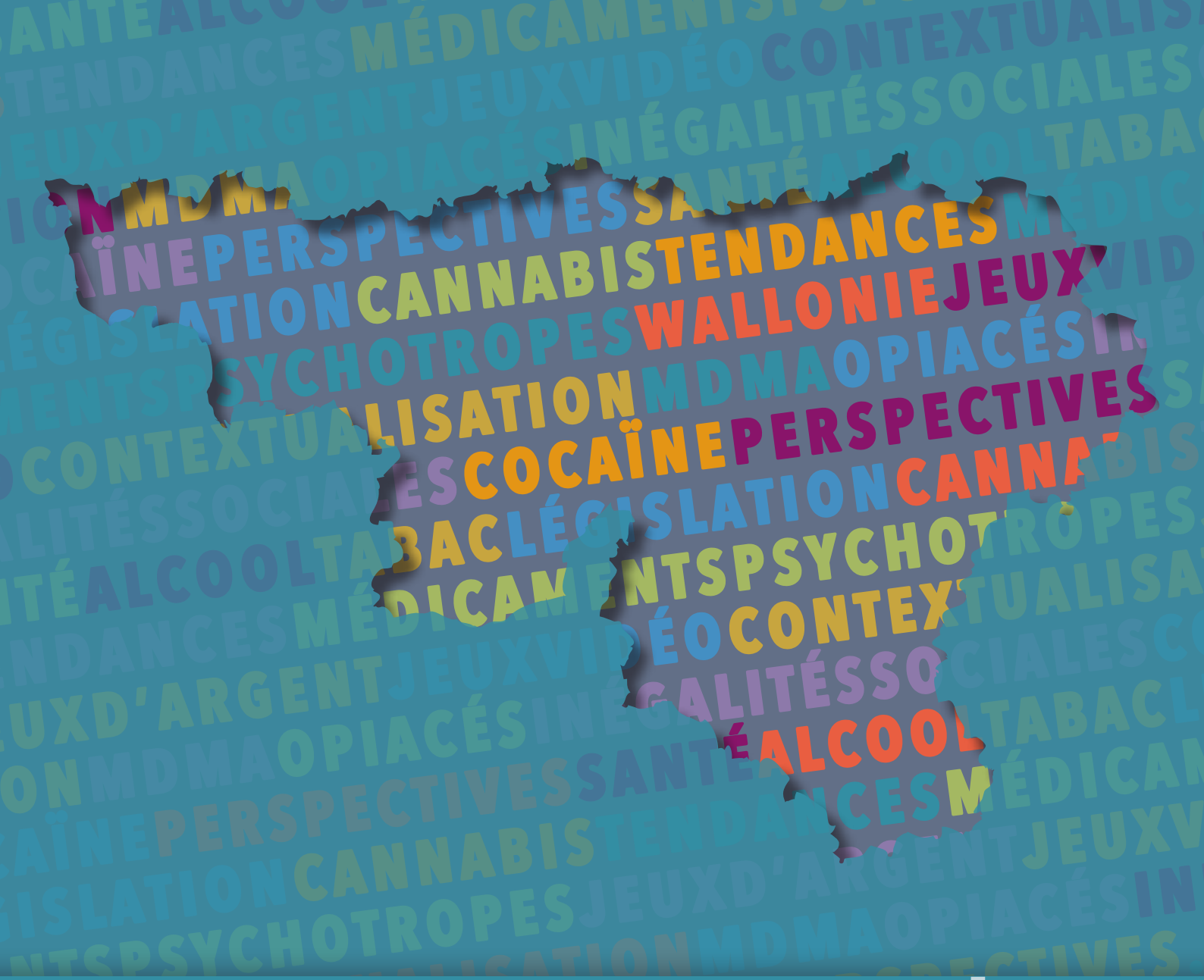


TABLEAU DE BORD DE L'USAGE DE DROGUES ET SES CONSÉQUENCES SOCIO-SANITAIRES EN WALLONIE

2018

Clémentine Stévenot et Michaël Hogge

EUROTOX ASBL | OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL-DROGUES | **JANVIER 2019**

TABLEAU DE BORD DE L'USAGE DE DROGUES ET SES CONSÉQUENCES SOCIO-SANITAIRES EN WALLONIE

2018

Auteurs
Clémentine Stévenot et
Michaël Hogge

Sous la coordination de
Lucia Casero

Citation recommandée
Stévenot, C. & Hogge, M. (2019). Tableau de bord de l'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaires en Wallonie. Bruxelles : Eurotox asbl.

Dépot légal
D/2019/10.063/2
Janvier 2019

Mise en page
Nathalie da Costa Maya, CDCS asbl

Ce rapport peut être obtenu gratuitement sur simple demande.

Coordonnées d'Eurotox
Eurotox asbl
Rue Jourdan 151
1060 Bruxelles
02 539 48 29
info@eurotox.org

AVEC LE SOUTIEN DE LA WALLONIE

Wallonie familles santé handicap AVIQ

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS **6**

REMERCIEMENTS **7**

1 LE CADRE INTERNATIONAL ET FÉDÉRAL **8**

1.1. CADRE EUROPÉEN ET INTERNATIONAL 8
1.1.1. Cadre européen 8
Décision-cadre du conseil européen du 25 octobre 2004 8
Plan d'actions anti-drogue 2017-2020 de l'Union européenne 8
1.1.2. Cadre international 9
Conventions internationales 9
La stratégie «drogues» des Nations-Unies (2009-2019) 9

1.2. DROGUES ILLICITES : LE CADRE LÉGAL ET POLITIQUE FÉDÉRAL 14
1.2.1. Le cadre politique fédéral 14
Les stratégies nationales «drogues» 14
La politique fédérale en matière de sécurité 14
1.2.2. Le cadre légal fédéral 16
La loi du 24 février 1921 16
L'arrêté royal du 6 septembre 2017 17
La circulaire commune du 21 décembre 2015 (révisée en 2018) 20
1.2.3. Les salles de consommation à moindre risque 21
Drugroom (vander laenen et al, 2018) 22
Région wallonne 23
Conclusion 23

1.3. LES DÉPENSES PUBLIQUES EN MATIÈRE DE DROGUES 25
1.3.1. Comparaison par pilier 26
1.3.2. Comparaison par substances 27
1.3.3. Les conclusions de l'étude 27

1.4. L'HÉRITAGE DE LA 6ème RÉFORME DE L'ETAT ET LA COOPÉRATION FRANCOPHONE 28
1.4.1. La 6ème reforme et les accords de la «Sainte-Émilie» 28
L'organe de concertation intrafrancophone 28

1.5. MODIFIER LES POLITIQUES «DROGUES» : LES INITIATIVES DE LA SOCIÉTÉ CIVILE 29
1.5.1. La société civile européenne condamne la Belgique pour sa politique drogues 29
1.5.2. Proposition de consultation de la société civile au sein de la cellule générale politique drogues (CGPD) 29
1.5.3. La campagne internationale Support. Don't punish (Soutenez. Ne punissez pas) 30
1.5.4. La campagne nationale «Stop 1921» 30
1.5.5. La proposition de loi du Centre d'Action Laïque 30

1.6. ÉTAT DES LIEUX DE LA RÉGULATION DU CANNABIS ET DES AUTRES DROGUES ILLICITES DANS LE MONDE ... 31
1.6.1. Le coût de la prohibition ... 31
1.6.2. Des contraintes internationales ? ... 32
1.6.3. Le modèle portugais : une alternative au sein du paradigme prohibitionniste ... 34
1.6.4. Régulation du cannabis et des autres drogues, une avancée de santé publique ... 35

2 LE CONTEXTE WALLON ... 36

2.1. L'AGENCE POUR UNE VIE DE QUALITÉ (AVIQ) ... 36
2.1.1. Subventions facultatives annuelles ... 36
2.1.2. Contrat de gestion ... 36
2.1.3. Mise en place du Conseil de stratégie et de prospective ... 37

2.2. LA POLITIQUE WALLONNE DE PROMOTION DE LA SANTÉ ... 39
2.2.1. Le décret de promotion de la santé ... 39
2.2.2. Le Plan wallon de prévention et de promotion de la santé (WAPPS) ... 41
Les douze objectifs transversaux ... 41
Les cinq axes d'actions prioritaires du WAPPS ... 42
2.2.3. Le dispositif wallon de prévention et de gestion du tabagisme 2018-2030 ... 43
2.2.4. Le Plan wallon alimentation et activité physique ... 45
2.2.5. Les protocoles d'accord ... 45

2.3. LE PLAN DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ 2015-2019 ... 46

2.4. DÉCRET «ASSUÉTUDES» DE LA RÉGION WALLONNE ... 46

2.5. PLAN DROGUES ET ALCOOL DE CHARLEROI ... 47

2.6. DES REPÈRES POUR UNE POLITIQUE WALLONNE DE SANTÉ MENTALE ... 48

3 L'USAGE DE DROGUES ET LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ... 50

3.1. INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ET USAGES DE DROGUES ... 50
3.1.1. La répartition des risques liés à l'usage de drogue au sein de la population ... 51
3.1.2. Les conséquences du contexte prohibitionniste ... 53

3.2. INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ BASÉES SUR LE GENRE ET USAGE DE DROGUE ... 54
3.2.1. La socialisation genrée et l'usage de drogues ... 54
3.2.2. Femmes usagères (problématiques) de drogues : la double peine ... 56
3.2.3. Prendre le genre en compte ... 57

4 LES PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ... 58

4.1. L'ENQUÊTE HIS ... 58

4.2. L'ENQUÊTE HBSC ... 59

4.3. LE FLASH EUROBAROMÈTRE ... 60

4.4. LES DONNÉES PHARMANET ... 61

4.5. LE RÉSUMÉ PSYCHIATRIQUE MINIMUM ... 61

4.6. L'INDICATEUR DE DEMANDE DE TRAITEMENT ... 61

4.7. LE REGISTRE DE LA MORTALITÉ ... 62

4.8. LES STATISTIQUES POLICIÈRES ... 63

5 ÉTATS DES LIEUX DE LA CONSOMMATION ... 64

5.1. INTRODUCTION ... 64

5.2. ÉTAT DES LIEUX PAR PRODUIT ... 65

5.2.1. L'alcool ... 65
Le cadre législatif belge ... 65
Les politiques publiques ... 66
Les recommandations des expert·e·s ... 68
La disponibilité et l'offre d'alcool en Belgique ... 69
L'usage d'alcool dans la population générale ... 70
L'usage d'alcool chez les jeunes de l'enseignement primaire et secondaire ... 74
L'usage d'alcool chez les jeunes de l'enseignement supérieur ... 76
Perspectives ... 77

5.2.2. Le tabac et la cigarette électronique ... 79
Le cadre législatif du tabac ... 79
Les politiques publiques en matière de tabac ... 79
Le cadre législatif de la cigarette électronique ... 82
Les recommandations des expert·e·s ... 82
La disponibilité et l'offre de tabac en Belgique ... 83
L'usage de tabac dans la population générale ... 83
L'usage de tabac chez les jeunes de l'enseignement primaire et secondaire ... 85
Perspectives ... 88

5.2.3. Les médicaments psychotropes ... 89
Le cadre législatif belge ... 89
La disponibilité et l'offre de médicaments psychotropes en Belgique ... 90
L'usage de médicaments psychotropes dans la population générale ... 90
L'usage de médicaments psychotropes chez les jeunes de l'enseignement secondaire ... 93
Perspectives ... 93

5.2.4. Le cannabis ... 94
Le cadre législatif belge ... 94
Les politiques publiques ... 97
Le contexte associatif ... 98
Le cannabis thérapeutique ... 98
La disponibilité et l'offre de cannabis ... 101
L'usage de cannabis dans la population générale ... 104
L'usage de cannabis chez les jeunes de l'enseignement secondaire ... 106
Perspectives ... 106

5.2.5. Les autres drogues illicites (héroïne, cocaïne, amphétamines, MDMA, LSD…) ... 108
Le cadre législatif belge ... 108
Les recommandations des expert·e·s ... 108
La disponibilité et l'offre des autres drogues illicites en Belgique ... 111
L'usage des autres drogues illicites dans la population générale ... 115
L'usage des autres drogues illicites chez les jeunes de l'enseignement secondaire ... 117
Perspectives ... 118

5.2.6. Les nouvelles substances psychoactives (NSP) ... 119
Le cadre législatif ... 119
La disponibilité et l'offre de NSP en Belgique ... 119
L'usage des nouvelles substances psychoactives dans la population générale ... 121
L'usage des nouvelles substances psychoactives chez les jeunes ... 122
Perspectives ... 123

5.2.7. La polyconsommation ... 123
La polyconsommation dans la population générale ... 124
La polyconsommation chez les jeunes de l'enseignement secondaire ... 125

5.2.8. Les usages sans produits **126**
Le cadre législatif des jeux de hasard et d'argent 127
Le cadre européen 131
Les recommandations des expert·e·s 131
Le cadre législatif des jeux vidéo 132
La disponibilité et l'offre des jeux de hasard et d'argent et des jeux vidéo en Belgique 133
Les usages sans produits dans la population générale 135
Les usages sans produits chez les jeunes 137
Perspectives 140

6 CONSÉQUENCES SANITAIRES ET SOCIALES DE L'USAGE DE DROGUES 142

6.1. INTRODUCTION 142
6.2. LES INFRACTIONS LIÉES À L'ALCOOL ET AUX DROGUES 143
6.3. LES INTOXICATIONS LIÉES À L'USAGE D'ALCOOL ET DE DROGUES 149
6.4. LES DEMANDES DE TRAITEMENT POUR UN USAGE PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL OU DE DROGUES 151
6.5. LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS 162
6.6. LES PRISES EN CHARGE DANS LES SERVICES DE PSYCHIATRIE AVEC DIAGNOSTIC D'USAGE PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL OU DE DROGUES 164
6.7. L'INFECTION AU VIH ET AUX HÉPATITES B ET C CHEZ LES USAGER·E·S DE DROGUES 166
6.7.1. Le registre belge des infections au VIH et des malades du sida 167
6.7.2. La prévalence des maladies infectieuses chez les usager·e·s de drogues 168
6.7.3. Les données issues du dispositif d'accessibilité au matériel d'injection 168
6.8. LA MORTALITÉ EN RAPPORT AVEC LA CONSOMMATION D'ALCOOL, DE DROGUES ET DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES 170
6.9. LE COÛT SOCIAL DES DROGUES 173
6.10. PERSPECTIVES 175

7 FOCUS THÉMATIQUES 178

7.1. LA SANTÉ DES PERSONNES DÉTENUES 178
7.1.1. Le transfert de la compétence «santé des personnes détenues» 179
7.1.2. Les recommandations du KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) 179
7.1.3. Le niveau fédéral 182
Les projets pilotes «drogues et prison» 182
La taskforce de la conférence interministérielle santé publique 182
Perspectives 182
7.1.4. Les entités fédérées francophones 183
La conférence interministérielle francophone des politiques d'intervention en lien avec le milieu carcéral de 2017 183
7.2. LE CHEMSEX 184
7.2.1. Qu'est-ce que le chemsex ? 184
7.2.2. Épidemiologie : les «preuves anecdotiques» 185
Le chemsex en Belgique : une étude exploratoire sur Bruxelles 185
7.2.3. Les facteurs participant aux évolutions récentes du chemsex 185
7.2.4. Les effets et motivations 186
7.2.5. Les risques et dommages liés aux pratiques chemsex 186

BIBLIOGRAPHIE 188

AVANT-PROPOS

Le travail d'Eurotox consiste à améliorer la compréhension du phénomène de l'usage de drogues en Wallonie et à Bruxelles. L'objectif est d'informer au mieux les acteurs de terrain, les administrations, les politiques et les médias sur les aspects socio-épidémiologiques, sanitaires, légaux et contribuer aux débats de société en lien avec cette problématique.

Depuis plus de 15 ans, Eurotox remplit la fonction d'Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues pour la Région wallonne et assure la mission de Sous-point focal du réseau REITOX (Réseau Européen d'Information sur les drogues et les toxicomanies), pour l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT).

Dans le cadre de ses missions, Eurotox assure le fonctionnement d'un système de collecte et d'analyse de données, et propose diverses publications, dont un rapport régulier sur l'usage de drogues. Au terme d'une réflexion interne et d'une consultation d'un panel de représentant·e·s de nos publics cibles, nous avons décidé de restructurer ce rapport et d'en revoir en partie le contenu. Dans une perspective d'échange des points de vue et de concertation des différents expert·e·s en matière de drogues et de promotion de la santé, nos lecteurs et lectrices trouveront régulièrement des courtes contributions externes, sous forme d'encart. Enfin, conséquence de la 6ème réforme de l'État, nous avons également pris la décision de régionaliser cette publication.

L'équipe d'Eurotox a ainsi le plaisir de vous présenter son premier Tableau de bord de l'usage de drogues légales et illégales en Région wallonne. Ce document offre un état des lieux détaillé de la situation socio-législative et épidémiologique relative à l'usage de substances psychoactives légales et illégales. Les deux premiers chapitres sont dédiés à une mise en contexte politique et légale de l'usage des drogues au plan international, européen, fédéral et wallon. S'ensuit un chapitre consacré au lien entre les inégalités sociales de santé et l'usage de drogue, avec un focus sur les inégalités sociales basées sur le genre. Après avoir présenté les principales sources de données, nous aborderons les grandes catégories de produits (alcool, tabac, médicaments psychotropes, cannabis, autres drogues illégales) dans des sections distinctes. Une section spécifique est également consacrée à la polyconsommation et une autre aux principaux comportements de consommation sans produits ; nous nous consacrerons pour cette édition principalement à l'usage d'Internet et des réseaux sociaux, des jeux vidéo et des jeux de hasard et d'argent. Un chapitre abordera ensuite les conséquences socio-sanitaires des différentes substances psychoactives. Enfin, une dernière section, consacrée aux focus thématiques, sera dédiée à deux sujets d'actualité, à savoir la santé des personnes détenues et le chemsex.

Nous vous en souhaitons bonne lecture.

REMERCIEMENTS

Pour leur collaboration, l'échange et la bonne circulation de l'information, indispensables à la rédaction de notre rapport, nous tenons à remercier :

Les institutions actives dans le secteur de l'usage de drogues et des assuétudes en Région Bruxelles, que ce soit dans le domaine de la prévention, de la réduction des risques ou du traitement, qui ont participé au recueil de données et collaboré à la collecte d'informations sur leurs activités.

Tous les centres de traitement qui ont participé à l'enregistrement des demandes de traitement et toutes les institutions de terrain qui ont participé à l'enquête sur le prix des drogues en rue.

La Fédito bruxelloise, la Fédito wallonne et leurs représentant·e·s, en particulier Sébastien Alexandre (de la Fédito bruxelloise) et Pascale Hensgens (de la Fédito wallonne), pour les informations transmises.

Les cabinets et administrations des Ministres ayant en charge la Santé en Wallonie, ainsi qu'à Bruxelles, pendant la période couverte par ce rapport.

Nos remerciements s'adressent aussi à la Police Fédérale (Johan Cambier, Stéphanie Ovaere & Davy Teunkens), à l'Institut Vias (Ellen Boudry, Benoît Godart, Nina Nuyttens), à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Marc de Falleur), au Sciensano (Jérôme Antoine, Peter Blanckaert, Sabine Drieskens & Els Plettinckx), au Service public fédéral (SPF) Santé publique (Eveline Depuijdt & Jean-Pierre Gorissen), au Service d'Information Promotion Éducation Santé (SIPES) de l'école de santé publique de l'ULB (Katia Castetbon et Maud Dujeu), à Modus Vivendi (Maëlle Doyen), au FARES (Caroline Rasson), au Service prévention Synapse de Mons (Vincent Lapunzina), à la Fédération wallonne de promotion de la santé, à l'équipe des SMUR, au Service Éducation pour la Santé asbl (Sabine Scruel) et à l'asbl I.Care (Vinciane Saliez). Ces services nous ont fourni des informations et données précieuses pour la rédaction de ce tableau de bord.

Nous souhaitons également adresser nos remerciements aux relecteurs et relectrices qui ont chacun·e enrichi des chapitres spécifiques faisant appel à leur champ de compétence respectif : Caroline Rasson, Vinciane Saliez, Dominique Lossignol, Sandrine Detandt, Maud Devroey, Sarah Fautré, Anne-Sophie Poncelet et Martin de Duve.

Enfin nous remercions les expertes et experts qui ont contribué à enrichir notre tableau de bord : Benoît Brouillard (La CAHO asbl), Sandrine Detandt (Observatoire du sida et des sexualités), Sarah Fautré (Liaison antiprohibitionniste asbl), Guilhem de Crombrugghe (DAWA asbl), Marie-Eve Janssen (START-MASS), Dominique Lamy (Réseau Alto asbl), Catherine Louesse (Réseau Alto asbl et Sésame asbl), Denis Mannaerts (Culture&Santé asbl), Pascal Minotte (CRéSaM), Anne-Sophie Poncelet et Martin de Duve (Univers Santé asbl), Caroline Rasson (FARES asbl), Hélène De Viron et Sabine Scruel (Service Éducation pour la Santé asbl), Caroline Theisen (SPF Santé publique).

