

L'USAGE DE DROGUES EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

FICHE DE SYNTHÈSE 2022

ROSALIE RÉGNY, CLÉMENTINE STÉVENOT, MICHAËL HOGGE | EUROTOX ASBL |
OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL-DROGUES | NOVEMBRE 2023



1

CADRE INTERNATIONAL ET FÉDÉRAL

1.1 LES CONVENTIONS INTERNATIONALES

L'identification des drogues comme une problématique sociale est relativement récente et remonte au début du 20^e siècle. Sous l'impulsion des Etats-Unis et de leur croisade morale contre les drogues, «sources de maux et déchéances multiples», les membres de la Société des Nations ont adopté la Convention de l'opium en 1912. Cette convention a ainsi marqué le début de l'internationalisation du paradigme prohibitionniste auquel l'agenda politique des différents Etats signataires devait s'ajuster.

Se sont ensuivies trois conventions des Nations Unies (NU) qui décrivent le cadre de base pour le contrôle de la production, du trafic et de la possession de plus de 240 substances. Il s'agit de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 (telle que modifiée par le Protocole de 1972), de la Convention sur les substances psychotropes de 1971, et de la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988. Toutes

ont été signées par les Etats membres de l'Union européenne.

La Convention de 1961, transposée en Belgique par la loi de 1975, est à l'origine de l'adoption ou de la modification de nombreuses lois européennes en faveur d'une répression plus forte des comportements liés à la consommation de drogue.

1.2 LA STRATÉGIE «DROGUES» DES NATIONS-UNIES (2009-2029)¹

En 2009, les Etats membres des Nations-Unies ont adopté une stratégie «drogues» sur dix ans (2009-2019). Celle-ci a pris la forme d'une Déclaration politique et d'un Plan d'action sur la coopération internationale.

Dans l'optique de la date butoir de 2019, un segment ministériel a été organisé en mars 2019. L'objectif central était d'examiner les éventuels progrès faits depuis 2009, dans la perspective d'élaborer une stratégie globale pour la prochaine décennie. Le segment ministériel s'est conclu par la décision de poursuivre ces stratégies jusqu'en 2029. Les Etats membres ont alors approuvé la Déclaration ministérielle de 2019, dans laquelle ils réaffirment les positions et actions prises depuis 2009. La Déclaration laisse

¹ La Déclaration ministérielle de 2019 est disponible à l'adresse https://www.unodc.org/documents/hlr/19-06700_F_ebook.pdf

penser que les Etats membres des Nations Unies ont conscience des résultats largement insatisfaisants d'une politique internationale misant sur l'interdit, le contrôle et la répression de l'offre et de la demande². Ils ne semblent pas pour autant remettre en question le paradigme prohibitionniste et s'engagent dans une redite d'actions et orientations politiques visiblement inefficaces voire contreproductives pour les dix prochaines années.

1.3 PLAN D'ACTION ANTI- DROGUE 2021-2025 DE L'UNION EUROPÉENNE^{3,4}

Conformément à la stratégie 2020-2024 sur l'union de la sécurité, l'UE s'est dotée d'une stratégie en matière de drogue 2021-2025. Celle-ci constitue le cadre politique global et définit les priorités générales de la politique de l'Union européenne en matière de drogue pour la période 2021-2025. Le cadre, la finalité et les objectifs de la stratégie servent

² Ce que la société civile internationale, par la voix de l'International Drug Policy Consortium, a par ailleurs souligné en publiant une évaluation des politiques prohibitionnistes menées par les membres des Nations-Unies (IDPC, 2018).

³ La stratégie en matière de drogue 2021-2025 de l'UE est disponible à l'adresse https://www.consilium.europa.eu/media/54077/qc0521073frn_002.pdf

⁴ Le plan d'action en matière de drogue 2021-2025 de l'UE est disponible à l'adresse [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:52021XG0708\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:52021XG0708(01))

de base au plan d'action de l'UE en matière de drogue (2021-2025). La Commission note que «L'UE a besoin d'un changement de paradigme dans sa politique antidrogue» et que celui-ci passe par l'intensification des efforts dans toutes les dimensions du Programme, tout particulièrement sur le plan sécuritaire, et par une approche davantage rigoureuse et concrète. Le Programme antidrogue 2021-2025 s'inscrit dans la continuité de la Stratégie 2013-2020. Il se veut davantage opérationnel et réceptif aux tendances émergentes. Le nouveau Programme n'offre pas un nouveau paradigme *per se*, plutôt, il entend poursuivre les mesures et efforts entrepris jusqu'alors, malgré une évaluation en demi-teinte de ceux-ci. Il offrira cependant un soutien notable à la société civile, y compris dans le développement des alternatives aux sanctions coercitives, le renforcement de la réduction des risques, et la prise en compte des spécificités de certains publics vulnérables, de leurs besoins complexes et des obstacles qu'ils rencontrent dans l'accès aux services de soins et réduction des risques.

1.4 CADRE LÉGAL FÉDÉRAL

Le cadre législatif belge est composé de trois textes principaux. D'abord, l'ensemble des drogues illicites tombent sous le coup de la loi du 24 février 1921. Elle définit les types d'infractions relatives aux substances interdites et les peines leur correspondant. En complément, l'arrêté royal du 6 septembre 2017 établit une classification générique des substances prohibées soumises aux règles et contrôles de la loi de 1921. Enfin, la circulaire commune du 21 décembre 2015 (révisée en 2018) établit les règles d'enregistrement et de constatation, ainsi que les politiques de poursuite en matière de détention et de vente de drogues illicites, que doivent suivre les membres du ministère public.

► **Dans le Tableau de bord 2022** : le programme du Gouvernement fédéral ; les dépenses publiques en matière de drogues ; les initiatives de la société civile ; le coût de la prohibition.



CONTEXTE BRUXELLOIS

2.1 LE PLAN BRUXELLOIS DE PROMOTION DE LA SANTÉ 2023-2027⁵

Suite au transfert de compétences, le ministère de la santé de la COCOF avait opté pour la rédaction d'un nouveau décret de promotion de la santé. Il a été adopté par le Parlement francophone bruxellois et sanctionné par le Collège réuni de la COCOF en février 2016.

Le décret établit notamment la création d'une section «Promotion de la santé» au sein du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé, ainsi que les missions et modalités de fonctionnement de l'instance de pilotage, des services d'accompagnement (SAPS) et de support (SESU), des acteur·rices et des réseaux de promotion de la santé, et des programmes de médecine préventive. Ce dispositif définit les objectifs du Plan et assure la mise en œuvre de ce dernier.

Le nouveau Plan de promotion de la santé 2023-2027 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 (voir point 2.2).

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

⁵ Le Plan bruxellois de promotion de la santé 2023-2027 est disponible à l'adresse : <https://www.brusselstakecare.be/planpromotionsante/>

- 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

Ce Plan 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.

2.2 LE PLAN SOCIAL-SANTÉ INTÉGRÉ⁶

Dans la perspective de garantir la cohérence et la coordination des politiques social-santé de la COCOM et de la COCOF, le Plan social-santé intégré (PSSI) a été adopté en 2022. Il est porté par le cabinet Maron, l'Observatoire de la Santé et du Social, les administrations compétentes (Service du Collège réuni de la COCOM, Iriscare, COCOF et VGC).

Le PSSI se subdivise en deux parties : le référentiel stratégique et le plan opérationnel qui détaille l'ensemble des mesures qu'il implique et intègre les mesures du Plan de promotion de la santé 2023-2027 (voir point 2.1). Il se structure autour de huit principes :

- 1) Promotion de la santé
- 2) Intégration et décloisonnement des compétences
- 3) Approche territorialisée : le quartier, la commune, le bassin d'aide et de soins, et la Région
- 4) Responsabilité populationnelle (des autorités à l'égard des habitants et des services sur un territoire donné)
- 5) Universalisme proportionné
- 6) Assurer l'accès aux droits, à l'aide et aux soins
- 7) Approche genrée
- 8) Appui et évaluation des politiques par les savoirs académiques, professionnels et expérientiels

Au cours du processus d'élaboration du PSSI, la Fédération bruxelloise de promotion de la santé (FBPSanté) a formulé 9 recommandations pour un ancrage solide et pérenne de la promotion de la santé dans le paysage politique social-santé bruxellois⁷.

⁶ Le Plan social-santé intégré est disponible à l'adresse : <https://www.brusselstakecare.be/>

⁷ Le document «Plaidoyer pour la promotion de la santé à Bruxelles» de la FBPS (2022) est disponible à l'adresse : <https://www.fbpsante.brussels/wp-content/uploads/2022/06/fbps-plaidoyer-synthese-hd-01.pdf>

2.3 LE DÉCRET «AMBULATOIRE» DE LA COCOF

Le décret dit «ambulatoire» de la COCOF et son arrêté d'application ont été adoptés en 2009. Ces textes législatifs établissent les missions de chaque secteur de l'ambulatoire, ainsi que les procédures et normes d'agrément communes. Le décret ambulatoire rassemble donc les différents secteurs de l'ambulatoire (y compris le secteur «toxicomanie») dans un même texte législatif, permettant la transversalité entre les secteurs du social et de la santé.

La révision du décret ambulatoire est un projet de longue haleine. Une première modification a eu lieu en 2016, visant principalement la simplification administrative et la reconnaissance de la réduction des risques comme une stratégie de santé publique à part entière. Une révision en profondeur du décret a quant à elle débuté en 2018. Cette deuxième phase de révision portera notamment sur l'harmonisation des missions des différents secteurs. Le gouvernement entend également viser la simplification et l'harmonisation des procédures de financement et de justification des subventions liées au personnel des associations, et ce, en concertation avec les secteurs concernés.

2.4 LES SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE (SCMR)

Les SCMR sont des dispositifs indispensables à une approche globale et intégrée de la problématique «drogues». Elles participent à la réduction des risques sanitaires et sociaux, ainsi qu'à la (ré)insertion sociale d'usager-es souvent marginalisé-es et à la création d'un réseau d'aide et d'accompagnement autour d'eux-elles. Les SCMR participent également à réduire les nuisances liées à l'usage de drogues dans l'espace public et à diminuer la présence de seringues et aiguilles usagées sur la voie publique, de même que d'autres problèmes d'ordre public (par exemple, des conflits entre usager-es, dealers, policier-es et/ou habitant-es du quartier). Des preuves scientifiques substantielles de l'efficacité des SCMR tant sur le plan individuel que social ont été accumulées au cours des trente dernières années, et ce, dans plusieurs pays d'Europe et d'Amérique du Nord.

