévention (PSSP)	34
3.3.2.	Le Plan de Promotion de la Santé 2023-2027	35

4 ENJEUX DE LA PRÉVENTION **37**

4.1.	Le sous-investissement de la prévention	37
4.2.	Contexte prohibitionniste et répression à l'école : les entraves à la prévention	37
4.3.	Drogue, santé et inégalités sociales	40

5 MODÈLES ET PROGRAMMES EXISTANTS À L'INTERNATIONAL **42**

5.1.	Le Good Behavior Game (GBG)	42
5.1.	Le programme Unplugged	42
5.2.	Le projet SHAHRP	43
5.3.	Le programme Preventure	44
5.5.	La prévention inscrite au programme scolaire obligatoire	44
5.6.	Le modèle Planet Youth	45

6 RECOMMANDATIONS **46**

6.1.	Favoriser les connaissances sur les produits et leurs effets : une étape nécessaire mais non suffisante	46
6.2.	Renforcer les compétences psychosociales (CPS)	46
6.3.	Outiller et former les intervenant-es scolaires	48
6.4.	Intégrer la prévention de l'usage de substances psychoactives au programme de l'enseignement obligatoire : vers une approche structurelle	48
6.5.	Agir sur les déterminants de santé : vers des approches individualisées	49
6.6.	Appuyer les cadres politiques et stratégiques du secteur de l'éducation sur des données probantes	49

7 PERSPECTIVES **50**

BIBLIOGRAPHIE **51**



QUI SOMMES-NOUS ?

BRUXELLES

Service support assuétudes

- ▶ Monitoring socio-épidémiologique (1)
- ▶ Description des tendances émergentes (2)
- ▶ Identification de bonnes pratiques (3)
- ▶ Soutien aux professionnel·les (4)

<https://eurotox.org>

AGENCE EUROPÉENNE DES DROGUES

Point-Focal régional bruxellois et wallon

- ▶ Mise en œuvre des 5 indicateurs épidémiologiques-clés
- ▶ Remplissage des tables standards et questionnaires structurés
- ▶ Contribution au rapportage européen
- ▶ Participation au système d'alerte précoce (EWS)

<https://eurotox.org/point-focal-regional/>

illégales (e.g. cannabis, cocaïne, kétamine, MDMA), et s'étend également aux usages sans produit (e.g. écrans, jeux de hasard et d'argent).

D'autre part, Eurotox réalise la veille législative et politique de ces phénomènes, enrichie d'une réflexion sociologique. La contextualisation socio-culturelle des données quantitatives est indispensable pour comprendre les évolutions et appréhender les conséquences des tendances en matière de drogues et d'usage de drogue. Elle fournit un éclairage scientifique, met en exergue les différentes approches, et paradigmes coexistant dans le débat public et contribue *in fine* à enrichir la compréhension contextualisée du phénomène.

La mission de Point-Focal régional, réalisée en collaboration avec Sciensano et le VAD, consiste à faire remonter jusqu'à l'EUDA une série d'informations quantitatives et qualitatives relatives à l'usage de drogues et aux dispositifs mis en place à Bruxelles.

Le travail d'Eurotox vise à favoriser une compréhension fine du phénomène de l'usage des drogues sur les aspects épidémiologiques, sociologiques, sanitaires et légaux. Eurotox met son expertise au service des opérateurs·rices, des médias et des décideur·ses à travers la mise à disposition d'une information scientifique, synthétique et critique, un soutien méthodologique, et un accompagnement de professionnels pour des questions relatives aux usages et aux assuétudes, avec ou sans produits.

- 1 L'objectif poursuivi par cette mission est de prévenir les usages de drogues, légales et illégales, et les conduites addictives et favoriser la réduction des risques auprès des jeunes et des adultes en tenant compte des inégalités sociales de santé. Pour ce faire, Eurotox s'emploie à soutenir le développement d'indicateurs pertinents, le recueil de données et l'évaluation des programmes et actions, en ce compris sur les pratiques en matière de jeux de hasard et d'argent et les usages d'écrans.
- 2 L'objectif opérationnel consiste en la poursuite du développement d'actions de prévention et de réduction des risques, en ce compris le système d'alerte précoce et le testing, avec une attention particulière en matière d'usages de cannabis, de cocaïne et de crack, de kétamine et de méthamphétamine et d'usage de protoxyde d'azote ainsi que les usages de rue.
- 3 Eurotox veille à assurer le soutien, la formation et l'accompagnement des publics relais dans la mise en oeuvre de pratiques innovantes en termes de prévention de réduction des risques, afin de prévenir et lutter contre la stigmatisation des usager·es de drogues et de garantir leur accès à la santé et à des soins de qualité.
- 4 Cette mission renvoie à la participation aux concertations qui visent à mieux répondre aux besoins de la population en termes de connaissances, savoir, savoir-faire, formation et de coordination de professionnel·les de la santé, du social et de l'éducation.

Depuis 2000, l'ASBL Eurotox remplit la fonction d'Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Wallonie et en Région Bruxelles-Capitale, ainsi que la mission de Point-Focal régional au sein du Réseau Européen d'Information sur les drogues et les toxicomanies (REITOX) pour l'Agence Européenne des Drogues (EUDA)⁵.

Dans ce cadre, nous effectuons à l'échelle de la Région Bruxelles-Capitale un monitoring épidémiologique et sociologique des usages de drogues et de ses conséquences socio-sanitaires. Ce monitoring porte sur des données quantitatives et qualitatives permettant de dépeindre la situation épidémiologique relatives aux usages, à leurs déterminants et à leurs conséquences. Il concerne l'ensemble des drogues légales (alcool, tabac, médicaments psychotropes) et

5 L'Agence Européenne des Drogues (EUDA) remplace l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT), qui avait été créé en 1993.

INTRODUCTION

L'adolescence est une période de construction identitaire souvent associée à la prise de risques et à l'expérimentation, qui peuvent inclure la consommation de substances psychoactives, telles que le tabac, le cannabis et l'alcool. Chez les adolescent-es, l'usage de ces produits peut correspondre à divers besoins : la recherche de sensations, de plaisir, de relaxation, de désinhibition, de socialisation, de performance, d'échappatoire ou d'autorégulation du stress ou du mal-être. La plupart des jeunes y ayant recours ne développe pas de dépendance, et leur consommation régresse souvent au moment de l'entrée dans la vie active. Certain-es jeunes sont néanmoins davantage exposé-es que d'autres au risque d'usage problématique, en raison de leurs caractéristiques individuelles et/ou de l'environnement (familial, social et culturel) dans lequel ils-elles évoluent. Ce risque dépend grandement des caractéristiques de la personne (âge, genre, état de santé mentale et physique, compétences psychosociales, événements de vie...), de l'environnement social (milieu de vie, pairs, situation socio-économique...) et familial (composition familiale, style parental, histoires familiales...), du contexte de consommation (environnement physique lors de la prise, accessibilité au produit, influence de groupe, etc.) ainsi que du produit concerné (mode d'administration, fréquence d'usage, quantité et qualité du produit, légalité, polyconsommation, toxicité, potentiel addictif...).

Bien que l'expérimentation fasse pleinement partie de l'adolescence, une survenue trop précoce ou un usage régulier de substances psychoactives augmente les risques de conséquences néfastes sur le plan socio-sanitaire. Cette consommation peut en effet affecter le développement biologique, cognitif, psychologique et social de l'adolescent-e. Leurs connaissances en matière de risques associés ne sont pas optimales, et parfois biaisées, ce qui les expose davantage aux conséquences néfastes de l'usage. La consommation

excessive, même occasionnelle, peut avoir des conséquences au niveau social, psychologique ou physique. L'altération du jugement induite par une substance, associée au sentiment d'invulnérabilité et à la recherche de sensations, fréquents chez les jeunes, conduit parfois à la prise de risques (défi physique, bagarre, conduite d'un véhicule, rapports sexuels non protégés ou non consentis, etc.) (LaSpada *et al.*, 2020 ; Foster *et al.*, 2021). La surconsommation répétée de substances psychoactives à l'adolescence peut aussi avoir un impact nocif sur les relations interpersonnelles (Castaño-Perez & Calderon-Vallejo, 2014 ; Stormshak *et al.*, 2019) et la santé mentale des jeunes (e.g. Cerocchi *et al.*, 2023 ; Patton *et al.*, 2002), et augmente le risque de développer une dépendance à l'âge adulte (bien que d'autres déterminants interviennent également) (Maimaris & McCambridge, 2014 ; Enstad *et al.*, 2019). Elle peut aussi être favorisée par des problématiques de santé mentale préexistantes à la consommation. Quelle que soit la relation causale entre usage excessif et problèmes de santé mentale, leur coexistence à l'adolescence augmente aussi grandement le risque de troubles mentaux à l'âge adulte (e.g. Bohman *et al.*, 2024 ; Gobbi *et al.*, 2019). Enfin, la consommation répétée de quantités excessives, et plus particulièrement la pratique du *binge drinking*⁶ en ce qui concerne l'alcool, peut avoir chez les jeunes un effet délétère sur certaines fonctions cognitives, notamment les fonctions exécutives et mnésiques (Carbia *et al.*, 2018), pouvant impacter les performances scolaires. En outre, un usage excessif peut être passager ou ponctuel, sans engendrer forcément un impact significatif sur la santé et le bien-être du jeune. Notons toutefois que les jeunes, lorsqu'ils-elles consomment des substances psychoactives,

.....
6 Le *binge drinking*, ou consommation excessive d'alcool ponctuelle, se définit comme la consommation d'une grande quantité d'alcool en une seule occasion, souvent dans un laps de temps relativement court.

ne le font généralement pas de manière excessive.

Le secteur de l'enseignement est idéalement placé pour proposer des programmes d'information, de sensibilisation et de prévention relatifs à la consommation de drogues légales et illégales, dans la mesure où l'obligation scolaire permet de toucher les jeunes, même si certains groupes vulnérabilisés peuvent ne pas y être bien représentés. L'école est également un environnement pouvant contribuer au repérage précoce des usages problématiques, à condition que ce repérage ne soit pas une occasion de stigmatiser ou de marginaliser les jeunes usager-es, et que l'intervention qui en découle soit proposée dans la bienveillance et le respect des choix des jeunes. Malgré cette position idéale, la prévention des assuétudes ne fait pas encore véritablement partie du programme officiel en Fédération Wallonie-Bruxelles. Ce manque de systématisation de la prévention en milieu scolaire a pour conséquence que certaines écoles ne prennent des initiatives en cette matière que lorsque des problèmes surviennent et impactent le «vivre-ensemble». De nombreux-ses jeunes poursuivent donc leur scolarité sans jamais avoir été exposé-es à des programmes de prévention relatifs à l'alcool et, a fortiori, aux autres drogues légales et illégales.

Pourtant, les expert-es s'accordent à dire que la prévention doit commencer tôt, être renforcée durant les périodes de transition développementale (l'entrée en secondaire ainsi que l'adolescence), et aborder l'ensemble des substances psychoactives légales ou illégales auxquelles les jeunes peuvent être exposés (UNESCO, ONUDC & OMS, 2018). Les enjeux sont d'autant plus importants que la précocité d'un usage régulier augmente la probabilité d'un impact (immédiat ou différé) sur le cerveau, les relations sociales et le cursus scolaire (Hemphill *et al.*, 2014 ; Chan *et al.*, 2024). L'école apparaît donc comme un milieu privilégié voire prioritaire pour initier des programmes de prévention à

destination des jeunes. Encore faut-il que l'école applique en son sein une politique cohérente, globale et bienveillante en matière d'usage de substances psychoactives (ONU DC, 2013 ; 2018). En outre, la mise en place d'un cadre structurel par les pouvoirs publics en concertation avec le secteur spécialisé semble pertinent et souhaitable. Une approche globale et ambitieuse permettrait de favoriser des conditions et des moyens optimaux à la prévention des assuétudes et plus largement au développement d'attitudes positives en matière de santé et de réduction des inégalités sociales de santé.

Dans ce contexte, le présent bulletin poursuit plusieurs objectifs complémentaires : 1) décrire les usages de substances psychoactives et de leurs évolutions chez les adolescent-es bruxellois-es ; 2) définir les différentes approches de prévention des assuétudes ; 3) dépeindre les cadres organisationnels et réglementaires en Belgique francophone relatifs à la prévention chez les jeunes ; 4) mettre en lumière les enjeux en exergue pour renforcer la prévention au sein des milieux de vie des jeunes ; 5) dresser un état des lieux des modèles et programmes de prévention en milieu scolaire ayant fait l'objet d'évaluations scientifiques positives à travers le monde ; 6) formuler des recommandations visant à favoriser de meilleures conditions au développement de la prévention. Le regrettable constat d'un manque d'investissement politique en matière de prévention des assuétudes chez les jeunes n'est pas inéluctable. Nous avons bon espoir que les expériences internationales discutées dans ce document puissent, à terme, inspirer les programmes de prévention mis en place en Belgique francophone, et conduire à des investissements structurels.

DESCRIPTION DES USAGES DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES ADOLESCENT·ES SCOLARISÉ·ES EN RÉGION BRUXELLOISE

Les données analysées dans cette partie proviennent de l'enquête *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) de 2022, menée en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) par le Service d'Information, Promotion, Education Santé (SIPES⁷) de l'École de Santé Publique de l'Université libre de Bruxelles. Il s'agit d'une enquête transversale internationale, conduite tous les quatre ans sous l'égide du Bureau Régional de l'OMS, à laquelle participent près de 50 pays ou régions. Le questionnaire de l'enquête comporte des questions relatives aux comportements de santé des adolescent·es (alimentation, activité physique, tabagisme, etc.), leur bien-être (satisfaction à l'égard de la vie, bien-être émotionnel, etc.), leur état de santé (symptômes psychosomatiques, corpulence, etc.) et les facteurs associés à ces indicateurs (caractéristiques sociodémographiques, scolaires, familiales, etc.). La méthodologie de l'enquête, y compris le questionnaire, suit un protocole standardisé⁸ au niveau international.

Une procédure d'échantillonnage aléatoire stratifiée en deux étapes⁹ a été utilisée. Premièrement, les écoles ont été sélectionnées au hasard à partir de la liste officielle des écoles d'enseignement ordinaire de plein exercice, stratifiée par province (les cinq provinces wallonnes et Bruxelles) et par réseau d'enseignement (officiel, libre et organisé par la FWB), en utilisant une allocation proportionnelle à la taille de la population scolaire de

chaque province et de chaque réseau. Un sur-échantillonnage de la région de Bruxelles-Capitale a été effectué afin de permettre la réalisation d'analyses spécifiques à cette région. La procédure d'échantillonnage des écoles a également tenu compte de la taille des écoles (en nombre d'élèves), les écoles de plus grande taille ayant une plus grande probabilité d'être sélectionnées (échantillonnage avec probabilité proportionnelle à la taille). Sur les 893 écoles francophones invitées à participer, 237 ont pris part à l'enquête (120 implantations primaires et 117 implantations secondaires), soit un taux de participation de 26,5 %. Dans un second temps, une classe par niveau scolaire a été sélectionnée au hasard dans les écoles participantes.

En FWB, trois versions de questionnaire ont été utilisées, incluant ou non certaines thématiques ou questions selon l'année scolaire des répondant·es : une version pour les élèves de 5^e-6^e primaire, une pour ceux et celles de 1^{er}-2^e secondaire (1^{er} degré) et une pour ceux et celles de 3^e-7^e secondaire (2^e-3^e degré). Toutes les questions relatives à l'usage de substances psychoactives ne sont pas posées systématiquement à l'ensemble des élèves. Ainsi, les questions relatives à l'usage de drogues illicites et de médicaments psychotropes détournés de leur utilité médicale ne sont posées qu'à partir de la 3^e secondaire. De même, bien que la majorité des questions relatives à l'usage de tabac, d'alcool et de cigarette électronique soient posées à partir de la 5^e primaire, certains comportements (e.g. *binge drinking*) ne sont étudiés qu'à partir de la 3^e secondaire. Les questionnaires ont été remplis, sur papier ou en ligne, par les élèves lorsqu'ils-elles étaient en classe, sous la surveillance d'un membre du personnel scolaire, en suivant une procédure standardisée assurant anonymat et confidentialité des réponses.

Des coefficients de pondération ont été calculés afin d'améliorer la représentativité des estimations par rapport à la population cible de l'enquête (c'est-à-dire la population scolaire de FWB de la 5^e primaire à la fin du secondaire). Ces pondérations tiennent compte des probabilités d'inclusion initiales, des taux de participation inégaux selon les strates ainsi que des caractéristiques des élèves et des écoles ayant effectivement participé à l'enquête. Les coefficients de pondération ainsi que le plan d'échantillonnage ont été pris en compte dans les estimations de prévalences présentées dans cette section.

La significativité statistique des différences observées entre groupes (par exemple, entre garçons et filles) a été testée au moyen du test du χ^2 de Pearson corrigé pour le plan d'échantillonnage (correction de Rao et Scott). Dans les tableaux, les différences statistiquement significatives (au seuil de risque $\alpha=5\%$) ont été indiquées à l'aide d'astérisques : «*» signifie que la p-valeur de l'association est inférieure à 5 %, «**» qu'elle est inférieure à 1 %, et «***» inférieure à 0,1 %. Sur la plupart des figures, les prévalences sont présentées avec leur intervalle de confiance à 95 %. Cela signifie que si l'étude était répétée plusieurs fois avec des échantillons différents de la même population, 95 % des intervalles calculés contiendraient la véritable valeur du paramètre. Les intervalles de confiance fournissent une mesure de la précision de l'estimation : des intervalles plus étroits indiquent des estimations plus précises. Lors de l'analyse des différences entre groupes, si les intervalles de confiance des estimations dans ces groupes se chevauchent, les estimations sont considérées comme comparables. En revanche, si les intervalles de confiance ne se chevauchent pas, cela suggère une différence statistiquement significative entre les groupes.

7 <http://sipes.esp.ulb.be/>

8 Une version abrégée du protocole international contenant des informations détaillées sur la méthodologie est disponible sur demande à l'adresse suivante : <https://hbhc.org/publications/survey-protocols/>

9 La méthodologie et les résultats de l'enquête HBSC 2022 sont disponibles sur le site internet du SIPES à l'adresse suivante : <https://sipes.esp.ulb.be/publications/enquetes-hbhc/enquete-hbhc-2022>

Enfin, il convient d'insister sur le fait que cette enquête n'inclut pas les élèves de l'enseignement spécialisé, ni ceux-celles bénéficiant d'une formation d'apprentissage professionnalisant (e.g. formation en alternance). Les jeunes pris-es en charge dans une institution publique de protection de la jeunesse (IPPJ) ainsi que les élèves en décrochage scolaire ne sont pas non plus représenté-es. Ces jeunes étant plus fréquemment porteur-ses de fragilités ou évoluant davantage dans des milieux susceptibles de favoriser l'usage de substances psychoactives, nous avons de bonnes raisons de penser que les constats issus de l'enquête HBSC sous-estiment l'ampleur réelle des consommations à l'échelle de toutes les jeunes bruxellois-es, et ne sont pas extrapolables à ces populations non sondées.

Nota bene : La majorité des questions sur l'usage de substances psychoactives ayant été posées uniquement aux élèves des 2^e-3^e degrés du secondaire, les effectifs pour certaines analyses par sous-groupes sont limités, malgré le sur-échantillonnage réalisé dans la région de Bruxelles-Capitale. Par conséquent, ces résultats doivent être interprétés avec prudence. La taille réduite de certains sous-groupes diminue la puissance statistique, rendant difficile la détection de variations réelles entre les sous-groupes.

1.1

L'EXPÉRIMENTATION

L'expérimentation des drogues, qu'elles soient légales ou illégales, fait partie du parcours de nombreux-ses adolescent-es. Les drogues légales, telles que l'alcool, le tabac et la cigarette électronique, sont généralement expérimentées les premières puisqu'elles sont largement accessibles et leur consommation est souvent socialement acceptée. La première consommation de cannabis, quant à elle, a tendance à survenir en milieu d'adolescence. Cette substance est la drogue illicite la plus couramment consommée par les adolescent-es. Elle est souvent perçue comme moins dangereuse

que les autres drogues illicites et plus facile d'accès, ce qui peut contribuer à sa popularité. Enfin, l'expérimentation des autres drogues illicites, telles que les solvants ou l'ecstasy, a plutôt lieu en fin d'adolescence et se produit souvent dans des contextes spécifiques, comme les milieux de la nuit et les festivals, où les normes sociales et le contexte festif peuvent encourager leur usage. Globalement, la littérature indique que les garçons sont plus enclins que les filles à expérimenter et consommer des substances psychoactives (EMCDDA, 2020).

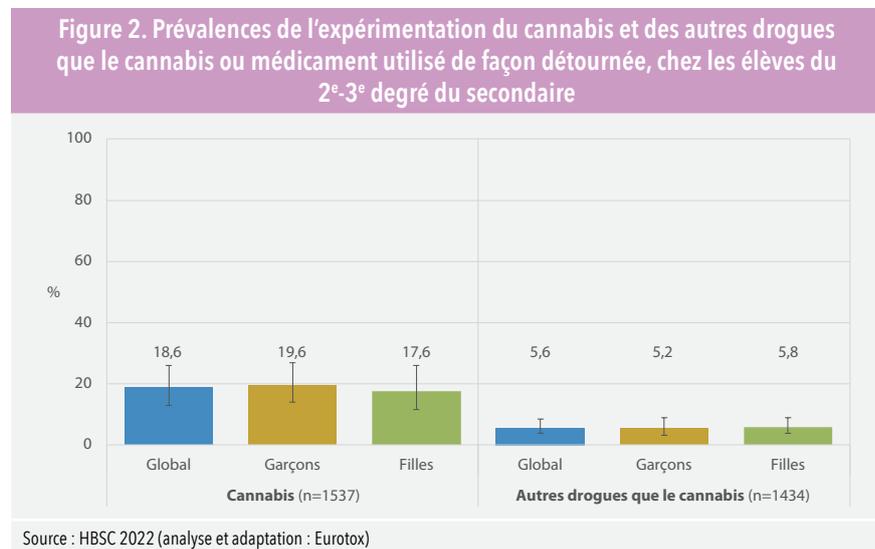
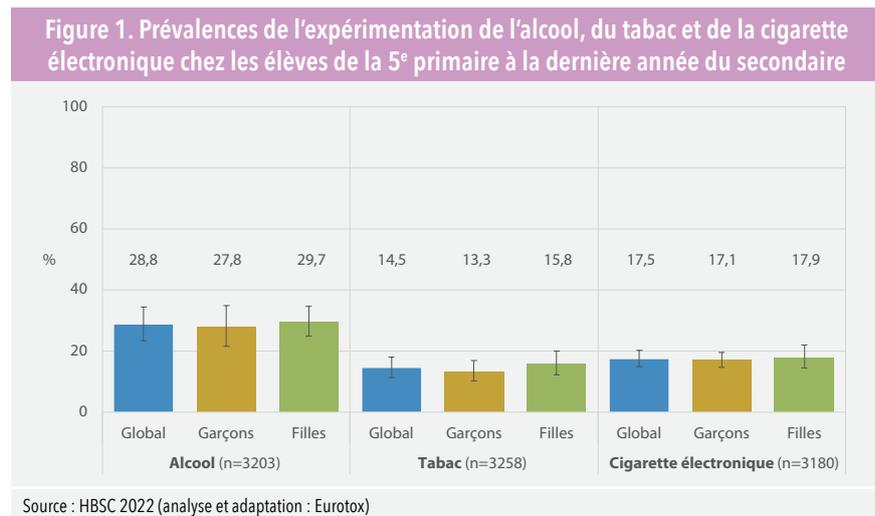
1.1.1. PRÉVALENCES GLOBALES POUR LA RÉGION BRUXELLOISE

À Bruxelles en 2022, l'alcool était la substance psychoactive la plus couramment expérimentée par les adolescent-es, suivi par la cigarette électronique, puis par le tabac

(Figure 1). En effet, parmi les élèves de la 5^e primaire à la dernière année du secondaire, près d'un-e élève sur trois (28,8 %) a déclaré avoir déjà consommé de l'alcool au cours de sa vie, 17,5 % avait déjà utilisé une cigarette électronique et 14,5 % avait déjà fumé du tabac. Ces proportions étaient comparables entre garçons et filles.

Parmi les élèves du 2^e-3^e degré du secondaire, environ un cinquième (18,6 %) avait déclaré avoir déjà expérimenté le cannabis, sans différence significative entre garçons et filles (Figure 2).

La grande majorité (94,4 %) des élèves du 2^e-3^e degré du secondaire n'avait jamais consommé de drogues illicites autres que le cannabis. Un peu moins de 6 % avaient expérimenté d'autres drogues (5,2 % de garçons ; 5,8 % de filles) (Figure 2). Parmi eux-elles, 2,8 % avaient essayé une drogue, 1,6 % deux drogues et 1,2 % trois drogues ou plus. Les drogues les plus fréquemment



expérimentées à Bruxelles en 2022 étaient les médicaments anti-douleurs (5,3 %) et les tranquillisants (3,6 %) utilisés de façon détournée, le protoxyde d'azote (2,6 %), l'ecstasy/MDMA (1,8 %), les nouvelles substances psychoactives (1,3 %), les opiacés (1,0 %) et le LSD ou autres hallucinogènes (1 %) (Tableau 1).

L'enquête HBSC fournit uniquement des données sur l'expérimentation de drogues illicites (autres que le cannabis) mais ne collecte pas d'informations sur la fréquence récente de leur utilisation. Par ailleurs, des prévalences concernant l'usage de certaines drogues illicites (expérimentation et usage au cours des 12 derniers mois) chez les Belges de 15 ans et plus sont disponibles dans l'enquête nationale de santé (*Health Interview Survey – HIS*) menée par Sciensano¹⁰. Cependant, ces deux enquêtes s'intéressent aux comportements de santé de manière globale et ne sont pas spécifiquement axées sur les pratiques liées à l'usage de substances psychoactives. Par conséquent, elles fournissent des données de prévalence pour certains usages mais ne permettent pas un monitoring détaillé de ces usages ni une compréhension du contexte, des motivations, attitudes et comportements en lien avec ceux-ci. Pour un suivi et une compréhension plus approfondie de ces pratiques chez les jeunes, il serait nécessaire de mettre en place une étude récurrente centrée sur cette thématique telle que l'enquête ESPAD¹¹.

1.1.2. PRÉVALENCES SELON L'ÂGE ET LE GENRE

En 2022, en Région bruxelloise, la prévalence de l'expérimentation de l'alcool était significativement plus faible chez les élèves de 10-12 ans (11,1 %) par rapport aux élèves plus âgés (Figure 3). Chez les 13-14 ans, elle était plus faible (26,1 %) que celle observée chez les 17-20 ans (42,8 %). La prévalence était comparable entre les élèves de 15-16 ans (38,7 %) et ceux-celles de 17-20 ans (42,8 %). Il n'y avait pas de différence selon le genre.

¹⁰ Le rapport des résultats de l'enquête nationale de santé de 2018 relatif à l'usage des drogues est disponible à l'adresse suivante : <https://www.sciensano.be/en/biblio/enquete-de-sante-2018-usage-des-drogues>

¹¹ European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (<http://www.espad.org>)

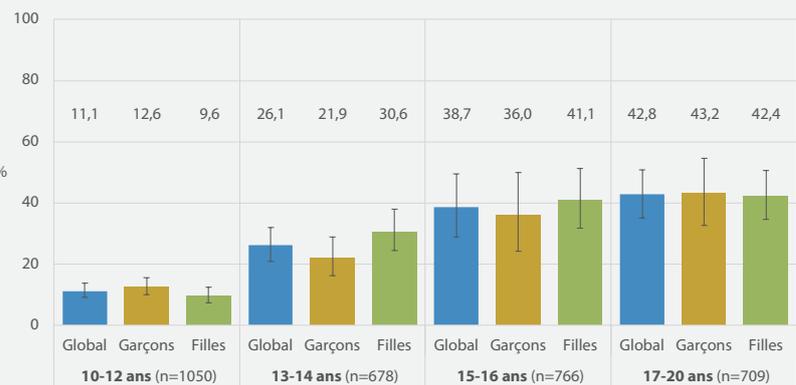
Tableau 1. Prévalences de l'expérimentation de drogues autres que le cannabis et de médicaments utilisés de façon détournée chez les élèves du 2^e-3^e degré du secondaire

	n	%
Médicaments anti-douleurs (Codéine, Tramadol®, Oxycotin®, Valtran®)	1531	5,3
Médicaments tranquillisants, benzo, somnifères, barbituriques	1520	3,6
Protoxyde d'azote (gaz hilarant, ballon)	1510	2,6
Ecstasy, MDMA	1512	1,8
Nouvelles substances psychoactives (<i>Legal highs</i> , <i>research chemicals</i> , cannabis de synthèse, etc.)	1505	1,3
Opiacés (héroïne, Subutex®, méthadone, opium, rachacha)	1508	1,0
LSD ou autres hallucinogènes (champignons ou cactus hallucinogènes, DMT, etc.)	1506	1,0
Médicaments stimulants (Rilatene®, Concerta®, Provigil®, etc.)	1505	0,8
Kétamine (Kéta, special K, etc.)	1504	0,7
Speed, amphétamines (de rue)	1504	0,7
Cocaïne (coke, crack, freebase)	1505	0,5
Autres ^a	1621	0,5
Colle, solvant, poppers	1505	0,4
GHB (Gamma OH), GBL	1507	0,1

a Les drogues citées incluaient les lean (mélanges de soda et de sirop pour la toux contenant de la codéine), snus (tabac à sucer ou mâcher), des antihistaminiques et des antidépresseurs.

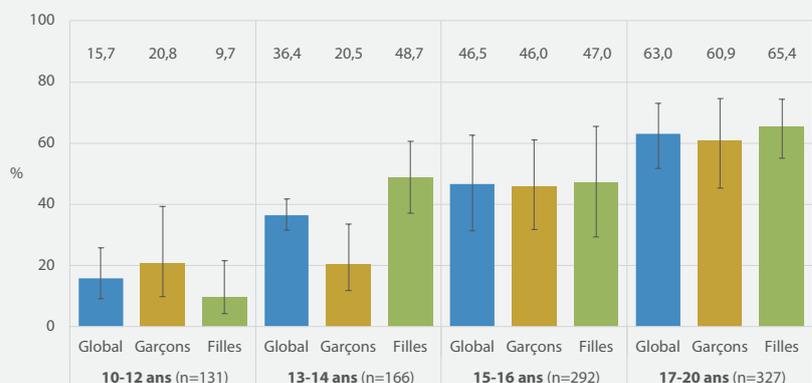
Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

Figure 3. Proportions d'élèves bruxellois-es ayant consommé de l'alcool au moins un jour dans leur vie, en fonction du genre et de l'âge (n=3203)



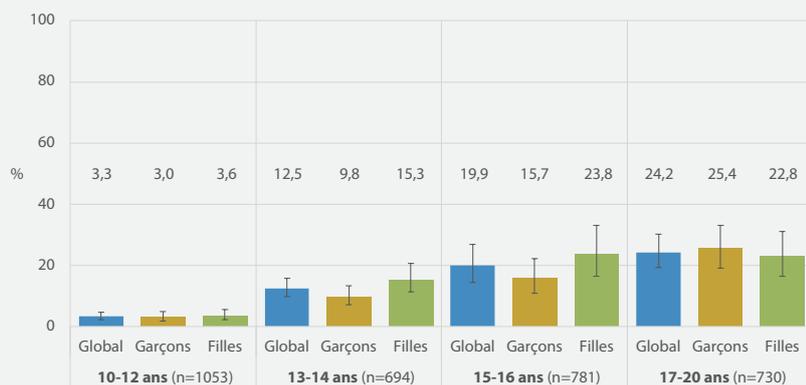
Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

Figure 4. Proportions d'élèves ayant déjà été ivres au moins une fois dans leur vie, parmi ceux-celles ayant déjà consommé de l'alcool, en fonction du genre et de l'âge (n=916)



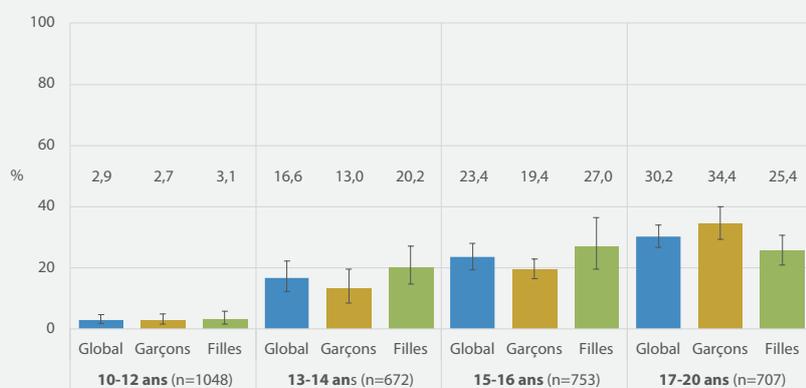
Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

Figure 5. Proportions d'élèves ayant fumé du tabac au moins un jour dans leur vie, en fonction du genre et de l'âge (n=3258)



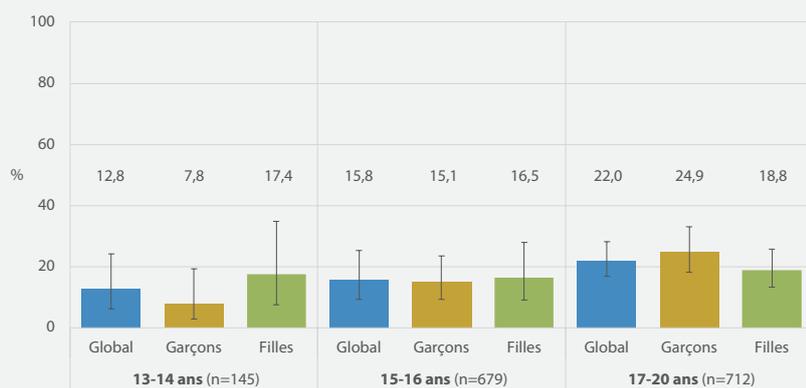
Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

Figure 6. Proportions d'élèves ayant utilisé une cigarette électronique au moins un jour dans leur vie, en fonction du genre et de l'âge (n=3180)



Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

Figure 7. Proportions d'élèves du 2^e-3^e degré du secondaire ayant consommé du cannabis au moins un jour dans leur vie, en fonction du genre et de l'âge (n=1537)



Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

En moyenne, un peu moins d'un-e jeune bruxellois-e sur deux (47,1 %) ayant déclaré avoir déjà consommé de l'alcool avait aussi déjà été ivre. Si l'on s'intéresse plus en détails aux prévalences par tranches d'âge, à nouveau chez les adolescent-es ayant déclaré avoir déjà consommé de l'alcool, on observe que 15,7 % des jeunes de 10-12 ans, un peu plus d'un tiers (36,4 %) des 13-14 ans, 46,5 % des 15-16 ans et 63 % des 17-20 ans avaient déjà expérimenté l'ivresse (Figure 4). Cependant, ces différences entre groupes d'âge n'étaient pas statistiquement significatives.