1

LE CADRE INTERNATIONAL ET FÉDÉRAL

1.1

CADRE EUROPÉEN ET INTERNATIONAL

1.1.1. CADRE EUROPÉEN

Le cadre européen en matière de drogues illicites s'est dessiné relativement tardivement. L'ensemble des États membres avaient en effet déjà signé les Conventions internationales des Nations Unies de 1961, 1971 et 1988 (voir ci-après) et adopté les lois les transposant (voir chapitre 1.2.2. Le cadre fédéral légal), avant que l'Union européenne ne se prononce sur certaines questions.

Il n'existe pas de loi harmonisée au niveau européen en matière d'usage de drogues illicites (EMCDDA, 2017b). Les sanctions criminelles ou administratives liées à l'usage sont de la responsabilité des États membres. Toutefois, la loi européenne se prononce pour les crimes liés au trafic de drogues, avec la Décision-cadre du Conseil du 25 octobre 2004.

L'Union européenne (UE) met également en place des stratégies antidrogue et plans d'actions sur plusieurs années. Le dernier plan d'action anti-drogues couvre la période 2017-2020.

DÉCISION-CADRE DU CONSEIL EUROPÉEN DU 25 OCTOBRE 2004

La Décision-cadre du 25 octobres 2004 concernant l'établissement des dispositions minimales relatives aux éléments constitutifs des infractions pénales et des sanctions applicables dans le domaine du trafic de drogue se prononce notamment sur le seuil de peine de prison maximale. Elle statue également que les États membres doivent prendre les mesures nécessaires pour que les infractions commises soient passibles de peines effectives, proportionnées et dissuasives (article 4). Elle introduit aussi la possibilité pour chaque État d'établir des circonstances atténuantes pour les personnes «repenties» qui fournissent des informations qui aident les autorités policières ou judiciaires.

PLAN D'ACTIONS ANTI-DROGUE 2017-2020 DE L'UNION EUROPÉENNE

L'UE s'est dotée d'une Stratégie antidrogue pour la période 2013-2020. Celle-ci est mise en œuvre grâce à deux plans d'actions consécutifs (2013-2017 et 2017-2020). En 2017, le plan 2013-2017, ainsi que la Stratégie ont été évalués. Sur base de ces évaluations, l'UE a présenté le plan 2017-2020.

La Stratégie antidrogue de l'UE s'articule autour de deux domaines d'actions : la réduction de l'offre de drogues et la réduction de la demande de drogues ; elle développe également trois thèmes transversaux : la coordination, la coopération internationale et la recherche, information, suivi et évaluation.

En termes de réduction de la demande, le plan 2017-2020 poursuit notamment les objectifs suivants[1] :

› Prévenir l'usage de drogue et retarder l'âge de la première consommation, en tenant compte des spécificités des populations à risque (facteurs sociaux et culturels, l'âge et le genre), des risques liés à la situation des personnes (migration et demande d'asile, milieu festif, milieu de la rue, conduite sous influence, lieu de travail) et des risques liés aux individus eux-mêmes (santé mentale, contexte familial, génétique, développement psychosocial). Le nouveau plan met notamment l'accent sur l'échange de bonnes pratiques destinées aux jeunes et sur la prévention auprès de ces derniers. Il souligne également l'importance d'informer et de prévenir l'abus de médicaments psychoactifs ;

› Renforcer l'efficacité des traitements et de la réinsertion sociale des usager·e·s problématiques, en portant une attention particulière aux communautés vulnérables (détenu·e·s, LGBT[2], jeunes, migrant·e·s et réfugié·e·s, travailleuses et travailleurs du sexe, sans-abris, les personnes séropositives ou vivant avec le SIDA), aux questions de genre, aux usager·e·s vieillissants, et à la polyconsommation (y compris le tabac). Le plan 2017-2020 se prononce pour un meilleur accès aux services de RdR, notamment les programmes d'échange de seringues, les traitements de substitution aux opiacés et les programmes de délivrance de naloxone à emporter à domicile. L'UE souhaite également identifier et surmonter les obstacles à l'accès au traitement contre l'hépatite C ;

› Intégrer des approches fondées sur la coordination, les bonnes pratiques et la qualité dans les actions de réduction de la demande.

En ce qui concerne la réduction de l'offre, les objectifs du plan sont :

› Renforcer la coopération et la coordination en matière de répression au sein de l'UE ;

1 Nous mettrons l'accent sur les principales modifications apportées au plan d'actions. Le plan est disponible dans son entièreté à l'adresse suivante : https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/policies/organized-crime-and-human-trafficking/drug-control/eu-response-to-drugs/20170315_evaluation_communication_en.pdf

2 Lesbiennes, gays, bisexuel·le·s et transgenres.

› Renforcer la coopération judiciaire et la législation au sein de l'UE. Les États membres sont notamment invités à adopter et appliquer des alternatives aux sanctions coercitives, dont les mesures éducatives, les (suspensions de peines avec) traitements, les suspensions d'enquête ou de poursuite et la réinsertion sociale. Le plan encourage également les États membres à développer la dimension relative aux Droits fondamentaux, afin de contrebalancer la répression et promouvoir la réinsertion. Enfin, l'UE recommande l'adoption de mesures législatives à même de répondre à l'émergence, l'usage et la rapide propagation des nouvelles drogues de synthèse (NDS) ;
› Répondre efficacement aux tendances actuelles et émergentes dans le domaine des activités liées aux drogues illégales. En particulier, il s'agit d'identifier les réponses stratégiques afin d'appréhender le rôle des nouvelles technologies de communication dans la production, le marketing, l'achat et la distribution des drogues illégales, y compris les NDS.

La dimension «coordination» du plan comprend d'une part la coordination politique au sein de l'UE et le partage d'informations entre ses membres, et, d'autre part, la coordination à l'intérieur des États membres, entre les différents départements et ministres ayant des compétences en matière de drogues. L'angle de la «coopération internationale», quant à elle, consiste à intégrer la Stratégie antidrogue de l'UE à sa politique étrangère et à améliorer sa cohésion avec les Nations-Unies (avec notamment l'implantation des recommandations du document final de l'UNGASS 2016)[3].

En termes d'information, recherche, monitoring et évaluation, les principales modifications du plan portent sur la mise en place de recherches visant à mettre en lumière le lien entre le trafic de drogues et a) le financement des groupes et activités terroristes, b) le trafic de migrant·e·s et c) la traite d'êtres humains. Elles encouragent également la production d'analyses portant sur l'usage des drogues au sein de la population générale, mais aussi au sein des publics vulnérables. L'UE souhaite enfin que l'impact des différents modèles politiques en matière de cannabis en Europe et à l'international soit étudié.
Certaines actions transversales du plan méritent d'être soulignées, notamment l'échange de bonnes pratiques, le développement des programmes de RdR, la valorisation du rôle de la société civile dans l'élaboration des politiques publiques nationales et internationales en matière de drogues, ou encore l'attention portée aux publics vulnérables et aux problématiques liées au genre.

3 United Nations General Assembly Special Session (Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations-Unies) 2016, dont le document final adopté par les États membres est résumé dans notre rapport 2016.

1.1.2. CADRE INTERNATIONAL

CONVENTIONS INTERNATIONALES

L'identification des drogues comme une problématique sociale est relativement récente et remonte au début du 20ème siècle. Sous l'impulsion des États-Unis et de leur croisade morale contre les drogues, «sources de maux et déchéances multiples», les membres de la Société des Nations[4] ont adopté la Convention de l'opium en 1912 (Guillain, 2009). Cette convention a ainsi marqué le début de l'internationalisation du paradigme prohibitionniste auquel l'agenda politique des différents États 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 États 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. La Convention de 1988 marque un point culminant dans cette tendance à la répression, en invitant les pays signataires à renforcer la lutte contre la criminalité organisée ou contre le blanchiment d'argent, d'élargir le champ d'application de la confiscation, de lutter contre les précurseurs, d'autoriser les techniques particulières d'enquête, ou encore, de renforcer l'entraide et la coopération judiciaire notamment sur le plan de l'extradition (Guillain, 2009).

4 La Société des Nations est «l'ancêtre» des Nations Unies, fondée en 1920 et dissolue en 1946.

Il est important de noter que les conventions internationales sont des instruments politiques, tant du point de vue des pays influents qui donnent souvent le *la* en termes de contenu, que de celui des pays qui transposent ces conventions en textes légaux nationaux. Une transposition est en effet rarement neutre et sert souvent des desseins sociopolitiques locaux.

De plus, ne pas souscrire ou transposer une convention internationale comporte des risques, notamment celui de s'isoler sur le plan international et de s'attirer le courroux des Nations Unies (Guillain, 2003). Certains pays, notamment les Pays-Bas, le Portugal et l'Uruguay, ont toutefois fait le choix de favoriser des principes différents de ceux de la prohibition et de s'écarter des conventions susnommées (voir chapitre 1.6.2. Des contraintes internationales ?).

LA STRATÉGIE «DROGUES» DES NATIONS-UNIES (2009-2019)

DÉCLARATION POLITIQUE ET PLAN D'ACTION SUR LA COOPÉRATION INTERNATIONALE EN VUE D'UNE STRATÉGIE INTÉGRÉE ET ÉQUILIBRÉE DE LUTTE CONTRE LE PROBLÈME MONDIAL DE LA DROGUE DE 2009

En 2009, les États 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 en vue d'une stratégie intégrée et équilibrée de lutte contre le problème mondial de la drogue (voir encadré ci-après).

Dans la Déclaration politique, les États membres affirment être résolus à «lutter contre le problème mondial de la drogue» et à «promouvoir activement une société exempte d'usage de drogues illicites». Ils se sont fixés un certain nombre d'objectifs à réaliser pour 2019 ; pour cette date

butoir, les États devront notamment avoir éliminé ou réduit sensiblement et de façon mesurable (article 36) :

1) La culture illicite du pavot à opium, du cocaïer et de la plante de cannabis ;
2) La demande illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, ainsi que les risques sanitaires et sociaux liés aux drogues ;
3) La production, la fabrication, la commercialisation, la distribution et le trafic illicites de substances psychotropes, notamment de drogues synthétiques ;
4) Le détournement et le trafic illicite de précurseurs ;
5) Le blanchiment d'argent lié aux drogues illicites.

Les États ont également souligné la nécessité d'investir davantage dans la recherche et l'évaluation pour appliquer et évaluer les politiques et programmes efficaces en matière de lutte contre le problème mondial de la drogue.

La position des Nations-Unies était alors clairement prohibitionniste et s'inscrivait dans la lignée répressive de la «guerre

PLAN D'ACTION DES NATIONS-UNIES (2009-2019)

1. Réduction de la demande et mesures connexes	
Réduire l'usage de drogues et la toxicomanie selon une approche globale	› Développer la coopération internationale (notamment une approche équilibrée et globale de réduction de l'offre et de la demande) › Approche globale de la réduction de la demande de drogues › Droit de l'homme, dignité, libertés fondamentales dans le contexte de la réduction de la demande › Mettre en œuvre des mesures reposant sur des données scientifiques › Disponibilité et accessibilité des services de réduction de la demande › Intégrer l'action et la participation de la collectivité › Cibler les situations et groupes à risque › Prise en charge et traitement de la consommation de drogues et de la toxicomanie dans le système de justice pénale (et s'attaquer aux problèmes de surpopulation carcérale, de corruption, de circulation des drogues et de transmission des maladies infectieuses) › Normes de qualité et formation du personnel (afin d'améliorer la bonne mise en œuvre des mesures de réduction de la demande) › Collecte, suivi et évaluation des données
2. Réduction de l'offre et mesures connexes	
Réduire l'offre illicite de drogues	› Renforcer la coopération, la coordination et les mesures de détection et de répression pour réduire l'offre › Faire face aux nouvelles tendances du trafic › Réduire la violence liée au trafic de drogues › S'efforcer à réduire simultanément l'offre et la demande › Intensifier la lutte contre la corruption, accroître l'assistance technique et renforcer encore les capacités
Contrôle des précurseurs et des stimulants de type amphétamine	› Mieux comprendre le phénomène des stimulants de type amphétamine › S'attaquer à la fabrication clandestine de stimulants de type amphétamine › Prévenir la vente illégale et le détournement › Sensibiliser et réduire la demande › Nouveaux sujets de préoccupation liés au contrôle des précurseurs
Coopération internationale pour l'éradication des cultures illicites destinées à la production de stupéfiants et de substances psychotropes et pour le développement alternatif	› Renforcer la recherche, la collecte de données et les outils d'évaluation › Coopération internationale (en matière de lutte contre les drogues) axée sur le développement › Approche équilibrée et à long terme pour lutter contre les cultures illicites destinées à la production de stupéfiants et de substances psychotropes › Stratégies innovantes à l'appui du développement alternatif (notamment trouver de nouveaux mécanismes de financement innovants et veiller à ce que les programmes de développement alternatifs complètent les programmes de protection de l'environnement)
3. Lutter contre le blanchiment d'argent et promouvoir la coopération judiciaire pour renforcer la coopération internationale	
Lutter contre le blanchiment d'argent	/
Coopération judiciaire	› Extradition › Entraide judiciaire › Transfert des poursuites › Livraisons surveillées › Protection des témoins › Mesures complémentaires (notamment les aspects juridiques, procéduraux et techniques de l'exécution des demandes de coopération judiciaire)

contre les drogues» impulsée par les États-Unis. Si l'UNGASS (Session spécial de l'Assemblée générale des Nations-Unies) de 2016 s'est illustrée par un certain nombre d'avancées, le contexte géopolitique actuel ne permet pas de jauger d'avance les résultats du segment ministériel de 2019 (voir ci-après). Cependant, on ne peut ignorer qu'un nombre grandissant de voix scientifiques, politiques et de la société civile s'élèvent pour souligner l'échec et les conséquences néfastes de l'approche répressive et pour appeler à un changement de paradigme (Werb et al, 2011 ; Decorte et al, 2013 ; Kopp et al, 2014 ; IDPC, 2018).

UNGASS 2016

À la requête de la Colombie, du Guatemala et du Mexique, une session spéciale de l'Assemblée générale des Nations-Unies (UNGASS) au sujet des politiques drogues a été organisée en 2016[5]. Lors de l'UNGASS 2016, les États ont adopté par consensus le document final «Notre engagement commun à aborder et combattre efficacement le problème mondial de la drogue»[6].
Le document final est composé de sept piliers (contre seulement trois auparavant, marqués par *) :

- La réduction de la demande* ;
- L'accès aux substances placées sous contrôle à des fins médicales ou scientifiques ;
- La réduction de l'offre* ;
- Les questions transversales liées aux Droits humains ;
- Les tendances et défis ;
- La coopération internationale* ;
- Le développement d'alternatives.

Le document final présente indéniablement des avancées. Il reste cependant peu audacieux et sans prise de position réellement innovante (voir tableau). Il faut également souligner qu'il n'est pas contraignant pour les États et que son contenu est flexible (c'est-à-dire que les États souverains adaptent le document final à leurs lois nationales et à leurs us et coutumes).

AVANCÉES ET LACUNES DU DOCUMENT FINAL DE L'UNGASS

Avancées

- Référence à la proportionnalité des peines[7]
- Prise en compte de la dimension «genre» dans l'élaboration des politiques publiques et au développement d'alternatives en matière de condamnation ou de peine
- Aborder la culture illicite, la production et le trafic à travers le prisme des problèmes socio-économiques
- Lutter contre la pauvreté pour endiguer la violence et les crimes liés à la drogue
- Offrir aux détenu·e·s des soins de santé équivalents à ceux disponibles en milieu libre
- Veiller à ce que les structures de traitement et de réadaptation soient de qualité et exemptes de traitements cruels, inhumains ou dégradants

Lacunes

- Aucune référence à la peine de mort
- Aucune référence explicite à la réduction des risques
- Références aux Droits humains restent floues
- Nulle mention à l'échec de la guerre contre la drogue

Certains États et observateurs avaient espéré que l'UNGASS 2016 constitue un tournant vers une approche réaliste et globale de la problématique. Peut-être l'UNGASS 2016 aura-t-elle au moins permis d'exposer la rupture d'un consensus globale autour du bien-fondé des politiques prohibitionnistes et répressives.

SEGMENT MINISTÉRIEL DE 2019[8]

Dans l'optique de la date butoir de 2019, un segment ministériel sera organisé en mars 2019, lors de la 62ème session de la Commission of Narcotic Drugs (CND)[9]. L'objectif central de ce segment ministériel est d'examiner les éventuels progrès faits depuis 2009, dans la perspective d'élaborer une stratégie globale en matière de drogues pour la prochaine décennie. Le moment est plus qu'opportun puisque de nombreux changements ont eu lieu depuis 2009. D'abord, le marché illégal de la drogue est devenu plus complexe : les régions de production et les circuits empruntés par les produits ont changé, l'achat de drogues en ligne a augmenté, un nombre croissant de nouvelles drogues circulent et les comportements d'usage ont évolué. De plus, la distinction entre pays producteurs, pays de transit et pays de consommation est de plus en plus difficile à opérer. Parallèlement, les politiques locales et nationales en matière de drogues ont considérablement changé au cours des dix dernières années. Certains pays se sont orientés vers une approche de réduction des risques, de décriminalisation, voire même de régulation du marché pour certaines drogues (voir chapitre 1.6. État des lieux de la régulation du cannabis et autres drogues illicites dans le monde) ; d'autres, au contraire, ont renforcé leur approche répressive pour contrer l'offre et la demande de drogue (IDPC, 2018).

Afin de mener à bien le segment ministériel de 2019, une évaluation des éventuels progrès accomplis depuis 2009 et de l'adéquation de la stratégie des Nations-Unies avec leurs objectifs devrait être menée. À l'heure de la rédaction de ces lignes, aucune évaluation n'a été entreprise (voir ci-après).

5 Initialement, cette session spéciale n'était pas prévue. Toutefois, en 2012, la Colombie, la Guatemala et le Mexique ont demandé qu'une UNGASS soit organisée, afin de faire face à l'urgence de la situation. Ces trois pays d'Amérique du Sud constatent en effet chaque jour l'échec de la guerre contre la drogue et subissent l'hégémonie et la violence des cartels. Soutenus par d'autre États et la société civile, ils ont appelé à rompre avec une approche répressive inefficace et éculée.

6 Ce document final est davantage détaillé et commenté dans notre rapport 2016 (page 48). Nous n'en reprendrons ici que les points saillants et invitons le lecteur ou la lectrice à se référer à notre rapport 2016 pour une analyse approfondie.

7 Plus encore, les peines prononcées doivent tenir compte aussi bien des facteurs atténuants qu'aggravants.

8 Le segment ministériel se déroule au cours de la 62ème session de la CND et inclut un débat général entre les États membres. Des tables-rondes sont également organisées avec les différentes parties concernées, y compris la société civile.

9 La CND est l'organe central d'élaboration de politiques du système de contrôle des drogues des Nations-Unies. La Commission se compose des États membres, des agences onusiennes et des organisations de la société civile. Elle se rassemble annuellement afin de débattre des politiques «drogues» et d'adopter des résolutions en matière d'orientation de ces politiques à l'échelle internationale.

Parvenir à un accord au sein des Nations-Unies, compte tenu de la multiplicité et de la diversité des pays membres, est en soi un exercice complexe, voire acrobatique. Et celui-ci peut se trouver facilité, ou au contraire drastiquement compliqué, par certaines évolutions géopolitiques. Or, le contexte a fortement changé depuis 2016[10]. Au-delà de la poursuite du débat international sur la légalisation du cannabis, la polarisation politique de plusieurs pays ne permet pas de présager une conclusion progressiste au segment ministériel de 2019. En effet, les pays ayant demandé l'organisation de l'UNGASS 2016, la Colombie, le Guatemala et le Mexique, ont connu un revirement politique ; les conservateurs ont accédé au pouvoir et la société civile a perdu de son influence. On peut également souligner la crise des droits humains en Asie du Sud-Est et les nombreuses violences contre les usager·e·s de drogues (27.000 exécutions extrajudiciaires ont été perpétrées depuis 2016 aux Philippines). Le départ du président Obama et l'arrivée du président Trump à la Maison Blanche marquent le retour d'une approche punitive à l'encontre des drogues, et ce, malgré la crise des opioïdes qui décime la population américaine. En Europe, la montée du populisme et la crise politique autour des mouvements migratoires éloignent l'attention de la problématique des drogues. De plus, le front russe (c'est-à-dire la Russie et les pays politiquement proches de la Russie) persiste et défend une approche répressive des drogues.