Au cours de l'année 2018, la Région bruxelloise, la COCOM et la COCOF ont marqué leur soutien pour la mise en place de SCMR à Bruxelles. Une première salle, baptisée GATE, a ouvert ses portes en 2022, dans le centre de Bruxelles, sous l'impulsion du bourgmestre de la commune. Un centre intégré régional, comprenant notamment une SCMR, est également projeté pour 2026 du côté de Tour et Taxis. Ce projet est inscrit dans l'Accord de la majorité 2018-2024 de la Capitale et fait partie intégrante du Plan global de sécurité et de prévention ; il est confié aux asbl Transit, Médecins du Monde et Projet Lama, et soutenu par la Ville de Bruxelles et son CPAS.

La mise en place de SCMR nécessite d'implanter un cadre légal et juridique suffisant pour garantir aux travailleur-ses sociaux-les et aux médecins l'exercice de leur profession au sein des SCMR. Jusque très récemment, les soignant-es pouvaient être poursuivi-es sur base de la loi de 1921. Face à cette situation, un projet de loi porté par le ministre de la Santé Frank Vandenbroucke a finalement été approuvé en mars 2023, reconnaissant le rôle sanitaire et protégeant juridiquement le personnel des SCMR vis-à-vis de possibles interprétations de la loi de 1921.

➤ Dans le Tableau de bord 2022 : le Chapitre 4 consacré aux inégalités sociales de santé, aux mécanismes et aux effets de la stigmatisation.

3.1 L'ALCOOL

POLITIQUES PUBLIQUES

Les négociations interministérielles ont connu de nombreuses difficultés et échecs, bien avant déjà la Conférence interministérielle (CIM) Santé publique du 24 octobre 2016. Cette fois encore, les propositions du fédéral étaient jugées insuffisantes par les entités fédérées francophones, notamment en termes de réduction de l'offre d'alcool.

Le plan d'action en matière d'usage nocif d'alcool⁸ est finalement approuvé en mars 2023 et porte sur la période 2023-2025. Il instaure 75 actions pour lutter contre la consommation nocive d'alcool et s'articule autour des 10 objectifs spécifiques définis par la stratégie interfédérale 2023-2028⁹ publiée dans le même temps :

- 1) Améliorer la collecte et analyse des données
- 2) Améliorer l'efficacité des règles restrictives et limitantes et leur implémentation concernant la publicité et la vente d'alcool, y compris sur internet
- 3) Intensifier la prévention et la promotion de la santé (y compris la littératie en santé), en ce compris la réduction des risques en matière de santé
- 4) Améliorer le dépistage et la prise en charge précoce des consommateur-rices à risque
- 5) Améliorer l'accès et la qualité des soins et de la posture
- 6) Diminuer le nombre de tué-es et de blessé-es graves sur la route liés à l'alcool
- 7) Mener une réflexion sur une politique de prix suivie par des propositions d'alternatives permettant une réduction de la consommation nocive d'alcool

8 Le document est disponible sur le site du SPF Santé publique : <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/plan-daction-en-matiere-dusage-nocif-dalcohol-2023-2025>

9 Le document est disponible sur le site du SPF Santé publique : <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/strategie-interfederale-en-matiere-dusage-nocif-dalcohol-2023-2028-0>

- 8) Stimuler une politique de prévention sur le lieu de travail en collaboration avec les partenaires sociaux
- 9) Diminuer le nombre de victimes liées à une consommation nocive d'alcool (résultant de leur consommation propre ou de la consommation par un tiers)
- 10) Améliorer l'information des consommateur-rices d'alcool

Différentes mesures seront prises afin de limiter l'impact de la publicité, la disponibilité et la vente d'alcool. Néanmoins, le plan est jugé très faible et insuffisant par nombre de politiques, scientifiques et acteur-rices de la santé, de l'éducation et de la jeunesse. Une interdiction plus large du marketing et de la publicité et un étiquetage clair lié à la composition sont notamment regrettés. Plus globalement, les critiques pointent du doigt le manque de reconnaissance des conséquences négatives de la consommation d'alcool sur la santé et les liens étroits entre l'industrie de l'alcool et les pouvoirs politiques.

DISPONIBILITÉ

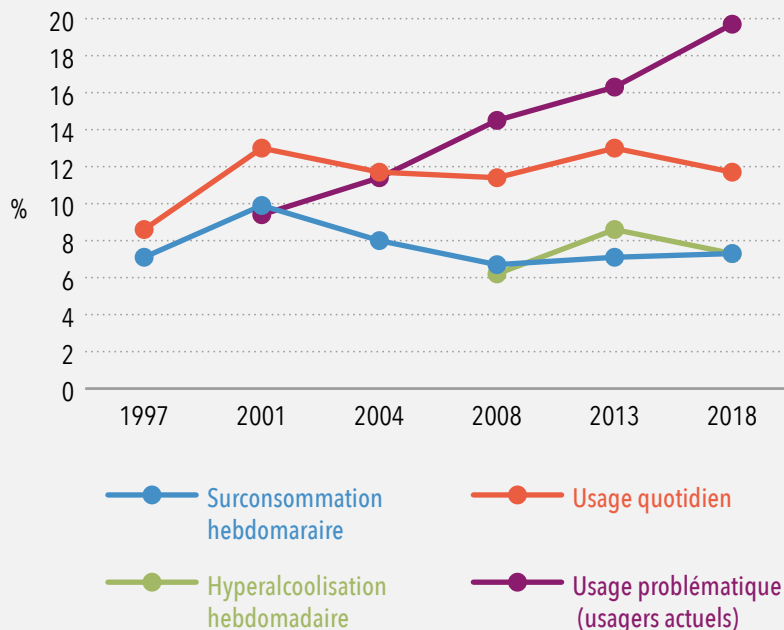
L'alcool est une substance psychoactive particulièrement disponible en Belgique. Quels que soient l'heure et l'endroit, il est possible de se procurer de l'alcool sans grande difficulté, bien que certaines communes aient récemment pris des mesures pour réduire les nuisances dans l'espace public, via notamment l'interdiction de la vente d'alcool de nuit dans les night-shops ou l'interdiction d'en consommer dans l'espace public.

Selon les chiffres officiels publiés par l'OCDE, le nombre de litres d'alcool pur vendus annuellement en Belgique par habitant de 15 ans ou plus est de 9,4 litres, ce qui correspond à quasiment 2 verres de bières pills par jour par habitant. Il s'agit d'une sous-estimation de la consommation moyenne des usager-es réguliers, dans la mesure où cette moyenne ne tient pas compte des achats transfrontaliers ni de l'existence d'une proportion non négligeable de non-consommateur-rices ou de consommateur-rices occasionnels. Le prix de vente de l'alcool en Belgique est en effet légèrement supérieur à celui de la moyenne des pays de l'Union Européenne, ce qui a tendance à favoriser les achats transfrontaliers.

USAGES

Dans la **population générale**, selon l'enquête HIS 2018, 11,7 % des Bruxellois-es âgé-es de 15 ans et plus consomment de l'alcool quotidiennement, et 5,7 % une

Figure 1 : Évolution de l'usage d'alcool dans la population générale en Région bruxelloise 1997-2018



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

quantité quotidienne d'alcool considérée comme dangereuse (plus de 4 verres pour les hommes et plus de 2 verres pour les femmes). La surconsommation hebdomadaire¹⁰ concerne 7,3 % de Bruxellois-es. La consommation d'alcool augmente avec l'âge et est généralement plus élevée chez les hommes que chez les femmes. En 2018, l'hyperalcoolisation hebdomadaire est toutefois plus fréquente chez les 15-24 ans (10 %) que chez les adultes (entre 5 % et 9 %, selon la tranche d'âge).

La surconsommation hebdomadaire et la consommation quotidienne d'alcool sont relativement stables dans le temps. L'hyperalcoolisation hebdomadaire¹¹ s'est stabilisée, après l'augmentation observée en 2013. En revanche, l'usage problématique¹² sur la vie chez les consommateur-rices actuel-les est en augmentation constante entre 2001 et 2018.

Dans la **population scolaire**, selon l'enquête HBSC 2018, un tiers (33,4 %) des élèves bruxellois-es de 10 ans et plus scolarisé-es dans l'enseignement primaire ou secondaire francophone a déjà expérimenté l'alcool, dont

7,9 % des élèves de 10-12 ans et 27,8 % des élèves de 13-15 ans. Près d'un élève sur cinq (18,3 %) a déjà été ivre au moins une fois (dont 2,9 % des élèves de 10-12 ans et 9,4 % des élèves de 13-15 ans). L'interdit légal est donc transgressé par une proportion non-négligeable de jeunes bruxellois-es. L'usage (au moins) hebdomadaire concerne 9,6 % des élèves du secondaire, et l'alcoolisation ponctuelle importante¹³ 13,3 % d'entre eux (dont plus d'un cinquième des élèves de 16 ans et plus). En 2022, l'usage au moins hebdomadaire d'alcool s'élevait à 6,7 %, ce qui est légèrement inférieur à ce qui était observé en 2018¹⁴.

Globalement, la consommation d'alcool augmente avec l'âge des élèves, et elle est un peu plus élevée chez les garçons que chez les filles, mais les différences de genre sont parfois ténues. Entre 2014 et 2018, on observe une tendance à la stabilité pour l'ensemble des indicateurs de consommation sauf en ce qui concerne l'usage hebdomadaire, qui a augmenté entre 2014 et 2018 mais semble désormais en diminution, et, surtout, l'alcoolisation ponctuelle importante, qui est en

10 Consommation de plus de 21 verres par semaine pour les hommes et de plus de 14 verres par semaine pour les femmes.

11 Consommation d'au moins 6 verres d'alcool lors d'une même occasion au moins une fois par semaine au cours des 12 derniers mois.

12 Estimé à l'aide du test de screening CAGE.

13 Consommation habituelle d'au moins 5 verres d'alcool lors des jours de consommation.

14 Les données HBSC 2022 ont été publiées par le service SIPES-ULB sous un format synthétique après la publication de notre tableau de bord. Nous rapportons ici les quelques indicateurs disponibles à l'échelle de la Région bruxelloise.

augmentation chez les élèves de la Région bruxelloise.

Dans la **population étudiante**, selon l'enquête réalisée par Modus Vivendi en 2015 auprès d'étudiant-es fréquentant deux universités bruxelloises, près d'un tiers des étudiant-es (29 % ; 33,4 % des étudiants et 22,5 % des étudiant-es) a présenté une surconsommation hebdomadaire¹⁵ d'alcool durant l'année académique, 15,4 % ont déclaré avoir été ivres plusieurs fois par semaine (21,3 % des étudiants et 11 % des étudiant-es), et 15,2 % avoir pratiqué le *binge drinking*¹⁶ plusieurs fois par semaine (22,9 % des étudiants et 9,4 % des étudiant-es). Ces formes de consommation excessive sont fortement associées à la participation au folklore étudiant et à la pratique des soirées. Plus récemment, l'enquête réalisée en 2022 à l'échelle des étudiant-es de l'ULB et de la HELB Ilya Prigogine¹⁷ confirme que ces pratiques sont encore bien ancrées en population étudiante. En effet, 13,9 % des étudiant-es (18,4 % des étudiants et 11,2 % des étudiantes) ont déclaré avoir été ivres au moins une fois par semaine depuis la rentrée académique, et le *binge drinking* au moins hebdomadaire concerne 13,9 % des étudiant-es (19,9 % des étudiants et 10,4 % des étudiantes).

