L'USAGE DE DROGUES EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

FICHE DE SYNTHÈSE 2020

CLÉMENTINE STÉVENOT ET MICHAËL HOGGE | **EUROTOX ASBL** | OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL-DROGUES | **AVRIL 2021**

1

CADRE INTERNATIONAL ET FÉDÉRAL

1.1 CLASSIFICATION DU CANNABIS PAR LES NATIONS-UNIES

Les Conventions internationales de Nations-Unies de 1961 et 1971 classent le cannabis et le THC comme des substances dangereuses, ayant peu ou pas d'intérêt thérapeutique. Une telle classification complique considérablement l'usage médicinal de ces substances et peuvent dissuader les Etats de modifier leurs législations. Ce cadre a toutefois connu quelques évolutions récemment. Le directeur général de l'OMS a en effet envoyé une lettre au secrétaire général des Nations Unies, en janvier 2019, invitant à entamer un processus de reclassification du cannabis et ses dérivés. Les propositions de l'OMS ont été soumises au vote des 53 pays membres de la Commission on Narcotic Drugs (CND) en décembre 2020[1]. Si une grande partie des recommandations n'ont pas été adoptées, le vote a toutefois débouché sur un changement majeur, à savoir le retrait du cannabis et de la résine de cannabis du Tableau IV de la Convention de 1961, qui rassemble les substances avec un intérêt thérapeutique limité ou nul et ayant des propriétés particulièrement dangereuses ; les Nations Unies reconnaissent ainsi le potentiel médicinal du cannabis. Cependant, le cannabis et la résine de cannabis restent classées dans le Tableau I de la Convention de 1961 et le THC dans le Tableau 1 de la Convention de 1971 qui rassemblent les substances jugées nocives pour la santé publique et qui font dès lors l'objet d'un contrôle strict (au même titre que l'héroïne et la cocaïne).

1 Le rapport complet de la 63e CND est disponible à l'adresse : http://undocs.org/E/2020/28/Add.1

1.2 LES MESURES FÉDÉRALES ANTI-COVID-19

La diffusion du virus SARS-COV-2, à l'origine de la COVID-19, s'est finalement étendue à l'Europe et, au printemps 2020, face à l'augmentation des cas positifs, des décès et à la saturation des hôpitaux, les autorités belges ont adopté une série de mesures visant à ralentir la propagation du virus. À l'image de plusieurs pays européens, la Belgique a mis en place un lockdown le 18 mars 2020. Avec la diminution des contaminations et des hospitalisations, la Gouvernement fédéral a entamé un déconfinement progressif entre le 4 mai et le 1er juillet 2020 et les différents gouvernement régionaux et communautaires ont entamé leurs plans de relance et de redéploiement. Le processus de déconfinement n'a cependant pas totalement abouti puisque, face à la recrudescence du nombre de cas et d'hospitalisations, les autorités ont réinstauré des mesures limitant les contacts sociaux et les rassemblements dès la fin de juillet 2020. Finalement, en octobre 2020, les autorités ont imposé la fermeture de l'Horeca et l'instauration d'un couvre-feu, avant d'ordonner la fermeture des magasins non essentiels et le télétravail obligatoire début novembre.

LA GESTION DE L'ÉPIDÉMIE EN MILIEU CARCÉRAL

Afin de prévenir la propagation du SARS-COV-19, les autorités de nombreux Etats européens ont adopté des mesures visant à réduire la population carcérale (en France, en Italie, en Grèce, au Portugal, par exemple). Les mesures comprennent des suspensions ou reports de peines, ou des libérations conditionnelles ou anticipées (y compris sous surveillance électronique), applicables aux délits mineurs et/ou aux personnes détenues les plus vulnérables. Ceci a permis de diminuer significativement la population carcérale et de limiter les dommages liés au virus. En Belgique, les mesures appliquées lors de la première vague ont permis de soulager le parc pénitentiaire de 1.600 personnes, temporairement tout du moins et inégalement réparties entre les prisons du pays, laissant certaines prisons en surpopulation.

Si le premier confinement a été traité sous l'angle de la lutte contre la surpopulation, le second confinement a quant à lui pris une tournure différente puisque le ministre de la Justice a élaboré un projet de loi «portant des dispositions diverses temporaires et structurelles en matière de justice dans le cadre de la lutte contre la propagation du COVID-19» qui offre la

possibilité de suspendre l'exécution des congés pénitentiaires, des permissions de sortie et des détentions limitées jusqu'au 31 mars 2021. La CAAP (Concertation des associations actives en prison) et plusieurs associations actives dans le milieu carcéral ont interpelé les autorités quant au manque de concertation entre les différents niveaux de pouvoir impliqués et auprès des personnes détenues, leurs proches, les acteurs et services de terrain, les professionnel·les du milieu pénitentiaire et les associations et fédérations. Ils ont également attiré leur attention sur les effets délétères que de telles mesures pourraient avoir sur la santé mentale des personnes détenues et sur leur réinsertion (celle-ci étant progressivement organisée au moyen de congés pénitentiaires, de permissions de sortie et de détentions limitées).

LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

Le Conseil supérieur de la santé (CSS) a publié un avis sur les problèmes de santé mentale pouvant découler de la crise sanitaire, la manière dont ils pourraient évoluer et sur l'état des connaissances quant aux moyens d'y faire face. Le CSS recommande notamment de prendre en compte les aspects psychosociaux, et ce tout au long de la pandémie, afin non seulement de diminuer les problèmes de santé mentale, mais aussi de favoriser un meilleur suivi et une meilleure adhésion aux mesures et directives prises dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus. Pour cela, il est nécessaire de prévenir, détecter et traiter les problèmes de santé mentale, et de réduire la détresse de la population. Il est également central de renforcer la résilience individuelle et collective, avec une communication claire, cohérente et transparente, et la mobilisation de médias diversifiés. Le CSS souligne l'importance de préférer faire appel à l'esprit communautaire, plutôt qu'à la coercition et la répression qui ont des effets pervers sur la santé mentale et le respect des directives.

› Dans le Tableau de bord 2020 : le programme du nouveau Gouvernement fédéral ; le cadre légal des drogues ; le modèle canadien de légalisation du cannabis.

2

CONTEXTE BRUXELLOIS

2.1 LA PLACE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION DES ASSUÉTUDES DANS LES MESURES COVID-19

S'il est nécessaire de répondre aux urgences sociales, économiques, sanitaires et environnementales, il est tout aussi central d'engager un réel travail de fond et de long terme. Seul un tel travail, en effet, qui renforce la littératie en santé de la population, promeut une communication non paternaliste et adaptée à l'ensemble des publics cibles, et agit en amont sur l'ensemble des déterminants de la santé, est à même de prévenir la propagation du virus, de nourrir la résilience de la population face aux crises présentes et à venir, et de lutter contre la perte de confiance et de patience de la population.

La problématique des assuétudes doit être abordée sous l'angle de la prise en charge en bas seuil et via une approche centrée sur la santé mentale. Ces dispositifs sont indispensables en temps ordinaires et d'autant plus pour traiter les effets de la crise sur les usager·es de drogue porteurs d'une comorbidité et/ou les usager·es les plus précarisés ou souffrant du confinement. Ils font toutefois partie d'un continuum prévention-réduction des risques-soins plus large et ne suffisent pas à englober l'ensemble des usager·es de drogues. Certains effets de la crise sur l'usage de drogues légales et illégales ne sont pas encore visibles, à la fois parce que les données épidémiologiques ne sont actuellement pas représentatives de la situation, parce que des troubles de la santé mentale induits par la crise peuvent favoriser des problématiques de consommation de manière différée dans le temps, et parce qu'il existe un (parfois long) temps de latence entre le développement d'une consommation problématique et la recherche d'aide. Afin de prévenir plutôt que guérir, afin d'éviter de créer des environnements propices au développement d'une consommation problématique, de détecter précocement les consommations problématiques et de réduire efficacement les risques liés à la consommation de drogues, il est nécessaire de :

- Soutenir et financer la recherche afin de mesurer les effets de la crise sur les usages et les usager·es et développer des actions de prévention, de réduction des risques et de soins adaptés ;
- Renforcer et valoriser la promotion de la santé afin de communiquer efficacement et de manière adaptée sur l'épidémie, les mesures gouvernementales, la santé mentale et l'usage de drogues en période de crise ;
- Renforcer et valoriser la promotion de la santé afin d'agir sur les déterminants de la santé et, en matière d'usage de drogues, sur les facteurs de risque et de protection jouant sur l'usage simple et l'usage problématique ;
- Améliorer la détection précoce des usages à risque et des usages problématiques (y compris l'auto-détection) ainsi que l'intervention précoce (y compris à distance).

2.2 PLAN SANTÉ BRUXELLOIS DE LA COCOM 2019-2025

Le Plan santé bruxellois a été publié en juillet 2019 et sera appliqué d'ici l'élaboration du Plan social-santé bruxellois prévu par la nouvelle législature. Le PSB entend adopter une approche globale de la santé qui intègre les enjeux liés à la santé physique, mentale et sociale des Bruxellois·es. Le Plan a pour objectifs de placer les individus au centre du système et d'aller au-delà du soin au sens strict, en intégrant les déterminants de la santé (notamment la précarité, le logement, l'emploi, etc.).