L'ÉVALUATION DE LA STRATÉGIE «DROGUES» DES NATIONS-UNIES 2009-2019 : LE RAPPORT PARALLÈLE DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

L'IDPC (International Drug Policy Consortium) est un réseau mondial regroupant 177 organisations non-gouvernementales qui s'intéressent aux problématiques liées à la production, le trafic et l'usage de drogues. L'IDPC promeut et encourage un débat objectif et ouvert sur l'efficacité, l'orientation et le contenu des politiques «drogues» au niveau national et international. Il soutient la mise en place de politiques qui reposent sur des preuves scientifiques et qui participent à la réduction des dommages liés aux drogues.

En octobre 2018, l'IDPC a publié un rapport évaluant les impacts des politiques «drogues» implantées dans le monde depuis 2009, sur base des données des Nations-Unies (plus particulièrement de l'Office des Nations-Unies contre la drogue et le crime, ou UNODC), des publications scientifiques et de la littérature grise produite par la société civile. Ce rapport évalue notamment les progrès réalisés par rapport aux objectifs poursuivis par le plan d'action 2009-2019 des Nations-Unies.

L'IDPC évalue également le plan d'action de 2009 par rapport aux autres priorités des Nations-Unies, notamment protéger les droits humains, promouvoir la paix et la sécurité, et promouvoir le développement durable.

Au cours de cette dernière décennie, les politiques répressives en matière de drogues, qui visent à l'éradication du marché illégal, ont été associées à nombre de violations des droits humains et à la mise en branle de la santé et de l'ordre publics. Les droits humains comprennent le droit à la vie, le droit d'accéder au meilleur état de santé possible, le droit de bénéficier des progrès liés à la recherche scientifique, le droit de ne pas être soumis à la torture et autres traitements ou punitions cruels, inhumains et dégradants, le droit à la liberté et de ne pas être soumis à la détention arbitraire, le droit à un jugement équitable et au respect d'une procédure régulière, les droits des personnes indigènes, et le droit de ne pas être sujet à discrimination.

Si le rapport de l'IDPC est bien évidemment plus complet, nous soulignerons ici quelques données saillantes qui témoignent du non-respect des droits humains. Depuis 2009, 3.940 personnes ont été exécutées pour des délits liés à la drogue. Dans le monde, un détenu sur cinq est incarcéré pour des faits liés à la drogue, dont une majorité pour simple possession pour usage personnel. Dans certaines parties du globe, la proportion de femmes incarcérées pour des faits liés à la drogue s'élève à 80 % (particulièrement dans certains pays d'Amérique latine et en Thaïlande). De plus, dans plusieurs pays, les personnes condamnées pour des faits liés à la drogue sont encore victimes de punitions excessives (y compris des actes de torture et autres mauvais traitements).

Sur le plan de la santé, seul 1 % des usager·e·s de drogues par injection vit dans des pays ayant une couverture suffisante en termes de programmes d'échange de seringues ou de traitement de substitution aux opiacés. L'accès aux programmes et outils de réduction des risques est encore plus limité au sein des prisons et autres lieux de détention. La conséquence directe de ce déficit est une prévalence du VIH, de l'hépatite B et de la tuberculose 2 à 10 fois plus élevée chez les personnes détenues qu'au sein de la population générale. L'augmentation vertigineuse du nombre d'overdoses fatales, en particulier en Amérique du Nord, est également un sujet de préoccupation majeur. Par ailleurs, 75 % de la population mondiale, principalement concentrés sur l'hémisphère sud, n'a pas accès aux médicaments essentiels de traitement de la douleur (tandis que 17 % se partagent 92 % de la morphine). De plus, nombre d'agences onusiennes identifient la criminalisation et la stigmatisation des usager·e·s de drogues comme un obstacle majeur à l'accès aux services de santé et de réduction des risques.

En ce qui concerne la promotion de la paix et de la sécurité, force est de constater que les campagnes répressives et militarisées de contrôle des drogues affaiblissent généralement la paix et la sécurité. De plus, les stratégies de démantèlement d'importants pôles et circuits de trafic se concluent le plus souvent par un déplacement du marché, plutôt qu'une

10 Intervention de Marie Nougier (IDPC) lors du Forum Addiction & Société des 16 et 17 octobre 2018, organisé à Bruxelles par Epsylon asbl, Action for Teens asbl, l'UCL, Univers Santé asbl, et la Fédito bruxelloise.

ÉVALUATION DES PROGRÈS RÉALISÉS PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS DE L'ARTICLE 36 DU PLAN D'ACTION 2009-2019 DES NATIONS-UNIES (IDPC, 2018)

	Objectifs poursuivis : Éliminer ou réduire sensiblement et de façon mesurable…	Progrès et constats
1	… la culture illicite du pavot à opium, du cocaïer et de la plante de cannabis [11]	› Augmentation de 130 % de la culture de pavot à opium (+35 % de production d'opium potentielle) › Augmentation de 34 % de la culture de cocaïer (+44 % de production de cocaïne potentielle)
2	… la demande illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, ainsi que les risques sanitaires et sociaux liés aux drogues	› Augmentation de 31 % du nombre d'usager·e·s entre 2011 et 2016 › Drogues les plus consommées sont le cannabis (+17 %), les opioïdes (+16 %) et les amphétamines et les stimulants sur ordonnance (+136 %) (2011›2016) › Prévalence globale du VIH, de l'hépatite C et de la tuberculose parmi les usager·e·s de drogues par injection demeure élevée mais stable (2011›2018) › Augmentation de 145 % du nombre de décès liés aux drogues (2011›2015). Entre 33 et 50 % de ces décès sont des overdoses fatales
3	… la production, la fabrication, la commercialisation, la distribution et le trafic illicites de substances psychotropes, notamment de drogues synthétiques	› Détection de 803 nouvelles substances psychoactives dans le monde entre 2009 et 2017 › Niveau record d'usage illégal de médicaments psychoactifs de prescription dans certaines parties du globe (notamment en Amérique du Nord)
4	… le détournement et le trafic illicite de précurseurs	› Augmentation de l'utilisation et du nombre de précurseurs dans la production de drogues illégales › Les productions de cocaïne et d'héroïne ont augmenté, malgré la hausse du nombre des saisies des précurseurs utilisés dans la fabrication de ces produits
5	… le blanchiment d'argent lié aux drogues illicites	› Le marché global des drogues génère entre 426 et 652 millions de dollars américains › Plus de la moitié des profits générés passe par le blanchiment d'argent › Moins de 1 % de l'argent blanchi est saisi

réduction globale des activités illégales liées à la drogue. Par exemple, la répression de l'opium entre 2009 et 2018 a conduit à une diminution de la culture en Asie du Sud-Est, mais également à une augmentation de la production en Afghanistan (qui produit désormais 86 % de l'opium mondial).

Enfin, concernant le développement durable, l'IDPC souligne l'importance d'une approche compréhensive, notamment vis-à-vis des multiples raisons qui poussent les gens dans le marché illicite et la culture illégale. Le document final de l'UNGASS 2016 requiert des États membres qu'ils s'intéressent et répondent aux différents facteurs liés à la culture illégale. Depuis 2009, la plupart des pays de culture illégale ont adopté des programmes de développement alternatif, parallèlement à des campagnes d'éradication. Toutefois, peu de pays ont intégré ces programmes à une stratégie de développement durable et compréhensif.

En prévision du segment ministériel de 2019, l'IDPC formule quatre recommandations afin de réorienter la politique «drogues» internationale, non plus vers des approches punitives et nocives, mais vers des politiques plus humaines et efficaces :

1) Se dégager de l'objectif d'atteindre «une société exempte d'usage de drogues illicites». Le rapport de l'IDPC met en lumière que les mesures mises en place pour «éliminer ou réduire sensiblement et de façon mesurable» le marché illégal de la drogue ont biaisé les priorités politiques, ont détourné les fonds publics des approches favorables à la santé publique et au développement durable, et ont servi à justifier nombre de violations des droits humains ;

2) Refléter, de manière significative, les grandes priorités des Nations Unies en termes de promotion de la santé, de protection des droits humains, de développement durable, et de consolidation de la paix et de la sécurité ;

3) Tenir compte des réalités des politiques «drogues» sur le terrain, qu'elles soient positives (c'est-à-dire les réformes dans le domaine de la réduction des risques, des traitements, de la décriminalisation, des alternatives à l'emprisonnement, du cannabis thérapeutique ou de la régulation du cannabis récréatif) ou négatives (c'est-à-dire les violations des droits humains, la peine de mort, les exécutions extrajudiciaires, les emprisonnements massifs, les mauvaises conditions de détention, la stigmatisation et la discrimination des usager·e·s de drogue, etc.) ;

4) En finir avec les approches punitives et mettre les personnes et communautés au centre des préoccupations, en améliorant leurs conditions de vie, en tenant compte de leurs vulnérabilités et en protégeant leurs droits fondamentaux.

11 Aucune estimation récente de la culture de cannabis de l'UNODC n'était disponible pour le rapport de l'IDPC.

1.2

DROGUES ILLICITES : LE CADRE LÉGAL ET POLITIQUE FÉDÉRAL

N.B. : les cadres légaux et politiques spécifiques à certaines drogues (tabac, alcool, cannabis, etc.) sont répartis dans les chapitres qui leur sont dédiés. Nous nous intéressons ici au cadre global des drogues illicites tel qu'il est depuis l'arrêté royal du 6 septembre 2017.

1.2.1. LE CADRE POLITIQUE FÉDÉRAL

LES STRATÉGIES NATIONALES «DROGUES»

En 2001, une note gouvernementale intitulée «Une politique globale et intégrée en matière de drogues» a été adoptée. Cette note politique se veut un document à long terme et entend prévenir et réduire les risques qui pèsent sur les usager·e·s de drogues (licites et illicites), leur environnement et la société. L'usage de drogues y est considéré comme un problème de santé publique. La note comprend trois piliers principaux :

1) prévention de la consommation de drogues chez les non-usager·e·s et les usager·e·s non-problématiques et prévention des nuisances liées à l'usage,
2) réduction des risques, traitement et (ré)intégration des usager·e·s problématiques (basés sur des preuves scientifiques),
3) répression des producteurs et trafiquants.

Afin de réaliser cette politique globale et intégrée, il était nécessaire de régler la coopération entre les différents niveaux de pouvoir (fédéral, communautés, régions). D'une part donc, la Conférence interministérielle (CIM) Santé publique réunit les membres du Gouvernement fédéral et des Gouvernement fédérés ayant des compétences en santé et organise en son sein une Réunion thématique Drogues.

D'autre part, la «Déclaration commune des Ministres de la Santé publique relative à l'accord de coopération pour une politique de drogues globale et intégrée» a été conclue en 2002. Suite à cet accord de coopération, la Cellule générale de politique en matière de drogues (CGPD) a été créée en 2008 et chargée de la coordination de la politique drogues globale et intégrée. La CGPD est composée de 35 représentant·e·s ministériels des entités fédérale et fédérées et assiste la Réunion thématique drogues dans ses missions. Elle prépare la CIM Santé publique et formule des propositions. Ces dernières sont soumises à la Réunion thématique drogues qui prend la décision finale.

En 2010, la Réunion thématique drogues a approuvé la «Déclaration conjointe pour une politique globale et intégrée en matière de drogues en Belgique». Cette déclaration conjointe statue qu'une politique globale et intégrée a besoin de prévention, de détection et intervention précoces, d'offre d'aide y compris la réduction des risques, et de répression. La répression envers les consommateurs et consommatrices est «l'ultime remède».

En 2015, la Réunion thématique drogues a décidé d'actualiser cette déclaration et a confié cette tâche à la CGPD. L'actualisation de cette déclaration est toutefois conditionnée par la résolution d'une série de sous-discussions portant notamment sur l'alcool (et le plan national alcool, voir chapitre 5.2.1), le tabac, les jeux de hasard et d'argent, et les salles de consommation à moindre risque (SCMR, voir chapitre 1.2.3. Les salles de consommation à moindre risque). Or, nombre de ces sous-discussions n'ayant pas encore abouti à un accord entre le fédéral et les entités fédérées, la déclaration conjointe n'a pas encore été actualisée.

LA POLITIQUE FÉDÉRALE EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ

Les membres de la Conférence interministérielle (CIM) de politique de maintien et de gestion de la sécurité ont créé un groupe de travail composé d'expert·e·s[12]. Ce dernier est chargé de préparer la note-cadre de Sécurité intégrale (NCSI) 2016-2019 et le plan national de sécurité (PNS) 2016-2019, en collaboration avec les acteurs de la chaîne de sécurité.

Les propositions de NCSI et de PNS élaborées, le ministre de la Sécurité et de l'Intérieur (Jan Jambon) et le ministre de la Justice (Koen Geens) ont présenté celles-ci au Conseil des Ministres qui a marqué son accord le 7 juin 2016[13].

La NCSI 2016-2019 définit dix ensembles de phénomènes de sécurité prioritaires, dont la «politique intégrée et intégrale actualisée en matière de drogues», que nous développons ci-dessous. Le PNS 2016-2019, quant à lui, présente les objectifs spécifiques pour la police, qui s'inscrivent dans le prolongement de la NCSI. Ainsi, ces objectifs décrivent la contribution de la police fédérale et de la police locale pour les dix ensembles de phénomènes de sécurité.

LA NOTE-CADRE DE SECURITE INTEGRALE 2016-2019 [14]

Le Gouvernement fédéral et la CGPD considèrent que la consommation de substances psychoactives licites et illicites est du ressort de la Santé publique. Selon la NCSI, une politique «drogues globale et intégrée» doit à la fois agir sur l'offre et la demande. Pour cela, elle repose sur la collaboration entre tous les acteurs politiques concernés, à tous niveaux de pouvoir.

La NCSI 2016-2019 souligne que les piliers essentiels d'une politique globale et intégrée sont la prévention, la détection et l'intervention précoce, la réduction des risques, l'assistance, la postcure et l'intégration sociale.

12 Du niveau fédéral, des entités fédérées, local, du monde administratif, judiciaire, policier et académique.
13 Communiqué de presse du 7 juin 2016, site internet officiel de Koen Geens.
14 Nous invitons le lecteur ou la lectrice à se référer à notre rapport 2016 pour une analyse critique de la NCSI 2016-2019.

La NCSI entend lutter contre le trafic de drogues illicites sur les plans local, national et international afin de réduire l'offre de drogues[15], exigeant une collaboration entre les différents niveaux de pouvoir et de police.

La **réduction de l'offre** doit reposer sur un monitoring permanent et performant des marchés illégaux de drogue belges et internationaux ayant des ramifications en et vers la Belgique. Cette mission est du ressort de la police fédérale. La police locale, quant à elle, est chargée d'approcher les marchés locaux[16]. Concernant plus spécifiquement les nouvelles substances psychoactives (NSP), dont l'une des caractéristiques est d'être en évolution permanente afin de contourner la législation, la NCSI rappelle que la Belgique s'appuie sur un système d'alerte précoce belge et européen rapide et réactif. Enfin, la politique belge en matière de drogues doit être soutenue par un monitoring permanent et des recherches scientifiques. Le monitoring devra plus particulièrement porter sur :

- Le développement des «instruments et pratiques de monitoring pour l'implantation des indicateurs clés[17] ainsi que dans le cadre d'une surveillance constante des substances à risques» ;
- Le renforcement et la pérennisation des partenariats entre les sous-points focaux régionaux ;
- Le renforcement de la circulation et du partage des informations entre tous les départements impliqués (Santé publique, Justice, Affaires intérieures, etc.) «afin de développer une image intégrée du marché de la drogue».

En matière de **réduction de la demande**, le Gouvernement entend mener une «politique de santé et de bien-être», dont les priorités sont :

- Dissuader la consommation de drogues et la consommation nocive d'alcool ;
- Retarder la première consommation de drogues et/ou d'alcool ;
- Réduire les risques et dommages liés à la consommation d'alcool et/ou de drogues ;
- Offrir des soins et de l'assistance de qualité aux personnes présentant un problème lié à l'alcool et/ou aux drogues.

La NCSI précise qu'une attention particulière sera accordée aux «groupes vulnérables» que sont les jeunes, les jeunes parents usager·e·s de drogues et leurs enfants, les minorités ethniques et culturelles, et les personnes détenues. Les mesures mises en œuvre pour réaliser les priorités en matière de réduction de la demande sont :

- Renforcer la prévention (générale, sélective ou ciblée), compétence du ressort des Communautés, notamment dans les écoles, sur le lieu de travail et dans les lieux d'activités de loisir. La NCSI a aussi l'intention de réduire le dopage en portant son attention à la prévention et à la détection du dopage dans le secteur médical, le secteur sportif et dans le cadre d'activités sportives à l'école ;
- Renforcer l'usage d'outils de détection, d'intervention précoce et de réduction des risques, ce qui relève également de la compétence des Communautés et de celle des Régions ;
- Etendre la couverture territoriale et soutenir la diversité de l'offre d'assistance et de bien-être. Garantir la continuité des soins implique l'existence et l'accès à un nombre suffisant de services généraux et spécialisés, de centres et d'équipes ambulatoires ou résidentiels et de réseaux adéquats ;
- Prévoir davantage de places dans des services résidentiels spécialisés en assuétudes ;
- Poursuivre les mesures alternatives pour les consommateurs de drogues aux différents niveaux de la chaîne pénale ; d'une part, en soutenant les collaborations entre acteurs (de la police, de la Justice, des services d'aide et d'assistance) et, d'autre part, en élargissant le recours à la médiation afin qu'elle puisse «être adaptée aux victimes de crimes et offrir un cadre juridique aux projets pilotes en cours» ;
- Développer la politique de santé pour les consommateurs en prison, «avec une attention particulière pour la continuité des soins après la détention». Les compétences impliquées dans les soins aux détenu·e·s et ex-détenu·e·s sont partagées entre le fédéral et les entités fédérées. En effet, alors que les soins dispensés en milieu libre sont de la compétence Régions, les soins au sein des prisons dépendent, eux, du SPF Justice[18]. Les services de prévention, de promotion de la santé et de RdR auprès des ex-détenu·e·s sont, quant à eux, de la compétence des Régions ;
- Renforcer la sécurité routière et les contrôles auprès des conducteurs.

Aucune évaluation des mesures proposées n'est disponible pour le moment. Il est dès lors difficile d'estimer si celles-ci ont effectivement été mises en place et si elles ont porté leurs fruits.

15 Contrairement aux mesures de réduction de la demande, la réduction de l'offre ne s'intéresse qu'aux drogues illicites et ne propose aucune initiative visant à réduire l'offre d'alcool. Nous invitons le lecteur à lire la partie consacrée au plan national alcool pour compléter ce point d'attention.

16 La police locale est également chargée de veiller au respect des restrictions légales en matière de disponibilité de boissons alcoolisées pour les mineur·e·s et dans les lieux de vente nocturnes.

17 C'est-à-dire les 5 indicateurs clés recommandés par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) : la prévalence de l'usage de drogues dans la population générale, la prévalence de l'usage problématique (ou à risques) de drogues, la demande de traitement chez les usagers de drogues (TDI), les maladies infectieuses liées à l'usage de drogues, et la mortalité liée à l'usage de drogues.

18 Le transfert de la compétence «santé des personnes détenues» du SPF Justice vers le SPF Santé publique est l'une des revendications majeures du secteur spécialisé en assuétudes, dans le but d'appliquer réellement l'égalité de traitement entre personnes détenues et non-détenues. La Concertation Assuétudes-Prison de Bruxelles (CAPB) a lancé un appel pour un transfert de compétences en mars 2014, avec le soutien de la Fédito bruxelloise et de la Fédito wallonne.

CADRE LÉGAL FÉDÉRAL ACTUELLEMENT APPLIQUÉ		
Loi du 24 février 1921 (modifiée par la loi du 9 juillet 1975) concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes		
Loi du 4 avril 2003 modifiant la loi du 24 février 1921	**Loi du 3 mai 2003** modifiant la loi du 24 février 1921[19]	**Loi du 7 février 2014** modifiant la loi du 24 février 1921
Arrêté royal du 6 septembre 2017		
Circulaire commune du 21 décembre 2015 (révisée le 18 juin 2018)		

1.2.2. LE CADRE LÉGAL FÉDÉRAL

LA LOI DU 24 FÉVRIER 1921

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

La loi de 1921 a été rédigée suite à la ratification par la Belgique de la Convention internationale de l'opium (La Haye, 1912). La loi française de 1916 avait alors servi de modèle à la rédaction de la loi de 1921. Toutefois, le contexte belge était alors bien différent de celui de ses pays limitrophes. Les problèmes liés à l'usage de drogues avaient été à l'époque fortement exagérés et il n'y avait pas de fumeries d'opium (Guillain, 2003 ; Toro, 1998). Ce contexte initial de lutte contre les fumeries d'opium explique certaines mesures de la loi de 1921, notamment l'interdiction de toute incitation à la consommation et de la mise à disposition de lieux de consommation, qui freine encore aujourd'hui la mise en place de salles de consommation à moindre risque[20].