PERSPECTIVES

La consommation excessive d'alcool est une réalité pour une proportion relativement élevée de la population bruxelloise. Les premières consommations d'alcool débutent à l'adolescence pour plus de la moitié des jeunes bruxellois-es, parfois même avant l'âge légal, y compris en ce qui concerne certaines formes de consommation excessive. L'entrée aux études supérieures constitue une période d'initiation pour beaucoup d'étudiant-es, durant laquelle certaines pratiques de consommation à risque peuvent aussi se développer ou se renforcer. La consommation d'alcool n'épargne pas non plus les adultes, qui en sont globalement les plus grands consommateurs-rices. On constate néanmoins des signes encourageants de diminution de certaines formes de consommation en population générale, ce qui n'est en revanche pas le cas en population scolaire, ni en population étudiante, où la consommation excessive ne semble pas faiblir. La crise sanitaire étant toutefois

venue perturber ces tendances, il semble judicieux de renforcer l'offre de détection et d'intervention précoces (y compris hors du secteur spécialisé en assuétudes), de même que les stratégies de prévention et de promotion de la santé, afin que les usages excessifs développés pendant la crise sanitaire ou ceux favorisés par la dégradation de la santé mentale ne se chronicisent pas. Enfin, bien que la consommation d'alcool soit plus élevée chez les personnes ayant un haut niveau socioéconomique, l'impact délétère des usages sur la santé est plus important chez les personnes ayant un faible niveau socioéconomique, un paradoxe qui s'explique en grande partie par des mécanismes générateurs d'inégalités sociales de santé que les politiques publiques actuelles ne parviennent pas à contrebalancer.

Dans l'ensemble, cet état des lieux témoigne de la nécessité de développer une stratégie globale et cohérente au niveau fédéral, agissant à la fois sur l'offre et sur la demande d'alcool. Le plan alcool qui vient d'être validé au niveau fédéral fut une occasion ratée d'agir efficacement sur l'offre et sur la demande d'alcool. La promotion de l'alcool reste extrêmement libérale et insidieuse, dès les plus jeunes âges et tout au long de la vie, malgré les réglementations visant à protéger les mineur-es. Ce cadre culturel et les efforts des alcooliers pour contourner les lois et règlements visant à protéger les publics vulnérables favorisent le développement de représentations socialement favorables vis-à-vis du produit, atténuent la perception de sa dangerosité, et diminuent la prise de conscience et la perception objective des consommations nocives ou à risque. La difficulté de mettre en œuvre des cadres légaux contraignants et d'impulser de réels changements politiques témoigne du niveau d'ancrage de ce produit dans nos habitudes sociales et culturelles et de la puissance des lobbies de l'alcool.

3.2 LE TABAC ET LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

POLITIQUES PUBLIQUES

Afin d'appliquer le Plan fédéral anti-tabac, plusieurs changements législatifs concernant les produits du tabac ont été adoptés ces dernières années :

- L'âge minimum légal de vente est passé de 16 à 18 ans (ce qui s'applique également aux cigarettes électroniques)
- Interdiction de fumer dans des véhicules automobiles en présence de mineur-es de moins de 18 ans

- Abrogation des exceptions à l'interdiction des publicités
- Instauration du paquet neutre depuis le 1^{er} janvier 2020 (1^{er} janvier 2021 pour les détaillant-es)

À la demande de la CIM Santé publique, la Cellule Générale de Politique Drogues (CGPD) a développé une stratégie interfédérale 2022-2028 pour une génération sans tabac¹⁸. À l'horizon 2028, l'objectif poursuivi est d'atteindre un taux de consommateur-rices quotidien-nes de 10 % dans la population générale et un taux de consommateur-rices de 6 % parmi les 15-24 ans. Des actions ont été identifiées, en matière de vente, de publicité, de santé et de genre ; elles devraient être concrétisées dans les années à venir, notamment via la réglementation des produits du tabac, la fiscalité, la prévention, l'aide au sevrage tabagique et la recherche scientifique.

DISPONIBILITÉ

Malgré l'interdiction de propagande ou de publicité en faveur du tabac, l'offre des produits du tabac reste abondante en Belgique, puisqu'on peut les acheter dans de nombreux commerces. Jusque récemment, l'offre et la disponibilité du tabac n'étaient soumises qu'aux quelques contraintes internationales auxquelles la Belgique ne peut déroger. L'État tentait alors ponctuellement d'influer sur la demande de tabac en augmentant les droits d'accises. Les produits du tabac ont ainsi connu une hausse de prix de plus de 60 % en une seule décennie. Avec l'adoption de textes légaux portant sur l'instauration du paquet neutre, l'interdiction de la publicité et le rehaussement de l'âge minimum à 18 ans, l'État tente désormais davantage de réguler l'offre et de protéger les plus jeunes.

USAGES

Dans la **population générale**, selon l'enquête HIS 2018, près de la moitié (41,7 %) des Bruxellois-es âgés de 15 ans et plus ont déjà fumé au moins 100 cigarettes au cours de leur vie, et plus d'un tiers (35,8 %) ont déjà été consommateur-rices quotidiens de tabac pendant une période d'au moins 12 mois. Les hommes sont davantage fumeurs que les femmes. Et les personnes ayant un faible niveau d'instruction restent proportionnellement plus concernées que les autres.

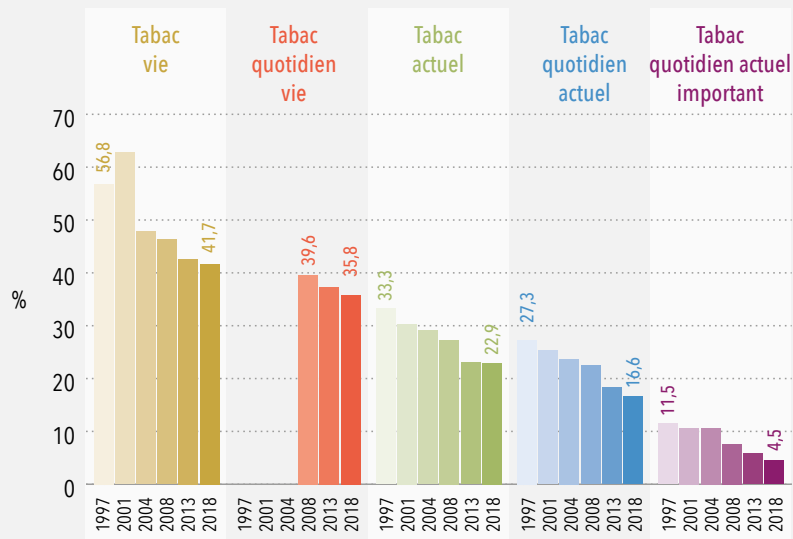
15 Plus de 14 verres par semaine pour les femmes et plus de 21 verres pour les hommes.

16 Consommation de 5 verres de boissons alcoolisées ou plus sur une période de 2 heures.

17 Paume, J., & Sourdin, C. (2023). Enquête sur les assuétudes. Bruxelles: Observatoire de la vie étudiante de l'ULB. Cette enquête a été publiée après la publication de notre tableau de bord.

18 Le document est disponible sur le site du SPF Santé publique : <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/strategie-interfederale-2022-2028-pour-une-generation-sans-tabac>

Figure 2 : Évolution de l'usage de tabac dans la population générale en Région bruxelloise 1997-2018



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

La consommation de tabac est toutefois en diminution en Région bruxelloise, quel que soit l'indicateur considéré. L'usage quotidien actuel et l'usage quotidien actuel important (au moins 20 cigarettes par jour) ont respectivement diminué de 10,7 % et 7 % en 20 ans. Actuellement, près d'un quart de la population bruxelloise (22,9 %) consomme du tabac quotidiennement.

Environ un Bruxellois-e sur six (15,9 %) a déjà expérimenté la cigarette électronique, mais seule une minorité (1,7 %) utilise ce dispositif quotidiennement.

Dans la **population scolaire**, selon l'enquête HBSC 2018, 16,1 % des élèves bruxellois-es de 10 ans et plus scolarisés dans l'enseignement primaire ou secondaire francophone ont déjà expérimenté le tabac sous forme de cigarettes. La consommation quotidienne de tabac concerne 2,7 % de ces jeunes. L'usage de tabac augmente avec l'âge des élèves mais il ne diffère quasiment pas entre garçons et filles. En ce qui concerne la cigarette électronique, 19,2 % des jeunes du secondaire y ont déjà eu recours, dont 4,7 % au cours des 30 derniers jours. L'usage de la cigarette électronique augmente aussi avec l'âge des élèves, mais contrairement au tabac, il est plus fréquent chez les garçons que chez les filles. En 2022, l'usage quotidien de tabac s'élevait à 3,9 % en Région bruxelloise.

L'usage régulier de la cigarette électronique est moins fréquent que l'usage régulier de tabac, et ce alors que l'expérimentation de la cigarette électronique est désormais plus fréquente que celle du tabac (ce qui n'était pas le cas en 2014). Ce pattern suggère que

la cigarette électronique est plus « attractive » que le tabac¹⁹, mais que ce dernier est plus « accrocheur » et favorise davantage les usages réguliers et la dépendance.

Enfin, on constate entre 2014 et 2018 une diminution de la consommation de cigarettes/tabac chez les élèves, qui ne s'est pas poursuivie en 2022 en ce qui concerne l'usage quotidien. L'expérimentation de la cigarette électronique a quant à elle augmenté, mais son usage actuel (30 derniers jours) a diminué.

Dans la **population étudiante**, selon l'enquête réalisée en 2022 à l'échelle des étudiant-es de l'ULB et de la HELB Ilya Prigogine, 20,1 % des étudiant-es ont déclaré consommer du tabac au moment de l'enquête, avec une moyenne de 5,4 cigarettes par jour. En ce qui concerne la cigarette électronique, 26,9 % des étudiant-es ont déclaré y avoir eu recours au cours des 12 derniers mois, et 6,7 % des étudiant-es l'utilise de manière au moins hebdomadaire. Aucune différence de genre n'est observée au niveau de ces usages.