Le PSB soutient une réorientation des politiques de santé vers davantage de prévention. Cette dernière est épinglée comme un facteur de réduction des inégalités sociales de santé. C'est notamment le cas en matière de réduction des problèmes sanitaires, sécuritaires et socio-économiques liés à la consommation d'alcool. La COCOM s'engage à plaider auprès de la Conférence interministérielle Santé publique pour un renforcement de la réglementation de la publicité et de la réglementation sur la vente d'alcool (en particulier auprès des jeunes) et de leur contrôle. Elle entend également mener une réflexion au sujet du développement d'une ligne 0,5 afin d'assurer la prise en charge des personnes exclues du système social (et de l'assurance maladie). Enfin, afin d'intégrer la détection précoce au sein de la pratique de la première ligne, le PSB prévoit d'intensifier la sensibilisation des acteurs de première ligne.

Dans la perspective d'assurer un parcours de soins accessible et cohérent, le PSB entend renforcer et mieux organiser la 1re ligne de

soins et la coordination des différents acteurs concernés. Il est notamment prévu de créer une structure de soutien bicommunautaire (Brusano). *In fine*, la structure devra s'associer à l'ensemble des acteurs de la 1re ligne, de la ligne 0,5, les réseaux et plateformes, afin de structurer effectivement les parcours de soins.

2.3 RÉFORME DE LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS

Suite à la 6e réforme de l'État, la COCOM a hérité d'une série de compétences liées à l'organisation de la 1re ligne. Il était donc nécessaire que la COCOM se dote d'un cadre juridique pour organiser et structurer le secteur. Dans ce cadre, le projet d'ordonnance relative à la politique de première ligne de soins du 4 avril 2019 a été approuvée.

Les objectifs de l'ordonnance sont de développer une vision pour l'organisation de la 1re ligne de soins à Bruxelles, de permettre d'innover et de développer des politiques en lien avec les caractéristiques de la population bruxelloise, et de faciliter l'accès à la 1re ligne de soins aux personnes les plus vulnérables. Elle permettra également d'agréer et financer les services de la 1re ligne de soins. L'Ordonnance définit les missions générales de la première ligne de soins :

- Offrir des soins de qualité, sûrs, accessibles et continus ;
- Contribuer à l'offre de soins intégrés et centrés sur la personne ;
- Contribuer à l'enregistrement des données et à l'échange des données en utilisant les outils numériques afin d'assurer la continuité et la qualité des soins.

L'Ordonnance reconnaît la ligne 0,5 dont l'objectif est de prendre en charge, y compris au moyen de dispositifs d'outreach, les personnes qui n'ont pas accès aux soins. Les acteurs de la ligne 0,5 prennent en charge les besoins de ce public et les aident à accéder au système de soins classique. Le premier arrêté d'exécution adopté porte sur la création d'une structure régionale d'appui à la 1re ligne dont la mission principale est de soutenir les acteurs de soins bruxellois. Il a permis d'officialiser la structure Brusano déjà mise en place depuis le second semestre 2018 et qui avait d'ores et déjà développé des collaborations avec la Plateforme de concertation en santé mentale, les réseaux locaux et les quartiers.

› Dans le Tableau de bord 2020 : le Chapitre 4 consacré aux inégalités sociales de santé.

3 ÉTAT DES LIEUX

3.1 L'ALCOOL

POLITIQUES PUBLIQUES

Les négociations interministérielles pour l'élaboration d'un plan national alcool sont au point mort depuis 2017. La ministre fédérale de la Santé publique a depuis lors adopté unilatéralement une série de mesures, notamment la clarification de l'âge minimum de vente, une plus stricte surveillance des publicités pour des produits contenant de l'alcool, ou la poursuite du financement de la Liaison urgences-alcool. Ces différentes mesures ont fait l'objet de nombreuses critiques et sont en-deçà des recommandations de l'OMS, du Conseil supérieur de la santé, des études menées par Belspo (notamment ALMOREGAL) et du secteur spécialisé (interdire la publicité, limiter l'offre, etc.).