La Convention internationale de 1912 et la loi de 1921 étendent la lutte contre le commerce illicite des drogues et autorisent à poursuivre la possession de drogues illégales, sans opérer de distinction entre possession pour usage personnel et possession pour la revente.

La loi de 1921 a été largement modifiée par la loi de 1975, engageant davantage la loi de 1921 sur le chemin de la répression et introduit notamment des infractions nouvelles (dont l'usage en groupe), une augmentation des sanctions applicables en cas de délits relatifs aux drogues, de nouvelles circonstances aggravantes, l'exemption ou la réduction des peines pour les dénonciateurs, ou possibilité pour les tribunaux de doubler les peines en cas de récidive dans un délai de cinq ans (Guillain, 2003).

Le contexte géopolitique est ici extrêmement important. Les mouvements sociaux contestataires et libertaires (vis-à-vis du contrôle social et des rapports de domination) marquent les années 60 et 70, à la fois aux États-Unis et en Europe occidentale. Afin de restaurer les «valeurs traditionnelles» et de contrôler les factions de cette contre-culture, dont la consommation de drogues était perçue comme l'expression de la décadence de la société occidentale, nombre d'États ont adopté des textes de loi davantage répressifs en matière de drogue (par ferveur ou par mimétisme ; Toro, 1998 ; Guillain, 2003). C'est l'époque du président américain Nixon et de sa «guerre contre la drogue», de la ratification de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 et de la Convention sur les substances psychotropes de 1971.

Si la loi de 1921 (avant et après la réforme de 1975) ne vise pas la consommation *per se* de drogues, force est de constater que de nombreux usager·e·s sont condamnés pour des faits de simple consommation. La consommation impliquant la détention de drogues illicites, les tribunaux ont à leur disposition un flou permettant d'incriminer l'usage et les usager·e·s.

La loi de 1921 n'établit pas de distinction entre les différents faits liés aux drogues illicites. Ainsi, un·e usager·e poursuivi·e pour détention peut encourir les mêmes peines que celui ou celle qui s'adonne à la vente de drogues illicites. Et ce manque de précision laisse la place à l'arbitraire dans les décisions de justice et dans l'application de la loi (Guillain, 2003).

19 L'article 16 de la loi du 3 mai 2003, annulé par la Cour d'arbitrage en 2004, introduisait la dérogation à l'obligation de rédiger procès-verbal ordinaire pour toute constatation de détention de cannabis, ainsi que la définition des «nuisances publiques» comme circonstance aggravante. L'annulation de cet article a laissé un vide juridique, que la directive commune du 25 janvier 2005 tentait de pallier (directive désormais abrogée et remplacée par la circulaire commune du 21 décembre 2015).

20 Sous l'impulsion de la Ville de Liège, une SCMR a ouvert à Liège en septembre 2018, sans l'accord du fédéral, mais bien avec le soutien de la Région wallonne, du procureur général de Liège, de l'avocat général et du procureur du Roi à Liège. Toutefois, en l'absence de modification de la loi de 1921, cette SCMR existe dans l'illégalité. Le sujet des SCMR est davantage développé dans le chapitre 1.2.3. Les salles de consommation à moindre risque.

PEINES
relatives aux faits d'importation, exportation, transit, fabrication, conservation, étiquetage, transport, détention, courtage, vente et offre en vente, délivrance et acquisition, à titre onéreux ou à titre gratuit, de substances illicites (prévues par la loi de 1921)[21]

Types de substances	Peines encourues[22]		Les circonstances aggravantes
Substances toxiques, désinfectantes ou antiseptiques	› Emprisonnement de 8 jours à 3 mois et/ou une amende de 100 à 3.000 euros pour conservation et délivrance de ces substances ; › Emprisonnement d'un 1 à 5 ans et/ou une amende de 3.000 à 100.000 euros pour tout autre fait.		
Substances soporifiques, stupéfiantes et autres substances psychotropes susceptibles d'engendrer une dépendance[23]	**Sans circonstances aggravantes**	**Avec circonstances aggravantes**	1) Le/la délinquant·e était membre ou dirigeant·e d'une association qui délivre de la drogue ; 2) Les délits ont été commis à l'égard de mineur·e·s ; 3) L'usage de drogue a provoqué chez autrui une maladie paraissant incurable, une incapacité permanente de travail, la perte de l'usage absolu d'un organe, une mutilation grave voire la mort.
	Emprisonnement de 3 mois à 5 ans et une amende de 1.000 à 100.000 euros	Emprisonnement de 5 à 20 ans, éventuellement majoré d'une amende de 1.000 à 100.000 euros	›

L'ARRÊTÉ ROYAL DU 6 SEPTEMBRE 2017

La loi du 7 février 2014 modifiant la loi du 21 février 1921[24] a introduit la possibilité, pour le Roi, d'établir une classification générique des substances soumises aux règles et au contrôle visés par la loi de 1921. Sur proposition de la Ministre de la Santé publique (Mme De Block), du Ministre des Finances (M. Van Overtveldt) et du Ministre de la Justice (M. Geens), l'arrêté royal du 6 septembre 2017 (publié le 26 septembre 2017) établit une telle classification[25]. Le secteur associatif spécialisé n'a cependant pas été consulté par les autorités fédérales.

Une classification générique interdit de fait des produits spécifiques, mais aussi des groupes de substances ayant une structure chimique partiellement commune. En effet, jusque maintenant, le moindre changement moléculaire excluait une nouvelle substance de la législation, la rendant temporairement légale. Or, une même structure chimique de base peut, par une quasi-infinité de variations et combinaisons chimiques possibles, donner naissance à un panel immense de substances dont les effets sont plus ou moins semblables.

Ce changement de stratégie législative permet une interdiction anticipative de nouvelles substances psychoactive (NSP)[26] et vise une lutte plus efficace contre la diffusion de celles-ci, en réduisant totalement le délai de procédure entre la découverte d'une NPS 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.

L'arrêté royal du 6 septembre 2017 transpose la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 et la Convention sur les substances psychotropes de 1971 qui listent une série de substances illicites[27]. Il reprend également des dispositions nationales et des substances qui ne sont pas encore reprises dans les conventions de 1961 et 1971.

LES AUTORISATIONS D'ACTIVITÉS, D'UTILISATEUR ET DE PARTICULIER

L'arrêté royal du 6 septembre 2017 interdit à quiconque d'importer, exporter, transporter, fabriquer, produire, détenir, vendre ou offrir en vente, fournir, délivrer ou acquérir des produits, à titre onéreux ou à titre gratuit. La culture de plants de cannabis, de coca et de l'espèce Papaver somniferum L (pavot somnifère) est également proscrite. Il institue toutefois la possibilité d'obtenir une autorisation auprès du/de la Ministre en charge de la Santé publique ou de son/sa délégué·e.

21 Ce tableau ne reprend pas l'ensemble des peines prévues par la loi de 1921 et appliquées actuellement. Pour une vision exhaustive, nous invitons nos lecteurs et lectrices à prendre connaissance de la loi en question (http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl ?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=1921022401).

22 Depuis le 1er janvier 2017, les amendes pénales doivent être multipliées par 8.

23 Pour le cas particulier du cannabis, voir chapitre 5.2.4)

24 Loi du 21 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes.

25 Le Gouvernement a par ailleurs demandé l'avis de Sciensano au sujet de la proposition.

26 La notion de NSP (on parle aussi de «nouvelles drogues de synthèse» ou de «nouveaux produits de synthèse») est un terme générique qui comprend : 1) les molécules psychoactives détournées de leur usage en recherche scientifique ; 2) les molécules psychoactives qui sont spécialement synthétisées pour contourner les lois sur les drogues (d'où l'appellation *legal high*, c'est-à-dire euphorisants légaux).

27 Les arrêtés royaux du 31 décembre 1930 et du 22 janvier 1998 transposaient déjà ces Conventions et sont abrogés par l'arrêté royal du 6 septembre 2017.

Les procédures de demande, de modification, de suspension et de retrait des autorisations, ainsi que les inspections, sont réglées par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS)[28].

L'arrêté royal prévoit plusieurs types d'autorisations (valables 3 ans) :

1) L'autorisation d'activités à destination d'une personne morale ou physique est limitée à des fins scientifiques ou médicales ;

2) L'autorisation d'utilisateur final à destination d'une personne morale ou physique concerne la détention, l'acquisition, l'importation, la cession, le transport et l'exportation de quantités limitées de produits qui peuvent être nécessaires dans le cadre de leurs activités professionnelles. L'autorisation est octroyée à des fins scientifiques, analytiques ou éducatives. De plus, la personne titulaire peut se déplacer avec les produits dans le cadre de ses activités professionnelles. Cette disposition pourrait donc concerner les travailleurs et travailleuses de terrain actifs dans les domaines de la prévention et de la RdR (voir ci-dessous).

Ces deux dispositions ne s'appliquent pas à l'acquisition ou détention de médicaments obtenus de manière légale, ni aux activités des pharmacien·ne·s dans les limites de leurs impératifs professionnels.

3) L'autorisation de particulier[29] a été élaborée spécifiquement pour les substances GBL (précurseur du GHB) et 1,4-butanediol (précurseur du GBL) puisque, si ces substances font parfois l'objet d'usages détournés, il s'agit de produits d'usage commun[30]. Dès lors, le système normal d'autorisations d'activités, d'importations et d'exportations ne convient pas et un contrôle de la distribution et des déclarations des acheteurs n'est pas possible. Une telle autorisation est attribuée sous réserve que le particulier prouve que les substances sont destinées à un usage légal et qu'il n'y a pas d'alternative à celles-ci pour obtenir un même résultat.

DE L'INSÉCURITÉ JURIDIQUE

Les sanctions en cas d'infraction aux dispositions de l'arrêté royal sont celles prévues dans la loi de 1921. L'arrêté royal de 2017 précise que l'obtention de produits au moyen d'une fausse prescription médicale ou tout autre moyen frauduleux est interdite. De plus, tout médecin, médecin-vétérinaire ou licencié en science dentaire qui prescrit ou achète une «quantité excessive» de médicaments, devra pouvoir en justifier l'emploi devant la Commission médicale de la circonscription administrative. La notion de «quantité excessive» n'est toutefois pas précisée et semble donc libre d'interprétation. Les praticien·ne·s prescrivant des traitements de substitution se trouvent dès lors dans une situation incertaine, chaque patient·e se voyant prescrire des quantités différentes et certains patient·e·s requérant parfois d'importantes quantités pour être stabilisés. Toutefois, le Roi n'est pas compétent pour limiter la liberté de prescrire des médecins ; un recours a été déposé auprès du Conseil d'État.

Les autorisations d'utilisateur final devraient permettre la détention et le transport de substances illicites dans le cadre d'activités professionnelles, et ce, à des fins «scientifiques ou analytiques». Théoriquement donc, ces autorisations devraient permettre aux centres de testing de poursuivre leurs activités. Toutefois, la définition des fins «scientifiques ou analytiques» pourrait exclure les centres de testing. La notion de «fin scientifique» n'est en effet pas définie par l'arrêté royal de 2017, ni par le rapport au Roi ; la notion de «fin analytique» quant à elle, est définie par le rapport au Roi comme relevant des activités des laboratoires. La poursuite des programmes de testing n'est donc pour le moment pas garantie. Interpelée à ce sujet à la Commission de la santé publique de la Chambre des représentants, Mme De Block a déclaré reconnaître toute l'importance du testing en matière de santé publique, tant pour les usager·e·s de drogues que pour son rôle dans l'alimentation du système d'alerte précoce. La ministre semble donc vouloir continuer à soutenir les dispositifs de testing. Il est toutefois important de préciser que le cadre législatif actuel ne garantit pas la pérennité du testing, et que celle-ci repose sur la bonne volonté du ou de la ministre de la santé en fonction.

L'arrêté royal de 2017 contient des mesures propres au cannabis, que nous détaillons au chapitre 5.2.4.

28 L'AFMPS est l'autorité compétente en matière de qualité, de sécurité et d'efficacité des médicaments et des produits de santé. Elle assure, en tant qu'autorité nationale compétente, les obligations qui incombent à la Belgique concernant le contrôle du commerce licite international en vertu des conventions de 1961 et de 1971.

29 Un particulier est défini par l'arrêté royal comme toute personne physique qui n'est pas un opérateur économique.

30 Ces produits sont en effet utilisés à grande échelle à des fins de production dans l'industrie (par exemple en tant que dissolvant pour les colles) et à moindre échelle par les particuliers (dans le cadre de constructions, par exemple).

UNE SOLUTION À LONG TERME ?

En premier lieu, l'arrêté royal de 2017 renferme un défaut de mise en application. En effet, la description des substances prohibées requiert, de la part du système policier et judiciaire (notamment des magistrat·e·s et le parquet), des connaissances scientifiques permettant de déchiffrer les schémas moléculaires des substances prohibées et d'identifier les produits effectivement interdits.

Ensuite, les motivations de l'arrêté royal du 6 septembre 2017 soulignent toute l'importance de freiner la mise sur le marché de (nouvelles) substances dangereuses, au nom de la santé publique. Les NSP ont toutefois les mêmes défauts (quoique parfois exacerbés) que les drogues dites «traditionnelles» : leurs production, trafic et bénéfices sont aux mains des organisations mues exclusivement par le profit ; leur composition est bien souvent inconnue ou inexacte, et potentiellement dangereuse ; et l'usager·e est souvent mal informé de ce qu'il consomme et des risques liés. Et si toutes les NSP ne sont pas forcément dangereuses sur le plan sanitaire, certaines peuvent toutefois engendrer un risque d'intoxication grave voire de décès pour plusieurs raisons :

› Leur profil pharmacologique et toxicologique est souvent inconnu (la dose active, la dose toxique, les effets, leur durée, les interactions avec d'autres produits, les contre-indications,…). De plus, ces produits sont vendus en ligne sans notice d'utilisation, vu qu'ils ne sont soi-disant pas destinés à la consommation humaine ;
› Ces produits sont synthétisés puis éventuellement reconditionnés en dehors de tout contrôle sanitaire. Il existe donc un risque important et avéré d'erreur d'étiquetage, de dosage variable et approximatif, de mélange de molécules ou encore de contamination bactérienne. Ce risque est plus important lorsque les produits sont reconditionnés avant d'être revendus (comme c'est le cas par exemple avec les produits de type «Spice») ;
› Ces substances font courir des risques supplémentaires au consommateur lorsqu'elles sont vendues sur le marché noir à la place de drogues classiques sans que l'usager·e en soit informé. Dans ce cas, le danger est particulièrement important lorsque les effets et le dosage ne correspondent pas à ceux de la drogue attendue ;
› Elles sont souvent consommées dans un contexte de polyconsommation, ce qui augmente les risques de bad trip ou de surdose, en particulier lorsque l'usager·e ne connait pas la composition, le dosage, les effets, les contre-indications et les interactions médicamenteuses des produits.

Si la classification générique s'inscrit sans nul doute dans une noble perspective d'efficacité législative, elle poursuit cependant le dessein prohibitionniste de la loi de 1921 et ne retire en aucun cas le monopole du trafic de drogues illicites des mains des organisations criminelles. Ce qui ne fait que prolonger le statu quo :

› Les NSP (et les drogues «traditionnelles») vont continuer à circuler, que leur statut soit légal ou non, et à profiter à l'économie souterraine et criminelle aux dépens de la santé des usager·e·s et de la population générale. Elles continueront d'autant plus à circuler qu'une grande partie des NPS sont achetées par internet (y compris le darknet) et envoyées aux usager·e·s par colis postal ;
› Les usager·e·s vont continuer à consommer, sans davantage savoir ce qu'ils consomment, comment ils doivent consommer et en quelle quantité, quels effets ils peuvent attendre du produit et comment ils peuvent réduire les risques liés à la consommation de drogues ;
› L'usage(r) de drogue est toujours criminalisé, ce qui implique deux problèmes majeurs : les programmes de prévention, de promotion de la santé et de RdR ne sont pas suffisamment développés, soutenus et financés par les autorités publiques, alors qu'ils sont indispensables à la santé publique ; l'accès aux soins, à l'information et aux outils de RdR est handicapé par la stigmatisation des usager·e·s, la peur des sanctions pénales et judiciaires, le manque de moyens humains et financiers, et l'assimilation des usager·e·s problématiques par l'appareil pénitentiaire.

La diffusion exponentielle des NSP souligne, si cela était encore nécessaire, l'échec de la «guerre contre les drogues». Les ressources et l'ingéniosité de marché illégal des drogues est sans pareil dès lors qu'il s'agit de contourner la loi et de générer plus de bénéfices.
La nature marchande du marché des drogues, dont le caractère criminel pourrait presque être secondaire, suppose que son existence et sa pérennité reposent sur sa capacité à engendrer du profit. Les intérêts du marché ne résident pas dans la bonne santé des usager·e·s, la baisse de la prévalence de l'usage ou celle de l'âge du premier usage, ou encore le développement des programmes de prévention et de RdR.

LA CIRCULAIRE COMMUNE DU 21 DÉCEMBRE 2015 (RÉVISÉE EN 2018)[31]

La législation en vigueur, telle que décrite ici, manque de clarté. Avant l'adoption du nouvel arrêté royal du 6 septembre 2017, l'interprétation et l'application de la loi étaient éclairées par la directive commune du 25 janvier 2005, la circulaire ministérielle du 16 mai 2003, et la circulaire commune du 21 décembre 2015.

L'adoption de l'arrêté royal de 2017 a nécessité la révision de ladite circulaire en 2018. La circulaire révisée abroge désormais la directive du 25 janvier 2005 et la circulaire ministérielle du 16 mai 2003, dont elle centralise les contenus.

Les circulaires ne sont pas des textes contraignants, si ce n'est pour les membres du ministère public. Un magistrat du parquet peut dès lors tout à fait s'écarter de celles-ci, à condition de motiver sa décision.

Selon la circulaire, toute infraction liée à une substance autre que le cannabis donnera lieu à la rédaction d'un procès-verbal ordinaire ou d'un procès-verbal EPO (enquête policière d'office, conformément à la circulaire 8/2005). De plus, les substances illégales seront systématiquement saisies (y compris le cannabis). Lorsque des substances illicites sont découvertes dans un contexte couvert par le secret professionnel, le/la détenteur·rice du secret professionnel peut remettre celles-ci aux autorités compétentes, en mentionnant qu'il/elle refuse de révéler l'identité de la personne concernée en raison du secret professionnel auquel il/elle est tenu.

Pour des raisons de santé publique, les seringues et/ou aiguilles non usagées ne sont pas saisies par les services de police et sont immédiatement restituées (si la saisie n'est pas indispensable à la manifestation de la vérité). Il est important de noter que la saisie de seringues usagées pourrait entraver le bon fonctionnement des systèmes d'échange de seringues mis en place par plusieurs associations actives en réduction des risques, et dès lors ne pas servir les raisons de santé publique susmentionnées.

La circulaire précise enfin que :

- L'intervention pénale vis-à-vis du/de la consommateur·rice de drogue constitue toujours l'ultime recours. Hormis des situations à risque spécifiques, comme la conduite sous influence et le fait de causer des nuisances publiques, la consommation de drogue ne constitue pas en soi un motif d'intervention répressive ;
- L'intervention pénale tient compte de la situation individuelle de l'intéressé·e. Les consommateur·rice·s plus difficiles qui entrent en contact avec la police ou la justice seront orientés vers des structures d'aide ;
- L'assuétude ne constitue en rien un motif justifiant, excusant ou aggravant un comportement criminel.

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

POURSUITES EN MATIÈRE DE DÉTENTION ET DE VENTE DE DROGUES ILLICITES (autres que le cannabis)

Infractions	Détention par un majeur		Vente au détail	
Critères de politique des poursuites	Pour consommation personnelle, sans circonstances aggravantes	Avec circonstances aggravantes	Pour financer sa consommation personnelle	Par appât du gain
Classement avec éventuellement, avertissement ou orientation	X		X	
Probation prétorienne	X		X	
Extinction de l'action publique suite au paiement d'une somme d'argent (art. 216bis du Code d'instruction criminelle)	X		X	
Extinction de l'action publique (art. 216ter du Code d'instruction criminelle)	X		X	
Citation ou renvoi correctionnel	X	X	X	X

Source : Circulaire COL 15/2015 – politique des poursuites en matière de détention et de vente au détail de drogues illicites (Tableau récapitulatif ; mise à jour le 18/06/2018)

AVIS DES EXPERT·E·S

Sarah Fautré, coordinatrice de la Liaison Antiprohibitionniste

Lors de sa déclaration de gouvernement en 2014, le fédéral annonce d'emblée la volonté d'appliquer la tolérance zéro à l'égard de la détention de cannabis dans l'espace public. En effet, tandis que la modification de la loi de 1921 introduite en 2003 prévoyait une distinction entre drogues «dures» et drogues «douces» pour permettre une différenciation au niveau des peines et ainsi offrir la possibilité de contraventionnaliser les infractions de détention et de culture en vue de l'usage personnel, l'arrêté royal du 6 septembre 2017 (publié le 26 septembre 2017) réinstaure le délit pour ces infractions. C'est donc bien la fin d'un régime de tolérance en ce qui concerne le cannabis et la poursuite d'une politique de prohibition pour l'ensemble des drogues.