PERSPECTIVES

Bien qu'elle soit en constante et progressive diminution, l'usage de tabac reste élevé, et ce, malgré l'interdiction de la publicité et un certain nombre de mesures politiques

¹⁹ À noter que les élèves ayant déclaré avoir consommé les deux produits ont généralement (pour 75 % d'entre eux) consommé du tabac avant d'essayer la cigarette électronique, sauf chez les garçons entre 10 et 15 ans, dont la moitié a d'abord commencé par la cigarette électronique.

et légales. Ces diminutions s'expliquent probablement par une conjonction de facteurs agissant à la fois sur l'offre et la demande : augmentation des campagnes de prévention ; diminution de l'attractivité du tabac (via une interdiction de la publicité et une multiplication des campagnes de contre-marketing) ; augmentation régulière des accises ; amélioration et diversification de l'offre de prise en charge des fumeur-ses dépendant-es, etc. Toutefois, certaines mesures sont parfois des effets d'annonce et ont un potentiel relativement faible en termes d'efficacité. Ainsi, à l'heure actuelle, les produits du tabac restent largement disponibles en Belgique et l'interdiction de publicité est encore contournée par les puissantes industries du tabac. Il convient d'être attentif au fait que toutes les tranches de la population ne sont pas impactées de la même façon par les mesures qui visent à réduire l'offre et la demande de tabac, en particulier les personnes ayant un faible niveau socioéconomique, qui restent surreprésentées au niveau des indicateurs de consommation. Les politiques doivent aussi tenir compte des disparités géographiques afin de ne pas pénaliser à outrance les fumeur-ses qui vivent en milieu rural lorsqu'elles envisagent de réduire l'offre de tabac, et elles doivent être fixées en gardant à l'esprit qu'un excès de mesures pourrait conduire à l'essor de produits contrefaits, encore plus nocifs pour la santé des usager-es.

À l'inverse du tabac, l'usage de la cigarette électronique semble être en augmentation, et dépasse même désormais celui du tabac chez les jeunes. Son usage régulier est peu fréquent, en particulier en comparaison à celui du tabac, ce qui suggère que ce dispositif est moins addictif que le tabac fumé. Il semble toutefois plus attractif auprès des jeunes. Les politiques publiques doivent donc rester particulièrement vigilantes et proactives par rapport aux capacités de résilience de l'industrie du tabac, qui, en l'absence de cadre réglementaire, n'hésite pas à diversifier ses produits (e.g. snus, puff) pour palier à la diminution du tabagisme et attirer par d'autres biais les consommateur-ices, en particulier les jeunes.

► **Dans le Tableau de bord 2022 :** les liens entre le tabagisme et les inégalités sociales ; l'avis du Conseil supérieur de la Santé sur les produits à base de tabac chauffé.

3.3 LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

CADRE LÉGAL

Les médicaments psychotropes et l'ensemble des activités légales et illégales qui les entourent tombent sous le coup de la loi de 1921 et l'arrêté royal de 2017. Seront punis les praticien-nes de l'art de guérir, de l'art vétérinaire ou d'une profession médicale qui auront prescrit, administré ou délivré des médicaments contenant des substances soporifiques, stupéfiantes ou psychotropes de nature à créer, entretenir ou aggraver une dépendance, à l'exclusion des traitements de substitution aux opiacés (réglementés quant à eux par l'arrêté royal de 2004). Seules les officines pharmaceutiques sont autorisées à délivrer ces médicaments au public, et ce, uniquement sur prescription médicale. Les personnes délivrant des médicaments en dehors de ce cadre sont punissables. L'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) a pour mission d'assurer, de leur conception jusqu'à leur utilisation, la qualité, la sécurité et l'efficacité des médicaments à usage humain. Elle délivre les autorisations de mise sur le marché et se prononce sur la balance bénéfiques/risques d'un médicament.

DISPONIBILITÉ

Les médicaments psychotropes sont des substances réglementées dont l'achat n'est légalement possible qu'en pharmacie. Ils ne peuvent pas être vendus via des pharmacies en ligne. Ces produits sont en outre soumis à une prescription médicale de manière à réduire le risque d'utilisation abusive ou détournée. Et ils ne peuvent pas faire l'objet de publicité ni de propagande. Néanmoins, des médicaments psychotropes sont aussi proposés à l'achat en ligne de manière illégale (par exemple sur le *Dark web* ou via des sites étrangers qui ne respectent pas les législations en vigueur), et les services de douanes interceptent régulièrement de grandes quantités de médicaments contrefaits, y compris des médicaments psychotropes. Les médicaments psychotropes détournés de leur usage médical sont aussi disponibles sur le marché noir, en particulier en rue. Enfin, des molécules dérivées de médicaments psychotropes (principalement des benzodiazépines ainsi que des opioïdes de synthèse) sont également vendus par des sites de vente de *Research Chemicals* ou de nouvelles substances psychoactives.

USAGES

Dans la **population générale**, selon l'enquête HIS 2018, environ une personne sur dix parmi la population bruxelloise âgée de 15 ans et plus a consommé, durant les deux dernières semaines, des somnifères ou des tranquillisants prescrits (9,7 %) ou des antidépresseurs prescrits (8,1 %). La consommation de ces produits augmente fortement avec l'âge, et elle concerne davantage les femmes que les hommes. Elle varie aussi en fonction du niveau d'instruction, les répondant-es les moins instruit-es étant davantage concerné-es.

La consommation actuelle (durant les 2 dernières semaines) de somnifères/tranquillisants prescrits est en diminution en Région bruxelloise. À l'inverse, on observe une légère augmentation de la consommation d'antidépresseurs en 2018, qui n'est toutefois pas statistiquement significative après standardisation.

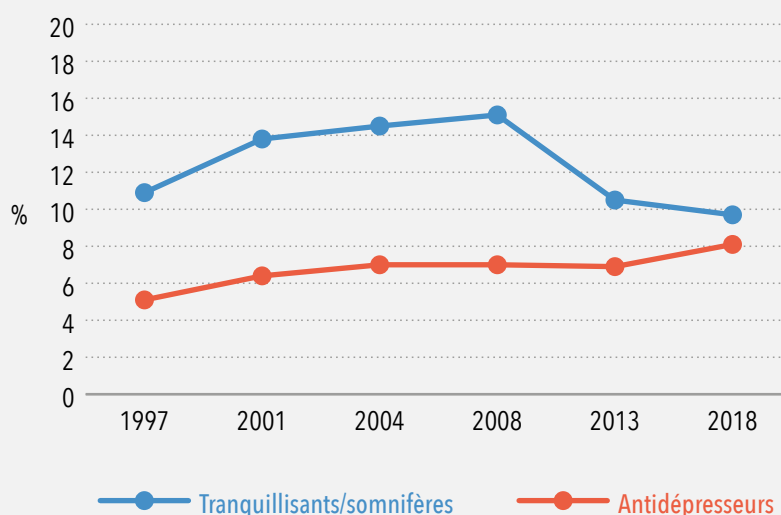
Dans la **population scolaire**, selon l'enquête HBSC 2018, 4 % des élèves bruxellois de l'enseignement secondaire (3^e année et plus) ont déclaré avoir déjà consommé des tranquillisants/somnifères, et 4 % de la codéine au moins une fois dans la vie à des fins récréatives. L'usage de tranquillisants/somnifères a augmenté entre 2014 et 2018, tant chez les garçons que chez les filles. Il est un peu plus répandu que l'usage des drogues autres que le cannabis, probablement en raison de la facilité d'accès (présence relativement fréquente dans la pharmacie familiale, puisque de nombreux adultes en sont consommateurs). En 2022, selon la dernière enquête HBSC, 3,8 % des

jeunes Bruxellois-es ont déclaré avoir déjà consommé un de ces médicaments à des fins récréatives.

Dans la **population étudiante**, selon l'enquête réalisée en 2022 à l'échelle des étudiant-es de l'ULB et de la HELB Ilya Prigogine, 8,4 % des étudiant-es ont déclaré avoir consommé des médicaments psychotropes (anxiolytiques, antidouleurs, stimulants...) en dehors d'un usage médical au cours des 12 derniers mois, et 2 % de manière au moins hebdomadaire. On n'observe pas de différence de genre au niveau de ces usages.

Selon une **enquête de l'AFMPS** menée en 2018 auprès de plus de 12.000 étudiant-es universitaires francophones, 8 % des étudiant-es auraient déjà pris des médicaments stimulants, dans le cadre ou non d'un traitement médical, dont la majorité durant l'année précédant l'enquête. Au total, 5 % des étudiant-es utiliseraient des médicaments stimulants dans l'espoir d'améliorer leurs performances d'étude. L'utilisation de médicaments stimulants est deux fois plus élevée chez les hommes (10 %) que chez les femmes (5 %). Le méthylphénidate (qui compose la Rilatine® et le Concerta®) était le produit le plus utilisé. Deux utilisateur-rices de médicaments stimulants sur trois ont déclaré en prendre en dehors d'un traitement médical, usage non-médical qui a généralement débuté après l'âge de 18 ans. Les motivations évoquées par les étudiant-es pour expliquer l'utilisation de ces médicaments en dehors d'un usage médical sont principalement liées

Figure 3 : Évolution de la consommation actuelle de médicaments psychotropes en Région bruxelloise 1997-2018



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

à une recherche d'amélioration des capacités d'étude.

Selon le **système Pharmanet**, le nombre de Belges ayant reçu une prescription remboursée (hors pharmacies hospitalières) d'un opioïde antalgique²⁰ a quasiment doublé entre 2005 et 2021, passant de 573.104 patient-es à 1.126.167 (ce qui correspond désormais à environ 10 % de la population belge). L'opioïde le plus prescrit en Belgique est de loin le tramadol. En Région bruxelloise, le nombre de doses définies journalières d'opioïdes prescrits en 2021 était de 4.714.508.

Enfin, l'**usage détourné de prégabaline** (Lyrica® ou formes génériques) semble être en expansion chez les usager-es précarisé-es. Le Lyrica est un médicament utilisé dans le traitement des douleurs neuropathiques, de l'épilepsie et du trouble anxieux généralisé, qui a des propriétés analgésiques et anxiolytiques, mais aussi euphorisantes et désinhibantes, en particulier lorsqu'il est consommé en association avec d'autres dépresseurs (opiacés, alcool, benzodiazépines...). Un usage excessif peut entraîner une dépendance physique ainsi que divers effets indésirables (prise de poids, œdème périphérique, vertiges, somnolence, ataxie, tremblements, fatigue, céphalées, douleur articulaire, impuissance, troubles visuels). Au niveau comportemental, son usage est associé à une augmentation des idées suicidaires et des passages à l'acte suicidaire, des accidents de la route, et de l'agressivité.

PERSPECTIVES

L'usage de médicaments psychotropes est particulièrement élevé dans les sociétés occidentales, et la Région bruxelloise n'échappe pas à la règle. Ce constat peut en partie s'expliquer par l'état de santé mentale préoccupant de la population, par la recherche de performance propre aux valeurs sociétales actuelles, et par l'influence du modèle biomédical, qui favorise le recours aux médicaments pour traiter des troubles variés. De nombreux médicaments font l'objet d'un usage détourné parce que, sur le plan pharmacologique, ils sont similaires aux drogues illégales.