La proportion de l'expérimentation du tabac chez les élèves de 10-12 ans était significativement plus faible (3,3 %) comparée à celle des élèves plus âgés (Figure 5). Chez les 13-14 ans, elle atteignait 12,5 %, cette proportion était significativement inférieure à celle observée chez les élèves de 17-20 ans (24,2 %). La prévalence chez les élèves de 15-16 ans (19,9 %) était similaire à celle des 17-20 ans (24,2 %). Les proportions étaient comparables selon le genre.

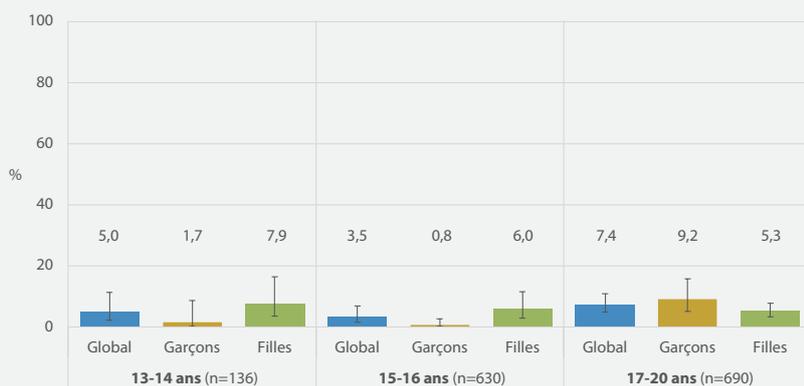
La proportion de jeunes ayant déjà expérimenté la cigarette électronique était de 2,9 % chez les 10-12 ans, 16,6 % chez les 13-14 ans, 23,4 % chez les 15-16 ans et 30,2 % chez les 17-20 ans, sans différence entre garçons et filles (Figure 6).

Parmi les élèves bruxellois-es du 2^e-3^e degré du secondaire, les prévalences d'expérimentation du cannabis ne variaient, de manière significative, ni selon l'âge ni selon le genre (Figure 7).

La proportion d'élèves ayant consommé au moins une drogue illégale (autre que le cannabis) ou médicament utilisé de façon détournée¹² ne variait ni selon le genre ni selon l'âge (Figure 8).

¹² Les autres drogues et médicaments sont décrits dans le Tableau 1.

Figure 8. Proportions d'élèves du 2^e-3^e degré du secondaire ayant expérimenté au moins une drogue autre que le cannabis ou médicament détourné de son usage, en fonction du genre et de l'âge (n= 1434)



Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

Tableau 2. Distribution (%) des élèves du 2^e-3^e degré du secondaire selon le type d'expérimentation, en fonction de la filière d'enseignement

	Général et technique de transition		Technique de qualification		Professionnel		p
	n	%	n	%	n	%	
Alcool	1242	48,2	161	23,3	127	41,3	***
Ivresse ^a	553	57,7	46	47,8	51	49,5	NS
Tabac	1259	22,6	167	17,6	139	30,2	NS
Cigarette électronique	1227	25,9	161	25,3	124	37,5	NS
Cannabis	1242	18,8	162	13,4	133	25,7	*
Au moins une autre drogue que le cannabis ou médicament utilisé de façon détournée ^b	1172	4,1	147	5,7	115	12,9	**

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001. NS : pas de différence statistiquement significative.

a Uniquement parmi ceux-celles ayant déjà bu de l'alcool

b Les substances concernées sont décrites dans le Tableau 1.

Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

Tableau 3. Prévalences de l'expérimentation de substances psychoactives en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), en Wallonie et à Bruxelles

	FWB		Régions				p
	n	%	Wallonie		Bruxelles		
			n	%	n	%	
Alcool	11154	46,6	7951	51,8	3203	28,8	***
Ivresse ^a	5020	51,9	4104	52,7	916	47,1	NS
Tabac	11336	18,3	8078	19,4	3258	14,5	NS
Cigarette électronique	11175	21,2	7995	22,3	3180	17,5	NS
Cannabis ^b	5572	23,7	4035	25,2	1537	18,6	NS
Au moins une autre drogue que le cannabis ou médicament utilisé de façon détournée ^{b,c}	5272	7,0	3838	7,4	1434	5,6	NS

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001. NS : pas de différence statistiquement significative

a Uniquement parmi ceux-celles ayant déjà bu de l'alcool

b Uniquement chez les élèves du 2^e-3^e degré du secondaire

c Les substances concernées sont décrites dans le Tableau 1.

Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

1.1.3. PRÉVALENCES SELON LA FILIÈRE D'ENSEIGNEMENT

Dans le 2^e-3^e degré du secondaire, la proportion d'élèves bruxellois-es ayant déclaré avoir déjà consommé de l'alcool était plus faible dans l'enseignement technique de qualification (23,3 %) par rapport à l'enseignement professionnel (41,3 %) et l'enseignement général et technique de transition (48,2 %) (Tableau 2).

Les élèves de l'enseignement professionnel étaient proportionnellement plus nombreux-ses à avoir déjà consommé du cannabis (25,7 %) par rapport à ceux-celles de l'enseignement technique de qualification (13,4 %). Il n'y avait pas de différence significative avec les élèves de l'enseignement général et technique de transition (18,8 %).

La proportion d'élèves ayant déclaré avoir consommé au moins un jour dans leur vie au moins une autre drogue que le cannabis ou médicament détourné de son usage était plus élevée dans l'enseignement professionnel (12,9 %) par rapport à l'enseignement général et technique de transition (4,1 %). Il n'y avait pas de différence significative avec l'enseignement technique de qualification (5,7 %).

Concernant l'ivresse, la consommation de tabac et l'usage de cigarette électronique, les prévalences ne différaient pas significativement en fonction de la filière d'enseignement.

1.1.4. PRÉVALENCES GLOBALES PAR RÉGION ET POUR LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES (FWB)

Les résultats de l'enquête HBSC 2022 montrent que les élèves scolarisé-es en Wallonie sont significativement plus nombreux-ses à avoir expérimenté l'alcool que leurs homologues à Bruxelles. En Wallonie, un-e élève sur deux a déjà consommé de l'alcool, tandis qu'à Bruxelles, cette proportion est d'environ un-e élève sur trois (Tableau 3).

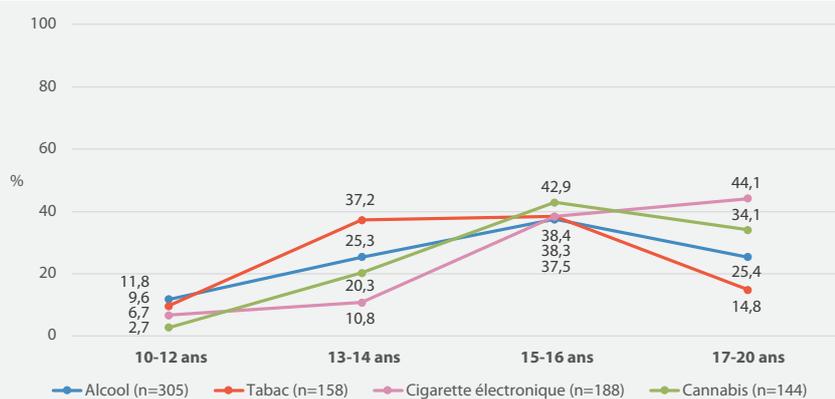
Les prévalences de l'expérimentation de l'ivresse et des autres substances psychoactives que l'alcool ne diffèrent pas statistiquement significativement selon la région (Tableau 3).

Tableau 4. Âges moyens (intervalles de confiance à 95 %) et médians (P25-P75) d'expérimentation selon la substance psychoactive expérimentée

		n	Âge moyen (intervalle de confiance à 95 %)	Âge médian (P25-P75)
Alcool	Global	745	14,0 ans (13,6-14,3)	14 ans (12-15)
	Garçons	364	14,0 ans (13,5-14,4)	14 ans (12-15)
	Filles	381	14,0 ans (13,6-14,3)	14 ans (13-15)
Tabac	Global	363	13,9 ans (13,6-14,1)	14 ans (13-15)
	Garçons	168	13,9 ans (13,6-14,1)	14 ans (12-15)
	Filles	195	13,9 ans (13,6-14,1)	14 ans (13-15)
Cigarette électronique	Global	442	14,8 ans (14,4-15,1)	15 ans (13-16)
	Garçons	217	14,7 ans (14,4-15,1)	15 ans (13-16)
	Filles	225	14,8 ans (14,4-15,2)	15 ans (13-16)
Cannabis	Global	236	15,0 ans (14,5-15,6)	15 ans (14-16)
	Garçons	122	15,1 ans (14,3-15,9)	15 ans (14-16)
	Filles	114	15,0 ans (14,5-15,5)	15 ans (14-16)

Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

Figure 9. Distribution (%) des élèves de 17-20 ans selon l'âge de l'expérimentation de l'alcool, du tabac, de la cigarette électronique et du cannabis



Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

Tableau 5. Évolution des prévalences^a d'expérimentation de l'alcool, du tabac, de la cigarette électronique, du cannabis, des autres drogues illicites et médicaments, et de l'ivresse, à Bruxelles entre les enquêtes HBSC de 2014, 2018 et 2022

	2014	2018	2022
Alcool	33,5	33,7	27,1
Tabac	21,3	16,2	12,5
Cigarette électronique ^b	18,0	19,4	19,8
Cannabis ^c	23,7	24,2	16,3
Autre drogue que le cannabis ou médicament utilisé de façon détournée ^e	5,1	11,7	4,8
Ivresse ^d	53,4	51,7	45,6

a Prévalences non standardisées ; analyses non pondérées

b Uniquement chez les élèves du secondaire

c Uniquement chez les élèves du 2^e-3^e degré du secondaire

d Uniquement parmi ceux-celles ayant déjà bu de l'alcool

Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

1.1.5. ÂGE D'EXPÉRIMENTATION

Le tabac et l'alcool ont tendance à être expérimentés à un plus jeune âge que la cigarette électronique et le cannabis (Tableau 4).

Si l'on se concentre spécifiquement sur les élèves de 17-20 ans, il apparaît qu'en 2022, celles et ceux-ci ont majoritairement déclaré avoir expérimenté l'alcool, le tabac et le cannabis vers l'âge de 15-16 ans, tandis que l'expérimentation de la cigarette électronique se situe plutôt vers 17-20 ans (Figure 9).

1.1.6. ÉVOLUTIONS

Lorsque l'on compare les prévalences bruxelloises d'expérimentation de l'alcool, de l'ivresse, du tabac, de la cigarette électronique et du cannabis entre 2014 et 2022, on observe une tendance à la baisse concernant les prévalences d'expérimentation de l'alcool, de l'ivresse, du tabac et du cannabis, et une légère hausse de l'expérimentation de la cigarette électronique (Tableau 5).

L'évolution de l'usage des autres drogues illicites et des médicaments utilisés de façon détournée¹³ est présentée pour donner une indication générale des tendances observées mais est plus difficilement interprétable. En effet, la liste des substances incluses dans les questionnaires d'enquête a subi des évolutions entre 2014¹⁴, 2018¹⁵ et 2022, ce qui limite la comparaison des résultats entre ces différentes périodes.

De façon générale, les résultats présentés dans le tableau 5 doivent être interprétés avec prudence. En effet, les prévalences présentées sont "brutes", ce qui signifie qu'elles n'ont pas été ajustées pour tenir compte des différences dans la composition des échantillons entre les différentes années

13 L'indicateur utilisé pour l'année d'enquête 2022 correspond au fait d'avoir expérimenté au moins une des substance présentée dans le Tableau 1.

14 Substances incluses en 2014 : ecstasy, amphétamines/speed, opiacés, GHB, cocaïne, colle/solvant, LSD, poppers, champignons et autres plantes hallucinogènes, tranquillisants.

15 Substances incluses en 2018 : ecstasy/MDMA, amphétamines/speed, opiacés, GHB, cocaïne, colle/solvant/poppers, LSD et autres hallucinogènes, tranquillisants/somnifères, codéine, protoxyde d'azote, nouvelles substances psychoactives.

d'enquête. De plus, aucun coefficient de pondération n'a été appliqué, ce qui implique que chaque individu de l'échantillon a été traité de manière égale, sans ajustement pour représenter la structure de la population générale.

Depuis leur introduction sur le marché européen, les cigarettes électroniques ont connu un intérêt grandissant de la part des adolescent-es. Leur popularité est attribuable à plusieurs facteurs, notamment une moindre nocivité perçue par rapport aux cigarettes traditionnelles et un marketing ciblé (e.g. des saveurs variées et très attractives par rapport au tabac). Cette popularité pourrait entraîner une diminution de l'expérimentation des cigarettes classiques. Toutefois, bien que les cigarettes électroniques puissent servir d'aide au sevrage tabagique ou de substitution, des recherches montrent que leur usage n'entraîne pas nécessairement une réduction ou un abandon du tabagisme conventionnel chez les jeunes (Leventhal *et al.*, 2015). En réalité, la polyconsommation, c'est-à-dire l'usage parallèle de cigarettes électroniques et de cigarettes classiques, est une tendance observée parmi les adolescent-es (Soneji *et al.*, 2017). Par ailleurs, plusieurs études ont établi un lien entre l'usage initial des cigarettes électroniques et une transition ultérieure vers le tabagisme conventionnel, suggérant que l'e-cigarette pourrait être une porte d'entrée vers le tabagisme chez certain-es jeunes (Leventhal *et al.*, 2015).

1.2

L'USAGE RÉCENT

Les élèves de la 5^e primaire à la dernière année du secondaire ont été interrogé-es sur leur consommation d'alcool, de tabac, et leur usage de la cigarette électronique au cours du mois précédant l'enquête. Il en ressort que 82,5 % des adolescent-es n'avaient pas consommé d'alcool, et neuf sur dix n'avaient pas fumé de tabac (92,2 %) ni utilisé une cigarette électronique (91 %) au cours de cette période (Figure 10). Quinze pourcent (14,8 %) des jeunes ont déclaré avoir consommé de l'alcool entre 1 et 9 jours, tandis que 2,7 % en ont consommé pendant 10 jours ou plus. Environ 4 % des adolescent-es avaient fumé entre 1 et 9 jours (3,8 %) et pendant 10 jours ou plus (4 %). Par ailleurs, 6,9 % des élèves ont indiqué avoir utilisé une cigarette électronique entre

1 et 9 jours, et 2,1 % pendant 10 jours ou plus.

Lorsque l'on analyse ces usages en fonction de l'âge, on observe que les prévalences de consommation récente d'alcool, de tabac, et d'utilisation de la cigarette électronique sont plus élevées chez les jeunes de 15-20 ans (Tableau 6). Moins d'un-e élève sur trois de cette tranche d'âge a déclaré avoir consommé de l'alcool (28,4 %) et avoir été ivre (28,4 %) au moins un jour au cours du mois précédant l'enquête. De plus, 12,5 % d'entre eux-elles avaient fumé et 14,4 % avaient utilisé une cigarette électronique durant cette période. Les prévalences étaient en revanche comparables entre les genres, à l'exception de l'usage de la cigarette électronique, où les filles étaient proportionnellement plus nombreuses (11,1 %) que les garçons (7 %) à en avoir fait usage au moins une fois au cours du mois précédant l'enquête.

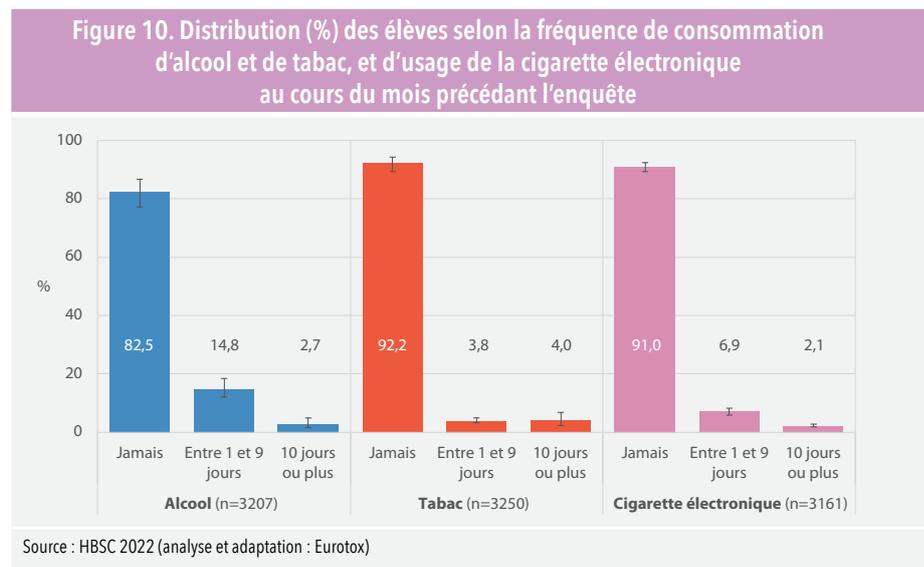


Tableau 6. Distribution (%) des élèves selon la fréquence de consommation d'alcool, d'ivresse, de consommation de tabac et d'usage de la cigarette électronique au cours du mois précédant l'enquête, selon le genre et l'âge

	Global		Genre				p	Âge				p
			Garçons		Filles			10-14 ans		15-20 ans		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p	
Alcool	3207	17,5	1556	16,9	1651	18,2	NS	1727	7,3	1480	28,4	***
Ivresse ^a	885	21,8	415	21,5	470	22,0	NS	287	8,3	598	28,0	***
Tabac	3250	7,8	1587	6,6	1663	9,0	NS	1742	3,4	1508	12,5	***
Cigarette électronique	3161	9,0	1529	7,0	1632	11,1	**	1709	3,9	1452	14,4	***

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001. NS : pas de différence statistiquement significative.

a Uniquement parmi ceux-celles ayant déjà bu de l'alcool

Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

L'USAGE RÉGULIER

1.3.1. LA CONSOMMATION HEBDOMADAIRE D'ALCOOL

Seul-es les élèves du secondaire ont été invité-es à renseigner la fréquence à laquelle ils-elles consommaient de la bière, du vin, des alcools forts (eau de vie, cocktail, whisky, pastis...), des mélanges de soda avec alcool (Bacardi Breezer®, Smirnoff Ice®...) et toute autre boisson avec de l'alcool. Les résultats montrent que 6,7 % des adolescent-es ont déclaré consommer de l'alcool de manière hebdomadaire, sans différence significative entre garçons (6,5 %) et filles (6,8 %) (Tableau 7). Les garçons étaient plus nombreux que les filles à déclarer avoir bu du vin au moins une fois par semaine. De

plus, les jeunes âgé-es de 15-20 ans étaient proportionnellement plus nombreux-ses que les jeunes de 11-14 ans à avoir consommé de la bière ou du vin au moins une fois par semaine. Indépendamment du genre et de l'âge, la bière était la boisson alcoolisée la plus fréquemment consommée (5,1 %) tandis que le vin était la moins consommée (1,4 %).

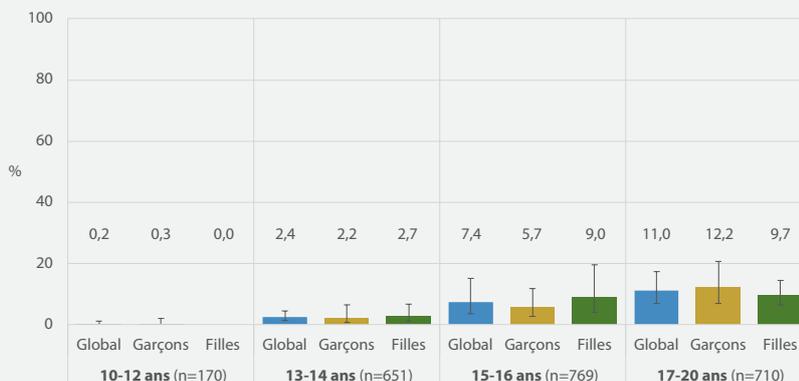
En 2022, les proportions de jeunes bruxellois-es ayant déclaré consommer de l'alcool au moins un jour par semaine ne variaient pas de manière significative en fonction du genre (Figure 11). Les jeunes de 17-20 ans (11 %) étaient significativement plus nombreux-ses à avoir déclaré consommer de l'alcool de manière hebdomadaire par rapport aux jeunes de 13-14 ans (2,4 %) et de 10-12 ans (0,2 %). De plus, chez les élèves du 2^e-3^e degré du secondaire, ces proportions restaient similaires, quel que soit le type de filière d'enseignement suivie (données non présentées).

Tableau 7. Distribution (%) des élèves du secondaire selon le type de boisson alcoolisée consommée de manière hebdomadaire, globalement et en fonction du genre et de l'âge

	Global		Genre				p	Âge				p
	n	%	Garçons		Filles			11-14 ans		15-20 ans		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	
Tous alcools confondus	2300	6,7	1121	6,5	1179	6,8	NS	821	1,9	1479	9,3	***
Bière	2333	5,1	1136	5,3	1197	4,8	NS	831	1,0	1502	7,3	***
Vin	2320	1,4	1130	2,1	1190	0,8	***	830	0,3	1490	2,1	***
Alcools forts	2319	2,3	1128	1,8	1191	2,9	NS	828	0,7	1491	3,3	NS
Mélanges soda-alcool	2331	2,6	1134	2,1	1197	3,0	NS	831	1,1	1500	3,4	NS
Autres alcools	2325	2,1	1129	1,9	1196	2,4	NS	830	0,9	1495	2,8	NS

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001. NS : pas de différence statistiquement significative.
Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

Figure 11. Proportions d'élèves du secondaire ayant déclaré consommer de l'alcool de manière hebdomadaire, en fonction du genre et de l'âge (n=2300)



Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

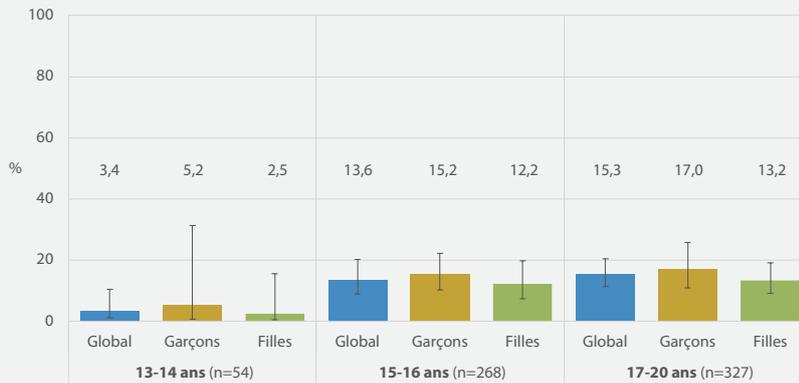
1.3.2. LE BINGE DRINKING

Le *binge drinking*, ou consommation excessive d'alcool ponctuelle, se définit comme la consommation d'une grande quantité d'alcool en une seule occasion, souvent dans un laps de temps relativement

court. Dans l'enquête HBSC, cette pratique est définie comme le fait de boire au moins quatre verres d'alcool en moins de deux heures, habituellement lors des jours de consommation. En 2022, les questions visant à estimer la fréquence de *binge drinking* n'ont été posées qu'aux élèves du

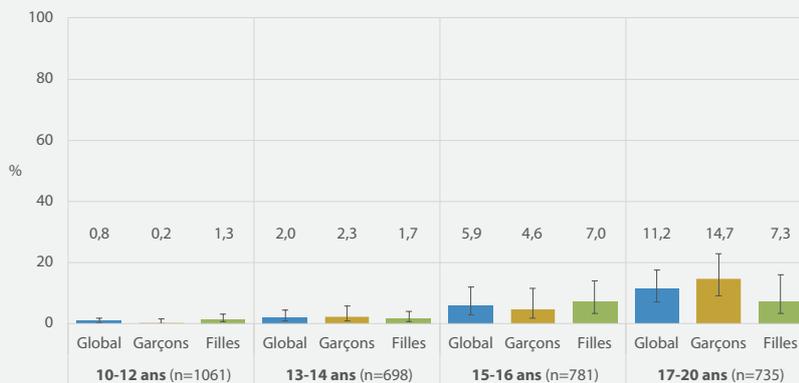
2^e-3^e degré du secondaire. Les analyses ont montré que ce comportement concernait 13,6 % des jeunes bruxellois-es, de façon similaire chez les garçons (15,7 %) et chez les filles (11,6 %). Les jeunes de 17-20 ans (15,3 %) étaient significativement plus nombreux-ses à avoir déclaré pratiquer le *binge drinking* par rapport aux jeunes de 13-14 ans (3,4 %) (Figure 12). Les prévalences de *binge drinking* ne variaient pas selon la filière d'enseignement (données non présentées). Parmi les 13,6 % concernés par le *binge drinking*, 63,4 % le pratiquaient au moins une fois par mois.

Figure 12. Proportions d'élèves du 2^e-3^e degré du secondaire pratiquant le *binge drinking*, en fonction du genre et de l'âge (n=649)



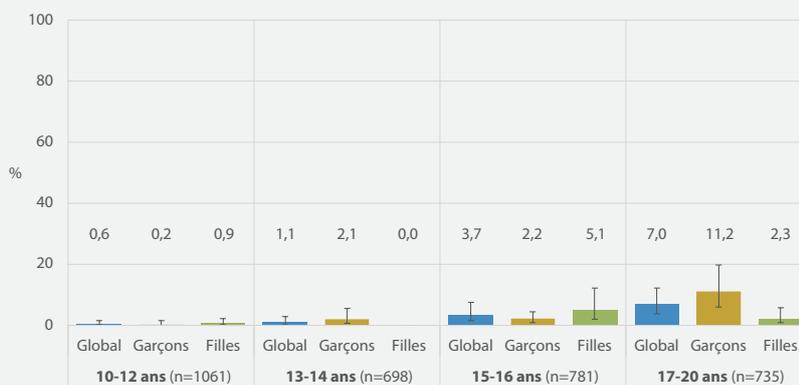
Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

Figure 13. Proportions d'élèves du secondaire consommant du tabac au moins une fois par semaine, en fonction du genre et de l'âge (n=3275)



Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

Figure 14. Proportions d'élèves consommant du tabac quotidiennement, en fonction du genre et de l'âge (n=3275)



Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

1.3.3. LE TABAGISME HEBDOMADAIRE

En 2022, 92,3 % des élèves bruxellois-es ont déclaré ne pas fumer au moment de l'enquête. Ils-elles étaient 2,8 % à déclarer fumer moins d'une fois par semaine, 1,8 % chaque semaine, et 3,1 %, chaque jour. Ainsi, 4,9 % des élèves ont déclaré fumer au moins une fois par semaine, sans différence significative entre garçons (5,5 %) et filles (4,3 %). Les jeunes âgés de 17-20 ans étaient significativement plus nombreux-ses (11,2 %) à avoir fumé au moins une fois par semaine par rapport aux 13-14 ans (2 %) et aux 10-12 ans (0,8 %) (Figure 13).

Dans le 2^e-3^e degré du secondaire, la proportion d'élèves déclarant fumer au moins une fois par semaine était plus élevée dans l'enseignement professionnel (17,4 %) par rapport à l'enseignement technique de qualification (7,6 %). En revanche, dans l'enseignement général et technique de transition, cette proportion atteignait 5,3 % et ne différait pas significativement de celle observée dans les deux autres filières (données non présentées).

1.3.4. LE TABAGISME QUOTIDIEN

Les jeunes bruxellois-es âgés de 17-20 ans étaient plus nombreux-ses (7 %) à fumer quotidiennement par rapport aux élèves de 13-14 ans (1,1 %) et de 10-12 ans (0,6 %) (Figure 14). Dans le 2^e-3^e degré du secondaire, la proportion d'élèves déclarant fumer quotidiennement était plus élevée dans l'enseignement professionnel (14,7 %) par rapport à l'enseignement technique de qualification (2,2 %). En revanche, la prévalence observée dans l'enseignement général et technique de transition (4,1 %)

ne différait pas de manière significative de celle des deux autres types d'enseignement (données non présentées).

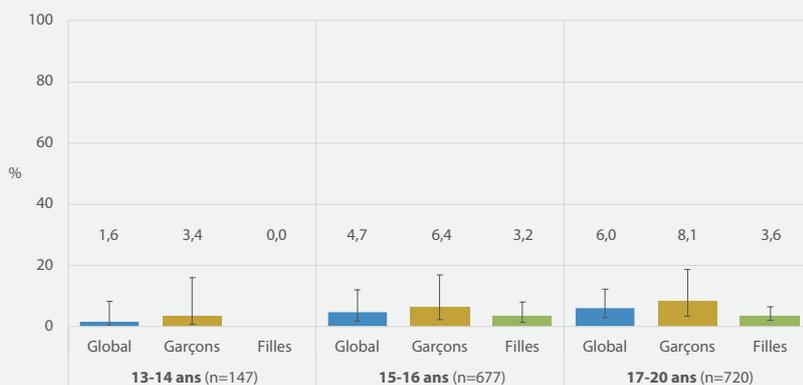
1.3.5. LA CONSOMMATION HEBDOMADAIRE DE CANNABIS

Dans le 2^e-3^e degré du secondaire, 91,5 % des élèves bruxellois-és ont déclaré ne pas consommer de cannabis au moment de l'enquête. Ils-elles étaient 3,4 % à déclarer

en consommer moins d'une fois par semaine, 2,9 % chaque semaine, et 2,1 %, chaque jour.

Ainsi, 5 % des élèves bruxellois-és consommaient du cannabis au moins une fois par semaine au moment de l'enquête, sans différence statistiquement significative entre garçons (7 %) et filles (3 %). La prévalence de consommation hebdomadaire de cannabis ne variait ni selon l'âge (Figure 15) ni selon la filière d'enseignement (données non présentées).

Figure 15. Proportions d'élèves du 2^e-3^e degré du secondaire ayant consommé du cannabis au moins une fois par semaine, en fonction du genre et de l'âge (n=1545)

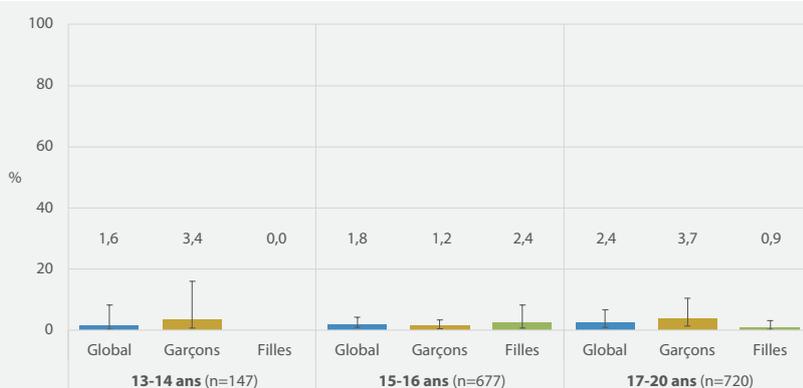


Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

1.3.6. LA CONSOMMATION QUOTIDIENNE DE CANNABIS

Deux pourcent des élèves bruxellois-és du 2^e-3^e degré du secondaire consommaient du cannabis chaque jour au moment de l'enquête, sans différence statistiquement significative entre garçons (2,7 %) et filles (1,4 %). La prévalence de consommation quotidienne de cannabis ne variait ni selon le genre ni selon l'âge (Figure 16).

Figure 16. Proportions d'élèves du 2^e-3^e degré du secondaire ayant consommé du cannabis au moins une fois par jour, en fonction du genre et de l'âge (n=1545)



Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

Dans le 2^e-3^e degré du secondaire, la proportion d'élèves déclarant fumer quotidiennement était plus élevée dans l'enseignement professionnel (4,8 %) par rapport à l'enseignement technique de qualification (0,2 %). En revanche, dans l'enseignement général et technique de transition, cette proportion était de 2,2 %, sans différence statistiquement significative avec les deux autres filières d'enseignement (données non présentées).