Depuis l'entrée en vigueur de cet arrêté royal et la révision de la circulaire commune en juin 2018, il nous semble particulièrement difficile de pouvoir apporter des réponses claires aux personnes désireuses d'en savoir plus sur leurs droits et les risques légaux auxquels elles s'exposent. Juristes et avocats spécialisés s'accordent à dire que la législation actuelle est floue et que l'insécurité juridique reste à l'ordre du jour. En ce qui concerne l'usage de cannabis, l'arrêté royal et la circulaire ne disent pas la même chose et les peines encourues varient. Par ailleurs, le droit n'étant pas une science exacte et sujet à interprétation, et même si la loi est censée être la même pour tout le monde, sa mise en œuvre, quant à elle, est loin de respecter ce principe. En effet, alors que la consommation de drogues illicites est un phénomène partagé par toutes les classes sociales, force est de constater que ce sont les populations les plus fragilisées et d'origine étrangère qui connaissent majoritairement la stigmatisation et la criminalisation.

Après presque 100 ans de prohibition, il est grand temps de changer de paradigme et de sortir de cette vision moralisatrice et mortifère qui ne fait que renforcer l'exclusion et les inégalités.

1.2.3. LES SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE

La Conférence interministérielle Santé publique de 2016 ne s'était pas soldée par une décision favorable à la mise en place de salles de consommation à moindre risque (SCMR) au sein du Royaume. Malgré la position favorable de la Cellule générale de politique drogue (CGPD) et celle des régions bruxelloise et wallonne, le fédéral avait alors réaffirmé sa position : il n'y aura pas de SCMR sous cette législature, leur mise en place ne constituant pas une priorité. Sous les recommandations de la CGPD, les parties s'étaient toutefois accordées pour lancer une nouvelle étude de faisabilité, commanditée par Belspo (Politique scientifique fédérale) et menée par l'Université de Gand et l'Université catholique de Louvain au cours de l'année 2017.

Les conclusions de cette étude de faisabilité (DRUGROOM, voir ci-après) ont été livrées en février 2018 : les SCMR ont montré leur efficacité au cours de ces trente dernières années et leur mise en place ne requiert plus qu'une adaptation de la loi de 1921 (qui condamne actuellement tout rôle «facilitateur» de la consommation et la mise à disposition de lieux de consommation, et donc les SCMR).

Cependant, étant donné le contexte politique actuel et une majorité fédérale aux mains de la N-VA et du CD&V, tout changement de la loi de 1921 semble improbable. Les entités francophones et certaines autorités locales, encouragées par les multiples études scientifiques favorables[32], les conclusions encourageantes de DRUGROOM et l'appui du secteur associatif et judicaire, ont toutefois décidé de s'emparer de la question, même sans l'accord du fédéral.

32 Voir http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms_fr

LES SCMR : UNE COMPÉTENCE RÉGIONALE ?

Avec la 6ème Réforme de l'État, les Régions et Communautés ont hérité des compétences santé et sécurité. Or, les arguments en faveur de la mise en place de SCMR s'ancrent clairement dans une logique de santé publique, de réduction des risques et de santé préventive (éviter la transmission de maladies, lutter contre les dangers pour la santé). De plus, en termes de répartition des compétences entre entités fédérale et fédérées, le principe constitutionnel des «compétences implicites» peut profiter aux initiatives régionales et communautaires. Ce principe reconnaît aux entités fédérale et fédérées la possibilité d'empiéter à un moment donné sur les compétences d'une autre collectivité, à condition que le caractère nécessaire de cet empiètement soit démontré et que cet empiètement soit marginal (et n'empêche pas l'une ou l'autre entité de mener la politique qu'elle souhaite)[33].

33 Intervention de Mathias El Berhoumi, constitutionnaliste à l'Université de Saint-Louis, Compte rendu du Jeudi de l'Hémicycle du 29 mars 2018, Parlement francophone bruxellois, «Salle de consommation à moindre risque : un dispositif utile, souhaitable et prioritaire. À quand à Bruxelles ?», https://feditobxl.be/site/wp-content/uploads/2018/03/Compte-rendu-JH-du-29-mars-sur-les-SCMR-Ali%C3%A9nor-Bonvoust.pdf

DRUGROOM (VANDER LAENEN ET AL, 2018)

Afin de réduire les risques et dommages liés à l'usage de drogues, les États ont à leur disposition diverses options politiques qui participent à réduire ces dommages : les politiques de réduction des risques. Celles-ci visent la réduction des conséquences négatives sanitaires, sociales et économiques, sans pour autant viser la réduction de la consommation en soi.

La réduction des risques (RdR) s'enracine dans un modèle de santé publique dont l'objectif principal est d'améliorer l'état de santé et de bien-être des usager·e·s de drogues, tout en réduisant les dommages pour la population et la société. Elle agit en complément des approches préventives et de réduction de la demande de drogue.

L'un des dispositifs de RdR est la SCMR. DRUGROOM définit les SCMR comme «des lieux reconnus légalement, offrant un environnement hygiéniquement sûr, où des individus peuvent consommer les drogues qu'ils ont obtenues préalablement, sans jugement moral, et sous la supervision d'un personnel qualifié».

La population cible des SCMR sont les usager·e·s de drogues illicites les plus à risque, en particulier les usager·e·s par injection et ceux qui consomment dans la rue. Les SCMR permettent d'entrer en contact avec des usager·e·s généralement peu en contact avec les structures d'aide et de soin, et de répondre à leurs besoins et problèmes. Ces structures poursuivent également des objectifs sanitaires, notamment réduire les risques de transmission d'infections (VIH, hépatites), les problèmes de morbidité et de mortalité liés aux overdoses et l'ensemble des dommages liés à la consommation de drogues dans des environnement non hygiéniques et peu sûrs (présence policière, insalubrité, peur du regard social, etc.).

Les SCMR participent également à réduire les nuisances liées à l'usage de drogues dans certains lieux publics dits «de consommation» et à diminuer la présence de seringues et aiguilles usagées sur la voie publique, de même que d'autres problème d'ordre public (par exemple, des conflits entre usager·e·s, dealers, policier·e·s et/ou habitant·e·s du quartier).

Des preuves scientifiques substantielles de l'efficacité des SCMR tant sur le plan individuel que social ont été obtenues au cours des trente dernières années, et ce, dans plusieurs pays d'Europe[34] et d'Amérique du Nord. Elles montrent des effets positifs auprès des usager·e·s et de la population générale, d'autant lorsqu'elles sont intégrées à un ensemble de dispositifs d'assistance sociale :

- Réduction significative des accidents par overdose et des problèmes liés à l'échange de seringues usagées, des blessures par injection ;
- Pas d'augmentation du nombre d'UD et maintien du taux de rechute ;
- Point d'entrée vers les services de soins et autres services sociaux pour usager·e·s ;
- Réduction des déchets liés à l'injection dans les lieux publics de consommation, pas d'augmentation de la criminalité associée à l'usage de drogue.

L'objectif de la recherche DRUGROOM était d'examiner les conditions préalables, y compris légales, et les modalités opérationnelles qui permettraient d'inclure les SCMR dans le continuum d'initiatives à destination des usager·e·s de drogues illicites dans cinq grandes villes belges (Gand, Anvers, Bruxelles, Charleroi et Liège). Nous nous intéressons ici principalement aux conditions préalables légales et judiciaires, et invitons nos lecteurs et lectrices à lire l'étude (ou son résumé) pour s'informer des modalités de mise en place et d'évaluation des SCMR.

LES CONDITIONS PRÉALABLES

Parmi les conditions préalables à remplir, DRUGROOM souligne la nécessité d'établir un cadre juridique clair. Il faudra d'abord s'assurer que l'instauration de SCMR n'entre pas en conflit avec le cadre juridique international et les Conventions des Nations Unies ratifiées par la Belgique (voir chapitre 1.1.2. Cadre international). Pour cela, il est indispensable de fonder la mise en place de SCMR sur un cadre juridique explicitant leur rôle dans l'amélioration de la santé et du bien-être des usager·e·s.

Ensuite, afin de garantir une protection légale optimale aux SCMR, leur personnel et leurs usager·e·s, un cadre juridique est nécessaire, en particulier parce que les SCMR entrent actuellement en conflit avec la loi de 1921, de par son potentiel rôle «facilitateur» de la consommation de drogues illégales et parce que leur fonctionnement suppose que les usager·e·s de drogues soient en possession de substances illégales.

Selon l'étude DRUGROOM, trois options sont possibles :

1) Introduire une exception explicite à l'article 3 de la loi de 1921 (qui condamne tout rôle «facilitateur» de la consommation). Cette option semble cependant assez peu probable dans le contexte actuel, puisqu'elle requerrait un important soutien politique fédéral et la signature des ministres fédéraux de la Justice et de la Santé publique ;

2) Modifier l'interprétation de l'article 3 de la loi de 1921 par un Arrêté royal, ce qui demanderait la seule signature du/de la ministre fédérale de la Santé ;

3) Mettre en place des SCMR dans le cadre d'un projet-pilote temporaire, ce qui ne requiert pas un niveau de support politique important et est réalisable à court terme (les autres options prendraient en effet plus de temps). Une telle expérimentation serait en accord avec les objectifs généraux des Conventions des Nations-Unies sur les drogues, les recommandations de l'OMS et celles des résolutions UNGASS (de 1998 et 2016, voir chapitre 1.1.2. Cadre international). En Belgique, les projets-pilote sont autorisés par la loi du 7 mai 2004. DRUGROOM recommande toutefois qu'une telle expérimentation-pilote soit reconnue et autorisée par le/la ministre fédéral de la santé. La faisabilité et la pérennité de cette troisième option dépendent du soutien des autorités judiciaires, du moins locales.

Quelle que soit l'option adoptée, un certain nombre de modifications légales devront accompagner la mise en place de SCMR. Il est en effet nécessaire de tolérer la possession de petites quantités de drogues illicites pour usage personnel pour les usager·e·s des SCMR. La politique de poursuite et les interventions de la

34 L'Europe compte 90 SCMR officielles dans 8 pays : au Danemark, en Norvège, au Luxembourg, en Espagne, en Suisse, en France, en Allemagne et aux Pays-Bas.

police devraient inclure des procédures claires concernant l'enregistrement des usager·e·s, la définition d'un périmètre (SCMR et alentours) au sein duquel la police n'interviendrait pas, et les conditions préalables d'une intervention policière (indices de deal, nuisances publiques et autres circonstances aggravantes).

L'étude souligne enfin qu'un protocole de coopération entre les acteurs et actrices concernés est nécessaire au niveau local (c'est-à-dire entre les gestionnaires de la SCMR, les autorités administratives, les autorités judiciaires et les services de traitement).

Un certain nombre de mesures préventives permettent de minimiser les risques liés à la responsabilité légale médicale et à d'éventuelles plaintes, et ainsi protéger le personnel de la SCMR, les usager·e·s et les autorités locales. Ces mesures comprennent la mise à disposition d'un environnement hygiéniquement sûr pour l'usage de drogues, un règlement d'ordre intérieur clair, des protocoles pour la gestion des situations à risque, et un contrat entre la SCMR et ses usager·e·s stipulant la responsabilité de ces derniers. De plus, le personnel de la SCMR doit limiter la nature de son intervention lors de la supervision des actes d'injection ou de consommation de drogue (toute forme d'assistance active doit être exclue, conformément à la loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé).

DRUGROOM souligne également qu'un soutien politique et un financement adéquat des autorités communales, régionales et fédérales sont des conditions préalables essentielles à la mise en place de SCMR en Belgique.

RÉGION WALLONNE

PROPOSITION DE RÉSOLUTION DU PARLEMENT WALLON

Une proposition de résolution «relative à la mise en place d'expériences-pilotes de dispositifs intégrés en réduction des risques liés aux assuétudes et à la toxicomanie dans les grandes villes wallonnes»[35] a été adoptée à l'unanimité le 24 avril par le Parlement wallon. Bien que non contraignante pour le Gouvernement wallon, cette proposition a reçu le soutien de Mme Gréoli.

Lors de la discussion accompagnant le vote de la résolution, certain·e·s parlementaires ont attiré l'attention sur plusieurs points qui nous semblent pertinents. D'abord, le temps assez court des projets-pilotes a un impact sur les usagers, qui peut être dramatique. À la fin du projet TADAM[36], notamment, les usagers bénéficiaires ont dû retourner vers leur médecin et reprendre leur traitement à la méthadone, et certains se sont retrouvés dans des situations de grande détresse sociale et sanitaire. Ensuite, il est nécessaire de négocier un standstill avec les autorités judiciaires et ainsi faire en sorte que le parquet général et le parquet fédéral marquent leur accord afin qu'il n'y ait pas de poursuites par rapport à ces SCMR et la consommation de drogues illicites en leur sein. Mme De Block a toutefois rejeté l'idée d'un arrêt ministériel en ce sens, qui entrerait en conflit avec l'Accord de Gouvernement auquel elle est liée. Les parlementaires jugent toutefois probable qu'un accord avec le ministre de la Justice, les parquets d'instance, les parquets d'appel et le parquet fédéral puisse être trouvé[37].

Se reposant notamment sur les conclusions de la recherche DRUGROOM et les résultats positifs accompagnant la mise en place de 90 SCMR en Europe, le Parlement wallon demande au Gouvernement wallon :

1) D'intervenir auprès du Gouvernement fédéral suite de l'étude du 6 février 2018 sur la faisabilité de SCMR en Belgique réalisée par Belspo afin de prendre les dispositions nécessaires pour permettre la mise en place concrète et encadrée d'expériences-pilotes de dispositifs intégrés en RdR liés aux assuétudes et à la toxicomanie dans les grandes villes en Région wallonne ;

2) De mettre tout en œuvre, notamment au travers du soutien financier de la Wallonie, pour que la mise en place d'expériences-pilotes de SCMR puisse venir compléter la panoplie des réponses nécessaires à la problématique de l'usage des drogues, et ce, en cohérence avec l'ensemble des politiques de prévention, de répression, de thérapie et d'autres initiatives en matière de RdR ;

3) D'améliorer les politiques préventives et curatives dans la lutte contre la toxicomanie en tendant à engranger d'importants progrès en termes de santé publique, de même qu'en garantissant la présence et le suivi de professionnels compétents dans les expériences-pilotes ;

4) De procéder annuellement à l'évaluation des expériences-pilotes de dispositifs intégrés en réduction des risques liés aux assuétudes et à la toxicomanie dans les grandes villes en Région wallonne et d'en faire rapport au Parlement de Wallonie[38].

Le Parlement et le Gouvernement wallons marquent ainsi leur soutien à la mise en place d'une SCMR à Liège, ainsi que dans toute autre grande ville wallonne le souhaitant, sous couvert d'une concertation de l'ensemble des acteurs impliqués (c'est-à-dire les professionnels de la santé formés aux usages de consommateurs de rue, les riverains, les autorités communales et la police).

CONCLUSION

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·e·s souvent marginalisés et à la création d'un réseau d'aide et d'accompagnement autour d'eux. En facilitant l'accès à des outils et conseils de réduction des risques, les SCMR permettent de prévenir les problèmes de santé liés aux consommations et de réduire les risques de contamination et d'infection liés aux pratiques d'injection et de sniff.

35 Cette proposition de résolution a été introduite conjointement par le cdH, le MR et le PS, avec le soutien d'Ecolo.

36 Projet pilote de distribution de traitement de substitution aux opiacés par diacétylmorphine mené à Liège, clôturé en 2013.

37 Compte rendu avancé, Commission de l'action sociale, de la santé et de la fonction publique du Parlement wallon, 24 avril 2018.

38 Proposition de résolution relative à la mise en place d'expériences-pilotes de dispositifs intégrés en réduction des risques liés aux assuétudes et à la toxicomanie dans les grandes villes wallonnes déposée par M. Drèze, Mme Defraigne, M. Onkelinx, Mmes Salvi, Durenne et M. Dermagne, le 27 mars 2018.

Pour ce faire, cependant, il est nécessaire d'implanter un cadre légal et juridique suffisant pour garantir aux travailleurs·ses sociaux et médecins l'exercice de leur profession au sein des SCMR. Le cadre légal actuel n'étant pas favorable à l'implantation des SCMR (notamment à cause de la loi de 1921), leur mise en place est conditionnée par le soutien politique d'entités compétentes en matière de santé et de réduction des risques, et par un accord de non-poursuite avec les parquets compétents. Ces soutiens n'offrent cependant pas une protection absolue des SCMR, de leurs travailleurs·ses et de leurs usager·e·s.

La mise en place pérenne d'une SCMR requiert également un financement adéquat et le soutien des riverains. Il est nécessaire d'impulser une concertation locale, à la fois avec les riverains, les associations, les autorités locales et les usager·e·s concernés, notamment afin de prévenir tout problème lié au vivre ensemble.

SÅF TI : UNE SCMR À LIÈGE

En tant que bourgmestre de la ville de Liège, M. Willy Demeyer avait officiellement demandé début 2017 à la ministre fédérale de la santé Mme De Block une dérogation pour ouvrir la première SCMR en Belgique, à titre de recherche-action[39]. Début 2018, le collège communal et le conseil communal de Liège se sont prononcés en faveur de la mise en œuvre d'une SCMR, appelant le gouvernement fédéral à modifier le cadre légal en matière de consommation de drogue[40].

M. Demeyer a successivement rencontré Mme Gréoli, qui a marqué son soutien, ainsi que Mme De Block, qui l'a renvoyé vers le ministre de la Justice[41]. Il a également approché le procureur général de Liège M. De Valkeneer, l'avocat général M. Andries et le procureur du Roi à Liège M. Dulieu qui ont marqué leur intérêt pour l'instauration d'une SCMR à Liège, pour qu'il n'y ait pas de poursuites judiciaires[42] (voir encadré).

Le 28 mai 2018, le Conseil communal de Liège a adopté à l'unanimité la décision de confier à la Fondation privée TADAM la mission de mise en place, d'animation et de gestion d'une SCMR à Liège, pour une durée de trois ans[43].

La SCMR de Liège baptisée Såf Ti («Protège toi») a ouvert le 5 septembre 2018 et accepte tout usager·e de plus de 18 ans qui ne vient pas pour une première expérience. Entièrement financée par le Ville de Liège, elle est située à côté du principal commissariat du centre-ville et pourra compter sur la bienveillance de la police locale vis-à-vis de ses activités. L'équipe soignante et éducative de la SCMR est formée à la réduction des risques et à l'intervention d'urgence en cas d'overdose. La Fondation privée TADAM est l'opérateur de la salle et le Centre Alfa assure l'aspect psycho-social (en tant que service spécialisé dans les assuétudes). La SCMR peut également compter sur le réseau liégeois de prise en charge des assuétudes et des situations de détresses sévères. Såf Ti a aussi conclu un partenariat avec l'asbl Modus Vivendi afin de profiter de l'expérience de sa centrale d'achat pour la fourniture de matériels stériles[44,45].