Une augmentation de la consommation de médicaments psychotropes est à prévoir à moyen terme en raison de l'impact qu'a eu la crise sanitaire sur la santé mentale de la population, en particulier sur les

20 En l'occurrence le tramadol, l'oxycodone, la tilidine, le fentanyl, la morphine ainsi que quelques autres opioïdes moins courants (pentazocine, piritramide,...).

symptomatologies anxiodépressives et les troubles du sommeil. Les prescripteurs devront être vigilants en raison des risques qu'une surexposition à ces médicaments représente.

En ce qui concerne plus spécifiquement les opioïdes, l'augmentation de leur consommation est un phénomène multifactoriel, à la fois lié à l'augmentation de l'espérance de vie et donc de la prévalence des maladies liées au vieillissement, et à l'augmentation de la prévalence et de l'incidence des cancers. Elle est aussi liée à un phénomène d'hypermédicalisation du corps et de la souffrance, qui favorise le traitement médicamenteux de la moindre douleur exprimée, parfois même par anticipation (i.e. prescription préventive pour d'éventuelles douleurs post-opératoires). Mais l'exemple de l'Amérique du Nord nous rappelle aussi que les firmes pharmaceutiques sont des entreprises commerciales, dont certaines n'hésitent pas à mettre en place des stratégies irresponsables ou contestables sur le plan éthique pour maximiser les ventes, au détriment de l'intérêt et de la santé des patient-es.

➤ **Dans le Tableau de bord 2022** : le programme de sevrage progressif des benzodiazépines et apparentés, les recommandations de l'INAMI en matière d'utilisation des opioïdes dans le traitement de la douleur chronique.

3.4 LE CANNABIS

CADRE LÉGAL

Le cannabis fait l'objet d'une législation particulièrement complexe, qui découle sans aucun doute de sa forte prévalence d'usage au sein de la population belge. Pour tenter de comprendre la législation relative au cannabis et d'anticiper ses éventuelles conséquences pénales, il faut tenir compte de la loi de 1921, de celle de 2003, de l'Arrêté royal de 2017 qui les complète, ainsi que la circulaire des procureurs généraux de 2015 (révisée en 2018) qui oriente quant à elle l'interprétation que fera le ministère public de ce corpus légal. La complexité et multiplicité des textes, dont la portée varie, ainsi que l'usage de notions prêtant à interprétation, n'abondent pas dans le sens de la sécurité juridique. L'application et l'interprétation des textes de loi peuvent en effet différer selon les représentant-es de la police et de la justice, l'orientation politique

d'une zone géographique et d'un parquet à l'autre.

Parallèlement, le contexte législatif actuel autorise les produits à base de CBD contenant moins de 0,2 % de THC, ce qui s'est initialement traduit par la multiplication des CBD shops partout sur le territoire. Afin de palier au flou de cette situation et encadrer la vente de ces produits, les autorités concernées ont pris le pli d'adopter plusieurs mesures, ou du moins clarifier leurs positions. C'est ainsi qu'en 2019, le Service public fédéral Finances s'est prononcé sur les produits destinés à être fumés et l'AFMPS a autorisé les préparations magistrales en pharmacie. Les produits du CBD ne sont pas autorisés en tant que denrées alimentaires. De plus, suite à l'arrêt Kanavape de la Cour de Justice de l'Union européenne en novembre 2020 considérant que le CBD n'était pas un stupéfiant, la Commission européenne a révisé son évaluation préliminaire du CBD, renonçant ainsi à réglementer le CBD comme un stupéfiant au sens de la Convention des Nations Unies de 1961, et estimant même qu'il peut être considéré comme un aliment et devrait bénéficier de la même liberté de circulation que d'autres marchandises et produits légaux au sein de l'Europe.

➤ **Dans le Tableau de bord 2022** : l'ampleur de l'usage de CBD en Belgique, le contexte légal et réglementaire des produits à base de CBD, l'insécurité juridique du cadre légal actuel.

Le cadre légal régit également la délivrance de médicaments contenant du THC. Actuellement, seul le médicament Sativex® est autorisé (et peut être remboursé sous certaines conditions très restreintes). Dans la perspective d'alimenter la recherche belge en matière de cannabis thérapeutique à l'avenir, une loi autorisant la création du Bureau du cannabis a été adoptée en mars 2019. Sous réserve que la culture de cannabis soit autorisée, il est prévu que le Bureau du cannabis soit chargé de contrôler la culture du cannabis à des fins médicales ou scientifiques.

DISPONIBILITÉ

Le cannabis est un produit particulièrement accessible en Belgique malgré son interdiction. Selon un Flash Eurobaromètre réalisé en 2014 auprès des jeunes européens, 59 % des jeunes belges de 15-24 ans estiment qu'il leur serait facile de se procurer du cannabis endéans 24

heures. Le prix du cannabis au marché noir a augmenté au cours de la dernière décennie, et se situe actuellement aux alentours de 9 euros le gramme. Les produits à base de CBD sont également disponibles légalement sous formes de fleurs à fumer, dont le prix de vente au gramme est plus ou moins équivalent à celui du cannabis au marché noir. Des préparations magistrales à bases de CBD sont également disponibles en pharmacie sur prescription médicale, de même que de l'huile de CBD officiellement destinée à un usage externe (sans prescription médicale).

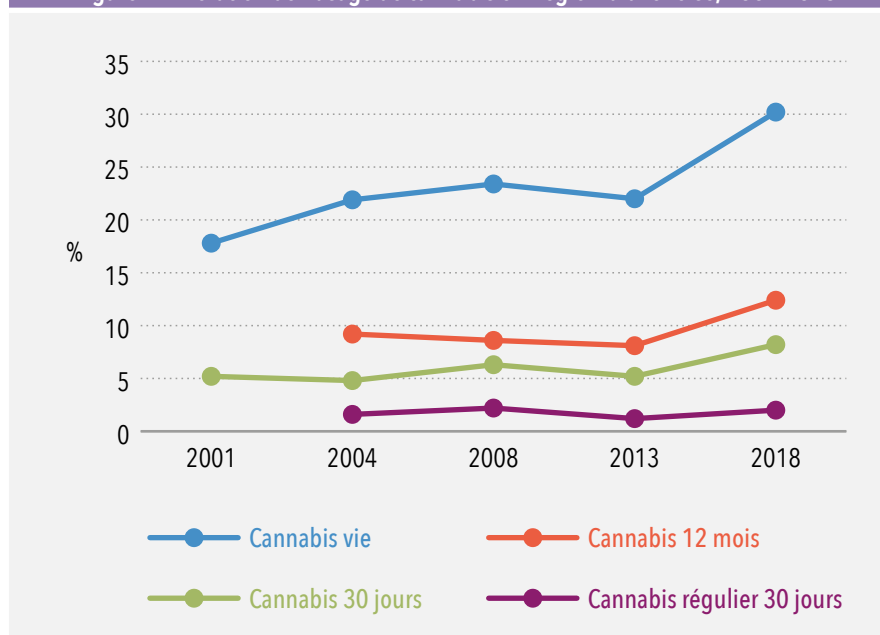
USAGES

Dans la **population générale**, selon l'enquête HIS 2018, 30,2 % de la population bruxelloise âgée de 15 à 64 ans aurait déjà consommé du cannabis au moins une fois dans la vie. L'usage au cours des 30 derniers jours s'élève à 8,2 %. Il est beaucoup plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (12,7 % *versus* 3,9 %) et concerne surtout les 15-24 ans (16,9 %), en particulier les jeunes hommes (24 %). La prévalence de l'usage régulier (au moins 20 jours de consommation au cours des 30 derniers jours) est de 2 %. Ce type d'usage est un peu plus fréquent chez les 35-44 ans (3,1 %) que dans les autres classes d'âge. On retrouve davantage de consommateur-rices régulier-es parmi les personnes peu instruites que parmi les personnes ayant un haut niveau d'instruction, alors que pour les autres indicateurs l'inverse est observé.

En Région bruxelloise, comme partout en Belgique, la prévalence d'usage de cannabis a significativement et continuellement augmenté depuis 2001, en particulier entre 2013 et 2018. Cette augmentation s'observe à la fois chez les hommes et chez les femmes.

Dans la **population scolaire**, selon l'enquête HBSC 2018, près d'un quart (23,9 %) des jeunes bruxellois-es scolarisé-es dans l'enseignement secondaire francophone (3^e année et plus) ont déclaré avoir déjà consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie, et environ 1 sur 8 (12 %) au cours des 30 derniers jours. Au total, 11,3 % des élèves interrogés ont déclaré être consommateur-rices de cannabis au moment de l'enquête (16,7 % des garçons et 7,1 % des filles). Plus précisément, 2,6 % d'entre eux ont déclaré en consommer chaque semaine (mais pas tous les jours), 2 % quotidiennement et 6,8 % plus occasionnellement. La prévalence d'usage de cannabis a augmenté entre 2014 et 2018 dans la population scolaire bruxelloise, sauf en ce qui concerne l'usage régulier, qui est relativement stable. En 2022, selon la

Figure 4 : Évolution de l'usage de cannabis en Région bruxelloise, 2001-2018



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

dernière enquête HBSC, l'usage au moins hebdomadaire de cannabis s'élevait à 5 % chez les jeunes Bruxellois-es, ce qui est stable par rapport à 2018 (4,6 %).

Dans la **population étudiante**, selon l'enquête réalisée en 2022 à l'échelle des étudiant-es de l'ULB et de la HELB Ilya Prigogine, 31,5 % des étudiant-es ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois (35,6 % des étudiants et 28,3 % des étudiantes), et 14,9 % au cours des 30 derniers jours (18,3 % des étudiants et 12,5 % des étudiantes). L'usage quotidien concerne quant à lui 3,9 % des étudiant-es (5 % des étudiants et 3,3 % des étudiantes). L'usage de CBD au cours des 12 derniers mois s'élève à 10,9 % (12,1 % des étudiants et 9,8 % des étudiantes), et l'usage au cours des 30 derniers jours à 4,2 % (4,7 % des étudiants et 3,9 % des étudiantes).

Selon le sondage réalisé en 2019 par le Vif en collaboration avec Eurotox, 23,1 % des Belges sondés ont déclaré avoir déjà consommé des produits à base de CBD. En outre, 71,7 % des usager-es réguliers de cannabis psychoactif évoquent au moins un motif que l'on peut considérer comme auto-thérapeutique²¹ pour justifier leur consommation de cannabis illégal.