1.3.7. PRÉVALENCES GLOBALES DES USAGES RÉGULIERS PAR RÉGION ET POUR LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES (FWB)

Les élèves scolarisé-es en Wallonie étaient significativement plus nombreux-ses à consommer de l'alcool de façon hebdomadaire au moment de l'enquête et à pratiquer le *binge drinking* que leurs homologues à Bruxelles. En Wallonie, 16,5 % des élèves consommaient de l'alcool chaque semaine et 21,3 % pratiquaient le *binge drinking*, tandis qu'à Bruxelles, ces proportions étaient respectivement de 6,7 % et 13,6 % (Tableau 8). Pour les autres indicateurs, on n'observait pas de différence statistiquement significative.

Tableau 8. Prévalences des usages réguliers de substances psychoactives en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), en Wallonie et à Bruxelles

	FWB		Régions				p
	n	%	Wallonie		Bruxelles		
	n	%	n	%	n	%	
Consommation hebdomadaire d'alcool ^a	7996	14,3	5696	16,5	2300	6,7	***
<i>Binge drinking</i> ^b	3639	20,2	2990	21,3	649	13,6	***
Tabagisme hebdomadaire	11422	5,6	8147	5,8	3275	4,9	NS
Tabagisme quotidien	11422	3,6	8147	3,8	3275	3,1	NS
Consommation hebdomadaire de cannabis ^b	5594	4,8	4049	4,8	1545	5,0	NS
Consommation quotidienne de cannabis ^b	5594	2,2	4049	2,2	1545	2,1	NS

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001. NS : pas de différence statistiquement significative.

a Uniquement chez les élèves du secondaire

b Uniquement chez les élèves du 2^e-3^e degré du secondaire

Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

1.3.8. ÉVOLUTIONS

Lorsque l'on compare l'évolution des prévalences de consommation hebdomadaire d'alcool, de tabagisme hebdomadaire et quotidien, et de consommation hebdomadaire et quotidienne de cannabis chez les élèves scolarisés à Bruxelles, on observe une tendance à la baisse pour les cinq comportements (Tableau 9). À l'inverse, la pratique du *binge drinking* semble avoir augmenté entre 2018 et 2022.

Ces prévalences doivent être ici interprétées avec précaution car elles n'ont pas été standardisées ni pondérées. Cela signifie qu'elles n'ont pas été ajustées pour tenir compte des éventuelles différences dans la composition des échantillons entre les différentes années d'enquête, ni pour refléter la structure de la population générale. En conséquence, les variations observées entre les années peuvent refléter des différences dans la composition des échantillons plutôt que des changements réels dans les comportements à l'échelle de la population étudiée.

De manière concordante avec ces résultats, les données internationales de l'enquête HBSC pour les jeunes de 15 ans montrent une diminution de l'expérimentation de l'alcool et du tabac entre les enquêtes de 2018 et 2022, ainsi que de l'usage au cours du mois précédant (Charrier *et al.*, 2024). Cependant, une exception est observée chez les filles pour l'alcool, où la consommation au cours du mois précédant l'enquête a augmenté entre ces deux périodes.

L'enquête ESPAD¹⁶ révèle également une tendance à la diminution de la consommation d'alcool et du tabagisme parmi les jeunes européens de 15-16 ans (ESPAD, 2019). Concernant le tabagisme, les données montrent que la prévalence de l'expérimentation est restée stable entre 1995 et 2003, autour de 68 %, avant de diminuer constamment à partir de 2007 : 60 % en 2007, 56 % en 2011, 47 % en 2015 et 42 % en 2019. Quant à la prévalence de la consommation dans le mois précédant l'enquête, elle est demeurée relativement stable entre 1995 et 2011, fluctuant entre 55 % et 63 %, avant de chuter à 48 % en 2015 et 2019. Bien que la consommation d'alcool reste élevée, elle a diminué depuis 2003, année où un pic avait été observé. En 2019, la prévalence d'expérimentation de l'alcool était de 80 %, contre 91 % en 2003, tandis que la prévalence de consommation au cours du mois précédant l'enquête était de 48 % en 2019, contre 63 % en 2003.

Cependant, une attention particulière doit être portée à l'augmentation du *binge drinking* observée entre les enquêtes HBSC de 2018 et de 2022. Contrairement à la diminution générale de la consommation d'alcool, le *binge drinking*, défini comme

.....
16 L'enquête ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*; <http://lespad.org/>), lancée en 1995, est réalisée tous les quatre ans dans une trentaine de pays et régions en Europe. Elle vise à évaluer les comportements et attitudes des adolescent-es âgés de 15 à 16 ans vis-à-vis de l'alcool, du tabac et d'autres substances psychoactives, tout en fournissant des données comparables à l'échelle européenne. Cette enquête n'a été réalisée qu'une seule fois en Belgique francophone (2003), et elle n'est plus réalisée en Flandre depuis 2019.

la consommation d'au moins quatre verres d'alcool en moins de deux heures, semble en progression. Cette tendance pourrait refléter un changement des habitudes de consommation : bien que les jeunes consomment de l'alcool moins fréquemment, les occasions de boire tendent à se concentrer davantage sur des événements festifs spécifiques, tels que les soirées ou les rassemblements sociaux. Une hypothèse pourrait être que la période post-pandémie a pu engendrer un «effet de rattrapage». Après des mois de restrictions sociales drastiques, les jeunes auraient intensifié leurs comportements festifs, y compris le *binge drinking*, pour compenser les interactions sociales perdues. Par ailleurs, des facteurs tels que l'influence des réseaux sociaux, qui mettent souvent en avant des comportements festifs et excessifs, pourraient également avoir contribué à amplifier cette pratique chez les jeunes.

Une revue de littérature de 2018 explique que, dans les régions riches du monde, la consommation d'alcool chez les adolescent-es est en baisse depuis le début du millénaire et que cette diminution se reflète à tous les niveaux de consommation (Pape *et al.*, 2018). Ces diminutions sont particulièrement observées chez les garçons et chez les plus jeunes adolescent-es. Cependant, il y a aussi des indications que les plus gros-ses buveurs et buveuses n'ont pas réduit leur consommation, et que les adolescent-es de certains sous-groupes défavorisés n'ont pas suivi cette tendance à la baisse. En d'autres termes, les inégalités sociales semblent également impacter l'évolution des pratiques de consommation d'alcool des adolescent-es.

Ces évolutions positives concernant la diminution générale de la consommation d'alcool et le tabagisme sont en partie attribuables aux mesures de santé publique mises en place depuis le début du siècle pour décourager la consommation d'alcool et de tabac, notamment chez les jeunes. Parmi ces mesures figurent l'interdiction de la vente de tabac et d'alcool aux mineur-es, les campagnes de sensibilisation sur les dangers de l'alcool et du tabagisme, l'interdiction de fumer dans les lieux publics fermés, les augmentations régulières des taxes et accises, ainsi que les restrictions sur la publicité pour l'alcool. Ces politiques ont contribué à la réduction de l'exposition des jeunes aux substances psychoactives et à un changement dans les habitudes

Tableau 9. Évolution des prévalences^a de consommation hebdomadaire d'alcool, de *binge drinking*, de tabagisme hebdomadaire et quotidien, et de consommation hebdomadaire et quotidienne de cannabis, entre les enquêtes HBSC de 2014, 2018 et 2022

	2014	2018	2022
Consommation hebdomadaire d'alcool ^b	5,5	9,6	6,4
<i>Binge drinking</i> ^{c,d}		8,0	13,9
Tabagisme hebdomadaire	5,9	4,8	3,3
Tabagisme quotidien	4,0	2,9	2,0
Consommation hebdomadaire de cannabis ^c	5,1	4,8	3,0
Consommation quotidienne de cannabis ^c	1,9	2,2	1,2

a Prévalences non standardisées ; analyses non pondérées

b Uniquement chez les élèves du secondaire

c Uniquement chez les élèves du 2^e et 3^e degré du secondaire

d Le *binge drinking* a été défini par le fait de boire au moins quatre verres d'alcool en moins de deux heures, habituellement lors des jours de consommation.

Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

de consommation au fil des années. D'autres facteurs ont probablement aussi contribué à ces évolutions : flux migratoire, évolution des normes sociales et des normes parentales, diminution des interactions sociales et des opportunités de consommation en lien avec la révolution numérique (Pape *et al.*, 2018).

La consommation de cannabis chez les adolescent-es en Europe présente une tendance plus variable. Les données internationales de l'enquête HBSC révèle que l'expérimentation a légèrement diminué entre 2018 et 2022, passant de 14 % à 12 %, mais l'usage au cours du mois précédant l'enquête est resté stable à 7 % (Charrier *et al.*, 2024). Les données de l'enquête ESPAD montrent des variations significatives selon les pays et les régions, avec une tendance générale à la légère hausse. En moyenne, 16 % des jeunes de 15-16 ans interrogé-es ont déclaré avoir déjà expérimenté le cannabis, contre 11 % en 1995. Par ailleurs, 7 % des adolescent-es ont indiqué avoir consommé du cannabis au cours du dernier mois, comparativement à 4 % en 1995. Pour la première fois dans l'enquête de 2019, la consommation problématique de cannabis a été étudiée dans tous les pays participants, révélant qu'en moyenne, 4 % des élèves interrogé-es entraient dans cette catégorie.

1.4

LA POLYCONSOMMATION

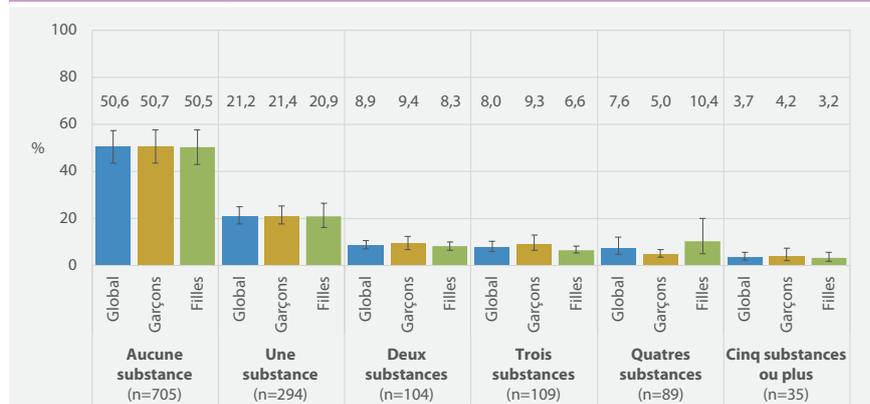
Il n'existe pas de définition univoque de la polyconsommation. En outre, ce terme recouvre différentes pratiques répondant à des motivations variées (maximisation des effets recherchés, minimisation des effets indésirables, opportunisme, polydépendance, etc.). Dans une acception large, elle peut être définie comme une pratique qui consiste à consommer plusieurs produits, de manière combinée ou successive, sur une période déterminée. La polyconsommation est considérée comme une pratique à risque parce que la survenue d'interactions pharmacologiques augmente le risque de complications somatiques (hyperthermie, accident vasculaire cérébral, troubles cardiaques, dépression respiratoire, etc.), parce que l'état induit par les effets combinés des produits augmente le risque de troubles du comportement et d'accidents, et parce qu'elle peut s'accompagner d'une polydépendance, qui augmente le risque d'impact biopsychosocial et complique le travail de prise en charge.

La polyconsommation n'étant pas directement explorée dans l'enquête HBSC, nous avons élaboré une série d'indicateurs en croisant les réponses auto-rapportées aux questions sur l'expérimentation de l'alcool, du tabac, de la cigarette électronique, du cannabis et d'autres drogues pour la figure 17 et le tableau 10, ainsi que sur la consommation hebdomadaire d'alcool, de tabac et de cannabis pour la figure 18 et le tableau 11.

En 2022, la moitié des élèves (50,6 %) du 2^e-3^e degré du secondaire scolarisé-es à Bruxelles n'avaient expérimenté aucune substance psychoactive au cours de leur vie (Figure 17). Parmi l'autre moitié, 21,2 % avaient expérimenté une substance, 8,9 % deux substances, 8,0 % trois substances, 7,6 % quatre substances, et 3,7 % cinq substances ou plus. Les proportions étaient similaires entre les garçons et les filles.

La proportion d'élèves ayant expérimenté au moins deux substances psychoactives au cours de leur vie était plus élevée dans l'enseignement professionnel (44,5 %) par rapport aux élèves de l'enseignement général et technique de transition (27,9 %) ainsi que ceux-celles de l'enseignement technique de qualification (20,7 %). Dans l'enseignement professionnel, ils-elles étaient également significativement plus nombreux-ses (12,2 %) à avoir expérimenté au moins cinq substances que les élèves de l'enseignement général et technique de transition (2,4 %) ou que ceux-celles de l'enseignement technique de qualification (3,2 %) (données non présentées).

Figure 17. Nombre de substances psychoactives expérimentées par les élèves du 2^e-3^e degré du secondaire scolarisé-es à Bruxelles (n=1336)



Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

Tableau 10. Distribution (%) des élèves scolarisé-es à Bruxelles selon le type de substances psychoactives expérimentées, globalement et en fonction du genre et de l'âge

	Global		Genre				p	Âge				p
			Garçons		Filles			< 17 ans		≥ 17 ans		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	
Alcool et tabac	3160	11,1	1539	10,1	1621	12,1	NS	2463	8,6	697	18,7	***
Alcool et cigarette électronique	3116	12,0	1507	10,5	1609	13,5	NS	243	9,2	686	20,6	***
Alcool et cannabis ^a	1496	15,9	688	15,5	808	16,3	NS	808	13,0	688	18,8	*
Alcool et autre drogue ^{a,b}	1399	4,7	638	5,2	761	4,2	NS	751	2,5	648	6,9	**
Tabac et cigarette électronique	3136	10,4	1523	9,0	1613	12,0	NS	2439	7,7	697	18,7	***
Tabac et cannabis ^a	1509	14,4	698	13,5	811	15,2	NS	812	12,8	697	15,9	NS
Tabac et autre drogue ^{a,b}	1411	3,6	652	4,0	759	3,1	NS	757	2,3	654	4,9	NS
Cigarette électronique et cannabis ^a	1480	13,9	679	13,9	801	14,0	NS	793	10,9	687	17,0	NS
Cigarette électronique et autre drogue ^a	1385	3,8	631	4,1	754	3,5	NS	742	2,0	643	5,6	NS
Cannabis et autre drogue ^{a,b}	1408	3,8	648	4,5	760	3,0	NS	758	1,7	650	5,8	***

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001. NS : pas de différence statistiquement significative.

a Uniquement chez les élèves du 2^e-3^e degré du secondaire

b Les drogues concernées sont listées dans le Tableau 1.

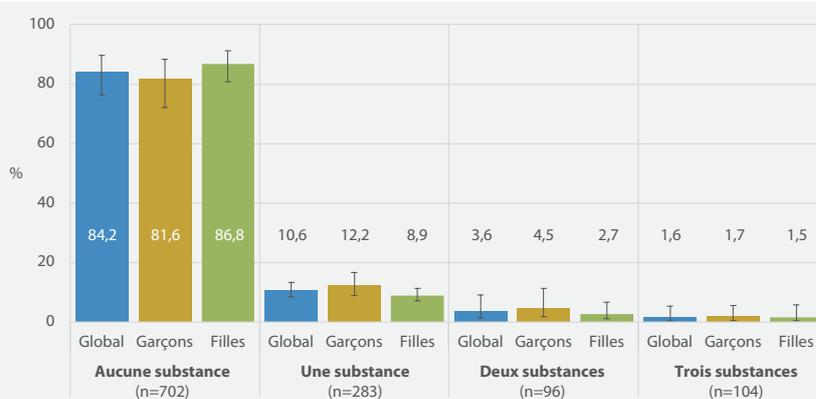
Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

Les combinaisons alcool-cannabis (15,9 %), tabac-cannabis (14,4 %), cigarette électronique-cannabis (13,9 %), alcool-cigarette électronique (12 %), alcool-tabac (11,1 %) et tabac-cigarette électronique (10,4 %) étaient les combinaisons de substances les plus fréquemment observées en 2022 (Tableau 10). Ces proportions ne variaient pas significativement en fonction du genre. Elles ne variaient pas non plus selon l'âge en ce qui concerne la polyconsommation au cours de la vie du tabac-cannabis, tabac-autre drogue, cigarette électronique-cannabis et cigarette électronique-autre drogue. Les jeunes de 17 ans ou plus étaient plus nombreux à avoir expérimenté la polyconsommation alcool-tabac, alcool-cigarette électronique, alcool-cannabis, alcool-autre drogue, tabac-cigarette électronique et cannabis-autre drogue.

Un peu plus de huit élèves sur dix n'étaient pas concerné-es par la polyconsommation hebdomadaire d'alcool, de tabac et de cannabis (Figure 18). Près de 4 % (3,6 %) des élèves avaient consommé deux substances, tandis que 1,6 % avaient consommé

de l'alcool, du tabac et du cannabis chaque semaine. Les proportions étaient comparables en fonction du genre (Figure 18) et de la filière d'enseignement (données non présentées).

Figure 18. Nombre de substances psychoactives consommées de façon hebdomadaire par les élèves du 2^e-3^e degré du secondaire scolarisé-es à Bruxelles (n=1477)



Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

Tableau 11. Distribution (%) des élèves du 2^e-3^e degré du secondaire scolarisé-es à Bruxelles selon le type de substances psychoactives consommées de façon hebdomadaire, globalement et en fonction du genre et de l'âge

	Global		Genre				p	Âge				p
			Garçons		Filles			< 17 ans		≥ 17 ans		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	
Alcool et tabac	1506	3,1	691	2,5	815	3,7	NS	807	2,3	699	3,9	NS
Alcool et cannabis	1495	2,2	690	2,5	802	1,9	NS	799	2,0	696	2,3	NS
Tabac et cannabis	1522	3,3	700	4,7	822	1,9	NS	814	2,8	708	3,8	NS
Alcool, tabac et cannabis	1477	1,6	680	1,7	797	1,5	NS	790	1,2	687	2,1	NS

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001. NS : pas de différence statistiquement significative

Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

Parmi les élèves du 2^e-3^e degré du secondaire, la polyconsommation hebdomadaire tabac-cannabis (3,3 %) était la plus fréquemment observée suivie de l'alcool-tabac (3,1 %) et de l'alcool-cannabis (2,2 %) (Tableau 11). Les proportions ne variaient ni selon le genre ni selon l'âge (Tableau 11) ni selon la filière d'enseignement (données non présentées).

La polyconsommation dans l'enquête ESPAD est évaluée en mesurant l'usage simultané ou successif de plusieurs substances, telles que l'alcool, le tabac, le cannabis, et les cigarettes électroniques. Les résultats de l'enquête ESPAD 2019 indiquent une légère diminution de la polyconsommation par rapport aux enquêtes précédentes, notamment en ce qui concerne la combinaison d'alcool et de tabac, ce qui reflète la baisse générale de la consommation de ces substances chez les adolescent-es européen-nes. L'enquête a également révélé que les jeunes consommant du cannabis étaient plus susceptibles d'avoir consommé d'autres substances, en particulier l'alcool et le tabac, et que les utilisateur-rices de cigarettes électroniques étaient souvent aussi consommateur-rices de tabac ou de cannabis.

1.5

FACTEURS ASSOCIÉS AUX USAGES DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES ÉLÈVES SCOLARISÉ-ES EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES (FWB)

Note méthodologique :

Les résultats présentés dans cette section proviennent d'analyses réalisées à partir d'un regroupement des données des élèves scolarisé-es dans les écoles francophones de Wallonie et de Bruxelles. Ce regroupement était nécessaire en raison de la petite taille de certaines cellules en cas d'analyses par région. La significativité statistique des différences observées entre groupes a été évaluée au moyen du test du χ^2 de Pearson corrigé pour le plan d'échantillonnage (correction de Rao et Scott). Les coefficients de pondération et le plan d'échantillonnage ont été pris en compte dans les estimations des prévalences pour en améliorer la représentativité. Afin de tenir compte des comparaisons multiples, les p-valeurs ont été ajustées à l'aide de la correction de Bonferroni. Un seuil de significativité corrigé ($\alpha=0,0007$, soit 0,07 %) a été appliqué pour réduire le risque d'interprétation erronée des résultats (limitation du risque d'erreur de type I).

La consommation de substances psychoactives est un phénomène complexe qui est souvent le résultat d'interactions entre de nombreux facteurs prédictifs. L'environnement familial compte parmi ces facteurs qui jouent un rôle important dans la propension des adolescent-es à consommer des substances psychoactives. Comme le montre la littérature scientifique et les résultats des analyses présentées dans le tableau 12, les jeunes vivant dans une famille de niveau socio-économique élevé sont plus susceptibles de consommer de l'alcool par rapport à ceux-celles vivant dans une famille ayant un niveau

socio-économique faible. En effet, dans les milieux aisés, les adolescent-es ont souvent un accès plus direct aux boissons alcoolisées et la consommation d'alcool peut être davantage intégrée dans la vie quotidienne et acceptée comme faisant partie des interactions sociales. De plus, ils-elles peuvent également participer à des événements sociaux où l'alcool est plus disponible et socialement valorisé, comme des fêtes ou clubs privés, des événements culturels ou des vacances à l'étranger, où les normes autour de la consommation d'alcool peuvent être plus incitatives (Kendler *et al.*, 2014). Les adolescent-es peuvent ainsi être exposé-es à des modèles de consommation d'alcool dès un jeune âge, ce qui normalise cette pratique (Hanson & Chen, 2007). À l'inverse, dans les milieux socio-économiques défavorisés, la prévalence du tabagisme est souvent plus élevée, ce qui peut créer un environnement où fumer est perçu comme normal voire valorisé. Historiquement, l'industrie du tabac a ciblé les populations à faibles revenus par des campagnes de marketing agressives, rendant les produits du tabac plus accessibles et attirants pour ces groupes. Aussi, les adolescent-es de statut socio-économique plus faible sont souvent exposé-es à des niveaux de stress plus élevés en raison de conditions de vie plus difficiles, de l'insécurité financière, etc. Dans ces conditions, le tabac peut être utilisé comme un moyen de gestion de stress et d'adaptation face à ces problèmes du quotidien, notamment en raison de l'effet relaxant de la nicotine (Holliday & Gould, 2016). De même, la littérature montre que les jeunes issu-es de familles de faibles niveaux socio-économiques sont plus susceptibles d'expérimenter et de consommer des drogues illicites autres que le cannabis en raison de divers facteurs environnementaux (pauvreté, accès limité aux ressources éducatives, etc.) et psychosociaux (faible soutien social, stress, etc.) (Hanson & Chen, 2007).

Les analyses ont montré que les élèves issu-es de familles biparentales étaient moins susceptibles de consommer de l'alcool, d'expérimenter des drogues illicites autres que le cannabis et de consommer deux ou trois substances psychoactives (alcool, tabac ou cannabis) de façon hebdomadaire par rapport aux élèves issu-es de familles recomposées (Tableau 12). De plus, les jeunes issu-es de familles biparentales étaient également

Tableau 12. Prévalences de différents usages de substances psychoactives en fonction de certaines caractéristiques liées à l'environnement familial et social

	Alcool ^a Au moins une fois par semaine			Tabac Au moins une fois par jour			Cigarette électronique Au moins une fois par jour			Cannabis ^b Au moins une fois par semaine			Drogues autres que cannabis ^{b,c} Expérimentation			Polyconsommation hebdomadaire ^{b,d}		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Niveau d'aisance familiale¹⁷	7838		<0,0007	11113		0,01	10797		0,56	5511		0,34	5194		0,33	5281		0,38
Faible		8,7			4,1			1,4			5,8			5,9			5,6	
Moyen		14,8			3,9			1,6			4,4			7,4			7,1	
Élevé		17,9 ^f			2,3			1,2			4,5			6,4			6,9	
Structure de la famille	7292		<0,0007	10450		<0,0007	10178		0,29	5192		<0,0007	4917		<0,0007	4984		<0,0007
Biparentale		13,3 ^f			2,4 ^f			1,2			2,6 ^f			5,1 ^f			4,5 ^f	
Recomposée		20,7			5,0			1,7			5,7			11,5			10,5	
Monoparentale		14,2			6,0			1,8			8,5			9,4			9,9	
Soutien de la famille¹⁸	7713		<0,0007	10902		<0,0007	10623		<0,0007	5430		0,004	5134		<0,0007	5220		<0,0007
Faible		17,8			6,8			2,7			8,2			12,9			10,7	
Modéré		16,2			4,0			2,1			4,2			6,8			6,7	
Élevé		12,5 ^f			2,6 ^f			0,8 ^f			3,9			5,4 ^f			5,3 ^f	
Soutien des ami-es¹⁹	7639		<0,0007	10865		0,37	10579		0,04	5378		0,25	5085		0,80	5168		0,59
Faible		8,9			3,8			2,3			6,2			7,6			6,2	
Modéré		14,3			3,0			0,7			4,0			7,4			6,4	
Élevé		15,7 ^f			3,9			1,6			4,9			6,9			7,2	

r : estimation du groupe de référence. En gras : groupe pour lequel l'estimation varie de façon statistiquement significative par rapport au groupe de référence.

a Uniquement dans le secondaire.

b Uniquement dans le 2^e-3^e degré du secondaire.

c Les substances concernées sont décrites dans le Tableau 1.

d Consommation hebdomadaire d'au moins deux produits parmi l'alcool, le tabac et le cannabis.

Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

moins susceptibles de fumer du tabac quotidiennement, de consommer du cannabis de façon hebdomadaire, d'expérimenter des drogues illicites autres que le cannabis et de consommer deux ou trois substances psychoactives (alcool, tabac ou cannabis) de façon hebdomadaire en comparaison avec les jeunes vivant dans des familles monoparentales (Tableau 12). Cet effet protecteur est bien documenté dans la littérature. Les adolescent-es vivant dans des familles biparentales bénéficieraient souvent d'une structure familiale plus stable, d'une meilleure supervision parentale, d'un soutien émotionnel plus complet, et d'un environnement familial moins conflictuel. Ces facteurs contribuent à une moindre propension à consommer des substances psychoactives (Barrett & Turner, 2006 ; Pourmovahed *et al.*, 2022).

De même, les élèves se sentant soutenu-es par leurs parents sont moins susceptibles de

consommer des substances psychoactives (Tableau 12). Une revue systématique d'études longitudinales sur les facteurs modifiables liés à la parentalité a conclu que le soutien parental était un facteur protecteur contre l'expérimentation de l'alcool et les quantités d'alcool consommées ultérieurement chez les adolescent-es âgé-es de 12 à 18 ans (Yap *et al.*, 2017). Globalement, les études montrent que les adolescent-es qui reçoivent un soutien émotionnel important de leur famille, notamment à travers l'affection, la compréhension, et la communication ouverte, sont moins susceptibles de recourir aux substances pour faire face au stress ou à des émotions négatives (Ryan *et al.*, 2015).

.....
18 Cet indicateur a été créé à l'aide de l'échelle Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MPSS) constitué de quatre affirmations : «ma famille essaie vraiment de m'aider», «je trouve le réconfort et le soutien dont j'ai besoin auprès de ma famille», «je peux parler de mes problèmes avec ma famille», «ma famille est prête à m'aider à prendre des décisions» (Zimet, 1988). Par rapport à ces affirmations, les adolescent-es avaient la possibilité de se positionner sur une échelle de Likert de sept niveaux allant de «pas du tout d'accord» à «tout à fait d'accord». Pour chaque adolescent-e interrogé-e, les points de ces quatre items ont été sommés, et cette somme a été divisée par 4. Un score allant de 1 à 7 a ainsi été créé, et les adolescent-es ont ensuite été réparti-es en trois groupes : soutien faible (scores de

Le soutien des ami-es joue quant à lui un rôle plus complexe dans la consommation de substances psychoactives chez les adolescent-es. Nos analyses ont montré que les élèves qui percevaient un soutien élevé de la part de leurs ami-es étaient plus enclins à consommer de l'alcool de façon hebdomadaire (Tableau 12). Les adolescent-es sont souvent influencé-es par leurs pairs, y compris lorsqu'il s'agit de la consommation de substances. Les ami-es qui consomment des substances peuvent exercer une influence directe ou indirecte, encourageant un-e adolescent-e à faire de même. De plus, les comportements adoptés par un groupe d'ami-es peuvent influencer la perception qu'a un-e jeune de la consommation de substances. Par exemple, si dans ce groupe, la consommation est perçue comme socialement valorisante, il-elle sera plus susceptible de s'engager dans ce comportement.

.....
1 à 2,9), soutien modéré (de 3 à 5) et soutien élevé (de 5,1 à 7).
19 La procédure utilisée pour créer l'indicateur de soutien de la famille a également été appliqué à la création de l'indicateur de soutien des ami-es. Celui-ci résulte du traitement des quatre affirmations suivantes : «mes ami(e)s essaient vraiment de m'aider», «je peux compter sur mes ami(e)s quand les choses vont mal», «j'ai des ami(e)s avec lesquels je peux partager mes joies et mes peines», et «je peux parler de mes problèmes avec mes ami(e)s».

.....
17 Le niveau d'aisance familiale a été mesuré à l'aide de la Family Affluence Scale (FAS), qui permet le calcul d'un score de 0 à 13. Les élèves ont été regroupés en trois groupes selon les quintiles de la distribution de leurs scores : les élèves avec un score inférieur ou égal à 6 étaient considéré-es de FAS «faible», ceux-celles ayant un score supérieur ou égal à 11 de FAS «élevé», et les élèves se situant entre ces deux catégories, de FAS «moyen» (Torsheim, 2016).

Tableau 13. Prévalences de différents usages de substances psychoactives en fonction de certaines caractéristiques liées au bien-être

	Alcool ^a Au moins une fois par semaine			Tabac Au moins une fois par jour			Cigarette électronique Au moins une fois par jour			Cannabis ^b Au moins une fois par semaine			Drogues autres que cannabis ^{b,c} Expérimentation			Polyconsommation hebdomadaire ^{b,d}		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Santé perçue	7965		<0,0007	11377		<0,0007	11049		0,002	5572		0,006	5254		<0,0007	5339		<0,0007
Plutôt bonne à pas très bonne		17,7			7,8			2,3			6,8			11,6			10,3	
Bonne à excellente		13,2 ^r			2,4 ^r			1,2 ^r			4,1 ^r			5,3 ^r			5,6 ^r	
Niveau de satisfaction par rapport à la vie²⁰	7930		0,002	11323		<0,0007	10999		0,002	5547		<0,0007	5230		<0,0007	5313		<0,0007
Peu élevé		17,8			7,8			2,4			8,5			12,2			12,2	
Moyen à élevé		13,5			2,7 ^r			1,3			3,8 ^r			5,6 ^r			5,5 ^r	
Bien-être émotionnel²¹	7662		<0,0007	10894		<0,0007	10610		0,003	5376		<0,0007	5073		<0,0007	5161		<0,0007
Bien-être satisfaisant		12,4 ^r			2,4 ^r			10,5			3,4 ^r			4,9 ^r			5,2 ^r	
Bien-être faible, sans risque de dépression		17,2			4,7			18,6			6,1			8,9			7,8	
Risque de dépression		17,9			8,0			2,7			7,5			11,5			10,6	
Durée de sommeil²²	7903		0,004	11272		<0,0007	10948		0,002	5526		<0,0007	5211		<0,0007	5296		<0,0007
Suffisante		13,0			1,6 ^r			10,7			2,3 ^r			4,1 ^r			3,3 ^r	
Insuffisante		16,1			6,9			2,1			8,5			11,2			11,9	

r : estimation du groupe de référence. En gras : groupe pour lequel l'estimation varie de façon statistiquement significative par rapport au groupe de référence.

a Uniquement dans le secondaire.

b Uniquement dans le 2^e-3^e degré du secondaire.

c Les substances concernées sont décrites dans le Tableau 1.

d Consommation hebdomadaire d'au moins deux produits parmi l'alcool, le tabac et le cannabis.

Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

Cependant, des études suggèrent également que les adolescent-es qui reçoivent un soutien social positif de leurs ami-es, notamment en termes de communication, d'empathie et de conseils, sont généralement moins susceptibles de consommer des substances psychoactives. Un groupe d'ami-es qui encourage des comportements sains peut agir comme un facteur protecteur contre la consommation de substances (Loke & Mak, 2013).

20 La satisfaction que les adolescent-es ont de leur vie a été évaluée au travers de l'échelle Cantril graduée de 10 à 0 (10 équivaut à estimer que sa vie est «la meilleure vie possible» et la valeur 0 «la pire vie possible») (Cantril, 1965). Un score allant de 0 à 5 sur l'échelle de Cantril correspond à un niveau de satisfaction peu élevé et un score compris entre 6 et 10 correspond à un niveau relativement élevé de satisfaction.

21 Le bien-être émotionnel a été mesuré à l'aide de l'indice de bien-être de l'OMS (WHO, 1998) qui comporte cinq items dont par exemple, «Ma vie quotidienne a été remplie de choses qui m'intéressent». Pour chacune de ces affirmations, il a été demandé aux élèves d'indiquer la fréquence à laquelle ils-elles s'étaient senti-es de cette façon au cours des deux semaines précédant l'enquête : «tout le temps», «la plupart du temps», «plus de la moitié du temps», «moins de la moitié du temps», «de temps en temps», «jamais». Un score a été attribué aux fréquences rapportées pour chacune des affirmations, allant de 0 pour «jamais» à 5 pour «tout le temps». Pour chaque élève, les scores obtenus ont ensuite été sommés. Une somme supérieure ou égale à 13 sur un total théorique maximum de 25, est associée à un bien-être émotionnel satisfaisant.