39 «Héroïne : Liège est prête pour une salle de consommation», Pascale Serret, L'Avenir.net, 06/01/2017, URL : https://feditobxl.be/fr/2017/01/heroine-liege-prete-salle-de-consommation-lavenir/

40 «Le Conseil communal de Liège soutient l'ouverture d'une salle de consommation de drogues», SudInfo.be, 29/01/2018, URL : https://feditobxl.be/fr/2018/01/conseil-communal-de-liege-soutient-louverture-dune-salle-de-consommation-de-drogues-sudinfo-be/

41 «Liège : le projet de la [salle de consommation à moindre risque] maintenu malgré l'opposition de Maggie De Block», RTBF.be, URL : https://www.rtbf.be/info/regions/liege/detail_liege-le-projet-de-la-salle-de-shoot-maintenu-malgre-l-opposition-de-maggie-de-block?id=9885755

42 Question écrite de M. Legasse à Mme Gréoli «Les salles de consommation à moindre risque» du 15 mai 2018.

43 Procès-verbal de la séance du Conseil communal du 28 mai 2018, Ville de Liège.

44 «Edito : Liège, enfin !" par Dominique Delhauteur, coordinateur général de la Fondation privée TADAM, Brèves de Comptoir, Modus Vivendi asbl, URL : http://www.modusvivendi-be.org/spip.php?article356&ct=t(Breves_de_Comptoir_N_102_01_2018_COPY_01)

45 «Liège : la salle de consommation à moindre risque pour usagers toxicomanes ouvrira le 5 septembre, RTBF.be, URL : https://feditobxl.be/fr/2018/09/liege-la-salle-de-consommation-a-moindre-risque-pour-usagers-toxicomanes-ouvrira-le-5-septembre-rtbf/

LA POSITION DU COLLÈGE DES PROCUREURS GÉNÉRAUX

Le ministre de la Justice M. Geens a sollicité l'avis du Collège des procureurs généraux. Celui-ci estime qu'il convient d'adapter la loi de 1921 si la volonté est de mettre à disposition des «espaces destinés à une consommation contrôlée de drogue». Le Collège a souligné, d'une part, la responsabilité pénale qui incombe aux personnes contribuant à la création de tels lieux ou aux personnes qui offrent leur assistance (par exemple dans le cas d'un décès par overdose au sein de la SCMR). D'autre part, le Collège a soulevé la responsabilité pénale des usager·e·s de drogue se trouvant sur ces espaces. Le Collège s'est toutefois déclaré ouvert à la mise en place d'une politique de classement sans suite adaptée au niveau local[46].

46 Question orale de M. Frédéric à M. Geens, Compte rendu intégral, Commission Justice du 18 juillet 2018.

LES PROPOSITIONS DE LOI DE M. DEMEYER

Les deux propositions de loi du parlementaire M. Willy Demeyer portant sur la reconnaissance légale des salles de consommation à moindre risque (SCMR) et la reconnaissance légale du traitement par diacétylmorphine ont été rejetées par la Chambre des représentants le 31 mars 2015 et renvoyées à la Commission Santé de la Chambre.

En mai 2015, la Commission Santé a fait parvenir une demande d'avis à l'Académie Royale de Médecine sur les deux propositions de loi. Adoptant un point de vue médical et scientifique, l'Académie a rendu un avis favorable aux deux propositions début 2016.

Parallèlement, la présidente de la Commission Santé, Muriel Gerkens, a déposé deux propositions d'avis positifs le 29 septembre 2015. Ces avis devaient être remis à la Commission Justice qui, elle-même, devait examiner les deux propositions de lois portant sur ces sujets. Les travaux de la Commission Santé sur les avis avaient toutefois été mis à l'arrêt jusqu'à la fin de l'année 2016. En effet, les parlementaires de la majorité ont exprimé le souhait d'avoir les avis des Communautés et des Régions. La Commission Santé de la Chambre a donc, par l'intermédiaire du Président de la Chambre, demandé aux entités fédérées leurs avis sur ces propositions[47]. Le Ministre-président de RBC Rudi Vervoort ainsi que l'ancien ministre wallon de la santé s'étaient tous deux prononcés en faveur des propositions de loi[48].

Début 2017, de nombreux avis ont été remis à la Commission Santé par des expert·e·s de terrain en matière d'assuétudes et des services de police. Sur 18 avis, 17 étaient favorables aux propositions de Demeyer. Sur base de ces avis et des différentes études réalisées sur le sujet, la présidente de la Commission Santé Muriel Gerkens a rendu un avis positif à celle-ci.

La Commission Santé devait rendre un avis à la Commission Justice en février 2017, afin que les parlementaires y siégeant se prononcent sur les propositions de loi et examinent le texte. Aucun avis n'a été toutefois rendu, faute de consensus politique au sein de la Commission.

47 Question orale de M. Daele à M. Prévot «Les salles de consommation à moindre risque», Compte rendu intégral, séance publique de la Commission des travaux publics, de l'action sociale et de la santé du 12/01/2016.

48 Voir le chapitre 1.4.2 de notre rapport 2016. La nouvelle ministre Mme Gréoli s'est elle-même prononcée en faveur de la création d'une SCMR à Liège (Interpellation de M. Onkelinx à Mme Gréoli «L'ouverture d'une salle de consommation de drogue à moindre risque à Liège, Compte rendu avancé, Commission de l'action sociale, de la santé et de la fonction publique du 06/02/2018).

1.3

LES DÉPENSES PUBLIQUES EN MATIÈRE DE DROGUES

Confié depuis 2011 au SPF Santé publique par la Cellule Générale de Politique Drogues (CGPD), le monitoring des dépenses publiques concernant la politique en matière de drogues fait suite aux études «Drogues en chiffres I, II et III», financées par la Politique Scientifique Fédérale (Belspo).

En 2018, la coordination permanente de la CGPD a publié le monitoring des années 2014-2015 (CGPD, 2018a), qui fait suite à celui portant sur les années 2012-2013 (CGPD, 2016a). Nous présentons ici les résultats et conclusions de l'étude la plus récente, en comparaison avec les études précédentes.

L'étude entend par dépenses publiques en matière de drogues «l'ensemble des dépenses dites 'proactives', c'est-à-dire les dépenses concernant des actions politiques directement axées sur le phénomène de drogues en Belgique». Le monitoring ne comprend donc pas les dépenses relatives à la prise en charge des conséquences liées à la consommation de drogues (par exemple l'hospitalisation d'un·e patient·e pour un cancer lié à sa consommation de tabac) et les dépenses privées des patient·e·s.

Les informations exploitées par la coordination permanente de la CGPD ont été communiquées par les différentes autorités compétentes concernées elles-mêmes. Il est important de noter que, suite à la 6ème Réforme de l'État, un certain nombre de compétences en matière de prévention, réduction des risques et sécurité ont été transférées aux entités fédérées. Si les compétences ont été transférées au 1er juillet 2014, les budgets l'ont été au 1er janvier 2015. Dès lors, la différenciation entre les montants dépensés par les entités fédérées et ceux du fédéral a parfois été difficile à opérer. En accord avec les acteurs concernés, la coordination permanente a décidé d'attribuer les budgets de matières transférées au fédéral pour l'année 2014, et aux entités fédérées pour 2015.

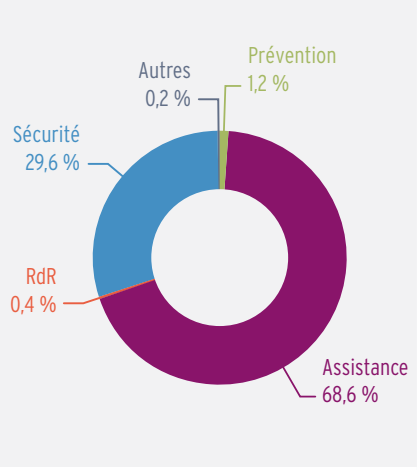
Les données reçues des autorités compétentes (fédérales et fédérées) ont été réparties en 5 piliers (prévention, assistance[49], RdR, sécurité, autre) et 7 catégories :

- Prévention en matière d'alcool, de drogues illicites et de médications psychoactives ;
- Prévention en matière de tabac ;
- Assistance en matière d'alcool de drogues illicites et de médications psychoactives ;
- Assistance en matière de tabac ;
- Réduction des risques (RdR) ;
- Sécurité en matière de drogues et de tabac ;
- Autre (qui comprend : le financement des recherches et études en matière de drogues, de l'Institut Scientifique de Santé Publique, de la Fédito bruxelloise et de la Cellule Générale de Politiques Drogues).

L'étude ne prétend pas non plus à l'exhaustivité et ne couvre dès lors pas l'ensemble des dépenses publiques en matière de drogues, quoiqu'elle estime en recenser la majorité. La coordination permanente de la CGPD rappelle également que le coût social lié à la consommation de substances psychoactives n'est pas repris dans ce monitoring (voir 6.9 dans le présent rapport).

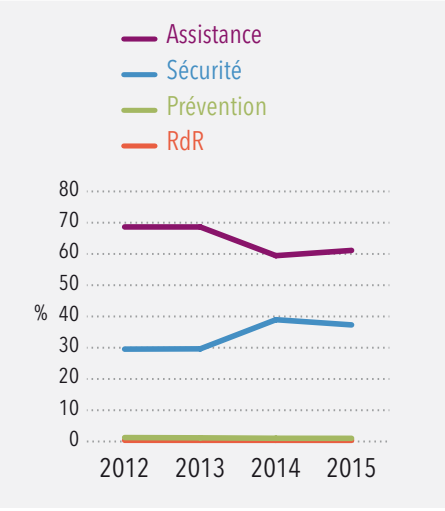
1.3.1. COMPARAISON PAR PILIER

Figure 1 : Répartition des dépenses publiques entre les piliers (moyenne sur 2014-2015)



Source : CGPD (2018)

Figure 2 : Évolution de la proportion des dépenses en matière de prévention, assistance, RdR et sécurité au sein des dépenses publiques, 2012-2015



Sources : CGPD (2016 et 2018)

Sur la figure 1, on constate que l'assistance représente une part importante des dépenses publiques. Si elle occupe une telle proportion, c'est notamment parce qu'elle comprend le secteur hospitalisation. La place de l'assistance dans les dépenses tend à baisser toutefois, tandis que celle de la sécurité tend à croître (voir figure 2). Les dépenses allouées à l'assistance représentaient en effet 69 % des dépenses publiques en 2012-2013, et 60 % en 2014-2015. La part de la sécurité, quant à elle, occupait 29 % des dépenses publiques en 2012-2013 ; elle atteint 38 % des dépenses en 2014-2015 (CGPD, 2016a ; CGPD, 2018a).

Les budgets attribués aux piliers prévention[50], RdR[51] et autre[52] restent stables et relativement dérisoires, même si leurs proportions dans les dépenses publiques totales diminuent. Ceci s'explique par une plus forte augmentation des budgets investis en sécurité et en assistance (voir tableau 1). Il ne s'agit donc pas d'une réorientation des dépenses, mais d'une augmentation globale quoique fortement disparate des dépenses publiques.

Le Gouvernement fédéral prend à sa charge plus de 97 % des dépenses publiques sur la période 2012-2015. Les principales dépenses de l'État fédéral sont liées à

Tableau 1 : Budget annuel (€) des dépenses publiques en matière d'alcool, de tabac, de drogues illicites et de médicaments psychoactifs (2012-2015)

	2012	2013	2014	2015
Prévention	13.223.474,46 €	13.071.179,74 €	13.867.865,28 €	13.973.780,23 €
Assistance	724.926.369,54 €	765.119.502,71 €	799.703.791,20 €	842.660.193,76 €
RdR	4.105.440,24 €	4.195.979,11 €	5.071.780,40 €	5.115.644,34 €
Sécurité	312.042.970,33 €	330.397.050,40 €	524.074.453,72 €	514.181.435,15 €
Autres	1.773.490,32 €	2.069.499,41 €	2.468.321,99 €	2.531.258,92 €
Total	1.056.071.744,89 €	1.114.853.211,37 €	1.345.186.212,59 €	1.378.462.312,40 €

Sources : CGPD (2016 et 2018)

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

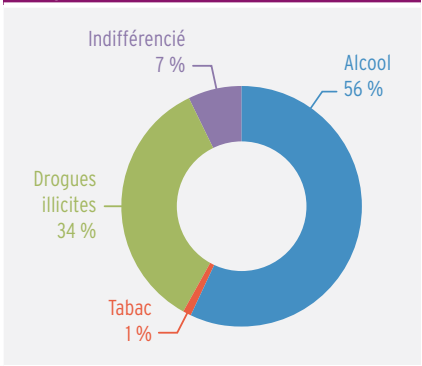
50 1,21 % en 2012-13, 1,02 % en 2014-15.
51 0,39 % en 2012-13, 0,37 % en 2014-15.
52 0,15 % en 2012-13, 0,18 % en 2014-15.

l'hospitalisation[53] (pilier assistance) et à la **Justice** (pilier sécurité). La coordination permanente de la CGPD rappelle que les coûts liés au fonctionnement de l'appareil judiciaire mobilisant davantage de moyens que les coûts liés à la mise en œuvre des initiatives de prévention.

1.3.2. COMPARAISON PAR SUBSTANCES

De même que dans les études précédentes, les dépenses liées à l'alcool sont les plus élevées (55 % des dépenses en 2012, 57 % en 2013 et 2014, 55 % en 2015). Une grande partie des dépenses en la matière est attribuable au secteur hospitalier. Dans une moindre proportion, les drogues illicites représentent 29 % des dépenses en 2012, 27 % en 2013 et 34 % en 2014 et 2015, suivies par les médications psychoactives (3 % en 2012 et 2013). Enfin, une moyenne de 7 % des dépenses ne peuvent être attribuées à l'une ou l'autre substance en 2014-2015.

Figure 3 : Répartition des dépenses publiques en fonction des substances (moyenne sur 2014-2015)[54,55]



Source : CGPD (2018)

Les logiques de répartition des dépenses entre pilier diffèrent selon la légalité des substances. En effet, la majorité des dépenses du pilier assistance est dédiée à l'alcool, notamment via le secteur hospitalier.

1.3.3. LES CONCLUSIONS DE L'ÉTUDE

La coordination permanente de la CGPD formule plusieurs conclusions. Elle constate d'abord que les dépenses publiques sont fortement imbriquées et qu'il n'est pas toujours aisé de les distinguer. En effet, les centres sous la compétence du fédéral reçoivent des budgets globaux pour leurs différentes missions en matière de prévention, RdR ou assistance. Ensuite, les départements de la santé opèrent rarement la distinction entre drogues licites et illicites au sein de leur financement. La coordination permanente souligne également que les dépenses en matière d'assistance et de sécurité augmentent, tandis que celles dédiées à la prévention et la réduction des risques restent stables.

C'est essentiellement le secteur hospitalisation qui fait gonfler le budget du pilier assistance. Cette tendance à la hausse s'explique notamment par l'augmentation des tarifs des séjours en structure hospitalière, et ce, malgré la baisse du nombre de jours d'hospitalisation. Une augmentation du nombre de jours d'hospitalisation en hôpital général pour des diagnostics liés à l'alcool et aux drogues illicites, dont le coût est plus élevé que d'autres type de séjours, participent aussi à cette tendance.

Concernant le pilier sécurité, l'augmentation du budget s'explique par plusieurs éléments. Déjà, l'enveloppe globale de la Police fédérale et des cours et tribunaux a connu une hausse. De plus, le nombre d'interpellations pour des faits liés aux drogues (hors alcool) par la Police fédérale est en augmentation, et ce, parallèlement à une baisse du nombre total d'interpellations. Enfin, les établissements pénitentiaires contribuent au gonflement du budget alloué à la sécurité. Ceci s'explique notamment par l'augmentation du prix d'une journée en prison et d'une légère hausse du nombre de personnes détenues pour des faits de drogues.

Les dépenses publiques reflètent la complexité et la diversité des politiques drogue en Belgique, ainsi que l'approche globale et intégrée dont ces matières font l'objet[56]. Les compétences en matière de drogues se répartissent entre promotion de la santé, prévention, RdR, soins de santé, justice et police. Les sources de financements sont particulièrement variées et dépendent de plusieurs niveaux de pouvoir. Cet état de fait a des conséquences sur l'application des politiques : les acteurs et actrices de terrain rencontrent de réelles difficultés pour connaître les sources potentielles de financement et doivent parfois jongler entre elles, épuisant une partie de leurs ressources humaines dans des dossiers administratifs multiples (demandes de subsides, rapports d'activités, etc.).

Ainsi, le monitoring des dépenses publiques permet, d'une part, de mettre en exergue les difficultés que peuvent rencontrer les professionnel·le·s de l'ensemble des secteurs concernés[57] et, d'autre part, d'établir un socle empirique qui traduit les orientations politiques. La répartition et la réinjection budgétaires inégales entre les différents piliers traduisent des choix politiques tournés vers le soin et la sécurité (justice, police, prison) au détriment de la prévention et de la RdR. La répartition des dépenses attire particulièrement l'attention sur le manque de moyens dédiés à la prévention et à la réduction des risques. Nous pouvons interroger d'ailleurs le lien entre prévention et justice : une augmentation du budget alloué à la prévention aurait-elle un impact sur les dépenses de la justice ? La question reste naturellement en suspens. Nous invitons le lecteur ou la lectrice à prendre connaissance du coût de l'approche prohibitionniste, abordée au chapitre 1.6.1. Le coût de la prohibition.

53 Les coûts absorbés par le secteur hospitalier, qui représentent la part la plus importante des dépenses publiques en matière d'alcool, de tabac et de drogues, ne se résument pas au seul coût des séjours résidentiels mais comprennent aussi la comorbidité psychiatrique, l'aspect préventif du sevrage (qui permet d'anticiper des problèmes somatiques ou psychiatriques), les interactions avec les équipes mobiles de soins, etc.

54 Le total des pourcentages de ce graphique n'atteint pas 100 % (mais 98 %), il en est de même dans l'étude publiée par la CGPD.

55 Les dépenses liées aux drogues illicites correspondent à l'addition des dépenses en RdR.

56 Les auteur·e·s du monitoring concèdent toutefois – et nous les rejoignons – que les politiques drogues ont encore du chemin à faire pour atteindre l'idéal d'une approche effectivement globale et intégrée (CGPD, 2016a).

57 Notamment en termes de financement ou de complexité administrative

1.4

L'HÉRITAGE DE LA 6ème RÉFORME DE L'ÉTAT ET LA COOPÉRATION FRANCOPHONE

1.4.1. LA 6ème RÉFORME ET LES ACCORDS DE LA «SAINTE-ÉMILIE»

La 6ème Réforme de l'État a impulsé le transfert des compétences en matière de santé et d'action sociale depuis le niveau fédéral vers la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), que les accords dits de la «Saint-Quentin» (1992) ont eux-mêmes transférées vers les Régions. Suite à cette décentralisation en cascade, les représentant·e·s des 4 partis traditionnels francophones se sont réunis au cours des années 2012-2013, afin d'établir un projet commun en matière d'organisation des nouvelles compétences relatives à la santé, l'aide aux personnes et les allocations familiales. Les partis ont finalement conclu les accords dits de la «Sainte-Emilie», le 19 septembre 2013. Lors de sa conception, le projet s'inscrivait clairement dans une volonté de maintenir les «liens privilégiés entre la Wallonie et Bruxelles» et de travailler à une cohérence aussi large que possible des services proposés aux citoyens.

Ces décisions ont ensuite été consolidées par l'accord de coopération-cadre du 27 février 2014[58], relatif à la concertation intrafrancophone et signé par la Communauté française, la Région wallonne (RW) et la Commission communautaire française (COCOF). Cet accord a été lui-même officialisé et adopté par le décret du 3 avril 2014 qui enracine plusieurs éléments décidés par les partis francophones, dont un socle de **principes communs**[59], la volonté de conclure un «**pacte de simplification**» de la vie des citoyen·ne·s et celle d'ériger un **organe de concertation** permanente entre les entités fédérées.

L'accord de coopération-cadre prévoit la conclusion de plusieurs accords de coopération qui formeront un pacte de simplification entre les entités fédérées. Ce dernier permettrait à un individu domicilié à Bruxelles bénéficiant de prestations en Wallonie ou à un individu domicilié en Wallonie bénéficiant de prestations à Bruxelles de conserver le même interlocuteur administratif.

Les accords de la «Sainte-Emilie» établissent que la COCOF et la RW doivent se munir chacune d'un nouvel Organisme d'Intérêt Public (OIP) santé ayant une structure semblable (respectivement Iriscare et l'AViQ).

L'ORGANE DE CONCERTATION INTRAFRANCOPHONE

Si chaque entité fédérée conserve sa souveraineté en termes de gestion de ses compétences, l'accord de coopération-cadre prévoit la création d'un organe de concertation afin d'assurer la plus grande cohérence et convergence des politiques de la COCOF et de la RW en matière de soins de santé et d'aide aux personnes. L'accord prévoit une concertation en plusieurs niveaux.

D'abord, le comité ministériel se compose des ministres compétent·e·s de la FWB, de la COCOF et de la RW et se réunit au moins quatre fois par an. Le comité organise la concertation entre les parties avant l'adoption de tout décret ou arrêté réglementaire concernant les compétences transférées, ou avant tout concertation sociale relative au secteur non-marchand. Il a également pour mission d'organiser la concertation entre les parties lorsqu'une procédure en conflit d'intérêts entre parties est appliquée à l'initiative d'une d'entre elles et concerne les matières des soins de santé et de l'aide aux personnes.

Ensuite, selon le décret du 3 avril 2014, qui prévoit l'organe de concertation, celui-ci a pour mission d'émettre des avis ou des recommandations, à la demande du comité ministériel, d'un·e ministre ou de sa propre initiative. Le Parlement de la FWB, celui de la RW et l'Assemblée de la COCOF peuvent aussi solliciter l'avis de l'organe de concertation. Il remet un avis ou des recommandations préalablement :

- À l'adoption de tout décret ou arrêté réglementaire en matière de soins de santé ou d'aide aux personnes ;
- À toute concertation sociale dans le secteur non marchand portant sur ces matières et à laquelle sont associés les partenaires représentés dans l'organe de concertation ;
- En cas de conflit d'intérêts.