DISPONIBILITÉ

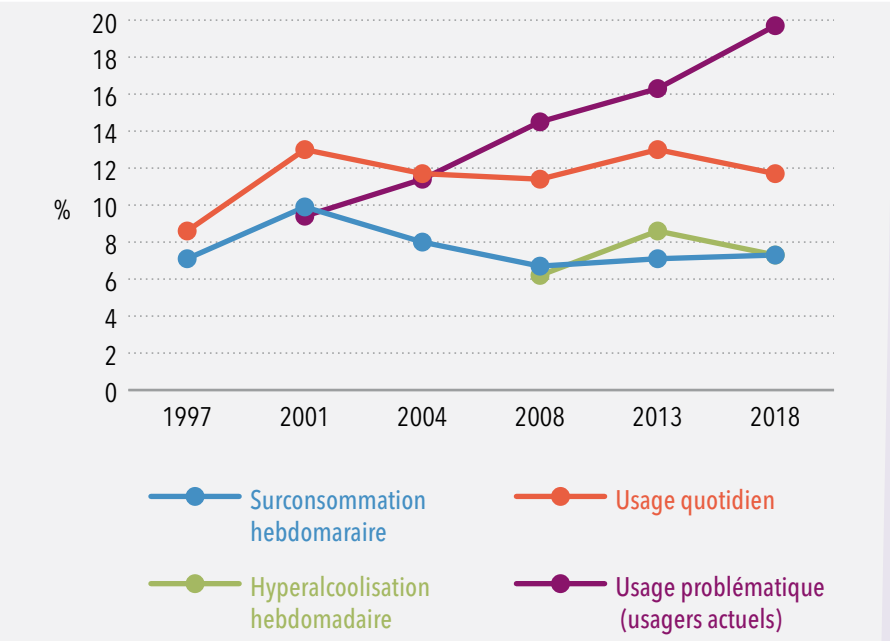
L'alcool est une substance psychoactive particulièrement disponible en Belgique. Quels que soient l'heure et l'endroit, il est possible de se procurer de l'alcool sans grande difficulté. Le prix de vente de l'alcool en Belgique est légèrement supérieur à celui de la moyenne des pays de l'Union Européenne, ce qui a tendance à favoriser les achats transfrontaliers. 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.

USAGES

Dans la **population générale**, selon l'enquête HIS 2018, 11,7 % des Bruxellois·es âgés de 15 ans et plus consomment de l'alcool quotidiennement, et 5,7 % une quantité quotidienne d'alcool considérée comme dangereuse (plus de 4 verres pour les hommes et plus de 2 verres pour les femmes). La surconsommation hebdomadaire[2] 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

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

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



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

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 hebdomadaire[3] tend à diminuer, après l'augmentation observée en 2013. En revanche, l'usage problématique[4] sur la vie chez les consommateurs actuels est en augmentation constante entre 2001 et 2018.

Dans la **population scolaire**, selon l'enquête HBSC 2018, un tiers (33,4 %) des élèves bruxellois de 10 ans et plus scolarisés 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 hebdomadaire concerne 9,6 % des élèves du secondaire, et l'alcoolisation ponctuelle importante[5] 13,3 % d'entre eux (dont plus d'un cinquième des élèves de 16 ans et plus).

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 et, surtout, l'alcoolisation ponctuelle importante, qui sont en 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 %) a présenté une surconsommation hebdomadaire[6] d'alcool durant l'année académique, et 15 % ont déclaré avoir été ivres ou pratiquer le *binge drinking*[7] plusieurs fois par semaine. Ces formes de consommation excessive sont fortement associées à la participation au folklore étudiant et à la pratique des pré-soirées.

3 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.
4 Estimé à l'aide du test de screening CAGE.
5 Consommation habituelle d'au moins 5 verres d'alcool lors des jours de consommation.
6 Plus de 14 verres par semaine pour les femmes et plus de 21 verres pour les hommes.
7 Consommation de 5 verres de boissons alcoolisées ou plus sur une période de 2 heures.

Les premières enquêtes ayant évalué l'impact de la **crise sanitaire** liée à la COVID-19 sur la consommation d'alcool ont mis en évidence qu'environ un quart de la population a augmenté sa consommation d'alcool durant le 1er confinement. Cette augmentation a apparemment été favorisée par certaines caractéristiques sociales, psychologiques et environnementales, que la crise sanitaire et économique a pu impacter ou provoquer. La consommation avait surtout baissé chez les personnes qui boivent habituellement pour des raisons sociales (en particulier les étudiant·es, probablement parce que les occasions festives ont été fortement réduites par les mesures de confinement). La consommation d'alcool n'a quasiment pas été étudiée au-delà du premier confinement.

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. 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 consommateur·rices, mais des signes encourageants de stabilité voire de diminution sont observés au niveau de certains indicateurs de consommation. En revanche, en milieu scolaire, l'usage hebdomadaire et l'alcoolisation ponctuelle importante ont tendance à augmenter. Et en milieu étudiant, la consommation excessive reste particulièrement élevée. La crise sanitaire est également venue perturber ces tendances. Dans le contexte actuel, 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 (et ceux à venir) ne se chronicisent pas.