Le bien-être joue également un rôle important dans la propension des adolescent-es à consommer des substances psychoactives, un lien bien documenté dans la littérature scientifique. Le **tableau 13** montre que les jeunes qui avaient une perception négative de leur santé, une faible satisfaction de vie, un faible niveau de bien-être émotionnel, et qui dormaient insuffisamment étaient plus susceptibles d'avoir consommé des substances psychoactives. Un faible niveau de bien-être général se traduit souvent par des niveaux élevés de stress, d'anxiété, voire de dépression, qui sont des prédicteurs bien connus de la consommation de substances psychoactives chez les jeunes. Les adolescent-es peuvent se tourner vers l'usage de substances psychoactives pour échapper à des émotions négatives comme une forme d'automédication. Par exemple, l'alcool, le tabac, et le cannabis sont souvent utilisés pour soulager temporairement les symptômes de dépression ou d'anxiété, même si ces substances peuvent, à long

.....
Une somme inférieure ou égale à 7 correspond à un risque de dépression, ce qui toutefois ne constitue pas un diagnostic clinique.

22 Une durée de sommeil considérée comme insuffisante correspond à une durée inférieure à neuf heures pour les moins de 14 ans, et inférieure à huit heures pour les adolescent-es de 14 ans ou plus.

terme, exacerber ces problèmes (Sullivan *et al.*, 2005). De plus, un faible bien-être général est souvent associé à une moindre satisfaction de vie. Les jeunes qui sont insatisfait-es de leur vie quotidienne peuvent être plus enclin-es à adopter des comportements à risque pour essayer de combler un vide ou d'améliorer temporairement leur état émotionnel. Les substances psychoactives sont alors perçues comme un moyen d'améliorer leur humeur ou de se conformer aux normes de leur groupe social, qui peut valoriser ces comportements (Zullig *et al.*, 2001).

Le sommeil joue un rôle crucial dans la régulation émotionnelle et le maintien d'un bien-être mental optimal. Une durée de sommeil insuffisante est associée à des altérations du fonctionnement cognitif et émotionnel, qui peuvent accroître la vulnérabilité des adolescent-es à la consommation de substances psychoactives. Le manque de sommeil a été corrélé à des niveaux accrus de stress, d'anxiété, et de dépression, qui, à leur tour, augmentent la probabilité que les jeunes se tournent vers des substances comme moyen de faire face à ces états émotionnels négatifs (Johnson & Breslau, 2001). Par ailleurs, le sommeil insuffisant peut perturber les fonctions exécutives du cerveau, telles que le contrôle des impulsions et la prise de décision, ce

Tableau 14. Prévalences de différents usages de substances psychoactives en fonction de certaines caractéristiques liées à l'environnement scolaire

	Alcool ^a Au moins une fois par semaine			Tabac Au moins une fois par jour			Cigarette électronique Au moins une fois par jour			Cannabis ^b Au moins une fois par semaine			Drogues autres que cannabis ^{b,c} Expérimentation			Polyconsommation hebdomadaire ^{b,d}		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Goût pour l'école	7752		<0,0007	11107		<0,0007	10802		0,03	5459		<0,0007	5160		0,02	5238		<0,0007
Aime		12,6 ^r			2,3 ^r			1,2			3,1 ^r			6,0			5,3 ^r	
N'aime pas		17,0			6,0			1,9			6,9			8,3			8,7	
Absentéisme scolaire	7629		<0,0007	7830		<0,0007	7601		<0,0007	5391		<0,0007	5104		<0,0007	5181		<0,0007
Jamais		9,2 ^r			1,3 ^r			0,8 ^r			1,3 ^r			3,5 ^r			2,6 ^r	
<1x/trimestre		20,7			6,2			2,6			3,4			7,8			6,4	
≥1x/trimestre		28,6			17,1			5,1			16,5			16,9			19,8	
Perception des relations avec les élèves de la classe²³	7588		0,95	10808		0,08	10524		0,02	5354		0,56	5061		0,03	5147		0,60
Négative		14,4			4,6			2,1			4,3			8,7			6,3	
Intermédiaire		14,7			3,2			1,1			4,4			6,3			7,1	
Positive		14,5			3,2			1,3			5,2			5,8			6,6	
Perception des relations avec les professeurs²⁴	7474		0,015	10612		<0,0007	10346		<0,0007	5302		0,096	5015		0,007	5095		0,17
Négative		15,9			5,2			2,1			5,6			9,3			7,6	
Intermédiaire		14,7			2,8			0,7			3,4			5,4			5,4	
Positive		11,8			2,4 ^r			1,6 ^r			4,0			5,0			6,5	

r = estimation du groupe de référence. En gras : groupe pour lequel l'estimation varie de façon statistiquement significative par rapport au groupe de référence.

a Uniquement dans le secondaire. b Uniquement dans le 2^e-3^e degré du secondaire.

c Les substances concernées sont décrites dans le Tableau 1.

d Consommation hebdomadaire d'au moins deux produits parmi l'alcool, le tabac et le cannabis.

Source : HBSC 2022 (analyse et adaptation : Eurotox)

qui peut conduire à des comportements impulsifs, y compris l'usage de substances psychoactives. Les adolescent-es qui dorment peu peuvent également ressentir une fatigue persistante, les incitant à utiliser des substances stimulantes pour se maintenir éveillés ou pour combattre le sentiment de léthargie, augmentant ainsi leur risque de consommation régulière (Hasler *et al.*, 2014 ; Tucker *et al.*, 2010).

que les élèves qui avaient une perception négative de leurs relations avec leurs professeur-es étaient plus enclin-es à fumer quotidiennement et à utiliser une cigarette électronique quotidiennement (Tableau 14). Les adolescent-es qui perçoivent leurs relations avec les professeur-es comme soutenantes et compréhensives sont plus susceptibles de se sentir connectés à leur environnement scolaire, ce qui peut diminuer le risque de consommation de substances (Bond *et al.*, 2007).

Nos analyses ont également montré que les élèves qui n'aimaient pas l'école et qui brossaient les cours étaient plus susceptibles de consommer des substances psychoactives (Tableau 14). La littérature indique que les adolescent-es qui n'aiment pas l'école ou qui manifestent un faible engagement scolaire sont plus enclin-es à adopter des comportements à risque, y compris la consommation de substances psychoactives. Le désengagement scolaire, caractérisé par un manque d'intérêt pour

1.6

PERSPECTIVES

L'école joue un rôle clé dans l'influence qu'elle exerce sur la consommation de substances psychoactives chez les jeunes, par le biais de divers mécanismes. Plusieurs éléments de l'environnement scolaire contribuent à façonner les comportements de consommation, parmi lesquels la qualité des relations avec les enseignants, qui constitue un facteur déterminant pour le bien-être et les attitudes des jeunes. Nos analyses des données HBSC 2022 ont révélé

23 La perception des relations entre les élèves de la classe a été mesurée à l'aide de l'outil *Teacher and Classmate Support Scale* (Torsheim, 2000) qui comporte trois affirmations : (1) «Les élèves de ma classe ont du plaisir à être ensemble», (2) «La plupart des élèves de ma classe sont sympas et serviables», (3) «Les autres élèves m'acceptent comme je suis», avec cinq modalités de réponse allant de «tout à fait d'accord» à «pas du tout d'accord». Des scores allant de 0 à 4 ont été attribués à ces différentes modalités, un score plus élevé correspondant à une perception plus positive des relations entre les élèves de classe. Ensuite, la somme des scores pour les trois items a été calculée pour chaque élève. Les terciles de la distribution de ces sommes au sein de l'échantillon ont été utilisés afin de créer un indicateur décrivant la manière dont les élèves percevaient les relations avec les autres élèves de la classe : perception négative (somme entre 0 et 8), perception intermédiaire (somme égale à 9), et perception positive (somme entre 10 et 12).

24 La perception des relations avec les professeur-es a été mesurée à l'aide d'une échelle comprenant les trois affirmations suivantes : (1) «J'ai le sentiment que mes professeurs m'acceptent comme je suis», (2) «J'ai le sentiment que mes professeurs me considèrent comme une personne à part entière», (3) «J'ai le sentiment que je peux avoir confiance en mes professeurs». Pour chaque item, cinq modalités de réponse étaient proposées, allant de «tout à fait d'accord» à «pas du tout d'accord». Des scores allant de 0 à 4 ont été attribués à ces différentes modalités, un score plus élevé correspondant à une perception plus positive des relations avec les professeur-es. Ensuite, la somme des scores pour les trois items a été calculée pour chaque élève. Les terciles de la distribution de ces sommes au sein de l'échantillon ont été utilisés afin de créer un indicateur décrivant la manière dont les élèves percevaient les relations avec leurs professeur-es : perception négative (somme entre 0 et 7), perception intermédiaire (somme entre 8 et 9), et perception positive (somme entre 10 et 12).

les activités scolaires et un faible sentiment d'appartenance à l'école, est souvent lié à une recherche de gratification immédiate ou d'évasion, pouvant se traduire par la consommation de drogues. Ces substances peuvent offrir aux jeunes une échappatoire temporaire aux défis émotionnels et sociaux auxquels ils-elles sont confronté-es dans l'environnement scolaire (Henry & Thornberry, 2010).

L'absentéisme intentionnel, ou le fait de brasser les cours, est souvent un indicateur précoce de décrochage scolaire, et il est étroitement lié à la consommation de substances psychoactives. Des études montrent que cet absentéisme augmente significativement le risque de consommation de substances (Maynard *et al.*, 2015). Par ailleurs, il peut être à la fois une cause et une conséquence de la consommation : certain-es jeunes manquent les cours spécifiquement pour consommer des substances, tandis que d'autres, une fois engagés dans de tels comportements, ont plus de difficultés à maintenir un engagement scolaire, ce qui les conduit à s'éloigner encore davantage de l'école.

Face à ces défis, les programmes de prévention des substances psychoactives et de promotion à la santé apparaissent comme des leviers essentiels pour réduire les consommations chez les jeunes. En sensibilisant les élèves aux risques liés à l'usage de substances et en leur offrant des opportunités de développement de leurs compétences psychosociales (e.g. gestion du stress, résistance aux pressions sociales), ces programmes, soutenus par les enseignant-es et les parents, peuvent renforcer l'engagement scolaire et diminuer les comportements à risque (Nation *et al.*, 2003). En outre, les disparités entre les élèves en matière d'usage, ainsi que les différents déterminants associés, rappellent l'importance de tenir compte des inégalités sociales en matière de prévention des conduites addictives, et de concevoir ces programmes dans une stratégie globale de promotion de la santé.

En conclusion, le milieu scolaire influence la consommation de substances psychoactives chez les jeunes à travers une combinaison de facteurs liés à l'environnement scolaire, aux relations interpersonnelles et à l'accès aux substances. En adoptant une approche globale qui inclut la prévention, le soutien social, et un environnement physique et scolaire protecteur, il est possible de réduire efficacement le risque de consommation de substances et d'usage excessif chez les adolescent-es.

LA PRÉVENTION DES ASSUÉTUDES : DÉFINITIONS ET APPROCHES

2.1

LES TROIS NIVEAUX DE PRÉVENTION

En 1948, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dessine une nouvelle approche de la santé en définissant la prévention comme «l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps». L'OMS distingue trois niveaux de prévention : primaire, secondaire et tertiaire, en rattachant chacun d'eux à des états successifs d'un phénomène donné.

D'abord, la **prévention primaire** comprend l'ensemble des mesures visant à éviter, réduire ou retarder la survenue ou l'incidence d'une consommation de substances psychoactives. Elle consiste avant tout à mettre à la portée des groupes de population cibles, en particulier ceux qui semblent vulnérables et exposés à consommer des drogues, susceptibles de développer un rapport problématique à ces substances, des informations sur les produits ainsi que sur les signes et symptômes liés à leur abus. La prévention primaire cherche à agir sur les conduites individuelles à risque mais également sur les facteurs consolidants et structurants tels que les compétences psychosociales, l'environnement de vie ou les inégalités sociales.

La **prévention secondaire**, quant à elle, est orientée vers la diminution de la prévalence d'un tel usage. Elle recouvre les actions destinées à agir au tout début de l'apparition de la consommation afin de contrer son évolution, ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque.

Enfin, la **prévention tertiaire** intervient après la survenue de l'usage de substances psychoactives. Elle vise à réduire les conséquences négatives qui peuvent en découler.

2.2

DÉTECTION ET INTERVENTIONS PRÉCOCES

La **détection précoce** d'une consommation à risque, voire d'une consommation problématique est une démarche cruciale en santé publique, complémentaire aux autres stratégies de prévention et de réduction des risques. La détection précoce est une condition à l'**intervention précoce**, qui anticipe la demande de soin avant que la problématique ne s'aggrave, dans le but de diminuer les risques et de préserver la santé et le bien-être de l'utilisateur. Les intervenant-es de première ligne (en particulier les médecins généralistes) sont idéalement positionné-es pour détecter les usages problématiques ou à risque, et initier des interventions précoces. Il s'agit essentiellement d'évaluer la consommation, afin de prévenir le développement d'une consommation problématique ou réduire les risques liés à une consommation.

La détection précoce peut également être proposée en «libre accès», à l'aide de questionnaires d'auto-évaluation de la consommation mis à disposition du grand public, par exemple, sur des sites internet qui abordent les questions relatives à la consommation de produits psychoactifs. Il s'agit généralement de questionnaires qui proposent à l'utilisateur-riche l'occasion de situer sa consommation et d'entamer une réflexion. À l'issue du questionnaire, le-la répondant-e reçoit une information standardisée sur le type d'usage qu'il-elle a décrit dans ses réponses, les risques potentiels de associés et des conseils de réduction des risques adaptés aux réponses fournies. Le feedback inclus également les coordonnées des associations ou des services qui pourraient être utiles à l'utilisateur.

2.3

LES DIFFÉRENTES APPROCHES DE LA PRÉVENTION

La prévention en matière d'usages de produits psychoactifs, accompagnée d'une démarche de réduction des risques, vise à agir notamment sur les phénomènes suivants :

- › L'incidence de l'usage nocif
- › L'usage précoce
- › La consommation à risque
- › Les dommages associés aux usages
- › Les inégalités sociales de santé associées à l'usage

Pour agir sur ces phénomènes, différentes approches ont été développées. Les stratégies de prévention de l'usage de substances psychoactives ciblant les jeunes et susceptibles d'être déployées en milieu scolaire peuvent être catégorisées en trois types d'intervention :

1) LES INTERVENTIONS DE PRÉVENTION UNIVERSELLE

Elles s'adressent à tou-tes les jeunes d'une population avec l'objectif de prévenir l'usage ou à défaut de retarder l'âge des premières expérimentations, et de limiter le risque de développement d'un usage excessif. Ces programmes peuvent prendre diverses formes et poursuivre différents objectifs : améliorer les connaissances des jeunes sur les effets et risques liés aux produits, modifier les attitudes par rapport aux produits (normes perçues de consommation, attentes, perceptions des risques...), favoriser le développement de compétences psychosociales (capacité à prendre de décision de manière autonome en résistant à la pression du groupe, capacité à se fixer des objectifs responsables, gestion des émotions, conscience sociale, compétences relationnelles...). Les programmes qui visent

uniquement à informer les jeunes sur les produits et leurs effets sont considérés comme non efficaces. En outre, il est généralement plus efficace d'engager les acteurs scolaires dans le programme que de faire uniquement appel à des intervenant-es extérieur-es.

2) LES INTERVENTIONS DE PRÉVENTION SÉLECTIVE

Elles visent plus spécifiquement les individus ou groupes qui présentent un ou plusieurs facteurs de risque prédéfinis (e.g. jeunes dont la situation familiale est instable, jeunes ayant des conflits avec leurs parents, jeunes victimes de négligence ou de violence parentale, jeunes entouré-es par des pairs ou des parents consommateurs, jeunes présentant certains traits de personnalité...) et cherchent à les compenser ou à en réduire l'influence sur le comportement. La prévention sélective poursuit les mêmes objectifs que la prévention universelle (e.g. prévenir ou retarder les consommations). Le contenu de ces programmes est généralement similaire à celui proposé en prévention universelle, mais il est adapté au vécu et aux particularités du groupe cible.

En outre, intervenir sélectivement en milieu scolaire auprès de jeunes ayant un usage excessif comporte deux risques qu'il convient de mesurer avant toute intervention (UNESCO, UNODC & OMS 2018) : 1) risque d'étiquetage et de stigmatisation de l'élève identifié-e comme consommateur-riche excessif-ve ; 2) risque d'aggravation du comportement par un mécanisme d'entraînement à la déviance²⁵. Ce deuxième risque est élevé si l'intervention est insuffisamment structurée et si le jeune fait depuis peu partie d'un groupe où le comportement d'usage excessif remplit une fonction identitaire. Il convient donc de structurer les interventions avec soin en veillant à la plus grande confidentialité, tout en impliquant les élèves concerné-es par l'intervention dans une démarche de collaboration non contraignante.

.....
²⁵ Ensemble des processus d'influence sociale qui facilitent les comportements déviants entre pairs.

3) LES INTERVENTIONS DE PRÉVENTION INDIQUÉE

Elles visent à réduire la fréquence de consommation ainsi que les conséquences délétères chez les jeunes déjà engagé-es dans une consommation excessive mais n'ayant pas encore développé d'addiction. Elles visent aussi à fournir, si nécessaire, un soutien ou une orientation vers des services d'aide aux jeunes qui en auraient besoin. Les interventions de ce type visent essentiellement à motiver les jeunes à modifier leurs habitudes de consommation et à les soutenir dans leur changement comportemental.

Les interventions de prévention indiquées visent généralement à modifier les habitudes d'usage excessif en s'appuyant sur les principes de l'intervention brève²⁶, particulièrement appropriée lorsqu'aucune demande d'aide n'est formulée. Ces interventions peuvent être individuelles ou collectives (en petit groupe), ou combiner séances individuelles et collectives. Les interventions collectives devraient toutefois veiller à intégrer une dimension interactive et personnalisée sous peine de ne pas être efficaces (Hennessy & Tanner-Smith, 2015).

Les interventions sélectives et indiquées gagnent à intégrer un travail préalable sur les connaissances et les représentations sociales de l'usage (normes d'usage perçues, attentes par rapport aux effets, risques perçus...), en particulier si les jeunes n'ont pas pu bénéficier d'interventions de ce type par le passé. Il est aussi pertinent d'intégrer dans ces interventions des stratégies de réduction des risques afin de réduire l'impact de l'usage sur l'intégrité physique, psychologique et sociale des jeunes.

.....
²⁶ L'intervention brève s'organise sur base d'un repérage préalable de pratiques de consommation à risque, étape qui sera suivie par la délivrance de conseils et la proposition d'objectifs atteignables. Les risques liés à l'usage excessif sont décrits, des stratégies de réduction de la consommation sont proposées et la motivation au changement est renforcée. L'objectif est d'enclencher des mécanismes de (auto)régulation de la consommation. elle s'opère en quelques séances de plusieurs minutes et en l'absence de demande d'aide. Elle incorpore généralement une approche motivationnelle qui consiste à amener la personne à accepter l'idée de changer son mode de consommation.

Une autre classification fait la distinction entre les deux approches préventives suivantes : celle visant le changement de comportement des groupes et des individus (prévention centrée sur la personne), et celle axée sur leur environnement (prévention structurelle). Pour être efficaces, les deux approches doivent être mises en œuvre de façon combinée et s'intégrer dans une stratégie globale (Addiction suisse, 2013).

1) LA PRÉVENTION CENTRÉE SUR LA PERSONNE

Les mesures de prévention centrée sur la personne ont pour objectif de renforcer les compétences des individus en matière de santé. Il s'agit par exemple des campagnes médiatiques, de la prévention par les pairs ou des programmes visant le renforcement des compétences psychosociales chez les jeunes. L'efficacité de ce type d'intervention repose sur une mise en œuvre précoce et une approche à long terme : les activités ponctuelles sont généralement sans effet. De même, la transmission d'informations seule ne s'avère pas efficace. En outre, il est essentiel d'adapter les programmes aux groupes ciblés (âge, genre, lieux d'intervention, modes d'usage), tout en visant l'implication du public dans la démarche.

2) LA PRÉVENTION STRUCTURELLE

Quant aux mesures de prévention structurelle, elles sont mises en œuvre aux niveaux juridique et législatif. Elles ont pour but de modifier l'environnement et de créer des milieux de vie favorables à la santé. C'est ainsi que les limitations de l'accessibilité à l'alcool, les restrictions en matière de publicité, la politique des prix et la taxation ont une influence sur les habitudes de consommation. Relèvent aussi de la prévention structurelle les mesures prises dans certains environnements, par exemple dans les milieux professionnels ou festifs (e.g. accès à l'eau gratuite, normes en matière de ventilation et température ambiante). La prévention structurelle a un impact beaucoup plus large et systématique que la prévention centrée sur la personne, mais sa dimension contraignante, et la nécessité d'adapter les cadres réglementaires et législatifs, peuvent freiner sa mise en place.

CADRE LÉGAL ET ORGANISATIONNEL DE LA PRÉVENTION DES ASSUÉTUDES EN BELGIQUE FRANCOPHONE

Les cadres légaux et réglementaires présentés ici visent à apporter un éclairage contextuel et organisationnel sur les dispositifs et les actions mis en place en Belgique francophone en matière de prévention. D'une part, ils concernent la prévention et l'usage de substances psychoactives en milieu scolaire, mais ils portent d'autre part, de manière plus générale, sur la promotion et l'amélioration de la santé et du bien-être des jeunes, susceptibles d'influer sur les pratiques de consommation, ainsi que sur les dispositifs susceptibles d'agir en prévention en dehors du milieu scolaire.

Ces cadres juridiques ne permettent pas de recenser de manière exhaustive les actions de prévention, en l'absence d'un répertoire structuré des dispositifs en Région bruxelloise. Ce bulletin n'a donc pas pour objectif de dresser un cadastre, mais plutôt de mettre en lumière certaines pratiques reconnues pour leur pertinence ou leur fondement scientifique, bien qu'elles demeurent souvent peu visibles et structurellement fragiles.

3.1

LA LÉGISLATION DES DROGUES EN MILIEU SCOLAIRE²⁷

Conformément à la Convention internationale des droits de l'enfant, l'école doit privilégier une approche préventive en matière de gestion des assuétudes dans le cadre de ses missions pédagogiques et éducatives. Elle s'inscrit plus largement dans la reconnaissance du «droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation» (article 24, § 1). Ainsi les États parties doivent viser à «développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale» (article 24, § 2). L'approche punitive est relayée à une utilisation de dernier recours, au profit d'une vision plus sociale et préventive. L'article 40, § 1, réclame la reconnaissance de «tout enfant suspecté-e, accusé-e ou convaincu-e d'infraction à la loi pénale le droit à un traitement qui soit de nature à favoriser son sens de la dignité et de la valeur personnelle». À cette fin, le § 3 demande aux États qu'une réaction sociale à l'égard du de la mineur-e soit, dans la mesure du possible, opérée sans recours à la procédure judiciaire et par la mise en place de lois, de procédures et d'institutions spécialement conçues.

Les lois belges s'appliquent aux écoles comme partout en Belgique. En tant que lieux privés, chacune développe néanmoins sa propre politique disciplinaire en matière

de drogues. Les directions d'école ont à leur disposition plusieurs circulaires ministérielles concernant les actions à entreprendre face à la consommation, la détention et le commerce de drogues au sein des écoles. Ces circulaires n'ont pas valeur de loi et ne peuvent dès lors aller à l'encontre du prescrit légal.

La circulaire du 1^{er} octobre 1999 (n° D199910011)²⁸ concernant la prévention des violences en milieu scolaire, vise à encadrer les conduites que les écoles doivent adopter en cas de consommation à l'intérieur de l'établissement, de même qu'en cas de trafic à l'intérieur ou aux abords de l'établissement scolaire. Elle sert avant tout à rappeler le cadre légal en matière de drogues. L'intervention de la police est recommandée en cas de découverte d'un trafic de drogues au sein de l'école. Pour la consommation, la circulaire met davantage l'accent sur la nécessité d'entreprendre avec l'élève une réflexion sur les consommations de produits illicites, ainsi que sur les risques de dépendance future et de «*tenter d'évaluer avec ce jeune sa détresse et ses angoisses, ses relations sentimentales ou familiales afin de donner à ce problème de consommation, la meilleure orientation médicale, psychologique ou sociale possible*».

La circulaire ministérielle du 7 juillet 2006 (n° 1721)²⁹ qui vise le renforcement et/ou ajustement de la politique de sécurité locale ainsi que de l'approche spécifique en matière de criminalité juvénile prévoit en particulier un point de contact de la police locale dans les écoles de l'enseignement secondaire de son territoire. Cette circulaire, qui émane du ministère de l'Intérieur,

²⁷ Plus d'informations à l'adresse : <https://infordroques.be/informations/legislation/dans-les-ecoles/>

²⁸ Le document est disponible à l'adresse : http://enseignement.be/index.php?page=26823&do_id=869

²⁹ Le document est disponible à l'adresse : http://enseignement.be/index.php?page=26823&do_id=1910

défini et encadre les modalités de collaboration entre les services de police et la communauté scolaire. Chaque école et chaque pouvoir organisateur conservent une liberté d'action pour définir et adopter les modes de collaboration qui leur semblent les plus judicieux au vu des spécificités de chaque établissement. La situation varie en fonction du projet pédagogique, mais aussi du cadre décretaal propre à chaque système scolaire. Les missions de la police vont au-delà de la loi sur la fonction de police. Ainsi, cette circulaire préconise « fortement » de prendre certaines mesures et initiatives d'une manière préventive et proactive contre la délinquance juvénile (en ce compris la consommation de drogues), « même si l'exploitation et la contextualisation des sources, tant objectives que subjectives, font apparaître que la zone ne connaît pas de problèmes dans ce domaine ». Cette circulaire est donc parfois mobilisée pour mener des opérations anti-drogues visant à solutionner ou prévenir par la force et par la peur les problématiques rencontrées au sein des établissements scolaires³⁰. Le risque sécuritaire est d'autant plus grand si son rôle dans les établissements scolaires est renforcé, dépassant largement celui d'intervention d'urgence.

La circulaire du 1^{er} février 2001 (n° D200102011)³¹ vise à rappeler les règles en vigueur suite à la politique menée par le Gouvernement fédéral d'accorder la plus faible des priorités à la détention de cannabis non problématique. Tout en réaffirmant les interdits concernant la consommation, la détention et la vente de cannabis à l'intérieur des établissements scolaires ainsi que l'importance de les faire appliquer et respecter, elle précise que l'école ne peut se limiter aux sanctions disciplinaires. La circulaire prône avant tout un politique « de prévention et d'éducation » et se montre très claire concernant la fouille des élèves. Elle précise que rien ne peut justifier cette pratique hormis « des circonstances exceptionnelles permettant de soupçonner des trafics, des vols, des intentions belliqueuses, la participation à une agression ». La circulaire exclut toute

possibilité de fouille systématique pour le motif de détention de cannabis.

La circulaire du 16 novembre 2010 (n° 3362)³² de l'Administration générale de l'Enseignement et de la Recherche Scientifique relative aux « Ressources à disposition des établissements scolaires en matière de prévention des assuétudes en milieu scolaire » donne aux directions les outils et partenaires afin de mettre en œuvre l'obligation de prévention. Elle ne porte pas uniquement sur les drogues, mais sur tous types d'assuétudes, qu'il s'agisse de l'alcool, du tabac, du GSM et des conduites à risques en général. Elle précise d'emblée que s'il est « essentiel de poser une limite claire par un rappel au règlement d'ordre intérieur et via des sanctions lorsque cela est nécessaire, ou de renvoyer à la loi de la société et aux sanctions pénales en cas de transgression grave », il est « tout aussi essentiel d'agir en amont, en mettant en place un programme de prévention adapté au sein de l'école ».

Lieu essentiel de vie et de socialisation, l'école doit privilégier une approche préventive qui « doit aller plus loin qu'une information ou une mise en garde contre les effets nocifs de la consommation de substances illicites (et licites), par exemple. Elle doit mettre la personne au centre de la démarche (et non pas le produit et sa consommation). Ce qui a du sens, c'est de considérer le jeune dans sa globalité et tenter de comprendre le sens des consommations pour les adolescents, en tenant compte de leurs représentations. Cela permet de mieux appréhender ce que le jeune vit, sa réalité, son bien-être, le plaisir qu'il recherche, et de favoriser une prise de conscience des influences de son environnement (amis, famille, médias). Ce type de prévention ou d'accompagnement doit pouvoir aider ainsi le jeune à se situer par rapport à sa propre consommation et à réfléchir sur la liberté de ses choix ».

Du côté de la gestion, la circulaire rappelle que le cadre des sanctions disciplinaires est celui du règlement d'ordre intérieur. La collaboration avec les services de police doit être encadrée mais, dans le cadre d'une transgression de la loi et de sanctions pénales, « le chef d'établissement n'a pas à être amené à sortir de son rôle d'éducateur ».

Il n'est pas non plus tenu de mettre en cause sa responsabilité en dehors de ses obligations légales ». Enfin, la circulaire dénonce expressément la confusion entre prévention et opérations sécuritaires. La circulaire précise ainsi qu'une clarification des rôles de chacun est indispensable : « L'école éduque et la police sanctionne » et que « la prévention est une compétence des Communautés et non pas du fédéral. Le secteur psycho-médico-social est responsable de la prévention de l'abus de drogues » tandis que « les services de police sont quant à eux responsables de la prévention de la criminalité (éventuellement liée à la drogue) ». La circulaire attire dès lors l'attention des établissements scolaires « sur la grande prudence à observer quant au recours à des services de police pour des activités de prévention dans l'école. Ce type de programme reflète une confusion des rôles prévention – sécuritaire qui risque de compromettre l'objectif poursuivi ».

En conclusion, ces circulaires rappellent clairement que l'école doit privilégier une approche préventive en matière de gestion des assuétudes dans le cadre de ses missions pédagogiques et éducatives, ce qui est peu compatible avec le recours fréquent aux opérations « anti-drogues » et aux fouilles des élèves.

30 Voir la brochure du CBPS : « Allô Police ? » Pour en finir avec les opérations drogues dans les écoles. Guide des bonnes pratiques (2025). URL : <https://www.cbps.be/ressource/allo-police/>

31 Le document est disponible à l'adresse : http://enseignement.be/index.php?page=26823&do_id=98

32 Le document est disponible à l'adresse : http://enseignement.be/index.php?page=26823&do_id=3573

LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

3.2.1. LA PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE, UNE COMPÉTENCE DE LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES (FWB)

La 6^e Réforme de l'État a engagé un transfert d'un certain nombre de compétences aux entités fédérées, notamment en matière de prévention, promotion de la santé, réduction des risques et assuétudes. La promotion de la santé à l'école et dans l'enseignement supérieur hors universités relève de la compétence de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Elle est organisée par le décret du 14 mars 2019³³ relatif à la promotion de la santé à l'école et dans l'enseignement supérieur hors universités³⁴. Elle est exercée par les Centres PMS (Psycho-Médico-Sociaux) pour les établissements organisés par la FWB et par les Services PSE (Promotion de la santé à l'école) pour les établissements subventionnés par la FWB. Dans tous les réseaux d'enseignements (libre, communal et provincial), le service PSE et le Centre PMS ont des missions distinctes. Dans le réseau de la Fédération Wallonie-Bruxelles, une seule équipe remplit les 2 types de missions du Centre PMS et du service PSE. Chaque école a donc son service PSE ou Centre PMS-WBE (Wallonie-Bruxelles Enseignement). Ceux-ci sont composés d'une équipe de professionnel·les de la santé spécialisé·es en médecine scolaire. Le décret spécifie que les services sont gratuits.

De plus, une commission promotion de la santé à l'école a été créée ; elle a pour mission de donner au Gouvernement son avis sur tout projet de décret, d'arrêté, de texte à portée générale en lien avec la promotion de la santé à l'école, ou sur les modalités de leur mise en œuvre. Elle donne également au Gouvernement ou à

33 Le texte est disponible à l'adresse : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2019031421&table_name=loi

34 Ce décret abroge les décrets du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école et du 16 mai 2002 relatif à la promotion de la santé dans l'enseignement supérieur hors universités.

l'ONE (Office de la Naissance et de l'Enfance) des avis sur toute question relative à la promotion de la santé à l'école, sur demande ou de leur propre initiative.

Depuis la Réforme de l'État et la régionalisation qui l'accompagne, les compétences et les budgets tant en santé qu'en aide aux personnes sont extrêmement morcelés à travers les différents niveaux de pouvoir. La prévention en milieu scolaire relève des compétences de la FWB, alors que les acteurs de la promotion de la santé sont financés par les Régions. Officiellement, ces derniers ne peuvent donc plus intervenir directement auprès des jeunes dans les établissements scolaires. Plus généralement, le découpage institutionnel en matière de santé et de promotion de la santé pose de nombreuses difficultés de par la multiplicité des niveaux de décision et d'organisation (fédéral, régional et communautaire, provincial et communal) qui contribuent de près ou de loin à la promotion de la santé et aux actions de prévention, et ce au-delà de leur financement sectoriel. Le manque de concertation avec l'ensemble des acteur·rices et publics concerné·es, ainsi que la duplication des initiatives au sein des entités fédérées interrogent la pertinence et la cohérence des programmes déployés localement. Dans ce brouillard structurel des rôles et des compétences, le milieu scolaire tend trop souvent à se tourner vers la police sur la question des drogues auprès des jeunes, au détriment de ses missions éducatives (voir le point 4.2).

En FWB, entité compétente en promotion de la santé en milieu scolaire, les initiatives de prévention se font rares et rencontrent des difficultés dans leur mise en place et leur fonctionnement. Deux dispositifs ont été mis en place initialement sous forme de projets pilotes : les **Points d'Appui Assuétudes en milieu scolaire (PAA)** et les **référent·es assuétudes** (dans le cadre du Pacte pour un enseignement d'excellence).