Ainsi, avant tout changement de législation, de réglementation à portée générale, de programmation et dans le cadre de toute concertation sociale relative au secteur «non-marchand», une entité fédérée devra obligatoirement se concerter avec les autres via le comité ministériel, qui ne pourra statuer qu'à partir de l'avis de l'organe de concertation rassemblant les différents partenaires.

L'organe devrait être composé de représentant·e·s des secteurs concernés de manière équilibrée et désigné·e·s pour la durée de la législature. Le décret prévoit que soient représentés les acteurs institutionnels et ambulatoires, les acteurs publics et privés, les professionnels, les usager·e·s et les organismes assureurs (décret du 3 avril 2014).

Un accord de coopération d'exécution, qui permet de mettre en place la composition, l'organisation et le fonctionnement de l'organe de concertation, a été convenu et signé par les Ministres-Président·e·s de la FWB (M. Demotte), de la RW (M. Borsus) et de la COCOF (Mme Laanan), le 4 mai 2018[60].

Cet accord de coopération d'exécution établit la composition de l'organe de concertation. Ses membres sont :

Pour la Région wallonne :

- 2 représentant·e·s des organismes assureurs ;
- 2 représentant·e·s des organisations professionnelles du secteur de l'aide et des soins ainsi que des organisations représentatives des hôpitaux,

58 Publié le 25 juin 2014, URL : http://www.gallilex.cfwb.be/document/pdf/40257_000.pdf

59 Pour davantage de détails, voir notre rapport 2015.

60 Accord de coopération d'exécution entre la Communauté française, la Région wallonne et la Commission communautaire française relatif à la concertation intrafrancophone en matière de santé et d'aide aux personnes et aux principes communs applicables en ces matières, du 4 mai 2018, URL : http://www.gallilex.cfwb.be/document/pdf/45104_000.pdf

établissements, ou services d'aide et de soins ou de leurs gestionnaires ;
- 2 représentant·e·s du secteur de l'action sociale ;
- 2 représentant·e·s des organisations représentatives de l'ensemble des employeurs et des organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs indépendants ;
- 2 représentant·e·s des organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés ;
- 1 représentant·e des associations représentatives des personnes handicapées ou de leur famille ;
- 1 représentant·e des fédérations d'institutions et de services qui s'adressent à des personnes handicapées.

Pour la Communauté française :

- 1 représentant·e des syndicats interprofessionnels ;
- 1 représentant·e des mutualités ;
- 1 représentant·e des Fédérations hospitalières ;
- 2 représentant·e·s du secteur de l'enfance ;
- 1 représentant·e du secteur de la prévention et promotion santé ;
- 1 représentant·e du CCAJ (Conseil communautaire de l'aide à la jeunesse) ;
- 1 représentant·e du secteur des partenaires des Maisons de justice.

Pour la Commission communautaire française :

- 1 représentant·e des usager·e·s ;
- 1 représentant·e des mutuelles ;
- 1 représentant·e des syndicats ;
- 1 représentant·e de la promotion de la santé ;
- 2 représentant·e·s de l'ambulatoire ;
- 1 représentant·e du secteur handicapé ;
- 1 représentant·e de l'organisation représentative des secteurs de l'action sociale et de la santé.

L'organe de concertation est désormais opérationnel et s'est déjà réuni à plusieurs reprises.

1.5

MODIFIER LES POLITIQUES «DROGUES» : LES INITIATIVES DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

1.5.1. LA SOCIÉTÉ CIVILE EUROPÉENNE CONDAMNE LA BELGIQUE POUR SA POLITIQUE DROGUES [61]

Le Civil Society Forum on Drugs in the European Union (Forum de la société civile) a condamné symboliquement, le 5 décembre 2017, l'État belge pour le non-respect de ses engagements européens. En effet, l'État belge a adopté, sans consultation ni information de la société civile, un Arrêté royal le 6 septembre 2017 redéfinissant les contours des politiques drogues en Belgique (voir chapitre 1.2.2. Le cadre légal fédéral).

Or la Belgique a ratifié le plan d'actions antidrogue 2017-2020 de l'UE, selon lequel elle s'engage à assurer la participation de la société civile dans les processus décisionnels en matière de politique drogues (voir chapitre 1.1.1. Cadre européen).

L'absence de consultation de la société civile entraîne des dispositions problématiques. L'Arrêté royal place en effet les professionnels prescrivant les traitements de substitution, les services spécialisés et les usager·e·s de drogue dans une situation d'insécurité juridique.

61 «Communiqué de presse – La société civile européenne condamne la Belgique pour sa politique drogues», URL : https://feditobxl.be/fr/2017/12/communique-de-presse-societe-civile-europeenne-condamne-Belgique-politique-drogues/

1.5.2. PROPOSITION DE CONSULTATION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE AU SEIN DE LA CELLULE GÉNÉRALE POLITIQUE DROGUES (CGPD)

La CGPD est composée de 35 représentant·e·s ministériels des entités fédérale et fédérées qui assistent la Réunion thématique Drogues dans ses missions ; elle prépare notamment la CIM Santé publique et formule des propositions. Ces dernières sont soumises à la Réunion thématique Drogues lors de la CIM qui prend la décision finale[62].

La participation de la société civile au sein des organes nationaux de coordination de la politique drogues» est encouragée par différentes entités internationales, notamment l'United Nations Commission on Narcotic Drugs[63], le Groupe Pompidou[64] et l'Union européenne (dans sa stratégie drogues 2013-2020).

Les trois fédérations régionales, la Fédito bruxelloise, la Fédito wallonne et le VAD (Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs), se sont réunies afin de soumettre une proposition de consultation permanente, voire de partenariat, à la CGPD. Les fédérations régionales insistent en effet sur la possibilité qu'elles pourraient amener certains éclairages aidant à la prise de décisions[65].

62 La Réunion thématique Drogue se réunit au moins une fois par an.

63 "Action taken by Member States to implement the Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem", Commission of Narcotic Drugs, Economic and Social Council, United Nations, march 2018, URL : http://undocs.org/E/CN.7/2018/6

64 «Government interaction with civil society. Policy paper on government interaction with civil society on drug policy issues : Principles, ways and means, opportunities and challenges", Groupe Pompidou, 2015, URL : https://rm.coe.int/government-interaction-with-civil-society-policy-paper-on-government-i/168075b9d9

65 Proposition de consultation de la société civile par la Cellule Générale Politique Drogues, Mars 2018, Fedito Bxl, Fedito Wallonne et VAD, Communication personnelle, Pascale Hensgens, Fédito wallonne, 13/11/2018.

1.5.3. LA CAMPAGNE INTERNATIONALE SUPPORT. DON'T PUNISH (SOUTENEZ. NE PUNISSEZ PAS) [66]

La campagne Soutenez. Ne Punissez Pas est une initiative mondiale menée par le Consortium International sur les Politiques des Drogues (IDPC), le Réseau International des Consommateurs de Drogues (INPUD), l'Association Internationale de Réduction des Risques (HRI), et l'Alliance Internationale pour le VIH/SIDA. Elle plaide pour que les gouvernements commencent à investir dans des réponses plus efficaces et plus fécondes de réduction des risques pour les usager·e·s de drogues, pour la dépénalisation des usager·e·s de drogues, ainsi que pour la suppression d'autres lois entravant les services de santé publique.

En Belgique, plusieurs associations actives dans le domaine des assuétudes et de la promotion de la santé (y compris en milieu carcéral) se mobilisent chaque année pour revendiquer un changement de paradigme. Il s'agit en effet de ne plus faire peser sur l'usager·e de drogues, malade parfois, la menace d'une condamnation pour un comportement dont le risque réside dans le fait de porter essentiellement préjudice à la personne qui consomme. La société civile demande la dépénalisation de la détention de drogues en vue de l'usage personnel et la mise en œuvre d'une politique davantage respectueuse des Droits de l'Homme.

1.5.4. LA CAMPAGNE NATIONALE «STOP 1921»

Partant du constat que la loi «drogue» de 1921 est en passe de fêter ses 100 ans, la société civile belge s'est rassemblée pour lancer la campagne «Stop 1921». Face à l'échec de la prohibition et ses effets néfastes sur la santé publique et l'engorgement de l'appareil judiciaire, «Stop 1921» entend sensibiliser le législateur et l'opinion publique à la nécessité de remettre en question la politique actuelle en matière de drogues.

N'ayant connu aucune modification significative depuis près d'un siècle, la loi de 1921 ne reflète pas l'évolution des mœurs en matière de drogues. Il ne semble plus concevable aujourd'hui de conserver une loi dont les effets sur les usager·e·s sont plus dommageables que l'usage en soi. Les avantages de soigner plutôt que punir, de réduire les risques plutôt que les renforcer, de prévenir plutôt que menacer ne devraient plus être ignorés par le législateur (source : stop1921.be).

«Stop 1921» souhaite ouvrir le débat autour de la modification de la loi et promouvoir les connaissances sur les effets positifs de la décriminalisation.

1.5.5. LA PROPOSITION DE LOI DU CENTRE D'ACTION LAÏQUE

En 2017, le Centre d'Action Laïque (CAL) a publié une proposition de loi réglementant la vente de substances stupéfiantes et psychotropes dans le cadre d'une expérience de santé publique. La proposition conserve le cadre répressif de la loi de 1921, mais aménage des dérogations dans le but d'améliorer la santé publique. Ces dérogations instaurent dès lors une dépénalisation de la détention de cannabis et d'autres substances psychoactives, ainsi qu'une réglementation de la vente de cannabis et autres substances. Les dérogations sont aménagées de manière à prévenir l'abus de drogues, dépister précocement, assurer une prévention plus efficace, faciliter les soins et la réinsertion.

La détention et l'achat de cannabis sont autorisés aux personnes de plus de 16 ans. La proposition de loi contient des mesures de protection du consommateur, notamment en soumettant les vendeurs à la loi du 24 janvier 1977 relative à la protection de la santé des consommateurs en ce qui concerne les denrées alimentaires et les autres produits, et donc aux potentiels arrêtés royaux qui réglementeront la fabrication, la préparation, le conditionnement et l'étiquetage du cannabis et des produits dérivés. Les lieux de commerce doivent obligatoirement informer de la nocivité des produits à base de cannabis.

Parallèlement, la proposition de loi prévoit d'interdire la vente en libre-service d'alcool, de tabac et de cannabis. De plus, le cannabis est vendu dans un lieu spécifique, à part d'un magasin qui vendrait d'autres produits (notamment de l'alcool). La publicité est interdite et des sanctions pénales sont prévues en cas de non-respect de la loi. Enfin, la culture de cannabis pour usage personnel est autorisée pour les plus de 18 ans et le Roi arrête des quantités maximales pour éviter le développement du marché noir.

La détention et l'achat de substances psychotropes et stupéfiantes (autres que le cannabis) sont autorisées aux personnes de plus de 18 ans. Les substances stimulantes et hallucinogènes sont délivrées en comptoir spécialisé. Leur délivrance doit se faire en main propre, pour consommation personnelle. L'acheteur doit présenter une attestation de santé pour avoir accès aux produits.

La délivrance de diacétylmorphine (ou héroïne médicale) et de cocaïne se fait uniquement en dispensaire, en main propre et pour consommation personnelle. Elle est permise sur autorisation du médecin du dispensaire. La quantité maximale délivrée par client ainsi que le prix (ou la gratuité) de la diacétylmorphine et de la cocaïne sont déterminés par le Roi.

Les comptoirs spécialisés et les dispensaires auront pour mission de délivrer des informations de réduction des risques (sanitaires, sociaux et pénaux) et de renseigner les usager·e·s sur les centres spécialisés de prévention, de soins et de postcure. Dans l'esprit des rédacteur·rice·s de la proposition de loi, les comptoirs spécialisés et les dispensaires seraient organisés en asbl. De même, les emballages attrayants ou la publicité seraient interdits.

La proposition de loi institue également une Commission fédérale de contrôle et d'évaluation sur les substances stupéfiantes et psychotropes. Cette Commission permettrait d'analyser les données statistiques afin d'évaluer l'amélioration effective de la santé publique et de mesurer les effets de l'application de la nouvelle législation.

66 Site officiel : http://supportdontpunish.org/fr/

1.6

ÉTAT DES LIEUX DE LA RÉGULATION DU CANNABIS ET DES AUTRES DROGUES ILLICITES DANS LE MONDE

La «guerre contre la drogue» est un échec constaté internationalement par de nombreuses autorités tant politiques que scientifiques (Werb et al, 2011 ; Kopp et al, 2014). Malgré son grand âge, la prohibition des drogues ne s'est accompagnée ni d'une baisse de la prévalence de l'usage, ni d'une diminution de la criminalité liée au trafic de drogues (Decorte et al, 2013 ; Werb et al, 2011). Les pays les plus répressifs, à l'instar de la France, enregistrent d'ailleurs les taux de prévalence les plus importants (EMCDDA, 2017b ; Kopp et al, 2014).

Le chemin vers la légalisation commence doucement à se tracer pour le cannabis. Les voies juridiques qui aboutissent à la dépénalisation, la régulation, la décriminalisation ou la légalisation du cannabis sont souvent de longue haleine et composées de nombreux aller-retours législatifs, de cas judiciaires qui font jurisprudence ou encore de l'investissement de la société civile.

Après l'Uruguay (en décembre 2013), le Canada est devenu le deuxième pays à légaliser l'usage récréatif du cannabis en juin 2018. Les adultes canadiens peuvent depuis le 17 octobre 2018 acheter du cannabis produit sous licence et détenir jusqu'à 30 grammes (OFDT, 2018). L'application du «Cannabis Act» appartient aux Provinces canadiennes et chacune transpose les propositions fédérales sur leur territoire. Dès lors, les modalités régissant la légalisation du cannabis récréatif peuvent varier d'une province à l'autre. Par exemple, la loi fédérale autorise la culture à domicile (4 plans maximum), cependant le Manitoba et le Québec ont choisi de l'interdire[67].

L'Irlande, de son côté, devrait mettre les choses en place pour une décriminalisation des drogues (y compris le cannabis), selon les modalités proches de ce qui se fait au Portugal[68]. La Grèce a légalisé en mars 2018 la production de cannabis thérapeutique et de produits pharmaceutiques dérivés du cannabis, de même que son transport pour le marché domestique et son export[69]. La Norvège quant à elle a décriminalisé l'usage des drogues illicites en décembre 2017 ; l'emphase sera désormais mise sur l'aide et le traitement des usager·e·s plutôt que sur leur sanction[70].

En avril 2018, le Zimbabwe est devenu le second pays africain à autoriser la production de cannabis à des fins médicales ou scientifiques, après le Lesotho. Les citoyen·ne·s et entreprises zimbabwéens peuvent demander une autorisation pour posséder, produire, transporter et vendre du cannabis. L'usage récréatif reste quant à lui illégal[71].

De l'autre côté de l'Atlantique, le Pérou a rejoint le Mexique, la Colombie, le Chili et l'Argentine en légalisant le cannabis à usage thérapeutique en novembre 2017. Aux États-Unis, même si l'État fédéral maintient sa position prohibitionniste, les États fédérés sont libres de légiférer en matière de légalisation du cannabis. L'Alaska, la Californie, le Colorado, le district de Columbia, l'État de Washington, le Nevada, le Massachusetts et l'Oregon ont donc légalisé le cannabis, chacun selon des modalités différentes[72].

67 «Le cannabis officiellement légal le 17 octobre au Canada», Radio-Canada, 20/06/2018, URL : https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1108270/cannabis-marijuana-date-legalisation-octobre

68 Le modèle portugais et le fonctionnement des commissions de dissuasion de la toxicodépendance sont expliqués ci-après.

69 «La Grèce légalise le cannabis médical» de Camille Gaubert, Sciences et Avenir, 02/03/2018, URL : https://www.sciencesetavenir.fr/sante/la-grece-legalise-le-cannabis-medical_119856

70 «Norway is aiming to decriminalise drugs. The UK should choose legalisation» de Daniel Pryor, The Guardian, 18/01/2018, URL : https://www.theguardian.com/commentisfree/2018/jan/18/norway-decriminalised-drugs-uk-chose-legalisation-policy

71 «Zimbabwe legalises marijuana for medical and scientific use» Telegraph.co.uk, 28/04/2018, URL : https://www.telegraph.co.uk/news/2018/04/28/zimbabwe-legalises-marijuana-medical-scientific-use/

72 D'autres États l'ont dépénalisé, et d'autres encore l'ont légalisé dans un cadre thérapeutique.

TERMINOLOGIE

Afin de différencier les notions de décriminalisation, dépénalisation et légalisation, nous reprendrons les définitions proposées par l'EMCDDA (2017b).

Avec la **décriminalisation**, certaines actions ou comportements ne sont plus estampillés comme criminels ; ils ne sont pas pour autant légaux, puisque les drogues peuvent toujours être confisquées et que des peines non-criminelles peuvent encore être appliquées. C'est notamment le cas au Luxembourg, au Portugal ou en Croatie.

La **dépénalisation** introduit la possibilité de boucler un dossier criminel sans qu'une peine soit prononcée. Par exemple, les dossiers sont considérés comme d'une priorité moindre, ou comme n'étant pas d'intérêt public, et ne font donc pas l'objet d'une poursuite. L'Autriche, l'Allemagne et la Pologne sont dans ce cas de figure.

La **légalisation** rend légal une action ou un comportement auparavant prohibé. Toute sanction criminelle et non-criminelle est donc écartée. Toutefois, certaines règles peuvent venir limiter les actions et comportements autorisés (un âge minimum, par exemple), et toute violation de ces règles peut entraîner des peines criminelles et non-criminelles. C'est le cas de l'Uruguay, du Canada et de certains États fédérés américains.

1.6.1. LE COÛT DE LA PROHIBITION

Les outils de la prohibition ont un coût élevé. Le financement des structures policières, carcérales et judiciaires représente une part importante des dépenses publiques en matière de drogue en Europe (entre 40 et 70 % selon le pays). Autrement dit, dans la plupart des pays européens, la part dédiée à la réduction de l'offre dépasse largement celle visant à réduire la demande (Pompidou

Group, 2017 ; Open Society Foundations, 2016).

Depuis 2012, la Belgique dédie une part de plus en plus importante des dépenses publiques «drogues» au pilier sécurité, pour atteindre 38 % sur les années 2014-2015 (voir chapitre 1.3. Les dépenses publiques en matière de drogues). La part dédiée à la prévention et à la réduction des risques reste stable et résolument dérisoire. Cumulées, elles ne dépassent pas 2 % des dépenses publiques en matière de drogues (depuis 2008 jusque 2015). Le pilier assistance, qui comprend notamment les dépenses liées au secteur hospitalisation, atteint plus de 60 % des dépenses en 2014-2015. Il faut toutefois préciser qu'une majorité du pilier assistance est imputable à l'alcool, et non aux substances psychoactives prohibées.

Dans un contexte prohibitionniste, la part belle des financements revient donc aux instances de contrôle et de répression. Au contraire, les dispositifs de réduction de la demande (prévention, réduction des risques et traitements adaptés) sont sous-investis, et ce, bien qu'ils comportent des avantages financiers et sanitaires non-négligeables (Open Society Foundations, 2016). En particulier, mettre en place des traitements efficaces pour les dépendances confère non seulement des avantages cliniques et humanitaires, mais également des avantages économiques significatifs à la société. Une prise en charge efficace permettrait de palier aux coûts liés à l'usage de drogues problématique (y compris la dépendance). En la matière, l'OMS identifie notamment les coûts liés à la perte de productivité au travail ou au domicile, aux crimes liés à la drogue (y compris les coûts policiers et judiciaires corrélés), aux services sociaux et sanitaires à destination des personnes usagères de drogue, aux accidents de la route sous influence, ainsi qu'aux frais de nettoyage des lieux publics de consommation de drogue par injection (Single et al, 2004). De nombreuses preuves scientifiques rapportent qu'investir dans les traitements des usages problématiques est parfaitement rentable si l'on tient compte de l'ensemble des coûts indirects rapportés par l'OMS. Les traitements de substitution aux opiacés, notamment, en plus de participer à la prévention de la transmission du VIH et de l'hépatite C, sont associés à une baisse des risques d'overdose et d'overdose mortelle, réduisent les activités criminelles, et permettent aux personnes de conserver leur travail et de vivre normalement (OMS, NU et UNAIDS, 2004). Les bénéfices sanitaires et économiques des programmes d'échange de matériel stérile d'injection ont également été prouvé. Ces programmes ont en effet généralement un coût assez faible et permettent de faire l'économie de traitements à vie contre le VIH/SIDA ou l'hépatite C (Government of Australia, 2009). Enfin, les avantages liés à la prévention de l'usage de drogue ou la prévention de l'usage problématique tombent bien évidemment sous le sens.