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. 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 par rapport au produit, atténuent la perception de sa dangerosité, et diminuent la prise de conscience de 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 récemment adoptés :

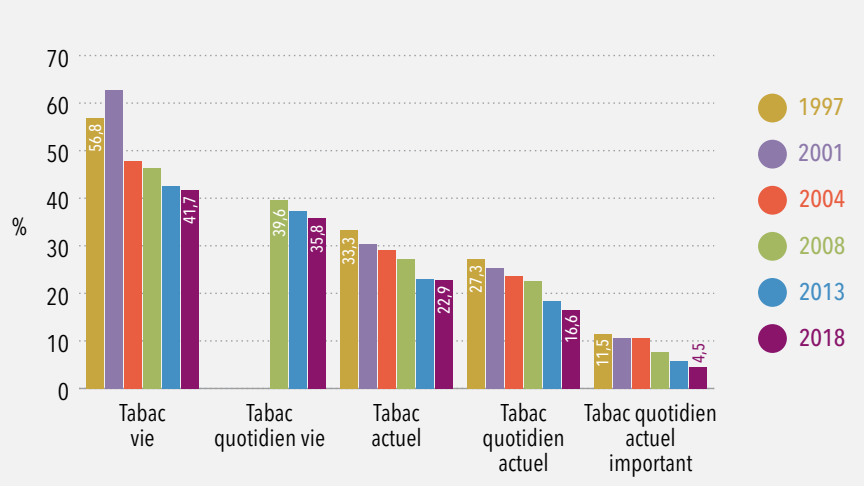
- L'âge minimum légal de vente est passé de 16 à 18 ans (ce qui s'applique également aux cigarettes électroniques)
- Interdiction de fumer dans des véhicules automobiles en présence de mineur·es de moins de 18 ans
- Abrogation des exceptions à l'interdiction des publicités
- Instauration du paquet neutre depuis le 1er janvier 2020 (1er janvier 2021 pour les détaillant·es)

Une proposition de loi visant à interdire la vente au moyen de distributeurs automatiques est à l'étude.

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.

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



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

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.

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.

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 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.

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 tabac[8], 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. L'expérimentation de la cigarette électronique a quant à elle augmenté, mais son usage actuel (30 derniers jours) a diminué.

Durant la **crise sanitaire** liée à la COVID-19, environ un tiers des consommateur·rices de tabac a déclaré avoir augmenté leur consommation, selon les enquêtes Covid & Santé menées par Sciensano. De nombreuses personnes qui étaient en sevrage tabagique ont également rechuté, à cause de l'anxiété générée par la crise ou parce qu'elles n'avaient plus accès à leur recharge pour cigarette électronique pendant le 1er confinement.

PERSPECTIVES

Bien qu'il 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 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 dépendants, 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.

> Dans le Tableau de bord 2020 : 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.

8 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.

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 bénéfices/risques d'un médicament.

DISPONIBILITÉ

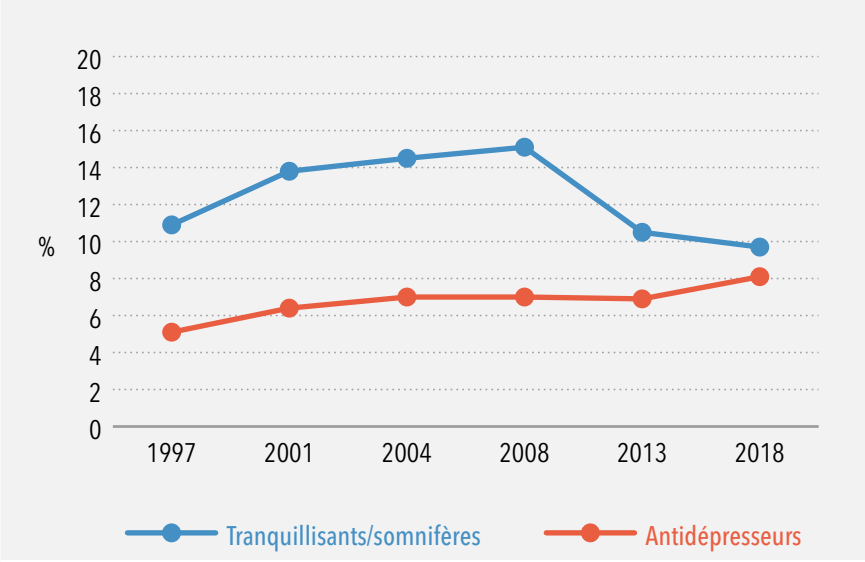
Les médicaments psychotropes sont des substances réglementées dont l'achat n'est légalement possible qu'en pharmacie. Ils ne peuvent pas être vendus via des pharmacies en ligne. Ces produits sont en outre soumis à une prescription médicale de manière à réduire le risque d'utilisation abusive ou détournée. Et ils ne peuvent pas faire l'objet de publicité ni de propagande. Malgré ce cadre contraignant, des médicaments psychotropes sont aussi proposés à l'achat en ligne de manière illégale (par exemple sur le darkweb 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 instruits étant davantage concernés.