En plus de ces dispositifs, différents services spécialisés en assuétudes financés par la promotion de la santé interviennent de manière à sensibiliser, former et outiller les acteur·rices scolaires, afin qu'ils·elles puissent aborder plus sereinement et efficacement ces questions avec les élèves et gérer les situations complexes plus adéquatement.

Des animations à destination des élèves sont également proposées par des services bénéficiant d'autres sources de financement (e.g. Plans de cohésion sociale, Plans stratégiques de sécurité et de prévention, Province), mais de manière relativement locale et/ou ponctuelle (voir le point 3.3).

3.2.2. LES POINTS D'APPUI ASSUÉTUDES (PAA) EN MILIEU SCOLAIRE

Deux dispositifs «Point d'Appui aux écoles» ont été intégrés aux missions des Centres Locaux de Promotion de la Santé (CLPS)³⁵ ; l'un en 2007 en matière de prévention des assuétudes ; l'autre, en 2013, dans le cadre de la généralisation à l'Education à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle (EVRAS) en milieu scolaire. Ces deux projets ont fait l'objet de conventions entre le Cabinet des Ministres de la Santé et de l'Enseignement en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) et les dix CLPS, définissant leurs missions et leurs octroyant un subside de fonctionnement. Les PAA constituaient initialement un projet pilote implanté dans les CLPS de 2007 à 2022, visant à développer les collaborations entre le monde scolaire, les centres PMS, les services PSE et les structures spécialisées en matière de prévention des assuétudes.

Le PAA bruxellois relève d'un accord entre la FWB et la Commission Communautaire française (COCOF). À Bruxelles, le projet PAA est porté par le Centre bruxellois de promotion de la santé (CBPS) et se veut avant tout une concertation intersectorielle. Ainsi, en 2009, le CBPS mettait en place un Comité de concertation intersectoriel PAA bruxellois. Dans sa première phase, le projet PAA bruxellois souhaitait établir un diagnostic afin d'interroger, à l'aide d'un questionnaire élaboré avec le Comité de concertation, les besoins et les demandes de la communauté scolaire secondaire, ainsi que sa réalité de terrain face aux conduites et comportements à risque des jeunes.

35 Les CLPS sont des services d'appui agréés et subventionnés par l'AViQ. Ils travaillent au soutien et à l'accompagnement des professionnel·les qui développent des projets de terrain en vue d'améliorer la santé et la qualité de vie des collectivités. Ils proposent entre autres des accompagnements méthodologiques et documentaires, des ateliers, des formations, etc. Ils constituent également des centres de documentation en matière de santé.

LA PAROLE AU CENTRE BRUXELLOIS DE PROMOTION DE LA SANTÉ (CBPS) – extraits d'entretien

<https://www.cbps.be/>

«Le CBPS est un service qui offre un accompagnement méthodologique en promotion de la santé pour les acteurs du social /santé. Lorsque nous avons reçu la mission Point d'Appui aux écoles secondaires en matière de prévention des Assuétudes (PAA) en 2007, il nous a semblé logique de pouvoir réinterroger la communauté scolaire par rapport à cette question de la prise de risque auprès les jeunes, et des ressources, et de leurs besoins en fait. Donc c'est ce qu'on a fait, on a sorti une enquête qui s'appelle Assu-Etudes³⁶».

«Suite à l'enquête est née la concertation Intra PAA qui rassemble les acteurs de la prévention des assuétudes à Bruxelles. Le CBPS anime la concertation et un travail a été réalisé sur la clarification des offres de services des structures et de leurs spécificités. Maintenant nous travaillons davantage sur la mise en place de projets interdisciplinaires sur base des demandes des écoles et des acteurs/structures extérieures (SPSE, CPMS, aide à la jeunesse, jeunesse, ...)

«Au CBPS, nos spécificités, c'est de la méthode et une démarche (...). On n'a pas l'expertise dans tous les domaines. On peut la trouver, on peut la chercher, on peut amener de la ressource (...). L'idée pour nous aussi, c'est d'ouvrir les thématiques à de l'intersectorialité (...). Et on transcende toujours avec nos missions qui sont toujours : partir de démarches positives, l'intersectorialité, mettre autour de la table les secteurs que ça concerne parce que ça amène une pluralité de regards et donc une expertise (...) La question de l'expertise, elle est intéressante, mais elle doit toujours être confrontée à ce que les acteurs vivent sur le terrain parce qu'on est très vite dépassés. Ce qui est aujourd'hui vrai au niveau de certaines choses, mais ne l'est plus demain (...). Mais on ne peut pas arriver qu'avec nos lunettes. Ni d'adultes, ni d'experts, ni de professionnels. Il faut toujours aller réinterroger ce que la base dit et comment elle le vit, qu'on soit d'accord ou pas d'accord».

«Au-delà de ce qui est prévention des assuétudes, je pense que la spécificité qu'on a, nous, en promotion de la santé, c'est qu'on va écouter les besoins de manière plus large et qu'ils vont être intégrés (...). Et pas que le focus prévention des assuétudes (...). À Bruxelles, le point d'appui assuétudes, s'est beaucoup développé. Et il y a quelques années, on a reçu le même type de mission pour l'EVRAS³⁷. Et donc aujourd'hui, on a créé un point d'appui aux acteurs.trices jeunesse, qui intervient sur les compétences psychosociales (CPS), EVRAS et Assuétudes».

«La création de ce point d'appui permet de croiser les thématiques et de développer des projets transversaux qui sont susceptibles de correspondre aux réalités et aux besoins des jeunes. Pour vous donner un exemple concret, nous avons créé un outil pédagogique prenant la forme d'un Escape Game à taille réelle : B(l)ack Out. C'est un projet qui vise à faire de la prévention et de la sensibilisation aux comportements à risque et protecteurs en milieu festif auprès des jeunes de 15 à 20 ans³⁸».

«Quand les jeunes viennent avec des stéréotypes de genre, c'est une occasion pour ouvrir le dialogue, c'est pas une occasion pour dire ce que je pense en tant qu'adulte (...). Les représentations elles viennent d'eux. Et ce qui est en jeu c'est eux (...). Nous on est pour réduire les inégalités et non pas pour les renforcer (...). Il faut apporter des éclairages mais il ne faut pas venir avec ce que nous on pense, ce qu'ils doivent penser (...). Donc je pense que ça reste toujours ce que nous on défend en fait et c'est les stratégies de promotion de la santé (...), ce qui est en jeu pour les jeunes, c'est quoi leurs besoins».

«Je pense qu'il faut donner plus de moyens, plus de temps, plus de disponibilités pour construire ces projets en lien avec les connaissances et les compétences que les écoles doivent développer (...). Des temps de travail entre l'interne et l'externe à la co-construction de dispositifs qui ont du sens, ça ça me semble être encore à améliorer (...). On est vraiment dans une mutation, je vais dire, des formations sur les produits, les jeunes ils savent mieux que nous ce que c'est. L'information elle est plus du tout la même qu'il y a 10-15 ans donc voilà les jeunes ont de nouveaux outils (...). Quand on veut développer l'esprit critique, c'est un objectif, après la manière dont on va le mettre en place, les outils qu'on va utiliser, sont pas forcément le regard de l'adulte ou du professionnel. Et donc il faut vraiment mettre les jeunes en condition d'acteurs, et pas de réceptacles de comment ils doivent penser. Il faut faire confiance aux jeunes, ils ne vont pas dans le sens qu'on a envie».

«Ce qui continue à être important pour le Point d'appui du CBPS, c'est de créer des espaces de travail et d'élaboration de projets entre acteurs afin de proposer des réponses adaptées via différentes formes (outils, formations, brochures, capsules, événements, ...)

Pour le Point d'appui aux acteurs.trices jeunesse du CBPS – volet assuétudes

36 Plus d'informations à l'adresse : <https://educationsante.be/assu-etudes-une-enquete-menee-aupres-des-acteurs-de-lenseignement-secondaire-de-la-region-de-bruxelles-capitale/>

37 Éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle

38 Plus d'informations à l'adresse : <https://educationsante.be/comportements-a-risque-un-escape-game-met-les-jeunes-en-immersion/>

Cette enquête nommée «Assu-Études», qui s'est déroulée en 2011-2012, a notamment mis en avant le besoin des acteur·rices du monde scolaire de clarifier les diverses offres de service en matière de prévention des conduites à risques³⁹. Depuis, le CBPS a rassemblé un groupe intra sectoriel (ou intra PAA) et, a soutenu le processus de concertation dans le but de pouvoir établir une offre de services claire (formations, accompagnements, etc.), concertée, propre au secteur de prévention des assuétudes à l'attention des acteur·rices scolaires. Depuis 2017, après avoir travaillé sur la clarification de ses missions et réalisé différentes évaluations, l'intra PAA se donne comme missions :

- › Analyser collectivement les demandes des acteur·rices des différents milieux de vie des jeunes afin d'y apporter les réponses les plus adaptées ;
- › Accompagner, dans une démarche de promotion de la santé, des projets concrets de prévention des assuétudes au sein des écoles et des structures travaillant avec un public jeune ;
- › Développer des collaborations et des partenariats entre les institutions à partir des demandes des écoles et des institutions demandeuses ;
- › Soutenir une réflexion sur les fondements des démarches développées afin de rencontrer d'autres secteurs sur des thématiques/problématiques communes (e.g. les nouvelles technologies de l'information et de la communication) ;
- › Favoriser une dynamique avec des opérateur·rices de terrain qui ont un ancrage local (communal) afin de bénéficier de leurs expertises.

Au fil du temps, des modèles d'intervention ont donné lieu à des projets de terrain co-construits avec l'implication et les spécificités des différents partenaires, dans une perspective transdisciplinaire. Aujourd'hui, cette démarche évolue vers une ouverture à d'autres secteurs (différents milieux de vie des jeunes) afin de garantir une approche globale, de décloisonner prévention / promotion de la santé / réduction des risques et ainsi s'adapter

davantage aux réalités des pratiques sur le terrain.

L'évaluation du dispositif a été réalisée par le Comité de Concertation des CLPS en 2015⁴⁰, sur base d'un questionnaire diffusé auprès des 10 CLPS puis analysé de manière transversale. Elle a mis en avant l'évolution des processus, des collaborations et des réseaux ainsi que des besoins et demandes des acteur·rices au niveau local et des écoles. L'évaluation montre que si au départ l'approche thématique était pertinente, l'intérêt serait davantage pour la suite de développer un point d'appui aux écoles en Promotion de la santé focalisé sur la question du bien-être des jeunes en milieu scolaire. L'exemple du projet d'Escape Game, mis en place en 2024 en Région bruxelloise, illustre cette approche globale de la santé. Il met l'accent sur le développement des attitudes protectrices chez les élèves du secondaire et sur la sensibilisation aux conduites à risque⁴¹.

Suite au projet pilote initial, le dispositif PAA a été pérennisé à partir de 2023 et ses missions ont été intégrées au CBPS.

LA PAROLE AU PÉLICAN ASBL

<https://lepelican-asbl.be/>

«Le projet de prévention "Tkt, je gère" sur le campus du Ceria est issu d'une collaboration de structures de prévention des assuétudes actives au sein du PAA bruxellois (CBPS, Fares, Pélican, Commune d'Anderlecht, Prospective Jeunesse). Le projet a démarré à la demande de la Cocof en 2018. Après une phase de diagnostic, différentes actions ont été mises en place ou amorcées : création d'une antenne santé bien être sur le campus, travail sur un règlement commun sur le campus, aménagement de l'espace extérieur et des abords du campus, formations des professionnels du campus sur les assuétudes, événement annuel extérieur festif de sensibilisation aux assuétudes et de mise en contact avec des ressources internes et externes, parcours pour des élèves du secondaires animés par des professionnels et des étudiants formés, développement d'une campagne de prévention créée par et pour les jeunes du campus.

La dynamique de collaboration entre les structures de prévention au sein du PAA a été un moteur tout au long du projet. Nous avons pu mettre en commun nos compétences, spécificités, outils, expériences en coordonnant chacun un ou des axes du projet, tout en étant soutenus par l'accompagnement méthodologique du CBPS. A cela viennent s'ajouter les nombreux partenariats avec les directions, PMS, PSE, AMOs et autres structures liées à la prévention ou à la jeunesse à Anderlecht.

La coordination du projet est peu à peu reprise par l'antenne santé bien-être du campus. Le principal frein est la communication parfois difficile dans une structure aussi complexe qu'un campus avec de multiples écoles. Néanmoins le projet perdure en s'adaptant aux réalités de terrain».

39 Plus d'informations à l'adresse : <https://educationsante.be/assu-etudes-une-enquete-menee-aupres-des-acteurs-de-lenseignement-secondaire-de-la-region-de-bruxelles-capitale/>

40 Le document est disponible à l'adresse : <https://www.clps-bw.be/point-d-appui-assuetudes/evaluation-des-points-dappui>

41 Plus d'informations à l'adresse : <https://educationsante.be/comportements-a-risque-un-escape-game-met-les-jeunes-en-immersion/>

3.2.3. LE PACTE POUR UN ENSEIGNEMENT D'EXCELLENCE

Le Pacte pour un Enseignement d'excellence est un chantier débuté en 2015, dont le but est de réformer l'enseignement afin qu'il corresponde davantage à la société actuelle et ses enjeux. Il s'agit d'une «réforme systémique» qui s'inscrit dans la durée et qui concerne tous les aspects de l'enseignement de la maternelle à la fin du secondaire : le contenu des programmes, l'organisation des cours, la formation des enseignant-e-s, etc. L'entrée en vigueur de ses réformes est progressive et suit un calendrier de priorités concerté. Dans son axe stratégique 5, le Pacte d'excellence entend assurer à chaque enfant une place dans une école de qualité, et faire évoluer l'organisation scolaire afin de rendre l'école plus accessible, plus ouverte sur son environnement et mieux adaptée aux conditions du bien-être de l'enfant. Dans cette perspective, un des objectifs poursuivis est de «Développer la qualité de vie à l'école dans ses différentes dimensions (santé, alimentation, intégré et bien-être des personnes, conditions matérielles...) dans une démarche d'éducation». Il vise à la fois à :

- 1) Renforcer la prévention en matière de santé et de sécurité
- 2) Développer le sport dans le cadre des activités scolaires
- 3) Développer les activités extrascolaires et citoyennes et assurer l'ouverture de l'école et le partenariat avec les acteurs extérieurs
- 4) Développer dans chaque établissement des espaces de parole
- 5) Développer la prévention et la lutte contre la violence et le harcèlement (y compris les partenariats avec les acteur-rices extérieur-es).

Concernant le renforcement de la prévention en matière de santé, les écoles primaires sont encouragées, avec le soutien des services de promotion de la santé et les associations de parents, à développer un plan de promotion de la santé propre à l'école, qui soit global, réfléchi et annexé (le cas échéant) à la stratégie de promotion de la santé du plan de pilotage de l'école. Le Groupe central du Pacte d'Excellence (qui regroupe les principaux-les acteur-rices du monde enseignant) se prononce

en faveur de la possibilité d'offrir en enseignement secondaire des programmes de lutte contre les assuétudes, sous forme d'accompagnement médical et psychologique, sur le temps scolaire⁴².

Dans cette perspective, le Pacte pour un Enseignement d'excellence prévoit depuis 2018 la possibilité pour certain-e-s élèves de l'enseignement secondaire de bénéficier de programmes de prévention et de prise en charge des assuétudes pendant les périodes scolaires (Circulaire 6923⁴³). Ainsi, un appel à candidatures a été lancé afin de permettre à une quarantaine d'écoles secondaires de bénéficier d'un accompagnement à l'intégration d'un projet pilote de prévention s'inscrivant dans une démarche de promotion de la santé. La vision de la prévention comprend la réduction des inégalités sociales de santé, l'action sur les déterminants des comportements à risque, la responsabilisation individuelle et le développement durable. Elle vise à renforcer la capacité des élèves à prendre des décisions favorables à leur santé.

Au total, 38 écoles ont été sélectionnées pour bénéficier de ce dispositif à la rentrée 2019⁴⁴. Le projet initial devait durer initialement trois années scolaires mais la crise sanitaire a engendré une prolongation d'un an.

Il s'est divisé en trois phases :

- 1) À partir de février 2019 : accompagnement de l'établissement scolaire dans une démarche de mise en projet d'un programme de prévention à partir d'une évaluation de la demande de l'établissement et d'une réflexion par rapport aux différents usages des élèves. Cet accompagnement était proposé par le FARES (Fonds des Affections RESpiratoires) et ses partenaires spécialisés en assuétudes.
- 2) À partir de septembre 2019 : intervention d'un-e référent-e «assuétudes» (éducateur-riche de

.....
42 Avis n°3 du Groupe central, Pacte pour un enseignement d'excellence, 07/03/2017, Fédération Wallonie-Bruxelles.

43 Circulaire 6923 du 19/12/2018 de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Programmes de prévention et de prises en charge des assuétudes. Le document est disponible à l'adresse : http://www.enseignement.be/index.php?page=26823&do_id=7167

44 Isabelle Pistone, attachée au Ministère de la FWB, communication personnelle, 24/09/2019.

formation) en tant que personne ressource au sein de l'école, qui avait pour mission d'initier le programme d'actions à tous les niveaux (individu, groupe, institution) et en adéquation avec l'établissement scolaire. Pour cela le-la référent-e pouvait mobiliser les élèves dans une réflexion par rapport à leurs consommations, identifier les ressources internes et externes à l'école, renforcer une approche collective avec les partenaires et initier des démarches de prévention en collaboration avec l'équipe éducative et des services extérieurs spécialisés si nécessaire, etc.

- 3) À partir de janvier 2020 : prise en charge à l'arrêt de tabac et/ou de cannabis pendant le temps scolaire, à la demande des élèves. Cette offre prenait la forme de séances collectives thérapeutiques, menées par un-e tabacologue reconnu-e.

Le dispositif initial s'est terminé à la fin de l'année scolaire 2022-2023. En 2021, le gouvernement a lancé un appel à projet qui a été poursuivi pendant 2 ans, en parallèle du dispositif initial, complexifiant un peu plus la situation. Depuis deux années scolaires, les acteur-rices mobilisé-es dans ce dispositif connaissent un flottement depuis l'évaluation réalisée en 2022. La suite envisagée reste à ce jour incertaine. Si l'évaluation des projets pilotes a mis en lumière des éléments positifs, une réponse structurelle en la matière n'est actuellement pas envisagée⁴⁵. Le sujet reste néanmoins à l'ordre du jour au sein des travaux du Pacte pour un enseignement d'excellence qui traite du bien-être et de la démocratie scolaire. L'orientation qui sera donnée par la suite reste en suspens à l'heure de la rédaction de ces lignes⁴⁶.

Des critiques ont émané face aux difficultés rencontrées tout au long de ce projet (mise en concurrence, instabilité, incohérences). Ce dispositif d'intervention sur les assuétudes en milieu scolaire avait été pensé à l'origine

.....
45 Voir le compte rendu de la Commission de l'Education au Parlement FWB : <https://www.pfwb.be/documents-parlementaires/document-cricom-001771769>

46 Question orale «Prévention des assuétudes en milieu scolaire», de Mathilde Vandorpe à la ministre de l'Education Caroline Désir. Parlement de la Communauté française, Commission de l'Education, 02/04/2024. URL : <https://archive.pfwb.be/1000000020d80f7>

dans une perspective de prévention, mais s'est finalement retrouvé pris dans une contradiction : un investissement majeur dans l'approche curative a modifié le projet initial et conditionné son déroulé. Les acteurs mobilisés dans ce dispositif ont cherché à négocier avec l'Administration en mai 2022 une clarification de la mission afin de s'affranchir de la circulaire 6923, à l'origine du dispositif temporaire. Il est réclamé une priorité à la formation et à la mise en réseau des équipes éducatives ainsi qu'à l'accompagnement des membres du personnel dans la mise en place des programmes de promotion universelle Unplugged 8 et Unplus (voir le point 5.2), en amont du développement d'une politique de prévention structurelle. Ainsi, la mise en place d'une telle politique attribuant des moyens suffisants dans le temps, à l'image du programme de promotion de la santé sexuelle et de soutien à l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS), apparaît indispensable.

3.2.4. L'AIDE À LA JEUNESSE ET LA PRÉVENTION

En Fédération Wallonie-Bruxelles, l'Aide à la jeunesse apporte une aide et une protection aux enfants et aux jeunes en difficulté ou en danger ainsi qu'à leurs familles. Elle est aussi chargée d'organiser une politique de prévention générale dans ce domaine, et ce, à travers différents types d'actions :

- ▶ Orienter et accompagner les jeunes et les familles vers les services de première ligne
- ▶ Développer des actions de prévention générale afin d'apporter des réponses collectives à des difficultés fréquemment rencontrées sur le terrain
- ▶ Relayer auprès d'autres instances ces difficultés récurrentes rencontrées par les jeunes et les familles

Le paysage institutionnel de l'Aide à la jeunesse a évolué depuis le Décret du 18 janvier 2018 portant sur le Code de la Prévention, de l'Aide à la jeunesse et de la Protection de la jeunesse⁴⁷. Dans un objectif de décloisonnement et d'harmonisation, le Code établit la structure du secteur au sein

47 Le texte est disponible à l'adresse : https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2018011832&table_name=loi

de laquelle se situent les différents types de services agréés, regroupés en 3 pôles⁴⁸ :

- ▶ La prévention : les services d'Actions en Milieu Ouvert (AMO), les services qui mettent en œuvre un Projet Pédagogique Particulier (PPP), les Services d'Accompagnement du Parrainage (SAP) et les Maisons de l'ADOLESCENT (MADO).
- ▶ Les mesures d'aide et de protection pour les mineur-es en difficulté ou en danger : les services d'accompagnement, les services qui mettent en œuvre un Projet Educatif Particulier (PEP) accompagnement ou résidentiel, les Services d'Accompagnement en Accueil Familial (SAAF), les Services Résidentiels Généraux (SRG), d'Urgence (SRU), etc.
- ▶ Les mineur-es en conflit avec la loi (ayant commis un fait qualifié d'infraction) : les Services d'Actions Restauratrices et Educatives (SARE), les Institutions Publiques de Protection de la Jeunesse (IPPJ), les Equipes Mobiles d'Accompagnement (EMA), etc.

Si ces services ne sont pas spécialisés en assuétudes, certains sont amenés à intervenir sur différents déterminants des usages de drogues (voir le point 6.5) ou de la santé de manière plus générale, et des collaborations avec les services de prévention spécialisés en assuétudes existent parfois.

Avec le nouveau décret, la «priorité à la prévention» s'incarne dans une définition et des dispositifs spécifiques. La prévention est ainsi définie comme «un ensemble d'actions, de type individuel et de type collectif au bénéfice des jeunes vulnérables, de leur famille et de leurs familiers, qui favorise l'émancipation, l'autonomisation, la socialisation, la reconnaissance, la valorisation, la responsabilisation, la participation et l'acquisition ou la reprise de confiance en soi des jeunes, de leur famille et de leurs familiers en vue de réduire les risques de difficultés et les violences, visibles ou non, exercées à l'égard du jeune ou par le jeune» (art. 3 du Code).

Les actions de prévention s'appuient sur les besoins, les questions, la parole des jeunes, corroborées par des constats de terrain. Cette définition s'inspire de l'avis n° 50 du Conseil

48 Plus d'informations à l'adresse : <https://www.aidealajeunesse.cfwb.be/nc/ajss-pro/servicesagrs/>

Communautaire de l'aide à la jeunesse⁴⁹, selon lequel l'objet de la prévention est d'éviter la «loi de reproduction de la violence», entendue au sens large et qui recouvre différents types de violence, au premier rang desquels se trouve la «violence structurelle énorme» que constitue la violence économique et sociale.

3.2.5. LA DÉCLARATION POLITIQUE DE LA FWB 2024-2029

Suite aux élections de 2024, le Gouvernement formé a rendu publique sa déclaration politique pour la législature 2024-2029 le 11 juillet 2024⁵⁰.

À cette occasion, il s'est engagé à améliorer la santé des élèves par l'évaluation, l'optimisation et l'harmonisation des Services de promotion de la santé à l'école (PSE) et des Centres psycho-médicosociaux (CPMS). Il souhaite également accroître significativement les moyens budgétaires de l'aide à la jeunesse afin de renforcer et réformer le secteur. Il dégagera en outre une stratégie transversale de prévention générale réunissant les compétences relatives à l'enfance, la jeunesse, l'aide à la jeunesse ainsi qu'à l'enseignement obligatoire et le sport.

La santé mentale des jeunes fera l'objet d'une attention particulière, notamment en lien avec le (cyber)harcèlement scolaire et les discriminations basées sur le genre ou les orientations sexuelles. Afin de répondre à cette problématique, le Gouvernement s'engage à : 1) instaurer une politique structurelle d'amélioration du climat scolaire et de prévention du (cyber)harcèlement ; 2) assurer un suivi et l'évaluation du déploiement de l'EVRAS (Education à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle) ; 3) garantir, avec les Régions, un soutien aux personnels de centres de référence spécialisés en santé mentale ; 4) inciter les établissements à interdire l'utilisation des smartphones à des fins récréatives⁵¹.

49 L'avis est disponible à l'adresse : <https://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=2379>

50 Le document est disponible à l'adresse : https://www.federation-wallonie-bruxelles.be/index.php?elD=tx_nawsecured1&u=0&q=0&hash=42b50671ba347bb8079d509f45c14ebb0bfb947&file=admin/sites/portail/uploads/PDF/DPC2024-2029.pdf

51 Cette mesure entrera en application lors de la rentrée scolaire 2025-2026 dans tous les établissements scolaires maternels, primaires et

La question spécifique de l'usage de drogues est uniquement abordée dans le cadre du bien-être au sein de l'enseignement supérieur. Le Gouvernement entend évaluer la «Charte relative aux activités festives et folkloriques étudiantes en Fédération Wallonie-Bruxelles» et, le cas échéant, l'amender pour protéger davantage l'intégrité physique et psychologique des étudiant-es et prévenir des risques liés à l'alcool, aux drogues, au harcèlement et violences sexistes et sexuelles.

3.3

LA RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

Si l'école est un terrain privilégié pour atteindre les jeunes, les actions de prévention des assuétudes concernent aussi d'autres milieux et sphères ce qui permet aussi de toucher des publics plus vulnérabilisés et exclus des parcours éducatifs prédominants. Un certain nombre de dispositifs et acteur-rices cherchent à agir sur les déterminants de la santé et les inégalités sociales de santé en rapport avec les conditions socio-économiques des individus. Ainsi, les mesures de lutte contre la pauvreté visent les situations de vulnérabilité et d'exclusion sociale qui conditionnent systématiquement l'accès aux droits et à la santé. Ici, il a été toutefois préféré de cibler certains dispositifs locaux qui portent plus spécifiquement sur la prévention auprès des jeunes.

En Région bruxelloise, les actions de prévention et/ou de réduction des risques liés à l'usage des drogues relèvent de plusieurs ministères, tels que la Santé, l'Intérieur ou les Affaires sociales. Elles se caractérisent par une diversification d'acteur-rices et d'institutions financées pour certaines par les Plans Stratégiques de Sécurité et de Prévention ou par le Plan de Promotion de la Santé.

3.3.1. LES PLANS STRATÉGIQUES DE SÉCURITÉ ET DE PRÉVENTION (PSSP)

Les projets de prévention des assuétudes et de réduction des risques, mis en place avec un financement PSSP octroyé par le Service Public Fédéral Intérieur, sont développés au niveau communal en Région bruxelloise ainsi qu'en Région wallonne.

L'objectif de ces PSSP est de prévenir, détecter et réduire le sentiment d'insécurité généré par différents phénomènes tels que les vols, la délinquance, la violence, les nuisances publiques liées à l'usage des

drogues et les nuisances sociales⁵². Les plans doivent être accompagnés d'un Diagnostic Local de Sécurité où figurent, entre autres, la liste de phénomènes constatés et les priorités choisies.

Les plans stratégiques de sécurité et de prévention doivent répondre aux objectifs suivants :

- 1) Développer des politiques de prévention qui répondent aux priorités de la Note-Cadre de Sécurité Intégrale 2022-2024 et/ou du Plan National de Sécurité 2022-2025 ;
- 2) Réduire les faits criminels et/ou le sentiment d'insécurité observés sur le territoire de la commune ;
- 3) Assurer des investissements en vue de sécuriser l'espace public notamment par le biais d'outils techno-préventifs.

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

- › les projets de prévention à l'égard des délits contre les biens et les personnes ;
- › la technoprévention
- › les projets de prévention des nuisances sociales
- › la lutte contre les assuétudes

Les PSSP ont depuis lors fait l'objet de plusieurs prolongations, dont la dernière s'étend jusqu'au 31 décembre 2025⁵³ : «*Dans l'attente d'une réforme et d'une rationalisation de la politique de subventionnement de la prévention, cette prolongation permettra de garantir la continuité sur le terrain, ainsi qu'un impact minimal sur la charge de travail administrative tant pour les autorités locales que pour l'administration. Pour le plan 2025, seules certaines modifications limitées seront possibles, si la ville/commune souhaite s'attaquer à un nouveau phénomène.*».

.....
52 L'arrêté royal relatif aux plans stratégiques de sécurité et de prévention du 7 décembre 2006 est disponible à l'adresse : https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&caller=summary&pub_date=06-12-22&numac=2006001033

53 Plus d'informations à l'adresse : <https://news.belgium.be/fr/prolongation-des-plans-strategiques-de-securite-et-de-prevention-2023-2024>

.....
secondaires de la FWB, tous réseaux confondus. L'objectif est d'améliorer le climat scolaire et la qualité des apprentissages.

3.3.2. LE PLAN DE PROMOTION DE LA SANTÉ 2023-2027

Le décret de promotion de la santé, adopté en 2016, établit les dispositions relatives au plan de promotion de la santé (PPS), aux objectifs, aux missions et modalités de fonctionnement des différents acteur-rices, à sa mise en œuvre et à son évaluation⁵⁴.

Pour son deuxième quinquennat, le PPS⁵⁵ a été élaboré par l'Administration en concertation avec les services et les acteur-rices de la promotion de la santé, et sur base de l'évaluation du plan 2018-2022. Il intègre et complète le Plan social-santé intégré (PSSI) (Eurotox, 2024). **Dix priorités** sont formulées :

- 1) Améliorer le bien-être et la santé en agissant sur les environnements favorables à la santé
- 2) Promouvoir la santé sexuelle et le bien-être affectif, émotionnel des adultes ou des jeunes
- 3) Combattre les inégalités liées au genre
- 4) Lutter contre les discriminations et en particulier la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, des usagers et usagères de drogues légales ou illégales et des LGBTQIA+
- 5) Améliorer le bien-être et santé des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
- 6) Mener des actions en promotion de la santé mentale
- 7) Mener des actions de promotion de la santé en matière d'assuétudes et en particulier en matière de mésusages de drogues, légales ou illégales
- 8) Participer à la mise en place d'une politique plus intégrée de prévention et de médecine préventive
- 9) S'inscrire dans une approche territoriale de l'offre d'aide, d'accompagnement et de soins (groupement de quartier-communes-bassins-Région)

54 Le dispositif de promotion de la santé, les modalités d'évaluation et les enjeux liés aux politiques de promotion de la santé de la COCOF sont détaillés dans nos rapports 2015 et 2016.

55 Le document est disponible à l'adresse : <https://ccf.brussels/download/plan-promotion-sante-2023/?wpdmdl=24189&refresh=665f17772efc01717507959>

- 10) Intégrer la promotion de la santé dans la formation, l'accompagnement et le support des secteurs socio-sanitaires (échange de pratiques, soutien méthodologique) pour renforcer les compétences de ceux-ci et la qualité de leur intervention

Dans la poursuite de son objectif de «Promouvoir la santé et réduire les inégalités sociales de santé en Région de Bruxelles-Capitale», le plan répartit ses objectifs opérationnels en 5 axes d'intervention issus de la Charte d'Ottawa :

Axe 1 : Promouvoir la santé et les stratégies de promotion de la santé dans toutes les politiques

Axe 2 : Renforcer la participation des publics et l'action communautaire en santé

Axe 3 : Promouvoir et soutenir des actions visant des environnements et des milieux de vie favorables à la santé

Axe 4 : Promouvoir et favoriser des aptitudes favorables à la santé (dont les objectifs les plus pertinents pour notre sujet sont développés dans le tableau ad hoc)

Axe 5 : Réorienter les services

L'axe 4 vise notamment l'objectif spécifique «Prévenir les usages de drogues, légales et illégales, et les conduites addictives et favoriser la RdR auprès des jeunes et auprès des adultes en tenant compte des inégalités sociales de santé». Ce dernier se décline en 10 objectifs opérationnels :

- 1) **Assurer le soutien, la formation et l'accompagnement des publics relais** dans la mise en œuvre de ces mécanismes, soutenir les pratiques innovantes en termes de prévention, d'accompagnement et de RDR, prévenir et lutter contre la stigmatisation des usagères et usagers de drogues et de garantir leur accès à la santé et à des soins de qualité
- 2) **Mettre en œuvre des actions, en matière de réduction de l'usage de tabac**, visant à soutenir et encourager l'arrêt du tabac, dissuader l'entrée en consommation, et assurer une information sur les risques liés à la consommation de tabac, en ce compris le vapotage

- 3) **Renforcer les stratégies de prévention et de promotion de la santé** dans la population générale et auprès de groupes à risques (adolescentes et adolescents, étudiants et étudiantes, milieux festifs) afin de prévenir les usages nocifs de drogues légales et illégales et leurs conséquences sur la santé
- 4) **Développer des actions de sensibilisation en matière d'alcool** auprès de publics et de lieux encore insuffisamment ciblés, tels que les internats et les institutions accueillant des jeunes en difficultés, les fêtes à domicile ou clandestines, ou encore les seniors
- 5) **Sensibiliser les médecins à l'augmentation des prescriptions de médicaments psychotropes et aux problèmes de surconsommation**
- 6) **Sensibiliser le public, adulte et adolescent, et les médecins aux risques des usages de médicaments excitants en périodes d'examen**
- 7) **Poursuivre le développement d'actions de prévention et de réduction des risques**, en ce compris le système d'alerte précoce et le testing, avec une attention particulière en matière d'usages de cannabis, de cocaïne et de crack, de kétamine et de métamphétamine et d'usage de protoxyde d'azote, ainsi que les usages de rue
- 8) **Développer des actions visant la prévention des usages problématiques d'écran et de jeux de hasard et d'argent** chez les adultes et les jeunes, avec une attention particulière à des actions en collaboration avec l'ONE, l'enseignement et les services pédiatriques, etc.
- 9) **Développer un plaidoyer pour une régulation de la publicité** pour l'alcool et pour les jeux de hasard et d'argent
- 10) **Soutenir le développement d'indicateurs pertinents, le recueil de données et l'évaluation** des programmes et actions en ce compris sur les pratiques en matière de jeux de hasard et d'argent et les usages d'écrans

Le Plan de promotion de la santé 2023-2027 est entré en vigueur en avril 2023, après la désignation des nouveaux opérateurs par

le Collège. Ils seront chargés de la mise en œuvre des projets répondant aux objectifs des 5 axes du Plan de promotion de la santé 2023-2027. Parmi eux, un service d'accompagnement (i.e., le Centre bruxellois de promotion de la santé CBPS), 9 services de supports et 4 réseaux, reconduits sur base de leur évaluation, soutiennent l'ensemble du dispositif (voir tableau ci-dessous)⁵⁶.