PERSPECTIVES

Malgré la prohibition et la pénalisation de l'usage de cannabis, ce produit est

.....
²¹ Soulagement de douleurs physiques, amélioration du sommeil ou de l'humeur, réduction de l'anxiété, oubli de problèmes.

consommé par de nombreuses personnes (jeunes ou adultes) en Wallonie comme ailleurs en Belgique et dans de nombreux pays à travers le monde. On observe d'ailleurs une augmentation de la consommation, qui peut s'expliquer par les facteurs suivants : 1) une augmentation de la disponibilité du produit ; 2) une dédramatisation du produit (notamment dans la presse et plus généralement dans l'opinion publique), associée à une plus grande acceptabilité sociale de sa consommation et une perception de faible dangerosité ; 4) une meilleure connaissance de son potentiel thérapeutique, pouvant amener davantage de personnes à en consommer pour des motifs de soulagement ; 5) le recours aux drogues (légal et illégal) comme stratégie de *coping* est probablement aussi accentué par le contexte socio-économique actuel, qui est anxiogène et inégalitaire sur le plan social, et pourrait avoir été accentué par la crise sanitaire. En effet, l'usage de cannabis n'est pas que festif et récréatif : de nombreuses personnes en consomment parce qu'elles estiment en obtenir un bénéfice en termes de santé ou de bien-être (en ce compris la réduction du mal-être).

D'un point de vue promotion de la santé, il serait stratégiquement plus efficace de valoriser les modes de consommation à moindre risque (en particulier la vaporisation) et disponibiliser des produits de composition standardisée et moins nocive, plutôt que de poursuivre cette logique de répression peu efficace et contre-productive sur le plan sanitaire.

3.5 AUTRES DROGUES (HÉROÏNE, COCAÏNE, KÉTAMINE, MDMA, LSD, ETC.)

NALOXONE : DISPONIBILITÉ ET CADRE LÉGAL

La naloxone est un antagoniste des opioïdes qui inverse les effets d'une surdose et contribue à réduire le nombre d'overdoses mortelles parmi les usager-es d'opioïdes. Une overdose (fatale) peut être causée par les opioïdes de prescription et par les produits illicites, qui incluent l'héroïne, la méthadone, la morphine, le fentanyl, la codéine, l'hydromorphone ou encore l'oxycodone.

Plus la diffusion et la disponibilité de la naloxone est large, plus des vies peuvent être sauvées. Pour une efficacité maximale, trois publics doivent avoir accès à la naloxone : les usager-es et leur entourage, les services de police et les pompiers, et les services de secours. En Belgique, la naloxone n'était jusqu'alors disponible qu'en milieu hospitalier et dans certains services mobiles d'urgence. Il s'agit d'un médicament de prescription, qui ne fait pas partie des substances contrôlées et que tout-e médecin peut prescrire, mais qui n'existe actuellement dans notre pays que sous forme injectable, ce qui limite sa diffusion et son utilisabilité. Les centres hospitaliers sont équipés en naloxone et les médecins et infirmier-es sont formé-es à son utilisation. La naloxone ne figurant pas dans la liste de médicaments des ambulances, celles-ci n'en sont pas équipées et les ambulancier-es ne sont pas formé-es à son utilisation. Les Paramedical Intervention Team, encore à l'état d'objet pilote, sont composés d'un-e ambulancier-e et d'un-e infirmier-e qui peut administrer de la naloxone si les Ordres permanents l'y autorisent. Enfin, les SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation) sont libres de leur choix en la matière.

La naloxone n'est pas disponible de manière préventive, c'est-à-dire auprès des usager-es à risque, des travailleurs-ses sociaux-les en contact avec ceux-ci ou dans les comptoirs d'échange de matériel stérile. Il n'y a pas non plus de programme de distribution de naloxone par les pairs.

Une proposition de décret a été déposée au Parlement francophone bruxellois en mars 2023. Elle vise à modifier le décret relatif à l'offre des services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé afin de permettre de fournir les médicaments nécessaires à leur mission de réduction des risques. Le secteur est actuellement confronté au cadre légal qui ne permet pas aux associations l'achat, le

stockage et la distribution de ces produits car ils appartiennent à la catégorie des médicaments. La continuité de la mission de réduction des risques n'est assurée qu'en raison d'une tolérance temporaire de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS). Sans encadrement légal, les associations se retrouvent en insécurité juridique et leur mission ne peut être pleinement accomplie.

La proposition de décret a été adoptée en mai 2023. Ce texte concerne en particulier trois médicaments : l'eau stérile injectable, l'acide ascorbique injectable (vitamine C) – permettant de diluer certaines formes d'héroïne – ainsi que la naloxone. Cette étape permettra enfin au secteur de la réduction des risques en Région Bruxelles-Capitale de pouvoir, légalement, acheter, stocker et distribuer les médicaments nécessaires à leur mission. Par la suite, elle pourrait permettre d'ouvrir la voie aux autres Régions du territoire et d'étoffer la liste des médicaments concernés.

DISPONIBILITÉ

À l'instar du cannabis, les autres drogues illicites sont particulièrement accessibles en Belgique, avec un rapport qualité-prix relativement satisfaisant du point de vue de l'usager-e.

USAGES

Dans la **population générale**, selon l'enquête HIS 2018, l'usage au cours de la vie d'une drogue illicite autre que le cannabis est de 11,7 % dans la population bruxelloise âgée de 15 à 64 ans. Les tranches d'âge les plus concernées sont celles des 25-34 ans (16,7 %) et des 35-44 ans (14,8 %). La prévalence de l'usage au cours des 12 derniers mois est de 4,7 %, et celle au cours des 30 derniers jours de 2,1 %. Les hommes sont davantage concernés que les femmes.

En Région bruxelloise, les prévalences d'usage sur la vie et au cours des 12 derniers mois d'une autre drogue illicite que le cannabis étaient relativement stables entre 2008 et 2013, mais elles ont considérablement augmenté en 2018, tant chez les hommes que chez les femmes. La consommation de psychostimulants (en particulier de cocaïne) est en grande partie responsable de cette augmentation. À noter que l'enquête HIS est connue pour sous-estimer les niveaux de prévalence d'usage de drogues, pour des raisons méthodologiques (e.g. personnes institutionnalisées ou sans chez-soi non éligibles, taux de refus de participation relativement élevé).

Dans la **population scolaire**, selon l'enquête HBSC 2018, la prévalence de l'usage au cours de la vie d'une drogue autre que le cannabis est de 7,8 % chez les élèves bruxellois scolarisés dans l'enseignement secondaire francophone (3^e année et plus). La prévalence pour l'ecstasy est de 2 %, celle pour les amphétamines de 0,9 %, celle pour la cocaïne de 1,4 % et celle pour le protoxyde d'azote de 2,8 %. Ces niveaux de prévalence ont augmenté entre 2014 et 2018, tant chez les garçons que chez les filles. En 2022, selon la dernière enquête HBSC, la prévalence d'usage sur la vie d'une drogue autre que le cannabis s'élevait à 3,7 % chez les jeunes bruxellois-es, ce qui est inférieur à ce qui était observé en 2018.

Dans la **population étudiante**, selon l'enquête réalisée en 2022 à l'échelle des étudiant-es de l'ULB et de la HELB Ilya Prigogine, 9,5 % des étudiant-es ont déclaré avoir consommé au moins une drogue illégale autre que le cannabis (et hors médicaments psychotropes) au cours des 12 derniers mois, et 2,5 % au cours des 30 derniers jours. L'usage de ces produits est plus élevé chez les étudiants que chez les étudiantes (12 derniers mois : 12 % *versus* 8,2 % ; 30 derniers jours : 3,6 % *versus* 2 %). Plus précisément, 1,3 % des étudiant-es consommèrent de l'ecstasy/MDMA au moins une fois par mois, et 6,1 % en auraient consommé au cours des 12 derniers mois ; 1,3 % des étudiant-es consommèrent de la cocaïne au moins une fois par mois, et 4,1 % en auraient consommé au cours des 12 derniers mois ; 0,8 % des étudiant-es consommèrent de la kétamine au moins une fois par mois, et 3 % en auraient consommé au cours des 12 derniers mois.

Selon l'**enquête Eurotox** menée en 2019 auprès de plus de 1.700 usager-es de drogues vivant en Belgique francophone, les psychostimulants, en particulier la MDMA (ecstasy) et la cocaïne (en poudre), sont les substances illicites autres que le cannabis les plus consommées (62 % et 54 % des répondant-es en ont déjà consommé, respectivement). Ces substances sont consommées régulièrement par environ 14 % des répondant-es. L'usage de kétamine est également relativement élevé, puisqu'un tiers des répondant-es en ont déjà consommé. Près de 1 répondant-e sur 10 en consomme régulièrement. Enfin, d'après cette enquête, 1 usager-e sur 8 a déjà acheté un ou plusieurs produits sur la *Dark web*, et 7,6 % l'a fait au cours des 12 derniers mois.

PERSPECTIVES

L'offre de drogues illicites est importante en Belgique. Cette offre est fondamentalement

motivée par le profit, et engendrent une économie souterraine de grande ampleur à laquelle s'associe une violence multiforme. L'augmentation de la consommation de psychostimulants (en particulier de cocaïne) dans la population générale est probablement liée à une évolution à la fois de l'offre et de la demande. La disponibilité et la pureté de ces produits est en effet plus élevée, et il est probable que l'augmentation de leur consommation soit favorisée par l'impact grandissant du néolibéralisme sur les valeurs sociétales et le fonctionnement social (en particulier dans la sphère du travail), qui sont de plus en plus imprégnés par l'impératif de performance et son corollaire, l'individualisme compétitif. L'usage de psychostimulants n'est en effet pas le seul apanage des milieux festifs, et certaines personnes en consomment de manière à améliorer leurs performances scolaires/académiques, professionnelles, sportives ou même sociales.

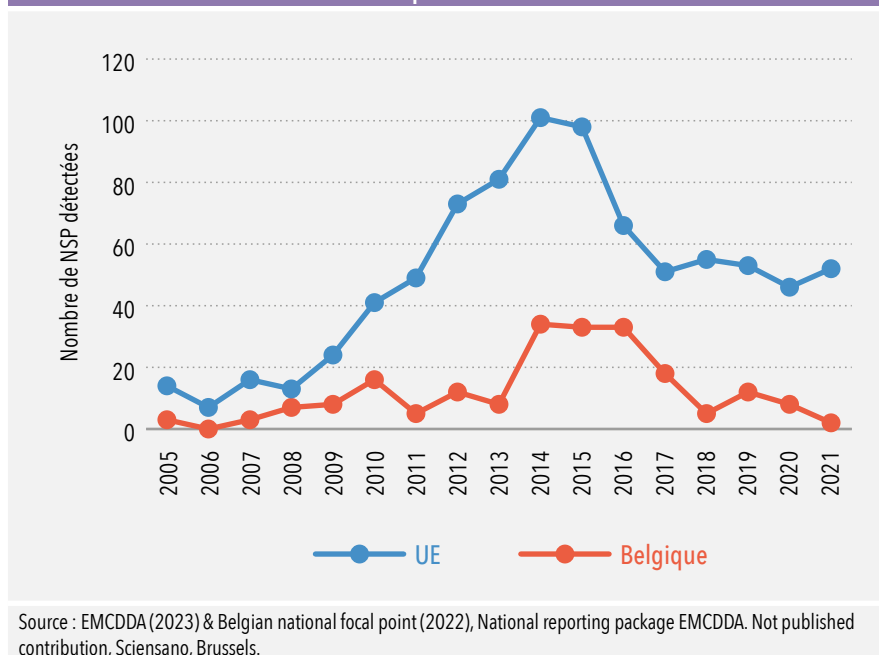
Même si l'usage récréatif de drogues a été réduit via l'impact de la crise sanitaire sur les opportunités festives, il est ensuite reparti à la hausse lorsque les usager-es ont pu reprendre leurs habitudes festives. La crise semble avoir en revanche aggravé les usages problématiques, complexifié les problématiques et leurs prises en charge, et fragilisé les services spécialisés et leurs travailleur-es. La situation a été aggravée par la crise énergétique et la crise de l'accueil liée aux flux migratoires de ces dernières années, celles-ci ayant entraîné une augmentation du nombre de personnes en situation de grande précarité, davantage exposées à la consommation problématique de drogues et à ses conséquences dommageables.