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.

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



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

Dans la **population scolaire**, selon l'enquête HBSC 2018, 4 % des élèves bruxellois de l'enseignement secondaire (3e année et plus) ont déclaré avoir déjà consommé des tranquillisants/somnifères, et 4 % de la codéine au moins une fois dans la vie. 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 leur facilité d'accès (présence relativement fréquente dans la pharmacie familiale, puisque de nombreux adultes en sont consommateurs).

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 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 antalgique[9] a quasiment doublé entre 2005 et 2019, 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[10] d'opioïdes prescrits en 2019 était de 4.893.439.

Enfin, l'**usage détourné de prégabaline** (Lyrica® ou formes génériques) semble être en expansion chez les usager·es précarisés. Le Lyrica est un médicament utilisé dans le traitement des douleurs neuropathiques, de l'épilepsie et du trouble anxieux généralisé, qui a des propriétés analgésique et anxiolytiques, mais aussi euphorisantes et désinhibantes, en particulier lorsqu'il est consommé en association avec d'autres dépresseurs (opiacés, alcool, benzodiazépines...).

Durant la **crise sanitaire** liée à la COVID-19, un peu moins d'un tiers des

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

10 La DDD (ou *Defined Daily Dose*) est une unité standardisée qui correspond à la dose d'entretien moyenne présumée par jour pour un médicament utilisé dans son indication principale chez l'adulte

consommateur·rices de somnifères/tranquillisants a déclaré avoir augmenté leur consommation durant les premiers mois de la crise sanitaire, selon les enquêtes Covid & Santé menées par Sciensano. En décembre 2020, la proportion de consommateur·rices dont la consommation a augmenté s'est accentuée (41,6 %).

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 médications pour traiter des troubles variés. De nombreux médicaments font aussi 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 grandissant de la crise sanitaire sur la santé mentale de la population, en particulier sur les 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 lobbies puissants et ingénieux afin de placer leurs produits en tête des ventes, au détriment de l'intérêt et de la santé des patient·es.

> Dans le Tableau de bord 2020 : 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 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 traduit par la multiplication des CBD shops partout en Belgique. 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'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (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 2020 : ampleur de l'usage de CBD en Belgique et contexte légal et réglementaire des produits à base de CBD.

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 adopté 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

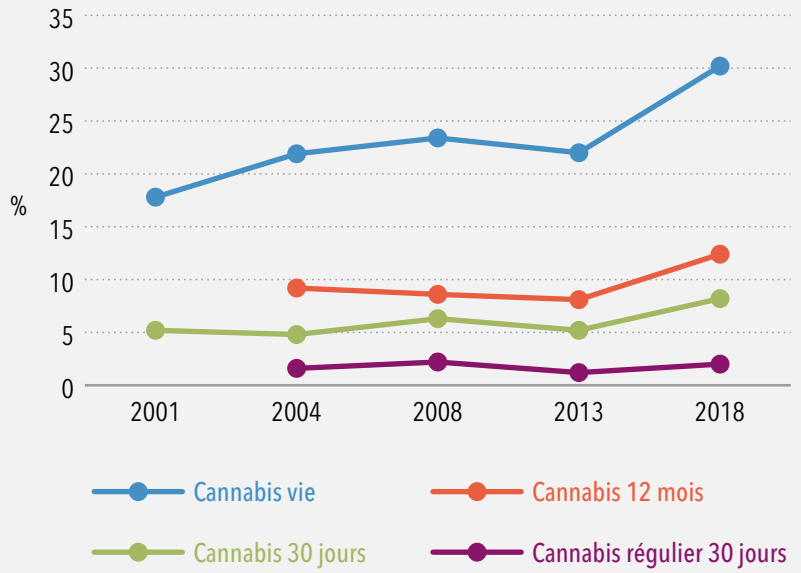
Le cannabis est un produit particulièrement accessible en Belgique malgré son interdiction. Selon un Flash Eurobaromètre réalisé en 2014 auprès des jeunes européen·nes, 59 % des jeunes belges de 15-24 ans estiment qu'il leur serait facile de se procurer du cannabis endéans 24 heures. Le prix du cannabis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

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



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

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 scolarisés dans l'enseignement secondaire francophone (3e 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.

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-thérapeutique[11] pour justifier leur consommation de cannabis illégal.

Durant la **crise sanitaire** liée à la COVID-19, le cannabis est la drogue illégale dont la consommation a le plus augmenté pendant le 1er confinement, selon une enquête menée par Sciensano auprès d'un échantillon d'usager·es de drogues.