La mission première des services de support (SESU) et des services d'accompagnement (SAPS) est d'apporter leur expertise aux acteurs de terrain. Les services d'accompagnement remplissent les missions suivantes :

- 1) Organiser et apporter, en concertation avec les services de support, l'aide méthodologique dans les démarches en promotion de la santé aux acteurs et aux relais, et mettre à leur disposition les ressources d'accompagnement disponibles, notamment en documentation, formation, outils et expertise ;
- 2) Accompagner et/ou coordonner des dynamiques qui soutiennent la promotion de la santé et ses méthodes de travail telles que le développement de partenariats, l'intersectorialité et la participation communautaire ;
- 3) Soutenir et coordonner des concertations rassemblant les acteurs et les relais, notamment sous la forme d'une plateforme.

Les services de support, quant à eux, apportent, sur la base de leur expertise, un support permanent en matière de formation, de documentation, d'évaluation, de communication, de recherche ou de recueil de données à l'instance de pilotage, aux acteurs et aux relais⁵⁷.

9 missions sont confiées aux services de support et d'accompagnement :

- 1) Soutien aux acteur·rices en matière de littératie en santé
- 2) Soutien aux acteur·rices en matière de communication et nouveaux médias
- 3) Soutien à l'évaluation et à la transférabilité en promotion de la Santé

56 Compte rendu de la Séance plénière du vendredi 14 avril 2023, C.R. N°82 (2022-2023), Parlement francophone bruxellois.

57 Décret relatif à la promotion de la santé de la COCOF du 18 février 2016.

MISE EN ŒUVRE DU PLAN PROMOTION DE LA SANTÉ : SAPS, SESU ET RÉSEAUX

Types d'opérateurs	Opérateurs désignés	Projets
Réseaux	Femmes et santé	Réseau «Femmes, genre et promotion de la santé»
	Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines (GAMS)	Réseau Mutilations génitales féminines (MGF) Bruxellois
	Modus Vivendi	Prévention et réduction des risques de l'usage de drogues licites et illicites en milieu festif
	Univers Santé	Groupe porteur «Jeunes, alcool & société»
SAPS	Centre Bruxellois de Promotion de la Santé (CBPS)	Service d'Accompagnement en Promotion de la Santé
SESU	Culture et Santé	Service de soutien en matière d'équité et de littératie en santé à Bruxelles
	Eurotox	Service de support «drogues» : Observation socio-épidémiologique du phénomène de l'usage de drogues et de ses conséquences socio-sanitaires
	Observatoire du Sida et des Sexualités	Soutien aux acteur·rices en matière de prévention des IST dont le VIH et le VHC et la promotion de la santé sexuelle
	Question Santé	Soutien aux acteur·rices en matière de communication et nouveaux médias
	Repères	Programme de soutien à la formation continue et généraliste des acteur·rices en Promotion de la santé
	Service d'Information Promotion Education Santé-ULB (SIPES)	Service support en matière d'alimentation et activité physique
	UCL-RESO	Programme d'actions pour le partage des connaissances, l'évaluation et la formation en promotion de la santé et prévention
	Femmes et santé	Soutien aux acteur·rices en matière de genre
	Les Pissenlits	Soutien aux acteur·rices en matière de démarche communautaire

- 4) Soutien à la formation continue en Promotion de la santé
- 5) Soutien aux acteur·rices en matière de promotion d'environnements et comportements favorables à la santé : alimentation et activité physique
- 6) Soutien aux acteur·rices en matière de prévention des IST, dont le VIH et le VHC
- 7) Soutien aux acteur·rices en matière de prévention de l'usage de drogues et de réduction des risques
- 8) Soutien aux acteur·rices en matière de genre
- 9) Soutien aux acteur·rices en matière de démarche communautaire.

Ces deux dernières missions ont fait leur apparition dans le plan 2023-2027.

4.1

LE SOUS-INVESTISSEMENT DE LA PRÉVENTION

En 2024, la coordination permanente de la CGPD a publié le monitoring des années 2016-2021 (CGPD, 2024), qui fait suite à ceux portant sur les années 2014-2015 (CGPD, 2018) et 2012-2013 (CGPD, 2016). Les données reçues des autorités compétentes (fédérales et fédérées) ont été réparties en 5 piliers : prévention, assistance⁵⁸, réduction des risques (RdR), sécurité, autre. Depuis 2012, la Belgique dédie une part de plus en plus importante des dépenses publiques «drogues⁵⁹» au pilier sécurité, pour atteindre 47,72 % en 2021. La part dédiée à la prévention et à la RdR reste stable et résolument dérisoire. Cumulées, elles ne dépassent pas 2 % des dépenses publiques en matière de drogues, et ce depuis 2008. Le pilier assistance, qui comprend notamment les dépenses liées au secteur hospitalisation, atteint plus de 50 % des dépenses en 2021. Il faut toutefois préciser qu'une majorité du pilier assistance est imputable à l'alcool, et non aux substances psychoactives prohibées.

L'étude entend par dépenses publiques en matière de drogues «l'ensemble des dépenses dites «proactives», c'est-à-dire les dépenses concernant des actions politiques directement axées sur le phénomène de drogues en Belgique». Le monitoring ne comprend donc pas les dépenses relatives au coût social des drogues, c'est-à-dire celles liées aux conséquences de la

consommation sur la santé et la société (par ex : l'hospitalisation d'un-e patient-e pour un cancer lié à la consommation d'alcool ou de tabac ; la perte de productivité liée à une maladie ou un décès prématuré causés par l'usage), ni les dépenses privées payées par les patient-es (e.g. consultations d'un psychiatre en pratique libérale). L'étude ne prétend pas non plus à l'exhaustivité et ne couvre dès lors pas l'ensemble des dépenses publiques en matière de drogues, quoiqu'elle estime en recenser la majorité⁶⁰.

Ce déséquilibre dans le financement des piliers de la politique drogues en Belgique a de lourdes conséquences. L'étude SOCOST «Le coût social des drogues légales et illégales en Belgique», menée par l'Université de Gand et financée par la Politique scientifique fédérale (Belspo) en 2012 (Lievens *et al.*, 2016) a clairement mis en évidence que la consommation excessive de substances psychoactives a un coût socio-économique élevé, qui pèse à la fois sur les pouvoirs publics (prévention, soins, répression), les entreprises (perte de productivité), la société (accidents de la route, violences, famille, entourage) et les consommateurs-elles-mêmes (perte de qualité de vie). Le coût total (directs, indirects et intangibles) de la consommation de psychotropes est estimé à 4,6 milliards d'euros, soit 1,2 % du PIB de la Belgique. Il ressort que l'alcool à lui seul entraîne les coûts directs (45 %) et indirects (44 %) les plus élevés, soit 2,1 milliards d'euros annuellement. Quant aux coûts intangibles, exprimés en «années de vie en bonne santé perdues», ils sont principalement causés par le tabac (57 %) et l'alcool (34 %). Or, une prévention et une réduction des risques efficaces permettraient de réduire le coût global associé à la consommation nocive de substances psychoactives.

Dans un contexte prohibitionniste, la part belle des financements revient donc aux instances de contrôle et de répression. Au contraire, les dispositifs de réduction de la demande (prévention, réduction des risques et traitements adaptés) sont sous-investis, et ce, bien qu'ils comportent des avantages sanitaires et financiers non-négligeables.

4.2

CONTEXTE PROHIBITIONNISTE ET RÉPRESSION À L'ÉCOLE : LES ENTRAVES À LA PRÉVENTION

Les politiques de contrôle des drogues ont des conséquences sanitaires, sociales et sécuritaires contre-productives qui doivent être prises en compte. Elles absorbent de larges proportions de ressources humaines et économiques : e.g. obstacles dans le recours aux services de soins et de RdR, stigmatisation et précarisation des usager-es, dégradation des conditions de production et de consommation, etc. Parallèlement, de plus en plus de voix s'élèvent pour dénoncer l'incompatibilité de l'approche répressive avec le respect des principes fondamentaux partagés par les sociétés démocratiques, notamment les droits humains (Pompidou Group, 2017 ; Global Commission on Drugs, 2017).

La prohibition produit un cadre qui perpétue et renforce les risques socio-sanitaires liés à l'usage de drogue (overdose, réutilisation de matériel d'injection usagé, transmission de l'hépatite C, isolement social, etc.). Elle gêne la mise en place de contextes de consommation favorables qui permettraient de prévenir et de réduire les risques (peur de la police et des sanctions pénales, interdiction des salles de consommation à

58 Le pilier assistance comprend, entre autres, les conventions de revalidation, le Fonds de lutte contre les assuétudes, les dépenses du secteur hospitalisation, les plans stratégiques de sécurité et de prévention (PSSP), etc.

59 Drogues légales (alcool, tabac, médicaments psychotropes) et illégales (cannabis, cocaïne, MDMA etc.).

60 Pour plus d'informations, voir le Bulletin législatif et politique 2024 bruxellois (Eurotox, 2024) : <https://eurotox.org/2024/08/09/bulletin-legislatif-et-politique-2024-wallonie-et-bruxelles/>

LA PAROLE À INFOR DROGUES & ADDICTIONS ASBL

<https://infordrogues.be/>

«Infor Drogues & Addictions accompagne les professionnel·les depuis de nombreuses années dans l'objectif de renforcer leurs compétences éducatives concernant les situations d'usages de drogues. Dans le cadre des accompagnements du milieu scolaire, le sujet des interventions policières "anti-drogues" dans les écoles vient très souvent sur la table. Par exemple, au détour d'un exercice sur l'analyse d'une situation d'élève et l'accompagnement à lui proposer, une éducatrice nous interpelait et nous demandait quoi penser des interventions de la police au sein des écoles. Nous lui exposons notre vision.

Les interventions policières ont des impacts négatifs à plusieurs égards notamment en ce qu'elles stigmatisent les élèves (potentiels consommateurs, dealer), s'ajoutant parfois à d'autres stigmatisations (école poubelle, mauvais quartiers...); engendrent un climat anxiogène (se mettre en ligne, fouille corporelle, passage du chien...); renforcent les motivations de certains élèves à être vus par tout le monde comme "rebelle", "transgressif" (faute d'autres identités accessibles); nuisent au lien entre l'équipe éducative et les élèves, car le message (implicite) que ces interventions tendent à faire passer aux élèves est le suivant: les consommations ne sont pas l'affaire de l'école, mais bien celle de la police. Ce n'est donc pas une question d'éducation. Le dialogue entre les professionnel·les et les élèves est de ce fait rendu impossible. Par ailleurs, nous interrogeons l'objectif poursuivi puisque les quantités trouvées lors de ces interventions sont généralement quasi nulles. Cette éducatrice nous répondait: *"j'ai toujours vécu ces fouilles quand j'étais à l'école secondaire*

à Bruxelles donc je ne me suis absolument pas posé la question quand elles ont eu lieu dans l'école où je travaille actuellement". C'est bien là le problème que nous dénonçons depuis des années avec d'autres professionnel·les au sein du groupe de concertation et de réflexion école police, la CREP: les interventions policières «anti-drogues» sont une possibilité pour les écoles alors qu'il s'agit de lieu d'éducation où il devrait être possible d'éduquer par rapport aux drogues en général (que ce soit les produits légaux ou illégaux). Le cadre dans lequel nous évoluons (prohibition et répression) influence notre vision du monde et notre manière d'agir (faire appel à la police quand il y a des consommations) alors même que l'école devrait faire appel à une autre logique, celle de l'éducation. D'autres témoignages nous sont arrivés témoignant des tensions que ces interventions policières engendrent au sein des équipes éducatives, divisant celle-ci entre les partisans de l'éducation et ceux de la répression. Ou encore des parents paniqués pour leur enfant ("il ne s'est pas senti en sécurité") et interrogeant le sens de ces actions policières à l'école.

Il est donc urgent d'arrêter ces pratiques contre-productives et d'en inspirer d'autres. Pour ce faire la CREPB a déjà entrepris de nombreuses actions avec notamment la réalisation de différentes brochures, par exemple celle présentée et diffusée lors du colloque "Mes stress d'école" le 6 mai 2015, consultable sur notre site internet: <https://infordrogues.be/pdf/brochure201505-ecolepolice.pdf>. Une autre version de la brochure a été réalisée par le CBPS en collaboration avec Eurotox et Prospective Jeunesse: <https://www.cbps.be/ressource/allo-police/>.

Sarah Uijt Den Bogaard, formatrice

moindre risque, matériel stérile insuffisant, etc.), contraint l'apprentissage social de l'usage à la clandestinité et, surtout, entrave les pratiques à moindre risque. Le contexte prohibitionniste freine également le développement et la pérennité humaine et financière des services de prévention, de détection précoce et de réduction des risques, portant dès lors directement préjudice à la santé des usager·es de drogues.

D'une part, sur le plan répressif, le cadre législatif belge en matière de drogues n'a pas réussi à diminuer les consommations, malgré sa grande sévérité. D'autre part, sur le plan préventif, les stratégies reposant sur la peur sont les moins efficaces voire contreproductives pour enrayer la problématique de drogues. En autorisant ce type d'intervention, y compris les fouilles, l'école se désinvestit de sa fonction

éducative et de ses missions pédagogiques au profit d'une réponse répressive et symboliquement violente face à l'éventuelle transgression d'un interdit par une population mineure. Pour comprendre le recours de certaines directions d'écoles à la police pour mener des opérations anti-drogue, les arguments avancés ont permis d'identifier trois potentiels objectifs (Infor-Drogues & LDH, 2014):

- La prévention: l'action policière serait préventive par le rappel de la loi; la répétition de ces opérations et le maintien d'un bon contact entre école et police, le gage de leur réussite.
- L'identification: il s'agit d'identifier les consommateur·rices et/ou les dealers afin d'appliquer les sanctions correspondantes.
- Le «marketing scolaire»: certaines directions médiatisent le fait que la police intervienne régulièrement dans leur

établissement, conférant une réputation bénéfique de fermeté et d'ordre.

En Belgique, la police peut intervenir dans les écoles pour des faits relatifs à la drogue (voir le point 3.1). Ce type d'opération fait appel à une vingtaine de policier·es, à un ou plusieurs chiens «drogue» et les élèves peuvent être reniflé·es et/ou fouillé·es. Pourtant, la prévention par la peur est une des stratégies les moins efficaces. L'insécurité, l'anxiété, la stigmatisation peuvent au contraire pousser à la consommation. Les opérations policières dans les écoles présentent un caractère particulièrement stigmatisant pour les mineur·es et les usager·es de drogues. En 2013, le Délégué général aux droits de l'enfant (DGDE) s'indignait déjà de ces pratiques qu'il considère humiliantes et dégradantes.

Tableau 15. Nombre d'infractions liées aux drogues illicites dans un lieu d'enseignement enregistrées au niveau national sur la période 2018-2023

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	n	%	n	%	n	p
Détention	518	533	293	231	417	368
Commerce	125	162	90	86	99	98
Usage	25	23	16	15	18	25
Autres	31	20	9	10	23	21
Importation et exportation	5	16	9		3	
Fabrication	2	1		2		2
Total	706	755	417	344	560	514

Source : Police fédérale

Tableau 16. Nombre d'infractions liées aux drogues illicites dans un lieu d'enseignement enregistrées en Région de Bruxelles-Capitale sur la période 2018-2023

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	n	%	n	%	n	p
Détention	23	40	16	10	14	4
Commerce	11	8	5	8	1	2
Autres	4	2	1	3	1	4
Usage	8			2		
Importation et exportation	2	1	2			
Fabrication				1		1
Total	210	224	103	103	173	129

Source : Police fédérale

Les statistiques de la Police fédérale rendent compte du nombre de faits enregistrés en matière de drogues dans les institutions d'enseignement. Elles sont présentées ici pour les années 2018 à 2023 aux niveaux national (tableau 15) et régional (tableau 16). Aucune information sur les auteur-rices de ces actes n'est recensée : il peut s'agir d'usager-es et/ou de vendeur-ses, internes ou externes à l'établissement, élèves ou enseignant-es. Par ailleurs, le nombre de faits enregistrés ne correspond pas systématiquement au nombre d'infractions (un même fait pouvant donner lieu à plusieurs infractions). Il est essentiel d'interpréter ces données avec prudence, dans la mesure où elles dépendent fortement de l'activité policière et ne reflètent pas l'ensemble des interventions policières menées dans les écoles sur la question des drogues. En outre, les variations dans l'espace et dans le temps des différents types d'infraction peuvent certes traduire une évolution des comportements associés, mais elles peuvent aussi résulter d'autres facteurs, tels que des modifications de la politique de sécurité aux niveaux fédéral, régional ou local, ou des moyens alloués à la répression spécifique de ce type

de comportements. Elles peuvent aussi être influencées par la propension des directions d'établissements à solliciter l'intervention de la police et à signaler ces faits.

Les lois relatives aux drogues, en particulier celles qui visent la détention pour usage personnel, sont souvent utilisées par les forces de l'ordre et d'autres acteur-rices étatiques pour exercer un contrôle social sur les groupes marginalisés, les minorités raciales et ethniques, en particulier les jeunes (Global Commission on Drugs, 2024). La répression en matière de drogues a de sévères répercussions sur le plan psychosocial. En mars 2024, la Cellule de Réflexion Ecole-Police a publié un communiqué de presse⁶¹, suite à une nouvelle intervention policière dans une école à Ciney qui a suscité une fois de plus l'indignation. Il fait état des impacts sur les élèves et leur environnement, ainsi que des pistes existantes en termes de prévention.

.....
61 Le communiqué est disponible à l'adresse : <https://infordroques.be/fouiller-les-eleves-une-pratique- nefaste/>

L'évaluation des programmes de prévention montre que les plus efficaces sont ceux qui s'articulent autour d'un travail sur l'estime de soi, qui se centrent sur les personnes et leurs réalités, sur l'éducation par les pairs et sur la promotion de la santé, en favorisant le développement des compétences psychosociales des jeunes. Il est important de maintenir le dialogue entre les élèves et le corps enseignant. L'objectif est de construire un espace de confiance⁶². Dans une optique de promotion de la santé, la prévention a pour but de renforcer les ressources et les capacités des individus dans leur rapport aux substances licites et illicites. Elle privilégie l'analyse des représentations sociales et la compréhension des comportements liés aux produits. La prévention des usages de drogues a donc avant tout une visée fondamentalement éducative.

.....
62 Plus d'informations à l'adresse : <https://www.jeminforme.be/drogues-a-l-ecole/>

DROGUE, SANTÉ ET INÉGALITÉS SOCIALES

La prohibition et l'instabilité législative comportent des risques pénaux à la fois pour les producteur-rices, les dealers, les consommateur-rices et les acteur-rices associatif-ves actif-ves sur le terrain. Le contexte prohibitionniste, par définition, retire la production et la distribution des substances illicites des entités légales (que ce soit le marché «légal», l'État ou des associations sans but lucratif). Pourtant, son caractère contre-productif sur la santé publique et l'ordre social est saillant, le trafic générant une économie souterraine démesurée qui attise les convoitises et la violence dans l'espace public.

Les risques encourus ne sont pas les mêmes selon le statut socio-économique de l'acheteur-riche et du-de la vendeur-se. En effet, les ressources pour échapper à l'appareil policier et judiciaire, ou pour en minimiser les conséquences, ne sont pas équitablement réparties au sein de la population : le contrôle au faciès, la présomption de l'innocence, l'accès à un-e avocat-e, la maîtrise du vocabulaire judiciaire, un casier judiciaire vierge, etc. sont autant de facteurs protecteurs ou de risque que la population ne partage pas uniformément.

Les groupes marginalisés, les minorités raciales et ethniques, en particulier les jeunes, sont particulièrement ciblés par les forces de l'ordre et les autres acteur-rices étatiques. Les disparités raciales et sociales en matière de contrôles et de fouilles se traduisent par des taux d'arrestation disproportionnés (Global Commission on Drugs, 2024). Les personnes emprisonnées sont majoritairement issues de milieux défavorisés où certains facteurs socio-économiques favorisent la consommation, notamment nocive, de drogues (voir le point 6.5).

Le contexte prohibitionniste, parce qu'il perpétue des représentations et des conditions négatives vis-à-vis des usager-es de drogues, créé un cadre politique, médical et judiciaire défavorable à leur santé, et

renforce les inégalités sociales de santé déjà existantes. Dans ce contexte, il paraît primordial que les dispositifs de prévention et de réduction des risques prennent compte de telles caractéristiques structurant inégalement notre rapport à la santé, aux risques et aux drogues.

Les représentations sociales liées aux drogues illicites, produites dans ce contexte, ont des conséquences négatives sur l'accès aux soins des usager-es de drogues. L'imaginaire que suscitent les drogues est intégré, intériorisé et diffusé par l'ensemble de la société et ses différents canaux de production du savoir (professionnel-les du soin, scientifiques, médias, politiques, usager-es de drogues, etc.). Or, il motive et impulse des sanctions sociales négatives, notamment la marginalisation et la stigmatisation des usager-es (problématiques ou non), d'autant plus fortes pour les populations déjà vulnérabilisées, telles que les femmes (surtout si elles sont mères). En effet, les rôles sociaux genrés s'accompagnent d'une série de croyances et d'attentes notamment dans leur rapport au risque et à la légalité (Vuattoux, 2018). Dans la construction des masculinités, l'injonction à la virilité est marquée par les prises de risques (généralement collectives), la démonstration de puissance (notamment physique) et le contrôle de ses émotions (Pezeril, 2018). La construction des féminités repose sur un ensemble d'injonctions : être modérée, être capable de conjuguer travail, couple, enfants, famille, être instinctivement une «bonne mère», prendre soin des autres, etc. Or, l'usage de drogues constitue une transgression des normes féminines et maternelles. Les sanctions sociales (stigmatisation, marginalisation) qui en découlent, ont souvent pour conséquence de renforcer les risques sanitaires, médicaux et pénaux liés à l'usage de drogues (en particulier illicites). Les normes de genre, transmises et intériorisées à travers les processus de socialisation, tendent à construire des figures différenciées masculine et féminine ainsi que des déviances associées.

La santé physique et mentale des individus dépend d'un ensemble de déterminants qui englobent les modes de vie, les caractéristiques biologiques, l'environnement et le système de soins. Les inégalités en matière de santé renvoient aux différences d'état de santé entre des

groupes de population mais aussi d'accès aux soins et d'exposition aux risques. Les différences de santé deviennent des inégalités sociales de santé dès lors qu'elles sont systématiquement distribuées de manière inégale au sein de la population, en fonction du statut socio-économique des individus (Stévenot, 2018). De fait, elles sont liées aux conditions sociales, économiques et environnementales, et produites par les systèmes de discrimination et de rapports de pouvoir en jeu dans la structure sociale, basés sur la classe, la race, le genre ou encore la condition physique ou mentale (Derroitte, Cès & Sholokhova, 2023). Les inégalités sociales de santé se complexifient et s'endurcissent d'autant plus lorsque ces différentes formes de domination ou de discrimination se cumulent et se renforcent les unes les autres ; c'est ce phénomène que décrit la notion d'*intersectionnalité*.

Le simple usage et l'usage problématique de drogues licites et illicites concernent l'ensemble de la population. De manière générale, chaque individu est exposé à un ensemble de facteurs de risque et de facteurs protecteurs, endogènes (génétique, personnalité, etc.) et exogènes (environnement familial et social, événements de vie, etc.), qui vont entrer en interaction et accentuer ou diminuer la probabilité d'exposition aux substances psychoactives et le risque de développer un usage problématique (. Les facteurs de risque et de protection (e.g. famille, sentiment d'appartenance à la communauté et adhésion aux valeurs communes, confiance en soi, acquisition d'habiletés sociales et utilisation de stratégies d'adaptation efficaces) agissent directement ou indirectement sur les risques liés à l'usage de drogues. Ils ont un impact sur l'initiation à l'usage, le développement d'un usage nocif ou d'une dépendance, sur l'accès aux soins ou aux outils de réduction des risques, sur le maintien de l'abstinence, sur les probabilités de rechute ou d'arrêt de la consommation, etc. Or ces facteurs et/ou les diverses ressources pour réduire les facteurs de risques ou renforcer les facteurs de protection sont inégalement répartis au sein de la population. Dès lors, les conséquences sociales, pénales et sanitaires liées à l'usage de drogues, sont différemment distribuées selon le statut socio-économique des individus.

Les différentes interventions de prévention et de réduction des risques liés à l'usage

FACTEURS ASSOCIÉS À L'USAGE DE DROGUES ET L'USAGE PROBLÉMATIQUE⁶³

(Les éléments des colonnes ne sont pas à mettre en opposition)

Facteurs protecteurs	Facteurs de risque
INDIVIDU	
<ul style="list-style-type: none"> › Facteurs neurologiques et génétiques › Coping (aptitude à faire face) et résilience › Pratique pieuse de la religion* › Certains traits de personnalité (tempérance, sociabilité, etc.) › Estime de soi › Compétences psycho-sociales (résilience, esprit critique, capacité à résoudre des problèmes, etc.) › Sentiment d'appartenance à une communauté ou une société et adhésion à ses valeurs › Accès à la parentalité 	<ul style="list-style-type: none"> › Facteurs neurologiques et génétiques › Troubles du comportement › Esprit de rébellion › Certains traits de personnalité (recherche de sensations, agressivité, impulsivité, neuroticisme, etc.) › Échecs scolaires et rupture scolaire › Éducation genrée (masculine)** › Précocité du premier usage › Comorbidités psychiatriques › Marginalisation, rupture sociale › Exposition prolongée au stress › Traumas liés à une situation d'exil ou de migration › Implication pénale
MILIEU FAMILIAL	
<ul style="list-style-type: none"> › Attachement émotionnel «sûr et sécurisant» au sein de la famille › Présence d'un adulte important ou d'un pair aidant 	<ul style="list-style-type: none"> › Contexte familial conflictuel › Violences intra-familiales › Abus de substances psychoactives au sein de la famille › Problèmes de santé mentale des parents
RÉSEAUX SOCIAUX ET COMMUNAUTAIRES	
<ul style="list-style-type: none"> › Participation à la vie de quartier › Insertion sociale (école, pairs, communauté) ou professionnelle › Engagement dans des activités structurées (sport, musique, quartier, etc.) › Réseau social fort (soutien) 	<ul style="list-style-type: none"> › Voisinage ou environnement de vie défavorisé › Discriminations basées sur le genre, l'orientation sexuelle, la religion ou l'appartenance ethnique › Pression sociale à la conformité › Exclusion sociale/marginalisation/stigmatisation › Pairs consommateurs › Conditions de travail difficiles (stress, pénibilité physique)
STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE	
<ul style="list-style-type: none"> › Situation d'emploi › Niveau d'éducation élevé › SSE élevé (moindres dommages et conséquences) 	<ul style="list-style-type: none"> › Situation de chômage › Faible niveau d'éducation › SSE faible (davantage de dommages et conséquences) › Précarité du logement
CONTEXTE SOCIOÉCONOMIQUE, CULTUREL ET ENVIRONNEMENTAL	
<ul style="list-style-type: none"> › Disponibilité restreinte des substances › Interdiction du marketing et publicité (alcool) › Culture dévalorisant la consommation › Politiques publiques veillant à ne pas renforcer les inégalités sociales (y compris de genre) › Éducation à la santé et au bien-être (dès le plus jeune âge) › Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> › Disponibilité forte des substances › Marketing et publicité (alcool) › Faible coût des substances › Banalisation de la consommation › Société inégalitaire et discriminante › Etc.
<p>* Il faut toutefois noter que si, de manière générale, la pratique d'une religion est associée avec une moindre consommation d'alcool (Fearer, 2004), la relation entre religion et consommation d'alcool est cependant plus complexe. En effet, certaines composantes de la religiosité (culpabilité, pratique religieuse privée) peuvent être propices au développement d'une consommation problématique (Braun et al, 2018).</p> <p>** Quelle que soit la société donnée, les individus sont généralement socialisés différemment selon le sexe biologique qui leur est attribué. Au sein des sociétés occidentales, les individus de sexe masculin sont davantage encouragés à développer des traits de caractère ou des comportements qui peuvent renforcer les risques liés à l'usage de drogue (rechercher des sensations fortes, dépasser les limites, transgresser les règles ou l'autorité, etc.).</p>	

de drogues gagnent dès lors à adopter une approche globale et spécifique afin de s'adresser aussi bien aux déterminants individuels et sociaux qu'aux facteurs environnementaux et structurels. L'impact des dispositifs de prévention et réduction des risques sur les déterminants de la santé est cependant limité par les moyens qui leur sont alloués et par leur champ d'action. En effet, d'une part, le monde associatif (qui mène une large part des interventions en Belgique francophone) dispose de moyens financiers et humains insuffisants pour mener à bien leurs missions et pour répondre à une demande importante et souvent complexe (compte tenu de la multitude de facteurs jouant sur la consommation simple et la consommation problématique). D'autre part, si le champ d'action des associations du secteur spécialisé touche à certains facteurs sociaux, économiques et environnementaux, force est de constater que des déterminants importants dépendent d'orientations et volontés politiques (publicité, adoption d'une politique structurelle, disponibilité, contrôle de l'application des lois, droit au logement, répartition équitable des richesses etc.).

.....
63 Spooner et Hetherington, 2004 ; Origer, 2016 ; Szalavitz, 2016 ; Lin *et al.*, 2024 ; Merikangas et al, 1998 ; <https://www.actiontox.com/services-aux-parents-et-aux-proches/facteurs-de-risque-et-de-protection/>

MODÈLES ET PROGRAMMES EXISTANTS À L'INTERNATIONAL

À travers le monde, notamment en Europe (EUDA, 2022), il existe un éventail d'actions en milieu scolaire visant à prévenir l'usage de substances psychoactives chez les jeunes. L'Agence européenne sur les drogues (anciennement OEDT/EMCDDA) tient, avec plusieurs organisations partenaires, un registre en ligne d'interventions de prévention répertoriées et évaluées, «Xchange prevention registry»⁶⁴. Une boîte à outils est aussi à disposition des professionnel-le-s pour faciliter leur mise en œuvre et leur adaptation.

Nous présenterons ici les différents programmes d'intervention en prévention des assuétudes qui ont fait l'objet d'une évaluation scientifique positive, et qui bénéficient d'une exportation au-delà de leur territoire d'expérimentation local ou national. La description de ces programmes porte sur les modalités de mise en œuvre et sur les principaux résultats objectifs afin d'apporter un éclairage sur les possibilités d'implémentation en Belgique.

64 Le registre Xchange est disponible à l'adresse : https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange_fr

5.1

LE GOOD BEHAVIOR GAME (GBG)

Le GBG est un programme de prévention destiné aux enfants de 6 à 10 ans. Porté par l'*American Institutes for Research* (AIR) aux États-Unis, il s'est exporté à l'international, notamment en France depuis 2015, sous l'initiative du Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale (GRVS)⁶⁵.

Ce programme propose une stratégie de renforcement positif de la confiance et du comportement en classe, qui a pour but d'apaiser le climat scolaire, prévenir les troubles de la santé mentale et les conduites addictives. Il vise ainsi à intégrer le renforcement des compétences psychosociales (émotionnelles, sociales et cognitives) dans les stratégies pédagogiques de l'enseignement des matières académiques. Les séances pluri-hebdomadaires qu'il comprend, se déroulent sous forme de jeu pendant que les élèves travaillent sur leurs leçons habituelles. Les équipes et les récompenses permettent de socialiser les enfants au rôle d'élèves et réduire le comportement agressif et perturbateur, considéré comme un facteur de risque à l'abus de drogues chez les adolescent-es et les adultes.