3.6 NOUVELLES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (NSP)

CADRE LÉGAL

Le changement de stratégie législative opéré avec l'Arrêté royal de 2017 permet une interdiction anticipative de NSP et vise une lutte plus efficace contre la diffusion de celles-ci, en réduisant totalement le délai de procédure entre la découverte d'une NSP par les autorités et son interdiction légale. L'objectif d'une classification générique des substances illégales est donc, certes, de poursuivre leur interdiction, mais également d'anticiper l'introduction de nouveaux produits qui dérivent d'une même structure de base. Le nouvel arrêté royal interdit donc de fait des substances qui n'existent pas encore. Cette approche législative est

Figure 5 : Nombre de NSP détectées pour la première fois en Belgique et en Europe de 2005 à 2021



Source : EMCDDA (2023) & Belgian national focal point (2022), National reporting package EMCDDA. Not published contribution, Sciensano, Brussels.

toutefois jugée peu efficace par certains spécialistes.

DISPONIBILITÉ

Les NSP sont le plus souvent commercialisées via des sites Internet épurés qui les présentent comme des *Research Chemicals*, c'est-à-dire des molécules destinées à la recherche. Elles sont aussi parfois importées en Europe, où elles sont reconditionnées afin de ressembler aux drogues qu'elles imitent et être soumises à quelques règles de marketing élémentaires (emballage soigné et nom de vente attractif). Elles sont ensuite écoulées via des smartshops physiques ou en ligne. Certaines NSP sont également disponibles sur le *Dark web*, en particulier les NSP les plus populaires ayant fini par être interdites (e.g. méphédron). Depuis plusieurs années, le nombre de laboratoires clandestins démantelés sur le territoire européen est également en hausse.

Le nombre de NSP recensées sur le territoire européen était relativement peu élevé et constant au début des années 2000, mais il n'a ensuite cessé de croître, passant de 13 NSP en 2008 à 98 en 2015. Depuis 2016, le nombre de NSP est en diminution. Le nombre total de NSP surveillées au niveau européen s'élevait en 2021 à environ 880 molécules distinct, dont 224 cannabinoïdes de synthèse²², 162 cathinones

de synthèse²³, 106 phénéthylamines²⁴, 73 opioïdes de synthèse, 57 tryptamines et 33 benzodiazépines). Environ 50 % d'entre elles sont détectées dans l'UE chaque année (42 % en 2020), ce qui souligne la grande diversité des substances circulant sur ce marché mais également leur constant renouvellement. Les NSP saisies en 2020 avoisinaient 7 tonnes, et se présentaient le plus souvent sous forme de poudre. Les cathinones synthétiques représentaient à elles seules 65 % des saisies (pour une masse totale de 3,3 tonnes) et les cannabinoïdes de synthèse environ 15 % des saisies (pour 236 kg) et les opioïdes 1,5 %.

USAGES

Dans la **population générale**, selon l'enquête HIS 2018, l'usage de NSP au cours des 12 derniers mois serait anecdotique en Région bruxelloise, puisqu'il ne concernerait que 0,06 % des 15-64 ans. Ce niveau de prévalence est statistiquement équivalent à celui observé en 2013 (0,3 %).

Dans la **population scolaire**, selon l'enquête HBSC 2018, la prévalence de l'usage au cours de la vie d'une NSP ne concerne que 1,9 % des élèves bruxellois-es scolarisé-es dans l'enseignement secondaire francophone (3^e année et plus). L'usage de ces produits est majoritairement expérimental.

23 Catégorie de substances ayant une structure moléculaire et des effets semblables aux psychostimulants.

24 Catégorie de substances ayant une structure moléculaire et des effets semblables à la MDMA, aux amphétamines, voire à certains hallucinogènes, selon la structure de la molécule.

22 Catégorie de substances ayant une structure moléculaire et des effets semblables au Δ^9 -THC, principal principe actif du cannabis.

Selon l'enquête Eurotox menée en 2019, l'usage de NSP reste peu répandu parmi les usager-es de drogues en Belgique francophone : la prévalence d'usage sur la vie est de 17 %, la prévalence d'usage les 12 derniers mois de 10,2 % et la prévalence d'usage les 30 derniers jours de 8,5 %. L'usage régulier de ces produits ne concerne que 4 % des répondant-es.

PERSPECTIVES

La consommation de NSP ne semble pas particulièrement élevée en Belgique ni a fortiori à Bruxelles, si on la compare d'une part à celle relevée dans d'autres pays de l'UE et d'autre part à celles des drogues classiques. Cette disparité peut en partie s'expliquer par des différences culturelles (propension à effectuer des achats sur Internet, présence de smartshops dans certains pays mais pas en Belgique, etc.), mais elle est très probablement aussi due à des variations au niveau de la disponibilité des drogues illégales classiques. Ainsi, dans le cas de la Belgique, qui est un petit pays avec une forte densité de population et dans lequel la production et l'importation de drogues illégales est importante, les produits classiques (cannabis, MDMA, amphétamines, héroïne, cocaïne...) sont facilement disponibles et avec un rapport qualité/prix satisfaisant pour le consommateur-ice, ce qui pourrait expliquer le faible intérêt des Belges pour les produits alternatifs. Il existe toutefois en Belgique des sous-groupes d'usager-es de NSP, qui se tournent vers ses produits pour différentes raisons (e.g. les psychonautes, les opportunistes, les usager-es qui cherchent à dissimuler leur consommation de drogues, les usager-es surtout intéressés par le rapport qualité-prix). L'offre et la demande de ce type de produits pourraient augmenter en cas de pénurie de drogues classiques sur le territoire belge, ou de flambée des prix.

3.7 JEUX DE HASARD ET D'ARGENT

CADRE LÉGAL

Les matières qui se rapportent aux jeux de hasard en Belgique sont régies par la loi du 7 mai 1999 sur les jeux de hasard, les paris, les établissements de jeux de hasard et la protection des joueur-ses, modifiée par deux lois du 10 janvier 2010, et les arrêtés royaux qui en découlent. Le Roi détermine, par arrêté royal, les conditions relatives au type d'établissement de jeu, à l'octroi d'une licence, au type de jeu, au montant des mises, à l'avantage qui peut être attribué et à la perte moyenne par heure. La loi de 1999

ne s'applique pas aux loteries. La Loterie Nationale a le monopole des jeux de loterie en Belgique et a la possibilité d'organiser des paris et des jeux de hasard.

Un plan d'action politique sur les jeux de hasard et d'argent 2022-2028 a été élaboré par la Cellule Générale de Politique Drogues (CGPD). Les mesures proposées s'articulent autour de trois objectifs opérationnels :

- 1) Prévenir l'augmentation du nombre de joueur-ses problématiques ;
- 2) Fournir des soins aux joueur-ses problématiques ;
- 3) Promouvoir le suivi de la problématique.

Au printemps 2023, une proposition de loi pour limiter la publicité des jeux de hasard modifiant la loi du 7 mai 1999 a été adoptée, et ce, malgré les critiques de grands groupes médiatiques. La question de l'interdiction de la publicité cristallisait le débat au sein de la majorité. Finalement, une interdiction de principe de la publicité sera actée. Le gouvernement pourra cependant procéder par arrêté à certaines autorisations sous conditions. Le texte prévoit aussi de relever et de généraliser la limite d'âge à 21 ans, au lieu de 18 ans, y compris pour les jeux de la Loterie Nationale.

DISPONIBILITÉ

Pendant longtemps, l'offre de jeux de hasard et d'argent était limitée à quelques casinos, à des enseignes proposant des jeux de paris sur courses hippiques, ainsi qu'aux jeux de loterie et de grattage proposés par la loterie nationale. L'offre a considérablement été élargie dans les années 90 avec le développement des salles de jeux automatiques, des jeux de cafés (bingos et slots) et l'apparition des premiers sites de jeux en ligne. Enfin, plus récemment, les bornes de paris sportifs ont également envahi de nombreuses librairies, et de nombreux jeux et concours payant sont également proposés par les médias. Actuellement, la population est donc soumise à une offre considérable et hyperaccessible.

USAGES

Dans la **population générale**, selon l'enquête HIS 2018, un quart (25,7 %) de la population âgée de 15 ans et plus a joué au moins une fois à un jeu de hasard et d'argent au cours des 12 derniers mois (en ligne, hors ligne ou les deux), quel qu'il soit (jeu de grattage, jeu de tirage, jeu, pari sportif, bingo, casino, poker...). La prévalence de l'usage hebdomadaire s'élève à 7,8 %. L'usage hebdomadaire se fait surtout hors ligne : l'usage hebdomadaire en ligne ne concernant que 2 % des Bruxellois-es. Les

hommes sont davantage joueurs que les femmes, mais toutes les tranches d'âge sont concernées. La prévalence de l'usage quotidien des jeux de hasard et d'argent concerne 0,2 % des Bruxellois-es. Selon une échelle d'évaluation du jeu pathologique, 5 Bruxellois-es sur 1000 présenteraient un risque de jeu pathologique (risque faible : 0,4 % ; risque moyen : 0 % ; risque élevé : 0,1 %). Il s'agit principalement d'hommes (1,1 % versus 0,2 % des femmes). La tranche d'âge la plus à risque est celle des 45-54 ans (2 %).