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

PERSPECTIVES

Malgré la prohibition et la pénalisation de l'usage de cannabis, ce produit est consommé par de nombreuses personnes (jeunes ou adultes) en Région bruxelloise 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 dédiabolisation 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 (légales et illégales) comme stratégie de *coping* est probablement aussi accentué par le contexte socio-économique actuel, qui est anxiogène et inégalitaire sur le plan social. 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 (ingestion, vaporisation) et disponibiliser des produits de composition contrôlée 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 overdose 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 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 diffusion 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'est 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. Les centres hospitaliers sont équipés en naloxone et les médecins et infirmier·es sont formés 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 formés 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 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.

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.

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 (3e 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.

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.

L'usage récréatif des drogues illégales autres que le cannabis a diminué durant les premiers mois de la **crise sanitaire** liée à la COVID-19, probablement en raison de la réduction des opportunités festives. Mais à partir de la fin de l'année 2020, les consommations sont revenues à leur niveau précédent la crise, le dépassant même pour certains produits (en particulier les psychostimulants). L'impact de cette crise sur l'usage des personnes vulnérables ou marginalisées a quant à lui été très peu documenté. L'enquête réalisée par Eurotox auprès des services bruxellois spécialisés en assuétudes suggère que ces personnes ont été grandement affectées par la crise sanitaire, tant au niveau de leur consommation qu'au niveau des vulnérabilités dont elles sont porteuses. Une affluence de nouvelles demandes de traitement est également observée depuis fin 2020. La crise a aussi lourdement impacté les services et les travailleur·ses.

PERSPECTIVES

L'augmentation de la consommation de psychostimulants dans la population générale est probablement liée à une évolution 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'exigence de performance et son corollaire, l'esprit de compétition. 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, professionnelles, sportives ou même sociales.

Même si l'usage récréatif de drogues a été réduit durant les premiers mois de la crise sanitaire, il semble désormais être reparti à la hausse, les usager·es éprouvant probablement un besoin d'évasion dans ce contexte privatif, anxiogène et déprimant. La crise semble quant à elle avoir aggravé les usages problématiques, complexifié les problématiques et leurs prises en charge, et fragilisé les services spécialisés et leurs travailleur·ses.

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 toutefois jugée peu efficace par certain·es spécialistes.

En 2018, une proposition de loi a été soumise à la Chambre des représentants de manière à améliorer le système d'alerte précoce sur les drogues. L'objectif est de créer un réseau sentinelle constitué d'une 20aine d'unités (principalement des services d'urgence mais également des équipes de secouristes présents dans des festivals), chargées de communiquer toutes les intoxications relatives à l'usage de drogues, y compris les résultats des analyses toxicologiques. Cette proposition de loi a été adoptée en février 2019, mais elle n'est pas encore parue au Moniteur belge et les arrêtés d'application n'ont pas encore été proposés.

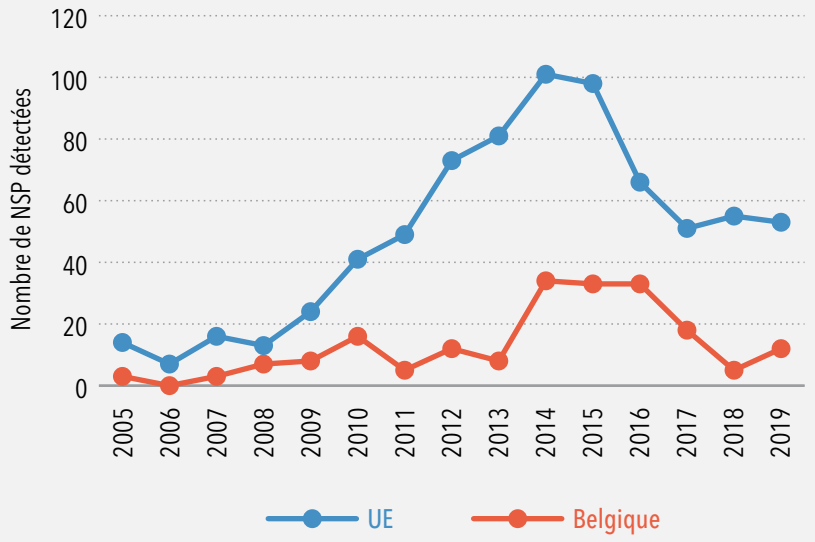
DISPONIBILITÉ

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 *darkweb*, en particulier les NSP les plus populaires ayant fini par être interdites (e.g. méphédrone).