Une formation de trois jours est destinée aux enseignant-es et complétée par un suivi en classe (observation d'une séquence de classe puis entretien d'analyse des pratiques avec l'enseignant-e) pour aboutir à leur autonomie dans la pratique du GBG.

Le *Good Behavior Game* a démontré son efficacité en santé publique grâce à plusieurs évaluations scientifiques menées dans le cadre d'un suivi de long terme de ses

65 Plus d'informations à l'adresse : <https://grvs06.org/good-behavior-game-gbg/>

bénéficiaires, comparé à celui de groupes témoins (Kellam *et al.*, 2011 ; 2014). En Belgique, le programme a été évalué dans un essai contrôlé randomisé en grappes (ECR), qui a mis en évidence des effets positifs statistiquement significatifs sur le développement de comportements agressifs en fonction de variations individuelles (Leflot *et al.*, 2013).

Pour plus d'informations : <https://goodbehaviorgame.air.org/>

5.2

LE PROGRAMME UNPLUGGED

Unplugged est un programme de prévention des assuétudes à destination des élèves du 1^{er} degré du secondaire (12-14 ans). Développé à l'origine dans sept pays de l'Union Européenne collaborant au sein du «Projet EU-Dap», il a été implanté en France depuis 2013 par l'Observatoire Territorial des Conduites à Risques de l'Adolescent[-e] (OTCRA), rattaché à l'Université de Grenoble, et avec la collaboration d'un ensemble de partenaires (Fédération Addiction, Ministère de l'Éducation nationale, Agence nationale de santé publique, etc.). L'accent est mis sur l'alcool, le tabac et le cannabis, avec une ouverture sur les conduites addictives liées aux écrans et aux jeux vidéo (séance optionnelle). Ce programme vise à outiller les enseignant-es et éducateur-ices afin qu'ils-elles puissent aborder la prévention auprès des élèves au cours de 12 leçons interactives d'environ 1 heure. Les leçons sont divisées en trois modules de 4 heures portant sur les connaissances et attitudes relatives aux produits, sur les compétences personnelles et sur les compétences interpersonnelles.

Toutes les séances sont menées par des enseignant-es formé-es qui travaillent, au moins pour la première année d'implantation, en co-animation avec des professionnel-les de la prévention. La formation des intervenant-es scolaires se déroule sur 2 jours.

Le matériel pédagogique est mis à disposition gratuitement sur le site de l'Observatoire. Il se compose d'un guide pédagogique, d'un résumé des séances, d'un livret élève et d'un guide d'animation.

Ce programme propose aux jeunes des informations objectives sur les produits, en interrogeant et confrontant leurs représentations aux réalités. Il vise le développement de stratégies d'adaptation permettant aux jeunes de faire face aux situations à risque ou aux opportunités de consommation. L'objectif du programme, qui repose sur la théorie de l'influence sociale, est triple :

- › Réduire/prévenir le développement d'attitudes positives des jeunes à l'égard des produits
- › Corriger les normes de consommation perçues (la croyance qu'il existe parmi les pairs de nombreux-ses consommateur-rices)
- › Accroître leur capacité de refus

Le programme a fait l'objet d'une évaluation positive dans plusieurs pays européens (EUDA, 2022). Des évaluations objectives randomisées ont mis en évidence un effet bénéfique de ce programme sur la consommation d'alcool (Caria *et al.*, 2011 ; Faggiano *et al.*, 2010) et d'autres produits (Vigna-Taglianti *et al.*, 2014) mais aussi sur le climat scolaire perçu par les élèves. S'il apparaît que les adolescent-es ayant participé à ce programme ne sont pas moins enclin-es à consommer de l'alcool ultérieurement, néanmoins, ils-elles présentent moins de risque de rapporter des problèmes liés à leur consommation et sont moins susceptibles de rapporter des épisodes d'ivresse (en particulier s'ils-elles n'avaient jamais consommé d'alcool avant le début de l'intervention). Les usager-es occasionnel-les et les non-usager-es au moment du début de l'intervention ont également moins de risque d'évoluer vers un usage fréquent. Ce type d'intervention semble donc efficace sur les jeunes qui ne consomment pas ou peu d'alcool.

En revanche, des interventions plus spécifiques sont nécessaires pour modifier les comportements de consommation des jeunes qui en consomment déjà régulièrement ou excessivement. En outre, ce programme a démontré un effet plus important pour les élèves vivant dans un environnement socioéconomique précarisé. Il se révèle donc particulièrement utile auprès des publics présentant des facteurs de vulnérabilité et ainsi peut contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Le programme Unplugged ambitionne de s'insérer dans une politique structurelle plus large de promotion de la santé et du bien-être. Toutefois, il peut également s'avérer qu'il représente une première initiative de prévention en milieu scolaire et par la suite, possiblement insuffler une approche globale et ambitieuse.

Pour plus d'informations sur le programme : <https://otcra.fr/categories/outils/lycee/>

Une offre de formation à l'utilisation de ce programme est proposée en Belgique francophone par l'asbl Trempline. Pour plus d'informations : <https://www.trempline.be/prevention-et-formation/>

En outre, Unplugged a connu une adaptation destinée aux jeunes de 15 à 18 ans, dans une seconde version nommée «UnPlus»⁶⁶.

5.3

LE PROJET SHAHRP

D'origine australien, le projet SHAHRP (School Health and Alcohol Harm Reduction Project) consiste à intégrer la prévention et la réduction des risques (RDR) liées à la consommation d'alcool dans les classes de l'enseignement secondaire, aux périodes précédant et suivant le début de la consommation (13 et 14 ans). Deux phases

⁶⁶ Plus d'informations à l'adresse : <https://otcra.fr/categories/outils/lycee/>

d'une dizaine de cours chacune, espacées d'un an, procurent à l'ensemble des élèves un enseignement interactif sur les capacités de décision et sur des stratégies de RDR appropriées. Les activités, diversifiées, sont dispensées par les enseignant-es et le personnel encadrant et soutenues par un manuel réservé aux étudiant-es. L'école a été privilégiée car elle offre un contact direct avec les jeunes, dans un environnement dédié à l'apprentissage. Outre une formation spécifique de 2 jours correspondant à chacune des phases, le personnel scolaire dispose d'un manuel lui proposant des leçons structurées et détaillées et des conseils en animation de groupes.

Ce projet a fait l'objet d'évaluations longitudinales qui mettent en évidence un effet positif immédiat et différé sur la consommation d'alcool, sur la consommation nocive et sur la survenue de dommages liés à l'usage d'alcool (McBride *et al.*, 2004 ; McKay, McBride, Sumnall & Cole, 2012). Il a aussi été évalué positivement pour son impact comportemental sur les jeunes en Australie, en Irlande du Nord, au Royaume-Uni et au Brésil.

L'intérêt pour SHAHRP s'est répandu tant au niveau national qu'international. Nous citons ici quelques exemples d'implémentation au-delà de l'Australie :

- › Irlande du Nord : 16 000 étudiant-es y reçoivent chaque année des cours du projet SHAHRP. Les effets sur les comportements de consommation d'alcool sont similaires à ceux de l'étude australienne.
- › Brésil : Le gouvernement fédéral de São Paulo reproduit l'étude SHAHRP. L'équipe de recherche organise des groupes de discussion avec des jeunes pour garantir la pertinence au niveau culturel du programme pour les jeunes brésiliens. Une évaluation comportementale est prévue.
- › Royaume-Uni : La *London School of Economics and Political Science* a recommandé SHAHRP comme l'un des dix programmes fondés sur des données probantes à intégrer dans le programme d'études britannique (*UK Personal and Wellbeing Curriculum in schools*).
- › Royaume-Uni : L'Institut National de la Santé a financé un essai randomisé contrôlé de SHAHRP avec une composante parentale, mené en Ecosse et en Irlande

du Nord (2012-2015) par l'Université *John Moores University* de Liverpool. Intitulé STAMPP (*Steps Towards Alcohol Misuse Prevention*), cette version adaptée du SHAHRP est actuellement en cours d'évaluation.

Pour plus d'informations :
<https://ndri.curtin.edu.au/research/research-specific-sites/school-health-and-alcohol-harm-reduction-project>

5.4

LE PROGRAMME PREVENTURE

Ce programme a été développé par la Dre Conrod, psychologue clinicienne et professeure en psychiatrie à l'Université de Montréal. Il se base sur le principe des interventions brèves (180 minutes réparties en plusieurs séances). Il cible spécifiquement les jeunes âgés de 12 à 17 ans porteur-ses de certains traits de personnalité susceptibles d'influencer les comportements de prise de risques et la santé mentale, et considérés comme à risque par rapport à l'usage d'alcool et de drogues illégales (à savoir l'impulsivité, la recherche de sensation, l'anxiété et la négativité). Les élèves présentant ces traits sont préalablement repérés à l'aide d'un questionnaire de criblage validé. On leur propose ensuite de participer à deux interventions brèves reposant sur les principes de l'entretien motivationnel et des thérapies cognitivo-comportementales, par petits groupes d'élèves rassemblés sur base du trait de personnalité partagé. La première séance vise à renforcer la motivation intrinsèque des élèves par rapport à la poursuite de leurs objectifs de vie et à les sensibiliser à l'impact possible de leur trait de personnalité sur leurs comportements et prises de risque. La séance se déroule de manière interactive sous forme d'exercices et de scénarios de vie permettant aux jeunes de prendre conscience des conséquences à court et à long termes de certains comportements, et d'apprendre à prendre conscience de l'impact du trait de personnalité sur leurs pensées, émotions et

comportements. Lors de la deuxième séance, les élèves sont invité-es à identifier les distorsions cognitives propres à leur trait de personnalité et à développer des stratégies d'adaptation pour les atténuer ou en réduire l'impact. Par exemple, dans le groupe des élèves porteur du trait de «négativité», l'accent est mis sur les cognitions négatives, et dans le groupe «recherche de sensation» sur la susceptibilité à l'ennui.

L'objectif du programme n'est pas de modifier la personnalité des jeunes mais d'en réduire l'impact négatif sur les comportements à risque, en leur faisant prendre conscience que la gestion efficace des distorsions cognitives et des comportements à risque peut les rapprocher de leurs objectifs à long terme. Généralement, le programme est animé par des membres du personnel scolaire ayant bénéficié d'une formation spécifique donnée par l'équipe de recherche.

Ce programme a fait l'objet de publications d'essais randomisés contrôlés menés dans plusieurs pays (Conrod, 2016 ; Edalati & Conrod, 2019), qui mettent en évidence des effets bénéfiques à court et moyen termes (supérieurs à ceux obtenus par des programmes de prévention classiques) au niveau de différents indicateurs d'usage d'alcool (prévalence d'usage, *binge drinking*, problèmes liés à l'alcool) et d'autres substances psychoactives, mais aussi relatifs à la santé mentale. Il a fait l'objet d'une évaluation positive et d'une adaptation pour être utilisé en République Tchèque et aux Pays-Bas (EUDA, 2022).

Pour plus d'informations :
<https://preventureprogram.com/fr>

5.5

LA PRÉVENTION INSCRITE AU PROGRAMME SCOLAIRE OBLIGATOIRE

En Ukraine, depuis près de 20 ans, toutes les écoles sont chargées de dispenser aux jeunes de l'enseignement primaire et secondaire des programmes de prévention de la consommation de substances psychoactives. Ceux-ci sont directement intégrés à certaines disciplines obligatoires (biologie et initiation à la santé). Ils abordent les questions d'usage de substances psychoactives sous l'angle de la valorisation des modes de vie sains. Ils visent à promouvoir des attitudes saines en matière de santé et cherchent à développer les compétences psychosociales des élèves. Les différents produits (alcool, tabac, drogues illégales, médicaments psychotropes) sont abordés successivement en fonction de l'âge des élèves, sous l'angle de leur influence sur le corps humain et celui des risques et conséquences sur la santé et sur le bien-être. Les compétences psychosociales nécessaires à la poursuite d'une vie saine sont également sollicitées et exercées sur un mode interactif. Le programme est proposé dans une démarche de promotion de la santé, en évitant l'intimidation et la diffusion de messages suscitant la peur.

Ce programme de prévention a bénéficié d'une première évaluation quelques années après son instauration. Celle-ci montre qu'entre 2004 et 2007, la prévalence de l'ivresse sur la vie a diminué de 26 % chez les élèves de 15-16 ans, et la prévalence de l'usage de tabac sur la vie a diminué de 10 % chez les garçons et de 2 % chez les filles. Les résultats de l'enquête ESPAD⁶⁷ mettent également en évidence une diminution de la consommation de la plupart des substances psychoactives chez les jeunes ukrainien-nes entre 1995 et 2015, les niveaux de prévalence étant par ailleurs en dessous de la moyenne des pays participants à cette enquête.

Pour plus d'informations :
<http://iite.unesco.org/pics/publications/en/files/3214742.pdf>

67 Plus d'informations à l'adresse : <http://espad.org/report/trends-1995-2015/country-specific-trends>

LE MODÈLE PLANET YOUTH

Début des années 1990, l'usage de drogues chez les jeunes constituait un problème croissant dans la société islandaise. À partir de ce constat inquiétant et face à l'inefficacité des stratégies traditionnelles de prévention (campagnes de sensibilisation et d'information sur les dangers des substances), un travail expérimental a été mené par Harvey Milkman, docteur en psychologie aux États-Unis, dont l'approche en matière de prévention est ancrée dans des « théories de la déviance » issues de la sociologie et de la criminologie, qui appréhendent les comportements davantage au travers des facteurs sociaux et environnementaux que des caractéristiques individuelles. L'Islande présente certaines particularités en matière de politiques publiques et de prévention. En raison de son insularité et de la petite taille de la population, ce pays se prête particulièrement bien à ce type d'expérimentation grandeur nature.

En 1992, tou-tes les Islandais-es âgé-es de 13 et 16 ans ont été interrogé-es par questionnaire, de façon anonyme dans l'ensemble des établissements scolaires. Répétée en 1995 et 1997, l'enquête cherchait notamment à faire le lien entre les consommations nocives et le bien-être des participant-es (activités, relations sociales particulièrement familiales, etc.). Les résultats de ces enquêtes furent alarmants. Au niveau national, près de 25 % des jeunes interrogé-es fumaient tous les jours, et plus de 40 % avaient été ivres au cours du mois précédent. L'analyse approfondie des résultats a révélé des différences marquées en fonction de la présence de facteurs protecteurs : les activités organisées – particulièrement les activités sportives trois à quatre fois par semaine – la quantité de temps passée avec leurs parents pendant la semaine, le sentiment d'être considéré-es à l'école, et le fait ne pas être dehors tard le soir.

En s'appuyant sur la recherche internationale et la mobilisation de la communauté locale, un modèle a rapidement été développé autour de cinq principes directeurs par le cabinet de consultance Planet Youth :

- › Mettre en œuvre une approche structurelle de prévention visant à améliorer l'environnement social
- › Mettre l'accent sur l'action communautaire où les relations familiales et les écoles jouent un rôle central en matière de santé à l'échelle locale
- › Engager et habiliter les membres de la communauté à prendre des décisions pratiques en utilisant des données et des diagnostics accessibles, de haute qualité et locaux
- › Intégrer les chercheur-ses, les décideur-ses politiques, les praticien-nes et les membres de la communauté dans une même équipe dédiée à la résolution de problèmes afin de maximiser l'expertise et les capacités de chaque membre et l'impact pratique et réel de leur compétence collective
- › Adapter les efforts à l'évolution du problème et mettre l'accent sur l'intervention à long terme

Les mesures mises en œuvre en Islande s'articulent autour des dimensions « soutien » ou « contrôle », telles que :

- › L'instauration d'un couvre-feu pour les jeunes entre 13 et 16 ans dans le but de les encourager à privilégier le temps passé en famille plutôt qu'à l'extérieur
- › La création d'organisations parentales et un conseil d'école avec une représentation parentale dans chaque école afin de favoriser l'engagement des parents
- › La hausse de l'âge légal pour l'achat de cigarette à 18 ans et d'alcool à 20 ans
- › L'interdiction de la publicité pour les cigarettes et l'alcool sur tous les écrans et autres supports
- › L'investissement massif du gouvernement dans les activités extrascolaires notamment par l'attribution d'un chèque sport annuel de 300 euros par enfant.

Les résultats sont frappants : l'Islande est passée du statut de mauvais élève européen à celui de premier de la classe. Sur la période de 1995 et 2006, une diminution significative de la prévalence annuelle de fumeur-ses journalier-es et de cas d'état d'ivresse due à la consommation d'alcool a été observée chez les jeunes islandais-es de 15-16 ans (Sigfúsdóttir *et al.*, 2008). Entre 1998 et 2005, la consommation de

substances psychoactives est tombée de 50 %. L'âge des premières consommations a reculé de plusieurs années. Le nombre de jeunes déclarant passer du temps tous les jours en famille a doublé, tout comme le nombre de jeunes pratiquant une activité au moins 4 fois par semaine.

Au-delà des mesures spécifiques au territoire, pour certaines peu transposables telles quelles de par leur caractère plus coercitif, ce modèle propose une approche innovante et efficace des comportements à risque des jeunes sous le prisme de la santé et du bien-être global. Il n'est pas pensé pour être exporté clé sur porte et nécessite une adaptation propre au contexte social et culturel (voir Guiheneuf, C., Malengreaux, S. & Aujoulat, I., 2024). Pour cela, un engagement politique sur le long terme et une reconnaissance de la recherche scientifique comme base solide sont indispensables.

Cette démarche de prévention a mis en avant l'importance des affiliations avec la famille, les effets du groupe de pairs et les types d'activités récréatives disponibles en tant que prédicteurs forts dans le rapport des adolescent-es avec les substances psychoactives, et plus généralement avec le risque et la santé.

Forte de son succès, le modèle islandais a ensuite été exporté dans des dizaines de pays, en général au niveau local ou régional, ce qui limite le spectre des mesures qui peuvent être prises (en matière de publicité, par exemple).

En revanche, l'accessibilité et la transparence du modèle sont limitées du fait des enjeux commerciaux qui s'y rattachent, reliés à Planet Youth, cabinet de consultance pour la recherche. Créé par le Centre islandais de recherche et d'analyse sociale (ICSRA), il est à l'origine de la conception du modèle et de sa mise en œuvre.

Pour plus d'informations :
<https://planet youth.org/the-icelandic-prevention-model/>

RECOMMANDATIONS

6.1

FAVORISER LES CONNAISSANCES SUR LES PRODUITS ET LEURS EFFETS : UNE ÉTAPE NÉCESSAIRE MAIS NON SUFFISANTE

Les interventions universelles ciblant spécifiquement les adolescent-es qui ont fait l'objet d'évaluations positives comportent le plus souvent deux volets : un premier volet visant à informer les jeunes sur les produits (effets, risques...) ⁶⁸ lors de séances interactives dont l'objectif est de corriger les représentations erronées (en confrontant effets réels *versus* attentes, normes d'usage perçues *versus* normes d'usage réelles, perception des risques *versus* risques réellement encourus...), et un second volet qui vise à développer ou renforcer certaines compétences psychosociales, afin de rendre les jeunes plus autonomes dans leur prise de décision (c'est-à-dire moins influencé-es par la pression du groupe, les normes perçues, ou encore les attentes par rapport aux effets du produit). Les interventions qui se limitent à proposer uniquement une information sur les produits sont considérées comme peu efficaces : l'accès à l'information est en fait une condition nécessaire mais non suffisante à la modification des comportements. Lorsque ces interventions sont proposées au début de l'adolescence, elles ne parviennent pas forcément à retarder l'âge de la première consommation. En revanche, elles auront un effet bénéfique sur la fréquence de consommation et réduiront la survenue d'usages excessifs (Foxcroft & Tsertsvadze, 2011 ; Guillemont *et al.*, 2013). Ces

68 Les interventions portent le plus souvent simultanément sur plusieurs produits (alcool, tabac, cannabis...) susceptibles d'être consommés par les jeunes.

interventions semblent également avoir un effet bénéfique sur d'autres comportements (Durlak *et al.*, 2011).

6.2

RENFORCER LES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES (CPS)

Déjà avancé comme un déterminant de la santé dans la charte d'Ottawa (1986), le concept de compétences psychosociales («life skills» en anglais) gagna encore en importance dans un document de l'OMS publié en 1993. L'organisation le définit comme «la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et

positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement. La compétence psychosociale joue un rôle important dans la promotion de la santé renvoyant au bien-être physique, psychique et social».

De nombreux programmes de prévention visent à développer ou à renforcer ces compétences psychosociales, dans la mesure où elles peuvent agir comme facteur de protection par rapport à différentes problématiques qui émergent à l'adolescence (santé mentale, santé sexuelle, usage de substances psychoactives, délinquance, etc.). L'acquisition de ces compétences permet aux jeunes d'adopter une attitude réflexive/critique par rapport aux comportements de consommation, de gérer plus efficacement les «opportunités» de consommation, et d'adopter une attitude responsable par rapport à leur propre consommation. Des incidences potentielles sont aussi observables à plus long terme sur la santé mentale. Dans ce contexte, renforcer le développement des compétences psychosociales des jeunes (et des parents) plus vulnérables via des programmes

LA PAROLE À ACTION MÉDIAS JEUNES

<https://www.actionmediasjeunes.be/>

«Action Médias Jeunes est une Organisation de Jeunesse d'éducation aux médias qui s'adresse aux jeunes de 5 à 35 ans sur tout le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Notre mission est de susciter une attitude plus consciente et critique des jeunes face aux médias (radio, télévision, cinéma, jeux vidéo, réseaux sociaux, etc.). Pour y arriver, nous partons de leurs usages, de leurs expériences pour créer et animer des ateliers réflexifs et/ou créatifs. L'un des objectifs est de mieux comprendre comment fonctionne un média car nous sommes persuadé-es que c'est en comprenant mieux les mécanismes et enjeux derrière celui-ci que nous pourrions individuellement et collectivement reprendre la main sur nos pratiques médiatiques.

Nous avons notamment l'occasion de sensibiliser les jeunes à l'économie de l'attention en abordant les dispositifs utilisés par les réseaux sociaux pour nous garder le plus longtemps possible sur leurs plateformes : notifications, scroll infini, interaction, émotions, etc. Nous réfléchissons ensuite avec les jeunes à des actions à mettre en place pour reprendre le contrôle de nos usages».

LES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES (OMS, 1993)

Compétences sociales (ou interpersonnelles ou de communication)	Compétences cognitives	Compétences émotionnelles
<ul style="list-style-type: none"> › Compétences de communication verbale et non verbale : écoute active, expression des émotions, capacité à donner et recevoir des feedbacks › Empathie : capacité à écouter et comprendre les besoins et le point de vue d'autrui et à exprimer cette compréhension › Capacités de résistance et de négociation : gestion des conflits, capacité d'affirmation, résistance à la pression d'autrui › Compétences de coopération et de collaboration en groupe › Compétences de plaidoyer : compétences de persuasion et d'influence 	<ul style="list-style-type: none"> › Compétences de prise de décision et de résolution de problème › Pensée critique et auto-évaluation : capacité d'analyser l'influence des médias et des pairs, conscience des valeurs, attitudes, normes, croyances et facteurs qui nous affectent, capacité d'identifier les (sources d')informations pertinentes 	<ul style="list-style-type: none"> › Compétences de régulation émotionnelle : gestion de la colère et de l'anxiété, capacité à faire face à la perte, à l'abus et aux traumatismes › Compétences de gestion du stress : gestion du temps, pensée positive et maîtrise des techniques de relaxation › Compétences d'auto-évaluation et d'auto-régulation : confiance et estime de soi

Source : Lamboy & Luis, 2015

de psychoéducation adaptés constitue également un moyen de lutter efficacement contre les inégalités sociales de santé.

En Belgique francophone, l'approche des compétences psychosociales en matière de prévention des assuétudes ne connaît pas de déclinaisons formelles dans l'Enseignement et ne s'intègre pas aux stratégies de prévention en santé (Szoc, 2021). Pourtant, il existe de nombreuses publications mettant en évidence l'efficacité de ce type de programme sur la prévention de l'usage de substances (voir par exemple Botvin & Griffin, 2004) mais également sur l'ensemble des conduites à risque, ainsi que sur le bien-être et la santé mentale des enfants et des adolescent-es (e.g. Moulier *et al.*, 2019 ; Sherif *et al.*, 2023). Des analyses de type coût-bénéfice ont d'ailleurs mis en évidence que ce type de programme figure parmi ceux dont le retour sur investissement est le plus important, en raison des dommages sociaux et sanitaires liés aux usages qu'ils permettent de prévenir, de la réduction de la charge sur les services de traitement des problèmes d'addiction et de santé mentale, les services sociaux et le système judiciaire, mais aussi grâce à l'augmentation du taux d'emploi et des recettes fiscales associées (Lee *et al.*, 2012). Autrement dit, investir dans la prévention des conduites à risque via le développement des compétences psychosociales est une dépense qui permet de générer, sur le long terme, d'importantes économies. Selon une méta-analyse de différentes estimations, chaque dollar investit dans ce type de programme permettrait de générer une économie ultérieure s'élevant 37 dollars (Lee *et al.*, 2012).

LA PAROLE À LA MISSION INTERMINISTÉRIELLE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES (MILDECA)¹

<https://www.drogues.gouv.fr/>

«Malgré les améliorations observées ces dernières années en France, les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis des adolescents restent préoccupantes compte tenu de l'impact de tels comportements sur des cerveaux en maturation. L'adolescence est une période propice aux expérimentations précoces et aux premiers excès qui peuvent conduire à une consommation régulière à l'âge adulte puis, éventuellement, à une dépendance. Ces comportements sont favorisés par une mauvaise image de soi, l'influence des pairs, des environnements familiaux ou sociaux insuffisamment protecteurs ainsi que par les multiples sollicitations de la publicité. Agir tôt et efficacement sur ces vulnérabilités et aider les jeunes à faire face aux conduites addictives, implique de leur permettre de se sentir mieux avec eux-mêmes, mieux avec les autres et avec leur environnement.

Depuis la création du fonds de lutte contre les addictions en 2018, fonds dédié au financement d'actions de prévention des conduites addictives, le choix a été fait de soutenir le déploiement des programmes de renforcement des compétences psychosociales, dont l'efficacité a été validée scientifiquement. Cette forme de prévention rompt avec les pratiques antérieures souvent limitées à des interventions ponctuelles et informatives dont l'efficacité n'a pas été démontrée pour prévenir les pratiques adolescentes. Les premiers programmes déployés ont été le programme GBG (Good Behaviour games) pour les enfants en primaire, et Unplugged, pour les élèves des collèges.

Ainsi, d'abord déployé en milieu scolaire, le développement des compétences psychosociales des jeunes s'est progressivement imposé comme une priorité dans plusieurs politiques publiques en lien avec la jeunesse. Depuis 2022, le gouvernement français s'est doté d'une stratégie qui porte l'ambition que la génération 2037 soit la première à grandir dans un environnement continu de soutien au développement des CPS».

Corinne Drougard, chargée de missions et Nicolas Prisse, directeur

1 La MILDECA est un organisme français placé sous l'autorité du Premier ministre qui anime et coordonne l'action du Gouvernement en matière de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Les missions de la MILDECA sont multiples et couvrent différents domaines : recherche et observation, prévention, santé et insertion, application de la loi, lutte contre les trafics et coopération internationale.

Le programme Unplugged, actuellement déployé dans plusieurs départements français, présente également un retour sur investissement particulièrement intéressant, d'après une récente estimation effectuée par Santé Publique France (2025). La modélisation tient compte des mesures d'efficacité du programme (extrapolées à l'échelle populationnelle), des coûts inhérents à la mise en place du programme, des coûts en matière de soins de santé liés à la morbidité et mortalité induites par la consommation d'alcool et de tabac⁶⁹, et des coûts relatifs aux années de vie perdues suite à un décès attribuable à la consommation de tabac, à la consommation d'alcool (hors accidents de la route) ou à un accident de la route causé par la consommation d'alcool ou de cannabis. L'analyse coût-bénéfice a permis d'estimer qu'1 euro dépensé dans le programme permettrait d'économiser ultérieurement 6 euros en raison d'une réduction de la charge des usages nocifs sur le système de santé. Dans une perspective plus large incluant la valorisation des années de vie perdues, 1 euro dépensé dans le programme permettrait de générer près de 150 euros en coûts évités, la majorité des coûts évités étant liés à la réduction de la consommation d'alcool et de tabac.

6.3

OUTILLER ET FORMER LES INTERVENANT-ES SCOLAIRES

Les interventions de prévention en milieu scolaire ne visent pas toutes directement les jeunes. Elles peuvent aussi s'adresser aux intervenant-es scolaires afin de les outiller et les autonomiser dans leur capacité à aborder de manière adéquate les problématiques d'usage avec les jeunes de manière proactive ou réactive. Certaines interventions peuvent s'appuyer sur des outils composés d'un volet théorique (formatif) à destination des adultes-relais et d'un volet pratique (animations) à destinations des jeunes,

69 Hospitalisations pour maladies cardiovasculaires dues au tabac, hospitalisations pour cancers dus à l'alcool ou au tabac, soins de fin de vie dus à l'alcool ou au tabac, traitements d'aide au sevrage...

que les adultes-relais seront formé-es à utiliser. C'est le cas de l'outil «Mille Facettes» développé par l'asbl Nadja⁷⁰, qui aborde les questions d'usage de substances psychoactives sous différents angles. L'objectif est de permettre aux intervenant-es d'ouvrir le dialogue avec les jeunes en partant de leurs préoccupations et leurs motivations. Cet outil fait actuellement l'objet d'une mise à jour substantielle, dont la version finalisée devrait être disponible en 2025.

L'efficacité d'un programme de prévention dépend à la fois de la qualité et de la structure du programme et des aptitudes de l'intervenant-e. Lors du recours à un programme évalué positivement, il est important que l'intervenant-e respecte les conditions prévues pour sa mise en œuvre et son exécution, au risque de mettre en péril l'efficacité de certaines interventions. À l'inverse, un programme mis au point et évalué dans un contexte socio-culturel trop distinct de celui dans lequel il est ensuite utilisé peut s'avérer inefficace si certains ajustements ne sont pas effectués. Ceux-ci doivent eux-mêmes faire l'objet d'un consensus et d'une évaluation et ne pas être laissés à la libre appréciation de chaque intervenant-e, afin de garantir l'adéquation de l'adaptation du programme. La formation et l'accompagnement de l'animateur-riche sont indispensables à la mise en œuvre d'une intervention efficace. En Belgique francophone, plusieurs acteur-rices financé-es dans le cadre de la promotion de la santé proposent ce type d'approche.

70 Pour plus d'informations : <http://www.pipsa.be/outils/detail-14087215/mille-facettes.html>

6.4

INTÉGRER LA PRÉVENTION DE L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES AU PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT OBLIGATOIRE : VERS UNE APPROCHE STRUCTURELLE

Si cette stratégie est plus couteuse et lourde à mettre en œuvre, elle semble être la plus cohérente et efficace. Elle permet d'appréhender l'ensemble des comportements d'usage susceptibles d'impacter la santé des jeunes et des futur-es adultes, en les intégrant dans une approche plus globale de promotion des modes de vie sains. Ces matières peuvent être facilement articulées et intégrées à des cours déjà existants (biologie, morale, philosophie et citoyenneté...) et dispensées de manière progressive tout au long de la scolarité, en adaptant la forme et le contenu à l'âge des enfants/adolescent-es, à leurs préoccupations et à leurs représentations. Ce type de programme favorise le développement de compétences et attitudes qui agiront durablement comme facteurs de protection par rapport à l'usage (et le mésusage) de substances psychoactives et aux risques associés. Il est souhaitable de structurer ces programmes en deux phases :

- › Dans un premier temps, il conviendra de favoriser, avant l'âge de la première consommation, le développement de compétences psychosociales, dans une démarche d'éducation à la santé. Le programme ne fera pas de référence spécifique aux substances psychoactives dans la mesure où il s'adressera à des enfants du niveau primaire. Ces compétences les protégeront ultérieurement de l'influence sociale et des facteurs stressants qui augmentent le risque de consommer ou de mésuser un produit à l'adolescence.
- › Dans un second temps, le programme visera à développer les connaissances sur les produits (effets, dommages potentiels, risques associés...) et à façonner des représentations sociales objectives par rapport à ces derniers (via une déconstruction des stéréotypes, y

compris de classe, de race ou de genre, et une rectification des perceptions erronées). Cette deuxième phase leur sera proposée à l'âge où apparaissent les premières consommations. L'exercice des compétences psychosociales est également poursuivi sur un mode interactif (résistance à la pression du groupe, etc.).

6.5

AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ : VERS DES APPROCHES INDIVIDUALISÉES

La consommation de drogues (alcool et tabac compris) émerge souvent à l'adolescence ou à la fin de l'adolescence. Elle peut s'inscrire dans une tendance plus générale au rapport à la santé et à la prise de risques. La santé est déterminée par une multitude de facteurs qui produisent des inégalités sociales de santé. De multiples déterminants (sociaux, économiques, culturels, comportementaux, etc.), inégalement répartis au sein de la population, influent sur l'état de santé (Van Oyen et al, 2010). De manière générale, chaque individu est exposé à un ensemble de facteurs de risque et de facteurs protecteurs, endogènes (génétique, personnalité, etc.) et exogènes (environnement familial et social, événements de vie, etc.), qui agissent directement ou indirectement sur la probabilité d'exposition aux substances psychoactives et sur le risque de développer un usage problématique⁷¹ (voir le point 4.3).