Dans la **population scolaire**, selon une enquête réalisée par l'UC Leuven-Limburg en 2016 auprès d'élèves de 12 à 20 ans scolarisé-es en Flandre et en Wallonie dans l'enseignement secondaire, 5,6 % des jeunes interrogé-es ont déclaré jouer régulièrement aux paris sportifs. Cet usage concerne essentiellement les garçons (10,5 %, contre 0,8 % des filles). La pratique de jeux de hasard n'est que faiblement impactée par l'âge des répondant-es, et les mineur-es d'âge sont relativement nombreux à avoir recours à ces jeux malgré l'interdit légal. D'ailleurs, 20,6 % des répondant-es pensent que les jeux d'argent sont autorisés aux personnes mineures et 72,8 % ne savent pas que l'âge légal pour jouer dans un casino (réel ou virtuel) est de 21 ans.

Durant la **crise sanitaire** liée à la COVID-19, même si la majorité des joueur-ses semble avoir une pratique de jeux de hasard et d'argent similaire à la période antérieure à la crise, 14,6 % des joueuses et 19,3 % des joueurs ont augmenté leur pratique pendant la crise sanitaire, selon la cinquième enquête Covid & Santé de Sciensano.

PERSPECTIVES

Malgré les garde-fous que constituent les lois du 7 mai 1999 et du 10 janvier 2010, ainsi que leur bras armé (la Commission des jeux de hasard), la libéralisation et la numérisation du marché des jeux de hasard et d'argent ont considérablement modifié le paysage de l'offre de jeu en Belgique. Celle-ci s'est particulièrement étoffée et diversifiée, à la fois en termes des jeux proposés qu'au niveau des supports permettant de les héberger. Les autorités sanitaires semblent mesurer l'importance du phénomène, si l'on en croit la dernière note de synthèse sur cette matière de la Cellule Générale de Politique Drogues datée de novembre 2016, qui met notamment l'accent sur la nécessité de mieux contrôler l'offre (systématisation des contrôles et augmentation d'amendes pour les exploitants illégaux), de réduire sa disponibilité auprès des jeunes par différents moyens et de mieux protéger les joueur-ses

à risque (extension du système EPIS aux bingos et aux dispositifs de paris sportifs). Si désormais la loi de 2010 bénéficie d'arrêts d'application, certains observateurs et parlementaires estiment que ceux-ci ne vont pas encore suffisamment loin pour protéger efficacement les joueurs et joueuses, en particulier en matière de publicité ou de perte horaire maximum. Enfin, signalons que la crise économique consécutive à la crise sanitaire et à la crise énergétique pourrait avoir favorisé le recours désespéré aux jeux de hasard et d'argent chez certaines personnes en difficultés financières.

3.8 TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION (TIC)

Certains comportements sont susceptibles d'évoluer vers des usages excessifs, qui peuvent éventuellement envahir et impacter le quotidien des personnes concernées, et engendrer une souffrance significative. L'utilisation d'internet, des jeux vidéo et des technologies de l'information et de la communication peut faire partie de ces comportements.

► **Dans le Tableau de bord 2022** : le cyberharcèlement, le débat au sujet de la nature de l'utilisation abusive de jeux vidéo et de la pertinence d'établir ou non des critères diagnostics originaux.

DISPONIBILITÉ

Selon différentes enquêtes, la grande majorité des Bruxellois-es possède un accès à Internet ainsi qu'un ordinateur et un smartphone, ce qui met en lumière l'importante connectivité de la population belge et la diversité des supports multimédia utilisés dans la vie quotidienne. L'offre de jeux vidéo et des activités liées à Internet s'est quant à elle fortement étendue et généralisée à l'ensemble des supports disponibles, rendant leur accessibilité permanente quels que soient l'heure et l'endroit, en particulier depuis l'utilisation relativement généralisée des smartphones. La gamme de jeux disponibles est également très variée, quel que soit le support, de sorte que l'ensemble de la population est susceptible de trouver des produits vidéoludiques adaptés à ses centres d'intérêt.

USAGES

Dans la **population générale**, selon une enquête réalisée en 2012, 5,5 % des Belges de 18 ans ou plus présenteraient des signes d'usage compulsif d'Internet, et environ 3 Belges sur 100 plus spécifiquement des signes d'usage compulsif de jeux vidéo (2,6 %) ou des réseaux sociaux (2,9 %). Chez les jeunes de 12-17 ans, l'usage compulsif d'Internet concernerait 1 jeune sur 10 (11 % pour les jeux vidéo et 7,1 % pour les réseaux sociaux).

Dans la **population scolaire**, selon l'enquête HBSC 2018, 40,4 % des jeunes bruxellois-es scolarisé-es dans l'enseignement primaire et 66 % des jeunes scolarisé-es dans le secondaire déclarent passer 6 heures ou plus par jour en semaine devant des écrans (pour regarder des films ou des séries, jouer à des jeux vidéo, surfer sur Internet, etc.). Plus les élèves passent du temps sur les écrans plus ils ont tendance à présenter des fragilités sur le plan de la santé physique et mentale (nombre d'heures de sommeil réduit, fatigue matinale, manque d'énergie, nervosité, irritabilité, faible santé globale perçue, faible satisfaction par rapport à leur propre vie...). Sans grande surprise, l'utilisation des écrans est en augmentation par rapport à ce qui était objectivé en 2014.

Selon l'**étude Smart.Use** (2016), qui s'est intéressée à l'utilisation du smartphone chez les jeunes de 12 à 18 ans scolarisé-es en

FWB, les normes d'usages du smartphone ont évolué ces dernières années. Ainsi de nombreux comportements qui étaient il y a une décennie peu répandus et considérés comme alarmants sont devenus banals (utiliser le smartphone en cachette, dans les WC, etc.). Ces évolutions sont liées aux multiples fonctionnalités de cet objet, qui ont progressivement envahi le quotidien des jeunes, mais aussi des adultes. Selon cette étude, 21,1 % des jeunes présenteraient néanmoins une dépendance à leur smartphone, à savoir que leur usage serait particulièrement intensif et impacterait négativement le bon déroulement des autres activités de la vie quotidienne.

PERSPECTIVES

L'utilisation d'Internet et des TIC a considérablement évolué au cours de la dernière décennie, au point d'imprégner les habitudes de vie de nombreux citoyen-nés (en particulier les jeunes) et d'avoir profondément modifié notre rapport au monde et aux autres. Ces habitudes se développent dès le plus jeune âge, faisant émerger de nouveaux besoins, de nouvelles normes, mais aussi de nouvelles formes d'usage pathologique. Le temps que les jeunes passent devant les écrans est devenu particulièrement élevé, réduisant *ipso facto* le temps qu'ils peuvent consacrer à d'autres activités. Cette utilisation des écrans s'est inexorablement intensifiée durant la crise

Tableau 1 : Prévalence de l'utilisation de la télévision, des jeux vidéo et d'Internet au moins deux heures par jour parmi les élèves scolarisés en Région bruxelloise, 2018

	Niveau primaire (5 ^e et 6 ^e) %	Secondaire inférieur (1 ^{re} , 2 ^e et 3 ^e) %	Secondaire supérieur (4 ^e et plus) %
Usage de la télévision au moins 2h par jour en semaine (lundi à vendredi)			
Garçons (n=1.688)	60,6	77,3	75,8
Filles (n=1.910)	56,2	71,3	70,3
Total (N=3.598)	58,3	74,1	72,8
Usage de jeux vidéo au moins 2h par jour en semaine (lundi à vendredi)			
Garçons (n=1.688)	54,3	66,6	51,1
Filles (n=1.910)	37,3	51,9	37,1
Total (N=3.598)	45,5	58,9	43,3
Usage d'Internet au moins 2h par jour en semaine (lundi à vendredi)			
Garçons (n=1.688)	38,4	59,4	71,6
Filles (n=1.910)	43,5	72,9	82,0
Total (N=3.598)	41,0	66,4	77,4
Temps moyen cumulé (en nombre d'heures, tous supports confondus)			
Garçons (n=1.688)	6,49	8,64	7,90
Filles (n=1.910)	5,96	8,69	7,85
Total (N=3.598)	6,23	8,66	7,88

Source : Enquête HBSC 2018 (Dujeu et al., 2020)

Tableau 2 : Comportement d'usage habituel du smartphone chez les jeunes de 12 à 18 ans en FWB

Comportement	% de jeunes concernés
Je n'éteins pas mon smartphone mais le mets sur silence ou vibreur dans des lieux où on devrait l'éteindre (cinéma, en classe pendant un cours, etc.)	87,1
J'utilise mon smartphone quand je suis dans mon lit avant de m'endormir	89,4
J'utilise mon smartphone quand je mange seul	88,1
Je laisse mon smartphone allumé près de moi pendant la nuit	81,8
J'utilise parfois mon smartphone plus longtemps que je n'en ai l'intention	88,9
J'utilise mon smartphone pendant que je suis au WC	82,7
J'utilise mon smartphone tout en regardant la télévision même quand cela m'intéresse à la télé	87,8
Il m'arrive d'utiliser mon smartphone en cachette	80,0
Je ne m'imagine pas être sans un smartphone	85,5
Je vérifie constamment mon smartphone pour ne pas manquer les conversations entre d'autres personnes sur les réseaux	82,0

Source : Smart.Use (Patesson et al., 2016)

sanitaire liée à la COVID-19, en raison des confinements successifs, de l'instauration des cours à distance, et parce que les écrans sont un rempart contre l'isolement et le mal-être exacerbé par la crise sanitaire. Malheureusement, l'impact de cette crise sur les usages excessifs n'a quasiment pas été évalué en Belgique, ni *a fortiori* en en Région bruxelloise.

Dans ce contexte, il convient d'être attentif-ve à créer un dialogue autour de ces nouveaux usages et d'adopter des comportements et discours faisant office de garde-fous, sans pour autant pathologiser le quotidien, l'adolescence et ses nouvelles formes de socialisation, et les passions. Pour cela, et afin de dessiner un cadre diagnostique propice à la détection et prise en charge des personnes

en souffrance, il est tout à fait central de poursuivre la recherche scientifique et le débat autour de la pertinence et de la nature des critères diagnostiques des usages pathologiques. Il est parallèlement important de relever la responsabilité de l'industrie du jeu vidéo et celle des réseaux sociaux, qui reposent pour leur bon fonctionnement et leur pérennité sur des techniques de rétention des utilisateur-ices.

► **Dans le Tableau de bord 2022 :** un chapitre consacré aux conséquences socio-sanitaires de l'usage de drogues (infractions, conduite sous influence, demandes de traitement, mortalité...), ainsi qu'un **focus thématique consacré aux inégalités sociales de santé, à la stigmatisation des usager-es de drogues et aux conséquences du contexte prohibitionniste.**

► Pour télécharger le Tableau de bord 2022 : www.eurotox.org

EUROTOX ASBL | OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL-DROGUES
EN WALLONIE ET À BRUXELLES | NOVEMBRE 2023

Service de support Drogues en Région bruxelloise | info@eurotox.org | Tél. +32 2 539 48 29

www.eurotox.org

AVEC LE SOUTIEN DE LA COCOF

eurotox