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'élève actuellement à plus de 790 molécules distinctes. Au niveau européen, en 2018, les cathinones synthétiques[12] représentaient 36 % des produits saisis, les cannabinoïdes de synthèse 28 %, les benzodiazépines 12 %, les arylcyclohexylamines[13] 7 %, les opioïdes 3 %, les phénéthylamines[14] 3 % et les autres substances 12 %.

12 Catégorie de substances ayant une structure moléculaire et des effets semblables aux amphétamines.
13 Catégorie de substances chimiquement proches ou dérivées de la phéncyclidine (PCP) ou de la kétamine.
14 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.

Figure 5 : Nombre de NSP détectées pour la première fois en Belgique et en Europe de 2005 à 2019



Sources : EMCDDA (2020) & Belgian national focal point (2020), National reporting package EMCDDA. Not published contribution, Sciensano, Brussels

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 scolarisés dans l'enseignement secondaire francophone (3e année et plus). L'usage de ces produits est majoritairement expérimental.

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 à celle relevée dans d'autres pays de l'UE. Cette disparité peut s'expliquer en partie par des différences culturelles (propension à effectuer des achats sur Internet, présence de smartshops dans certains pays mais pas en Belgique, etc.), mais elle pourrait aussi être 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·rice, ce qui pourrait expliquer le faible intérêt des Belges pour les produits alternatifs. Mais il existe apparemment 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). La crise sanitaire et économique liée à la COVID-19 pourrait potentiellement raviver l'offre et la demande de ce type de produits, en particulier 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

Encore récemment, la loi du 10 janvier 2010 (portant modification de la loi de 1999 qui régit les matières relatives aux jeux de hasard et d'argent) ne bénéficiait pas d'arrêtés d'exécution, notamment pour les matières relatives à la publicité, les primes, le maximum de pertes par heure, l'offre en ligne et la protection des joueur·ses. Ceci est désormais chose faite avec l'arrêté royal du 4 avril 2019.

De nombreuses critiques persistent quant au cadre légal des jeux de hasard et d'argent, émanant de parlementaires et d'institutions spécialisées (le Conseil supérieur de la Santé, le Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere drugs, le Centra voor Alcohol en andere drugproblemen et la Loterie Nationale). Il en ressort notamment que le cadre régulateur actuel n'est pas équipé pour maîtriser et contrôler le marché des jeux en ligne, et que les mesures prises en matière de publicité et de réduction de l'offre sont insuffisantes.

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 bruxelloise 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

scolarisés en Flandre et en Wallonie dans l'enseignement secondaire, 5,6 % des jeunes interrogés 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'arrêtés d'application, certains observateur·rices 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 pourrait avoir favorisé le recours désespéré aux jeux de hasard et d'argent chez les 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 2020 : 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 Belges 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. 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 jeux 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 présentent 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 scolarisés dans l'enseignement primaire et 66 % des jeunes scolarisés dans le secondaire déclarent passer plus de 6 heures 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…).

Figure 6 : Prévalence de l'usage 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 (5e et 6e) %	Secondaire inférieur (1re, 2e et 3e) %	Secondaire supérieur (4e 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)

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 scolarisés 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 communs (utiliser le smartphone en cachette, dans les WC, etc.). Néanmoins, selon cette étude, 21,1 % des jeunes présenteraient une dépendance à leur smartphone.

Durant la **crise sanitaire** liée à la COVID-19, la majorité des Belges a augmenté son utilisation des écrans, en particulier pour consulter les réseaux sociaux (augmentation chez 54 % des utilisateur·rices) et Internet (augmentation chez 57 % des utilisateur·rices), selon la cinquième enquête COVID & Santé de Sciensano. L'utilisation des jeux vidéo a quant à elle augmenté chez 40 % des utilisateur·rices. L'impact de la crise sanitaire sur les usages excessifs n'a toutefois quasiment pas été évalué en Belgique, alors que les inquiétudes des parents et des travailleur·ses du secteur de l'éducation et de l'aide à la jeunesse sont grandes.

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·nes (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 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. Dans ce contexte, il parait important d'encadrer les jeunes dans leur utilisation des TIC et favoriser la mise en place de mécanismes de régulation afin de les protéger des risques d'un usage excessif voire addictif, et ce sans pour autant pathologiser le quotidien des jeunes et leurs besoins.

Figure 7 : 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)

› Dans le Tableau de bord 2020 : 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 conséquences de l'épidémie de COVID-19 sur l'usage de drogues et les usager·es*** ainsi que sur les ***inégalités sociales de santé***.

EUROTOX ASBL | OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL-DROGUES | **AVRIL 2021**

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

Pour télécharger le Tableau de bord 2020 et le focus COVID-19 | **www.eurotox.org**

AVEC LE SOUTIEN DE LA COCOF