Toute mesure mise en place doit donc s'attaquer aux déterminants de ces comportements plutôt qu'à la consommation de drogues isolément. De même, les pouvoirs politiques et les systèmes éducatifs sont plus susceptibles de soutenir les programmes et les actions de prévention si, en plus de réduire la

71 Les facteurs de risque de l'exposition à l'usage de substances psychoactives ne sont pas forcément les mêmes que ceux liés au développement d'un usage problématique.

consommation de substances, ils agissent sur les niveaux de violence, sur les résultats scolaires et d'apprentissage ainsi que sur le bien-être général et le climat scolaire (EUDA, 2022). Puisque la santé se construit dans toutes les politiques (environnement, aménagement du territoire, éducation, nouvelles technologies, etc.), la mise en place d'une évaluation d'impact en santé, examinant les effets de chaque politique sur les inégalités dans le domaine de la santé, apparaît prioritaire.

Les pratiques de prévention doivent être ciblées et sensibles aux inégalités sociales. La surexposition aux risques des personnes des catégories précarisées doit être amoindrie dans une perspective globale. La réduction des inégalités sociales de santé exige un changement de pratiques en agissant sur l'ensemble des déterminants de santé le plus tôt possible afin de limiter le cumul des précarités. La promotion de la santé s'inscrit précisément dans cette approche globale et précoce.

Au-delà des approches générales visant à toucher indistinctement tou-ttes les élèves, les interventions sélectives et indiquées sont essentielles pour toucher les populations les plus à risque, tout en maintenant une forte attention au risque de stigmatisation et d'entraînement à la déviance (voir le point 2.3). À l'instar du programme canadien *Preventure* (voir le point 5.4), ces types de prévention ciblent de manière plus individuelle certains publics spécifiques. En travaillant sur certains déterminants des usages des drogues et plus généralement de la santé, en renforçant les facteurs de protection et en réduisant les facteurs de risque, les interventions ciblées visent à favoriser les compétences, les ressources et les outils nécessaires pour agir positivement sur la santé. Elles impliquent donc une bonne connaissance des publics à risque, des déterminants, ainsi que des stratégies susceptibles d'influencer ces facteurs, d'où la nécessité d'une forte articulation entre la recherche et la pratique (Lamboy et al., 2011).

6.6

APPUYER LES CADRES POLITIQUES ET STRATÉGIQUES DU SECTEUR DE L'ÉDUCATION SUR DES DONNÉES PROBANTES

La mise en œuvre de mesures de prévention et de réduction de la consommation de drogues et ses conséquences sur la santé doit être fondée, pour être efficace, sur des données probantes issues de la recherche, en lien étroit avec le terrain. Actuellement, les ressources récentes concernant les déterminants de santé ou les usages de drogues sont rares et partielles – manque de moyens. Pourtant, des données rigoureuses, opportunes et fiables sont essentielles à l'élaboration de politiques et à la prise de décisions. Pour cela, les liens entre recherche et politiques gagnent à être resserrés. La mise en place de collaborations et de projets durables est fragilisée par la durée des mandats, des financements ou encore le morcellement des compétences. Leur pérennisation et leur valorisation sont pourtant essentielles à l'amélioration des connaissances.

RESSOURCES UTILES

- › Brochure «Drogues, assuétudes, quelle prévention ?», 2008, Infor Drogues & Addictions asbl. <https://infordrogues.be/pdf/iDA/drogues-assuetudes-quelle-prevention.pdf>
- › Brochure «Drogue – Police – Ecole : droits, questions et pistes», 2015, CREP. <https://infordrogues.be/pdf/brochure201505-ecolepolice.pdf>
- › «Drogues à l'école», 2022, Infor Jeunes. <https://www.jeminforme.be/drogues-a-l-ecole/>
- › Plaidoyer «Assuétudes : pistes pour une politique de prévention efficace», 2023, Agir en prévention. <https://agirenprevention.be/wp-content/uploads/2023/06/PLAIDOYER-Agir-en-Prevention-Version-complete-Juin-2023.pdf>
- › Brochure «Allô Police ?" Pour en finir avec les opérations drogues dans les écoles. Guide des bonnes pratiques», 2025, CBPS. <https://www.cbps.be/ressource/allo-police/>

Les usages de drogues et plus largement les conduites à risques s'inscrivent dans un contexte social marqué par des évolutions culturelles, à la fois dans les valeurs, les normes de comportement, les vecteurs de relations sociales et le rapport au corps et à la santé individuelle (Couteron, Beck, Bonnet & Obradovic, 2014). Entre recherche hédoniste de sensations fortes, injonction à améliorer ses performances, quête identitaire et soif de plaisir immédiat, gestion du stress ou de difficultés de santé mentale, l'usage de substances psychoactives peut servir une série de motivations diverses et répondre aux préoccupations de l'adolescence. À la lumière des mutations sociétales relatives au lien social, à la recherche du plaisir intense et immédiat, aux injonctions de gestion de soi ou à la précarisation économique, l'usage de drogues chez l'adolescent.e peut être compris comme une occasion de partage d'attitudes et de sensations ou d'une échappée hors des contraintes du lien social (Ibidem). La prise en compte de la dimension fonctionnelle est désormais essentielle à la compréhension, à l'accompagnement et à la prise en charge adéquate des usages et des usager-es, et ce quel que soit l'âge.

Globalement, les expert-e-s internationaux-les (voir UNESCO, ONUDC & OMS, 2018) s'accordent sur la nécessité de mettre en place des programmes de prévention universelle, sélective et indiquée dès l'enfance et durant l'adolescence, dans une démarche globale de promotion de la santé. Leur objectif est de prévenir l'usage ou de retarder l'âge des premières expérimentations, et de limiter le risque de développement d'un usage excessif. Ces programmes doivent être adaptés à chaque stade de développement. Les expert-e-s rappellent qu'il n'existe aucune preuve d'un effet préventif des opérations de dépistage dans les écoles (via par exemple des tests urinaires ou des opérations de police). De même, ils-elles soulignent que les approches de prévention primaire centrées sur l'émotionnel, qui consistent à fournir des informations sur les produits en suscitant la peur via, par exemple des témoignages

dramatiques d'ancien-ne-s usager-e-s⁷², sont inefficaces voire contre-productives. Ils-elles s'accordent en revanche sur l'intérêt de coordonner ou prolonger les animations en intégrant la thématique des usages/produits aux matières officiellement enseignées. Par exemple, la question des modes d'action et effets des produits peut être abordée par le biais du cours de biologie, et la question du sens des consommations par le biais du cours de morale ou de religion.

De nombreuses interventions de prévention universelle en milieu scolaire relative aux usages de drogues, et plus largement aux conduites à risque, ne sont que faiblement voire pas efficaces (Lekamge *et al.*, 2025 ; Cuijpers, 2002). Il importe donc de baser autant que possible les interventions sur des données probantes et des recommandations existantes. Mais il est probablement illusoire de penser qu'une intervention ponctuelle dans les écoles sans action conjointe sur les autres déterminants sociaux et sociétaux de l'usage (et notamment sur les facteurs environnementaux qui favorisent la consommation) parviendra à elle seule à compenser l'impact des représentations sociales positives sur notamment l'alcool, véhiculées quotidiennement, dès le plus jeune âge, par la publicité et les médias ; il en va de même pour les déterminants liés aux conditions de vie et aux environnements familiaux. Enfin, il semble que les interventions universelles à composantes multiples (intervention dans plusieurs contextes ou milieux de vie) ne soient globalement pas plus efficaces que les interventions à composante unique (intervention dans un seul contexte, par exemple le milieu scolaire ; MacArthur *et al.*, 2018). En revanche, les programmes de prévention sélective et indiquée en milieu scolaire, qui ciblent les jeunes à risques, bénéficient grandement d'une déclinaison dans d'autres contextes de vie, par exemple

.....
72 En revanche, la pair-aidance (dite aussi prévention par les pairs) est vivement recommandée dans les dispositifs de prévention et de réduction des risques qui ciblent les personnes déjà engagées dans des pratiques de consommation.

le milieu familial et communautaire (Valero de Vicente *et al.*, 2017). Bien qu'il n'existe pas de programmes de prévention structurels des assuétudes auprès des jeunes à Bruxelles, de nombreux dispositifs et acteurs existent et sont susceptibles d'agir positivement en prévention sur la santé et le bien-être des jeunes hors du cadre scolaire. Mais l'offre actuelle reste largement insuffisante au regard des besoins.

En Belgique francophone, les politiques des différents partis semblent s'accorder à renforcer la prévention (Szoc, 2024). Ces positionnements devraient permettre d'initier des programmes ambitieux tant au niveau régional que communautaire en phase avec les demandes du secteur, telles que relayées par la plateforme Agir en prévention (De Crombrughe, 2024). Néanmoins, ces perspectives se heurtent à plusieurs obstacles. D'une part, l'écart entre les discours en faveur de la prévention et leur mise en application concrète en limite l'impact. D'autre part, la situation budgétaire préoccupante des Régions bruxelloise et wallonne ainsi que de la Fédération Wallonie-Bruxelles pourrait compromettre le refinancement des mesures préventives. Par ailleurs, la fragmentation des budgets et des compétences en matière de santé et de promotion de la santé entre les différents niveaux de pouvoir rend le paysage institutionnel belge particulièrement complexe. Ces conditions freinent l'émergence et la pérennisation des actions destinées à promouvoir la santé et le bien-être des jeunes. Dans ce contexte, le soutien de la prévention risque bien de rester, comme par le passé, à l'état d'annonce, alors que les mesures répressives semblent au contraire se renforcer. Les dispositifs de réduction de la demande, tels que la prévention, engendrent pourtant des effets positifs majeurs en termes sanitaires, sociaux et économiques. Un investissement effectif sur la question des usages de drogues et des assuétudes dès le plus jeune âge permettrait d'anticiper les coûts à long terme liés aux soins de santé et de justice.

BIBLIOGRAPHIE

- Addiction suisse (2013). Concepts de prévention des dépendances. Suisse : Lausanne. URL : https://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Concepts_de_prevention.pdf
- Agir en prévention. (2023). Plaidoyer. Assuétudes : pistes pour une politique de prévention efficace. URL : <https://agirenprevention.be/plaidoyer/>
- Alexander, M. (2017). La couleur de la justice : incarcération de masse et nouvelle ségrégation raciale aux Etats-Unis. Syllepse, 364 pp.
- Barrett, A. E., & Turner, R. J. (2006). Family structure and substance use problems in adolescence and early adulthood: Examining explanations for the relationship. *Addiction*, 101(1), 109-120.
- Bohman, H., Låftman, S.B., Alaie, I., Ssegonja, R., & Jonsson, U. (2024). Adult mental health outcomes of adolescent depression and co-occurring alcohol use disorder: a longitudinal cohort study, *European Child & Adolescent Psychiatry*, s00787.
- Bond, L., Butler, H., Thomas, L., et al. (2007). Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 40(4), 357.e9-357.e18.
- Botvin, G.J., & Griffin, K.W. (2004). Life skills training: empirical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention*, 25, 211-232.
- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C. & Van de Voorde, C. (2020). Performance du système de santé belge : Evaluation de l'équité. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). URL : https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_334B_Evaluation_equite_systeme_sante_belge_Synthese.pdf
- Braun, B., Weinland C., Kornhuber J., Lenz B. (2018). Religiosity, Guilt, Altruism and Forgiveness in Alcohol Dependence: Results of a Cross-sectional and Prospective Cohort Study. *Alcohol Alcohol*, 53.
- Cantril, H. (1965). Pattern of human concerns. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Carbia, C., López-Caneda, E., Corral, M. & Cadaveira, F. (2018). A systematic review of neuropsychological studies involving young binge drinkers. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 90, 332-349. URL : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0149763417303846?via%3Dihub>
- Caria, M.P., Faggiano, F., Bellocco, R., & Galanti, M.R. (2011). EU-Dap Study Group. Effects of a school-based prevention program on European adolescents' patterns of alcohol use. *Journal of Adolescence Health*, 48, 182-188. URL : [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(10\)00267-3/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(10)00267-3/fulltext)
- Castaño-Perez, G.A., & Calderon-Vallejo, G.A. (2014). Problems associated with alcohol consumption by university students. *Rev Lat Am Enfermagem*, 22, 739-746. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4292662/>
- Cellule Générale de Politique Drogues (2016). Monitoring des dépenses publiques en matière de drogues. Exercices 2012 et 2013. Bruxelles.
- Cellule Générale de Politique Drogues (2018). Monitoring des dépenses publiques en matière de drogues. Exercices 2014 et 2015. Bruxelles.
- Cellule Générale de Politique Drogues (2024). Monitoring des dépenses publiques en matière de drogues. Exercices 2016-2021. Bruxelles.
- Cerocchi, N., Mojica-Perez, Y., Livingston, M., Arunogiri, S., Pennay, A., et Callinan, C. (2023). Examining the association between psychological distress and alcohol use in Australian adolescents over a period of declining consumption, *Drug and Alcohol Review*, 43, 633-642.
- Chan, O., Daudi, A., Ji, D., Wang, M., Steen, J. P., Parnian, P., Li, C., Xiong, A., Zhang, W., Lopes, L. C., MacKillop, J., Busse, J. W., & Wang, L. (2024). Cannabis Use During Adolescence and Young Adulthood and Academic Achievement: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA pediatrics*, 178(12), 1280-1289. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2024.3674>
- Charrier, L., van Dorsselaer, S., Canale, N., et al. (2021/2022). A focus on adolescent substance use in Europe, central Asia, and Canada. Health Behaviour in School-aged Children International Report from the 2021/2022 Survey, Volume 3.
- Conrod, P.J. (2016). Personality-targeted interventions for substance use and misuse. *Current Addiction Reports*, 3, 426-436. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5110575/>
- Couteron, J-P., Beck, F., Bonnet, N. & Obradovic, I. (2014). Usages à risque à l'adolescence, tendances et contextes. *La Santé en action*, 429, 17-20.
- Cuijpers, P. (2002). Peer-led and adult-led school drug prevention: a meta-analytic comparison. *Journal of Drug Education*, 32, 107-119.
- De Crombrugghe, G. (2024). Agir en prévention : Gouverner c'est prévenir. *Drogues, Santé, Prévention «Après les élections... Quelles pistes pour la législation 2024-2029 ?», n°105*. URL : <https://prospective-jeunesse.be/articles/agir-en-prevention-gouverner-cest-prevenir/>
- Daily, S. M., Mann, M. J., Lilly, C. L., et al. (2020). School climate as a universal intervention to prevent substance use initiation in early adolescence: A longitudinal study. *Health Education & Behavior*, 47(3), 402-411.
- Duncan, S. C., Duncan, T. E., & Strycker, L. A. (2002). A multilevel analysis of neighborhood context and youth alcohol and drug problems. *Prevention Science*, 3(2), 125-133.

- Durlak, J.A., Weissberg, R.P., Dymnicki, A.B., Taylor, R.D. & Schellinger, K.B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82, 405-432.
- Edalati, H. & Conrod, P.J. (2019). A review of personality-targeted interventions for prevention of substance misuse and related harm in community samples of adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 9:770.
- Enstad, F., Evans-Whipp, T., Kjeldsen, A., Toumbourou, J. W., & von Soest, T. (2019). Predicting hazardous drinking in late adolescence/young adulthood from early and excessive adolescent drinking - a longitudinal cross-national study of Norwegian and Australian adolescents. *BMC public health*, 19(1), 790. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7099-0>
- EUEDA (2022). Schools and drugs : health and social responses (Ecoles et drogues : réponses sanitaires et sociales). URL : https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/schools-and-drugs-health-and-social-responses_fr
- European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD). (2019). ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. URL : <https://www.espad.org/espad-report-2019>
- Eurotox (2012). Cadastre des actions de prévention et de réduction des risques. Deuxième phase : actions financées dans le cadre des «Plans stratégiques de sécurité et de prévention» et des «Plans de cohésion sociale». Bruxelles : Eurotox asbl.
- Eurotox (2024). Bulletin législatif et politique 2024. L'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaires en Région de Bruxelles-Capitale. Bruxelles : Eurotox asbl.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L., Gregori, D., Panella, M., Scatigna, M., Siliquini, R., Varona, L., van der Kreeft, P., Vassara, M., Wiborg, G., Galanti, M.R. & the EU-Dap Study Group (2010). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend*, 108, 56-64. URL : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871609004384?via%3DIihub>
- Fearer, S.A. (2004). Examining the role of social cognitive constructs in religion's effect on alcohol use (doctoral dissertation). Blacksburg (VA): Virginia Tech.
- Foster, M. G., Weishaar, M. G., Prince, M. A., & Conner, B. T. (2021). Investigating sensation seeking as a predictor of false identification attainment and associated risks among a college student sample. *Drug and alcohol dependence*, 228. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109094>
- Foxcroft, D.R. & Tsertsvadze, A. (2011). Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5, Art. No.: CD009113. URL : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21563171/>
- Global Commission on Drugs (2017). Des voies pour des politiques efficaces en matière de drogues. Répondre aux besoins des individus et des sociétés. URL : http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2017/06/WEB_GCDP-Five-Pathways-Brochure-2017-FR.pdf
- Global Commission on Drugs (2024). De l'échec de la pénalisation à la réforme des politiques en matière de drogues. URL : https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2024/12/GCDP-Report2024_FR.pdf
- Gobbi, G., Atkin, T., Zytynski, T., Wang, S., Askari, S. et al. (2019). Association of cannabis use in adolescence and risk of depression, anxiety, and suicidality in young adulthood. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76, 426-434.
- Guiheneuf, C., Malengreaux, S. & Aujoulat, I. (2024). Prévention des assuétudes : Une analyse critique du modèle islandais dans une perspective de transférabilité au contexte belge. Woluwé-Saint-Lambert : UCLouvain/IRSS-RESO.
- Guillemont, J., Clément, J., Cogordan, C. & Lamboy, B. (2013). Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes : synthèse de la littérature. *Santé Publique*, 25, 37-45.
- Hanson, M. D., & Chen, E. (2007). Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: A review of the literature. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(3), 263-285.
- Hasler, B. P., Soehner, A. M., & Clark, D. B. (2014). Circadian rhythms and risk for substance use disorders in adolescence. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(6), 460-466.
- Hemphill, S.A., Heerde, J.A., Scholes-Balog, K.E., Herrenkohl, T.I. et al. (2014). Effects of early adolescent alcohol use on mid-adolescent school performance and connection: A longitudinal study of students in Victoria, Australia and Washington State, United States. *Journal of School Health*, 84, 706-715. URL : https://www.researchgate.net/publication/266398903_Effects_of_Early_Adolescent_Alcohol_Use_on_Mid-Adolescent_School_Performance_and_Connection_A_Longitudinal_Study_of_Students_in_Victoria_Australia_and_Washington_State_United_States
- Hennessy, E.A. & Tanner-Smith, E.E. (2015). Effectiveness of brief school-based interventions for adolescents: A meta-analysis of alcohol use prevention programs. *Prevention Science*, 16, 463-474. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4636019/>
- Holliday, E., & Gould, T. J. (2016). Nicotine, adolescence, and stress: A review of how stress can modulate the negative consequences of adolescent nicotine abuse. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 65, 173-184.
- Johnson, E. O., & Breslau, N. (2001). Sleep problems and substance use in adolescence. *Drug and Alcohol Dependence*, 64(1), 1-7.
- Kellam, S.G., Mackenzie, A.C., Brown, C.H., Poduska, J.M., Wang, W., Petras, H. & Wilcox, H.C. (2011). The good behavior game and the future of prevention and treatment. *Addiction Science & Clinical Practice*. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3188824/>
- Kellam, S.G., Wang, W., Mackenzie, A.C., Brown, C.H., Ompad, D.C., Or, F., Jalongo, N.S., Poduska, J.M. & Windham, A. (2014). The impact of the Good Behavior Game, a universal classroom-based preventive intervention in first and second grades, on high-risk sexual behaviors and drug abuse and dependence disorders into young adulthood. *Prevention Science*. URL : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23070695/>
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., Hickman, M., et al. (2014). Socioeconomic status and alcohol-related behaviors in mid- to late adolescence

in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75(4), 541-545.

Lamboy, B., Clément, J., Saïas, T. et Guilleumont, J. (2011). Interventions validées en prévention et promotion de la santé mentale auprès des jeunes. *Santé Publique*, Vol. 23(HS), 113-125. <https://doi.org/10.3917/spub.110.0113>

Lamboy, B. & Luis, E. (2015). Les compétences psychosociales : définition et état des connaissances. *La santé en action*, n°435.

LaSpada, N., Delker, E., East, P., Blanco, E., Delva, J., Burrows, R., Lozoff, B., & Gahagan, S. (2020). Risk taking, sensation seeking and personality as related to changes in substance use from adolescence to young adulthood. *Journal of adolescence*, 82, 23-31. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.04.011>

Lecrique, J.-M. (2019). Rapport d'évaluation du programme Unplugged dans le Loiret. Projet porté par l'Association pour l'écoute et l'accueil en addictologie et toxicomanies (Orléans) et évalué en 2016-2017 par Santé publique France. Saint-Maurice : Santé publique France. URL : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/resultats-de-l-evaluation-du-programme-unplugged-dans-le-loiret>

Lee, J. G., Henriksen, L., Rose, S. W., et al. (2015). A systematic review of neighborhood disparities in point-of-sale tobacco marketing. *American Journal of Public Health*, 105(9), e8-e18.

Lee, S., Aos, S., Drake, E., Pennucci, A., Miller, M., & Anderson, L. (2012). Return on investment: Evidence-based options to improve statewide outcomes. Olympia: Washington State Institute for Public Policy.

Leflot, G., Van Lier, P., Onghena, P. & Colpin, H. (2013). The role of children's on task behavior in the prevention of aggressive behavior development and peer rejection : A randomized controlled study of the Good Behavior Game in Belgian elementary classrooms. *Journal of School Psychology*, vol. 51. URL : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022440513000022?via%3Dihub>

Lekamge, R.B., Jain, R., Sheen, J., Solanki, P., Zhou, Y., Romero, L., Barry, M.M., Chen, L., Karim, M.N. & Illic, D. (2025).

Systematic Review and Meta-analysis of the Effectiveness of Whole-school Interventions Promoting Mental Health and Preventing Risk Behaviours in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence* 54, 271-289. <https://doi.org/10.1007/s10964-025-02135-6>

Leventhal, A. M., Strong, D. R., Kirkpatrick, M. G., et al. (2015). Association of electronic cigarette use with initiation of combustible tobacco product smoking in early adolescence. *JAMA*, 314(7), 700-707.

Lievens, D., Vander Laenen, F., Verhaeghe, N., Schils, N., Putman, K., Pauwels, I., Hardyns, W. & Annemans, I. (2016). The social cost of legal and illegal drugs in Belgium. Antwerpen: Maklu.

Lin, C., Cousins, S., Zhu, Y., Clingan, S., Mooney, L., Kan, E., Wu, F. & Hser, Y. (2024). A scoping review of social determinants of health's impact on substance use disorders over the life course. *Journal of Substance Use & Addiction Treatment*, vol. 166. URL : [https://www.jsatjournal.com/article/S2949-8759\(24\)00196-6/fulltext](https://www.jsatjournal.com/article/S2949-8759(24)00196-6/fulltext)

Loke, A. Y., & Mak, Y. W. (2013). Family process and peer influences on substance use by adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(9), 3868-3885.

Lorant, V., Nicaise, P., Maurage, P., Bruneau, A., Denis, C. & al. (2011). La consommation d'alcool chez les jeunes de l'UCL : une synthèse. Louvain-la-Neuve : Université Catholique de Louvain.

Maimaris, W., & McCambridge, J. (2014). Age of first drinking and adult alcohol problems: systematic review of prospective cohort studies. *Journal of epidemiology and community health*, 68(3), 268-274. <https://doi.org/10.1136/jech-2013-203402>

MacArthur, G., Caldwell, D. M., Redmore, J., Watkins, S. H., Kipping, R., White, J., Chittleborough, C., Langford, R., Er, V., Lingam, R., Pasch, K., Gunnell, D., Hickman, M., & Campbell, R. (2018). Individual-, family-, and school-level interventions targeting multiple risk behaviours in young people. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009927.pub2>

Maynard, B. R., Salas-Wright, C. P., & Vaughn, M. G. (2015). High school dropouts in emerging adulthood: Substance use, mental

health problems, and crime. *Community Mental Health Journal*, 51(3), 289-299.

McBride, N., Farrington, F., Midford, R., Meuleners, L., Phillips, M. (2004). Harm minimization in school drug education: final results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP). *Addiction*, 99.

McCambridge, J., McAlaney, J. & Rowe, R. (2011). Adult Consequences of Late Adolescent Alcohol Consumption: A Systematic Review of Cohort Studies. *PLOS Medicine*, 8(2): e1000413. URL : <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000413>

McKay, M., McBride, N., Sumnall, H. & Cole, J. (2012) Reducing the harm from adolescent alcohol consumption: results from an adapted version of SHAHRP in Northern Ireland. *Journal of Substance Use*, 17(2), 98-121.

Merikangas, K. R., Dierker, L., & Fenton, B. (1998). Familial factors and substance abuse: Implications for prevention. *NIDA Research Monograph*, 177, 12-41.

Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2020). European Drug Report 2020: Trends and Developments. Publications Office of the European Union.

Moulier, V., Guinet, H., Kovacevic, Z., Bel-Abbass, Z., Benamara, Y., et al. (2019). Effects of a life-skills-based prevention program on self-esteem and risk behaviors in adolescents: a pilot study. *BMC Psychology*, 7:82.

Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., et al. (2003). What works in prevention: Principles of effective prevention programs. *American Psychologist*, 58(6-7), 449-456.

OMS (1993). Life skills education in schools. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.

OMS (2014). Aspects économiques des déterminants sociaux de la santé et des inégalités en santé. Genève : Organisation mondiale de la santé.

ONUUDC (2013). International Standards on drug use prevention. Vienne : Office des Nations unies contre la drogue et le crime. URL : https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC_2013_2015_international_standards_on_drug_use_prevention_E.pdf

- ONU DC (2018). *International Standards on Drug Use Prevention*. Second updated edition. Vienne : Office des Nations unies contre la drogue et le crime. URL : https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC-WHO_2018_prevention_standards_E.pdf
- Origer, A. (2016). Surdoses et inégalités sociales. Mieux comprendre les décès liés à l'usage de drogues pour mieux agir. Academia – L'Harmattan : Louvain-la-Neuve.
- Pape, H., Rossow, I., & Brunborg, G. S. (2018). Adolescents drink less: How, who and why? A review of the recent research literature. *Drug and Alcohol Review*, 37(Suppl 1), S98-S114.
- 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.
- Pezeril, C. (2019). Les «jeunes» et les «drogues» : la nécessaire approche relationnelle du genre. *Drogues, Santé, Prévention «Jeunes, genre et usages de drogues (II)»*, n°85. URL : <https://prospective-jeunesse.be/articles/les-jeunes-et-les-drogues-la-necessaire-approche-relationnelle-du-genre/>
- Pompidou Group (2017). Costs and unintended consequences of drug control policies. Report by the expert group on possible adverse effects and associated costs of drug control policies. Council of Europe.
- Pourmovahed, Z., Mazloomi Mahmoodabad, S. S., Yassini Ardekani, S. M., et al. (2022). Family structure in association with alcohol use among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 11(1), e112404.
- Régny, R., Stévenot, C. & Hogge, M. (2023). Tableau de bord de l'usage de drogues et ses conséquences sociosanitaires en Région de Bruxelles-Capitale. Bruxelles : Eurotox ASBL.
- Ryan, J., Roman, N. V., & Okwany, A. (2015). The effects of parental monitoring and communication on adolescent substance use and risky sexual activity: A systematic review. *The Open Family Studies Journal*, 7, 12-27.
- Santé Publique France (2025). Estimation du retour sur investissement du programme Unplugged dans le contexte français. Saint-Maurice : Santé Publique France.
- Sherif, Y., Fattah Azman, A.Z., Awang, H., Mokhtar, S.A., Mohammadzadeh, M., & Alimuddin, A.S. (2023). Effectiveness of life skills intervention on depression, anxiety and stress among children and adolescents: a systematic review. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 30, 42-59.
- Sigfúsdóttir, I.D., Thorlindsson, T., Kristjánsson, A.L., Roe, K.M. & Allegrante, J.P. (2008). Substance use prevention for adolescents: the Icelandic Model. *Health Promot Int*. URL : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19074445/>
- Simonis, S. (2018). Drogues : vers une prévention et un traitement sensible au genre ? *Drogues, Santé, Prévention «Jeunes, genres et usages de drogues (I)»*, n°84. URL : <https://prospective-jeunesse.be/articles/drogues-vers-une-prevention-et-un-traitement-sensible-au-genre/>
- Soneji, S., Barrington-Trimis, J. L., Wills, T. A., et al. (2017). Association between initial use of e-cigarettes and subsequent cigarette smoking among adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 171(8), 788-797.
- Spooner, C. & Hetherington, K. (2004). Social determinants of drug use. National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales.
- Stévenot, C. (2018). Pourquoi sommes-nous inégaux face aux risques liés aux drogues ? *Drogues, Santé, Prévention «Promotion de la santé et usages de drogues : quels enjeux à l'aube des réformes ?»*, n°82. URL : <https://prospective-jeunesse.be/articles/pourquoi-sommes-nous-inegaux-face-aux-risques-lies-aux-drogues/>
- Stormshak, E. A., DeGarmo, D. S., Chronister, K. M., Caruthers, A. S., Stapleton, J., & Falkenstein, C. A. (2019). The impact of substance use during middle school and young adulthood on parent-young adult relationships. *Journal of family psychology*, 33(7), 797-808. <https://doi.org/10.1037/fam0000549>
- Sullivan, L. E., Fiellin, D. A., & O'Connor, P. G. (2005). The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: A systematic review. *American Journal of Medicine*, 118(4), 330-341.
- Szalavitz, M. (2016). Addictions are harder to kick when you're poor. Here's why, *The Guardian.com*, 1er juin, URL : <https://www.theguardian.com/commentisfree/2016/jun/01/drug-addiction-income-inequality-impacts-recovery>
- Szoc, E. (2021). Le développement des compétences psychosociales : la version probante de la prévention. *Drogues, Santé, Prévention «La prévention : plus nécessaire que jamais !»*, n°94. URL : <https://prospective-jeunesse.be/articles/le-developpement-des-competences-psychosociales-la-version-probante-de-la-prevention/>
- Szoc, E. (2024). Prévention et dépenalisation : quelles pistes pour les prochaines majorités ? *Drogues, Santé, Prévention «Après les élections... Quelles pistes pour la législature 2024-2029 ?»*, n°105. URL : <https://prospective-jeunesse.be/articles/prevention-et-depenalisation-queelles-pistes-pour-les-prochaines-majorites/>
- Torsheim, T., Cavallo, F., Levin, K. A., et al. (2016). Psychometric validation of the revised family affluence scale: A latent variable approach. *Child Indicators Research*, 9, 771-784.
- Torsheim, T., Wold, B., & Samdal, O. (2000). The Teacher and Classmate Support scale: Factor structure, test-retest reliability, and validity in samples of 13- and 15-year-old adolescents. *School Psychology International*, 21, 195-212.
- Tucker, A. M., Whitney, P., & Belenky, G., et al. (2010). Effects of sleep deprivation on dissociated components of executive functioning. *Sleep*, 33(1), 47-57.
- UNESCO, ONU DC & OMS (2018). Réponses du secteur de l'éducation à la consommation d'alcool, de tabac et de drogues. Politiques rationnelles et bonnes pratiques en matière d'éducation à la santé : Brochure 10. URL : <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000262941>
- Valero de Vicente, M., Ballester Brage, L., Orte Socías, M. C., & Amer Fernández, J. A. (2017). Meta-analysis of family-based selective prevention programs for drug consumption in adolescence. *Psicothema*, 29(3), 299-305. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.275>
- Van Oyen, H., Deboosere, P., Lorant, V., & Charafeddine, R. (2010). Les inégalités sociales de santé en Belgique. Gent : Academia Press.
- Vigna-Taglianti, F. D., Galanti, M. R., Burkhart, G., Caria, M. P., Vadrucchi, S.,

Faggiano, F., & Group, E. U.-D. S. (2014). "Unplugged," a European school-based program for substance use prevention among adolescents: overview of results from the EU-Dap trial. *New Directions in Youth Development*, 141, 67-82.

Vuattoux, A. (2018). Filles et garçons au tribunal pour enfants : un traitement différent ? *Drogues, Santé, Prévention «Jeunes, genres et usages de drogues (I)»*, n°84. URL : <https://prospective-jeunesse.be/articles/filles-et-garcons-au-tribunal-pour-enfants-un-traitement-different/>

Wacquant, L. (2004). Punir les pauvres. Le nouveau gouvernement de l'insécurité sociale. Marseille : Agone.

Wang, M. T., Degol, J. L., Amemiya, J., et al. (2020). Classroom climate and children's academic and psychological wellbeing: A systematic review and meta-analysis. *Developmental Review*, 57, Article 100912.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (1998). Wellbeing measures in primary health care/the DepCare Project: report on a WHO meeting: Stockholm, Sweden, 12-13 February 1998. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/349766>

Yap, M. B. H., Cheong, T. W. K., Zaravinos-Tsakos, F., et al. (2017). Modifiable parenting factors associated with adolescent alcohol misuse: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Addiction*, 112, 1142-1162.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.

Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S., et al. (2001). Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *Journal of Adolescent Health*, 29(4), 279-288.

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

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

Ce document est disponible
en version pdf sur le site | www.eurotox.org

eurot**tox**

AVEC LE SOUTIEN DE LA COCOF