L'approche répressive est de plus en plus débattue. Son coût élevé et son rapport coût-efficacité défavorable ne penchent évidemment pas en sa faveur. Une évaluation objective et complète des politiques prohibitionnistes requiert de tenir compte à la fois des coûts directs, des coûts indirects (c'est-à-dire la perte de productivité), et des coûts intangibles (c'est-à-dire les souffrances humaines, la perte d'années de vie en bonne santé, etc.) qu'elles impliquent. Les politiques de contrôle des drogues ont en effet des conséquences sanitaires, sociales et sécuritaires imprévues dont il faut tenir compte (voir tableau ci-après) et qui absorbent de larges proportions de ressources humaines et économiques. Parallèlement, de plus en plus de voix s'élèvent pour dénoncer l'incompatibilité de l'approche répressive avec le respect des principes fondamentaux partagés par les sociétés démocratiques, notamment les droits humains (Pompidou Group, 2017 ; Global Commission on Drugs, 2017 ; voir ci-après).

1.6.2. DES CONTRAINTES INTERNATIONALES ? [73]

La théorie prohibitionniste selon laquelle des sanctions plus fortes entraîneraient la baisse de l'usage de drogue, et des sanctions plus légères une augmentation de l'usage, manque cruellement de preuves. Plus encore, en ce qui concerne le cannabis, aucun lien n'a pu être établi entre des changements légaux et la prévalence de l'usage (EMCDDA, 2017b).

Les conventions et traités internationaux prohibitionnistes reposent sur le consensus unanime de ses membres. Tout changement de paradigme requerrait donc un accord mondial. Or, de nombreux pays tiennent des positions répressives vis-à-vis de l'usage et du trafic de cannabis (et de drogues illicites en général), y compris des pays influents comme la Russie ou la Chine. C'est donc au niveau national, régional voire local que des changements et des expérimentations peuvent s'opérer, sans attendre l'aval (pour le moment improbable) des instances internationales.

Trois conventions des Nations-Unies (NU) 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 États membres de l'Union européenne (UE). Les conventions internationales de 1961, 1971 et 1988 comportent un certain nombre d'obligations pour les pays signataires. Il serait illusoire toutefois de penser qu'elles n'offrent aucune flexibilité.

D'abord, concernant directement la culture et le commerce licites de substances psychoactives, il existe quelques ouvertures. La Convention de 1988 requiert des pays signataires qu'ils considèrent comme une infraction criminelle la possession, l'achat et la culture des drogues pour usage personnel. Les pays signataires doivent également prendre les mesures nécessaires pour prévenir la culture du cannabis et éradiquer les plants de cannabis de leur territoire. Les conventions ne spécifient cependant pas que l'usage doit être punissable en soi. Mais chaque pays peut choisir de le faire. Si la Convention de 1988 «oblige» à criminaliser les drogues, elle n'écarte cependant pas la possibilité d'un marché licite de substances psychoactives encadré par l'État. De plus, l'Accord de Schengen prévoit la possibilité de mettre en place un commerce légal de stupéfiants et psychotropes, à condition que la politique menée par un État ne nuise pas à ses voisins

73 Il n'existe pas de loi harmonisée au niveau européen en matière d'usage de drogues illicites (EMCDDA, 2017b ; voir chapitre 1.1.1). Les sanctions criminelles ou administratives liées à l'usage sont de la responsabilité des États membres. Toutefois, la loi européenne se prononce pour les crimes liés au trafic de drogues.

LES CONSÉQUENCES SANITAIRES IMPRÉVUES DE LA PROHIBITION

Mécanismes	Conséquences
Les effets de la disponibilité restreinte des médicaments contrôlés	
Réglementations strictes et accès limité aux drogues de prescription, notamment la morphine et autres analgésiques opioïdes	› Accès limité aux traitements de substitution aux opiacés pour les usager·e·s de drogue › Réduction des possibilités d'amélioration du traitement médical de la douleur et autres symptômes › Restriction de la recherche en matière de cannabis médical
Les effets de la prohibition des drogues	
Développement des nouvelles drogues de synthèse ou *legal highs*	› Augmentation des risques sanitaires dus à la consommation de drogues inconnues, souvent dangereuses et potentiellement létales
Prix élevé des drogues	› Adoption de mode de consommation à risque pour une meilleur rapport coût-efficacité (notamment l'injection) › Moindre part des revenus attribuée aux besoins primaires (nourriture, logement, soins, etc.)
Variations de la pureté des produits	› Risques accrus de mortalité et de morbidité
Stigmatisation et criminalisation des usager·e·s	› Dissuade les usager·e·s d'entrer en contact avec des services d'aide et de support › Attitudes négatives et discriminantes des professionnels de la santé › Perte d'estime de soi et moindre bien-être des usager·e·s
Les effets des actions répressives	
Forte présence policière dissuade le recours aux services de soins et de RdR	Risques accrus de : › Détérioration de l'état de santé › Diffusion du VIH/SIDA et autres maladies infectieuses › Non-assistance aux usager·e·s en besoin d'assistance médicale urgente par peur de poursuites
Contacts physiques entre les forces de police et les personnes suspectées d'avoir enfreint la loi	› Risque d'usage inapproprié de la force › Risque de violation des droits › Risque de dommages physiques et mentaux
Obstacles dans l'implantation de services de traitement ou bas seuil appropriés dans les lieux de détention	› Augmentation des risques de problèmes de santé (VIH/SIDA, hépatite C, tuberculose et autres maladies infectieuses)

Source : Pompidou Group, 2017

LES CONSÉQUENCES SOCIALES IMPRÉVUES DE LA PROHIBITION

Mécanismes	Conséquences
Les effets de la stigmatisation des usager·e·s	
Stigmatisation des usager·e·s (perçus comme des criminels, des personnes déviantes et/ou irresponsables)	› Faible estime de soi et faible motivation à s'engager dans des activités économiques et à socialiser › Accès limité ou réduit aux services et à la vie communautaires › Exacerbation potentielle d'autres formes de discrimination (racisme, sexisme, homophobie, sérophobie, etc.) › Propension accrue à participer à des activités peu valorisantes ou illégales › Risque accru d'arrestation et détention préventive
Les effets de la criminalisation des usager·e·s	
Réduction des opportunités à cause d'un casier judiciaire	› Employabilité réduite › Accès réduit au logement › Opportunités éducatives limitées › Mobilité réduite (restriction des déplacements, perte du permis de conduire) › Augmentation du risque de stigmatisation et d'exclusion sociale › Risque accru d'être sous surveillance et enquête policières
Isolement social et lien avec la communauté ébranlé suite à l'emprisonnement	› Relation ébranlée avec réseau social individuel › Risque accru de récidive et de rechute › Exposition à la violence et aux risques sanitaires liés au milieu carcéral

LES CONSÉQUENCES SÉCURITAIRES IMPRÉVUES DE LA PROHIBITION

Mécanismes	Conséquences
Les effets de la stigmatisation des usager·e·s	
Grandes marges bénéficiaires du marché illégal des drogues	› Attire et finance le crime organisé, y compris les activités terroristes › Augmentation du trafic et de la corruption › Blanchiment d'argent › Haut niveau de violence et de prise de risques
Prix élevé des drogues	› Usager·e·s menés à commettre des crimes afin de financer leur consommation de drogue

(par exemple, en limitant les nuisances dues au narcotourisme).

Ensuite, chaque pays a une marge de manœuvre qui lui permet de se délier des obligations des conventions internationales. Un État peut juger que ses objectifs de santé publique ne sont pas compatibles avec la pénalisation de la détention de substances illicites. De plus, les conventions internationales autorisent la détention et l'utilisation de stupéfiants à des «fins médicales ou scientifiques», ce qui pourrait «inclure la notion de protection de la santé publique», qui justifierait de mettre un terme à la prohibition et à ses effets pervers sanitaires et sociaux (Guillain, 2003).

Enfin, si l'on aborde la question sous l'angle des droits humains[74], un espace existe pour la légalisation réglementée de la culture et du commerce des drogues pour usage récréatif. Une grande partie de l'argumentaire pro-légalisation (notamment du cannabis) repose sur des aspects directement en lien avec les droits humains : améliorer la santé individuelle et publique, assurer la sécurité des citoyen·ne·s et lutter contre la criminalité. Or les États ont des obligations «positives» internationales en ces matières, notamment le droit à la santé, le droit à la vie, l'interdiction des traitements inhumains et le droit à la vie privée. Et de fait, le droit international prime sur les obligations établies par les conventions sur les drogues des Nations-Unies, si elles se contredisent. Les États bénéficieraient dès lors d'une marge de manœuvre leur permettant de procéder à l'autorisation légale de la culture et du commerce du cannabis pour usage récréatif (Decorte et al, 2017 ; Van Kempen et Fedorova, 2016)[75].

1.6.3. LE MODÈLE PORTUGAIS : UNE ALTERNATIVE AU SEIN DU PARADIGME PROHIBITIONNISTE

Depuis que la loi décriminalisant l'usage de drogues a été votée en novembre 2000, le modèle portugais fait figure de proue en matière d'alternative à la répression de l'usage de drogues. Les drogues y demeurent cependant prohibées. Concrètement, si un individu est intercepté avec des quantités inférieures à 10 jours de consommation (estimées à 1g d'héroïne, 25g de fleurs et feuilles de cannabis, 1g de MDMA, par exemple), il devra se présenter en Commission de dissuasion de la toxicodépendance (CDT)[76]. Au-delà de ces quantités, l'individu pourra être poursuivi pour trafic. Dans tous les cas, les drogues interceptées sont confisquées et détruites par la police.

Les CDT sont sous la responsabilité du ministère de la santé (et non pas de la justice). Elles sont composées d'une équipe pluridisciplinaire chargée d'évaluer la situation personnelle et la consommation de l'usager·e. Aucun casier judiciaire n'est ouvert, dans la mesure où il s'agit d'une procédure administrative. Via des entretiens préliminaires, l'équipe tentera d'appréhender la situation psychosociale de la personne et d'évaluer les risques et la nature de sa consommation (de substances légales et illégales). Elle l'informera également des risques liés à la consommation et rappellera le cadre légal. Une fois le profil de la personne dressé, la commission s'efforcera de déterminer si l'usager·e est dépendant ou non, et établira un plan d'action adapté. S'il/elle est déclaré non-dépendant, l'usager·e sera renvoyé vers des «interventions motivationnelles»[77] et peut payer une amende administrative. En cas de diagnostic de dépendance, la commission proposera un traitement. Si l'usager·e accepte, la procédure se poursuit. En cas de refus ou de récidive, une série de sanctions est possible : amende, travaux d'intérêt général, donation, présentations périodiques[78].

Si elles admettent qu'il peut être difficile d'établir des liens de cause à effet entre la dépénalisation et des résultats particuliers, les autorités portugaises rapportent toutefois quelques tendances depuis la création des CDT, en 2001 :

- Réduction de la stigmatisation des usager·e·s de drogues ;
- Réduction de la consommation de drogues illicites chez les adolescent·e·s ;
- Réduction des morts et maladies infectieuses liées à la consommation d'opiacés ;
- Réduction de l'engorgement du système pénal ;
- Efficacité accrue des forces de police qui ont davantage de temps pour lutter contre le crime organisé[79].

Si le Portugal a décriminalisé la détention de drogues, elle n'est pas pour autant sortie du modèle prohibitionniste. Et l'objectif fondateur des CDT est bien de dissuader la consommation de drogues et de prévenir l'usage et l'abus de drogues. L'INPUD (International Network of People who Use Drugs) parle même de décriminalisation partielle de la détention de drogues, puisque seule la possession de petites quantités a été décriminalisée. Les drogues illicites, leur production et leur délivrance restent quant à elles prohibées (INPUD, 2018).

La société civile relève un certain nombre de limites à la décriminalisation portugaise et ne soulève pas forcément les mêmes conclusions que les représentant·e·s des autorités du pays (INPUD, 2018). D'abord, puisque la décriminalisation est partielle, et que la détention de (trop) grandes quantités des drogues est toujours criminalisée, cela signifie que les usager·e·s continuent à être arrêtés, contrôlés et fouillés par la police, parfois de manière répétée, de sorte qu'une partie des usager·e·s sont exclus

74 Promus par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Charte sociale européenne, la Pacte international relatif aux droits civils et politiques, la Convention européenne des droits de l'homme (Decorte et al, 2017).

75 Nous invitions le lecteur ou la lectrice à se référer à l'évaluation du Plan d'action des Nations-Unies au chap1.1.2 (par la société civile), qui mesure l'impact des mesures menées dans le cadre de la «guerre contre les drogues» à la lumière de ces engagements.

76 Si l'usager·e à moins de 16 ans, il est acheminé vers une commission pour les mineur·e·s où l'on évalue les risques, l'importance de ses problèmes scolaires, familiaux, etc.

77 «L'entretien motivationnel est un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement.» (Miller & Rollnick, 2013)

78 Les informations reprises ici sont issues des interventions de João Goulão, directeur du Service portugais d'Intervention autour des Comportements Addictifs et des Dépendances (SICAD) et de Carla Silva Joaquim de la Commission de Dissuasion de Lisbonne, lors de la journée d'étude «Les tribunaux de traitement de la toxicomanie. Quels enjeux, quels résultats, quel avenir ?», organisée le 23 octobre 2015 par la Fédito Bruxelles et la Concertation Assuétudes-Prison de Bruxelles.

79 Ibidem.

de certains lieux publics. La prohibition étant toujours d'actualité, les drogues illicites en circulation sont produites par le marché noir. Les usager·e·s sont dès lors contraints de consommer des produits dont la pureté et la composition ne sont pas connues (ou en tout cas pas contrôlées). L'absence de marché régulé exposent les usager·e·s à des risques propres au contexte prohibitionniste, notamment des risques sanitaires (y compris les overdoses mortelles) liés à la consommation de produits à la qualité incertaine, ainsi que des risques sécuritaires liés à l'achat de produits dans des environnements parfois dangereux et cachés.

Ensuite, la décriminalisation ne s'est pas accompagnée d'un changement des représentations négatives vis-à-vis de l'usage de drogues et des personnes usagères de drogues. Les usager·e·s de drogues portugais continuent d'expérimenter des violences, exclusions et discriminations de la part de la police, des services d'accompagnement ou des professionnel·le·s du soin, et de la communauté au sens large (INPUD, 2018). De plus, la décriminalisation a déplacé la perception de l'usage de drogues : d'acte criminel, il est devenu une maladie. Partant de là, les usager·e·s, en plus d'être catégorisés comme déviants et potentiellement dangereux, sont en plus stigmatisés comme malades, pathologiques et incapables d'agencéité ou d'autodétermination. Les usager·e·s sont d'ailleurs rarement inclus dans l'élaboration des lois, politiques et programmes les concernant (INPUD, 2018). Les CDT sont l'expression institutionnelle de l'approche hygiéniste (pathologisante) portugaise puisqu'elles orientent de toute façon les usager·e·s vers des circuits de soins ou des interventions motivationnelles qui visent l'abstinence, sous peine de sanctions.

1.6.4. RÉGULATION DU CANNABIS ET DES AUTRES DROGUES, UNE AVANCÉE DE SANTÉ PUBLIQUE

Loin d'être un simple élan libertaire, la régulation des drogues illicites bénéficie d'un argumentaire scientifique étoffé et de modèles d'application réalistes et réalisables, qui répondent aux échecs du modèle prohibitionniste, notamment en termes de santé publique.

La régulation devrait d'abord sonner le glas des politiques publiques couteuses et inefficaces basées sur la peur, le contrôle et la diabolisation des drogues et des usager·e·s. La fin du contexte prohibitionniste devrait alors laisser place à un contexte favorable à une approche globale de la santé (aide et soins, promotion de la santé, prévention, réduction des risques, recherche scientifique et recueil de données), qui participe par ailleurs à la déstigmatisation des usager·e·s (Paquin, 2017).

En plus de juguler les conséquences sanitaires, sociales et sécuritaires imprévues de la prohibition (voir ci-dessus), la régulation constituerait une véritable avancée en matière de santé publique. D'abord, les obstacles dans l'accès aux soins, liés à la stigmatisation des usager·e·s, seraient progressivement levés : ils/elles auraient moins peur d'entrer en contact avec des structures d'aide et de soins, cacheraient moins leur consommation et seraient moins stressés par leurs interactions avec le personnel thérapeutique, au bénéfice d'interventions plus efficaces.

Un nouveau contexte légal serait également favorable à la tenue d'un discours public réaliste et non-stigmatisant, basé sur des données scientifiques, au sujet des drogues, de leur consommation et des risques liés. Les dispositifs de prévention et de réduction des risques devraient bénéficier d'un tel climat, permettant ainsi la diffusion de messages et outils de bonnes pratiques, la déconstruction des idées reçues et mythes associés aux drogues (aussi bien incitatifs que dissuasifs), et le renforcement des facteurs de protection (voir chapitre 3.2. Inégalités sociales de santé et usages de drogues).

La régulation devrait s'accompagner du développement de la recherche scientifique, tant sur les produits psychoactifs et leurs effets, que sur les impacts de la légalisation et régulation des drogues. Globalement, les données des études épidémiologiques et la représentativité des enquête menées sur l'usage de drogues devraient bénéficier d'une baisse de l'auto-censure des répondant·e·s.

Il n'existe évidemment actuellement pas de manuel à suivre pour une régulation réussie. La régulation est un processus long, pour lequel il est nécessaire de réfléchir en amont à de nombreux enjeux, que ce soit les moyens de production, les mécanismes de contrôle de la qualité des produits, les prix et la taxation des produits (ou leur gratuité, dans un cadre thérapeutique)[80], les taux maximums de substances psychoactives autorisées, les modes de distribution, l'âge minimum légal, les quantités qu'il est légal de détenir, etc. Il faut également prévoir les sanctions en cas de non-respect de la loi (agrément de production, âge légal minimum, exigences en matière de qualité et de composition, etc.), de même que réglementer certains comportements (la conduite sous influence, la consommation au travail, etc.).

La régulation ne saurait être une véritable avancée de santé publique sans un contexte sécurisant de consommation, c'est-à-dire le développement d'une véritable politique de santé publique, de prévention et de réduction des risques, d'information des consommateurs, d'offre de soins adéquats et de promotion de la santé, qui comprend le soutien financier adéquat et récurrent de la recherche et des divers services (Paquin, 2017 ; Decorte et al, 2017 ; INHESJ et OFDT, 2017). De plus, pour le cas de la légalisation du cannabis, nombre d'acteurs scientifiques et associatifs soulignent l'importance de faire converger les politiques en matière d'alcool, de tabac et de cannabis (voir chapitre 5.2.4 au sujet du cadre légal du cannabis).

80 Tout le jeu de la fixation des prix et des taxes repose sur un défi majeur : évaluer les conséquences possibles des modifications des prix sur la prévalence et les modes de consommation, et leur impact sur les marchés légaux et illégaux. Le «prix juste» doit à la fois dissuader la consommation excessive et réduire l'importance du marché noir.

2 LE CONTEXTE WALLON

2.1 L'AGENCE POUR UNE VIE DE QUALITÉ (AViQ)

Afin de gérer au mieux les nouvelles compétences en matière de santé reçues dans le cadre de la 6ème Réforme de l'État, les accords de la «Sainte-Emilie» prévoyaient que la RBC et la RW se dotent chacune d'un organe de gestion semblable. En Région wallonne (RW), un organisme d'intérêt public (OIP) a été créé au 1er janvier 2016, suite au décret du 3 décembre 2015 adopté par le Gouvernement wallon. Ce nouvel OIP, baptisé l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) et basé à Charleroi, a reçu les compétences en matière de politique de santé, politique familiale, politique des personnes handicapées, politique du troisième âge et les prestations familiales.

L'organigramme de l'AViQ ayant été détaillé dans nos rapports 2015 et 2016, nous invitons le lecteur ou la lectrice à se rapporter à ceux-ci afin de compléter leur compréhension du schéma présenté ci-après.

2.1.1. SUBVENTIONS FACULTATIVES ANNUELLES

Plusieurs activités, y compris celles soutenues par l'ex-Fonds fédéral de lutte contre les assuétudes, sont financées par des subventions facultatives annuelles. L'AViQ a entamé un processus d'inspection de ces activités afin de les intégrer aux missions agrées des services assuétudes et d'ainsi assurer leur pérennité[81].

2.1.2. CONTRAT DE GESTION

Suite aux négociations entre l'Administration, les organes de gestion de l'AViQ (c'est-à-dire le Conseil général et les Comités de branche) et le pouvoir de tutelle, le Gouvernement wallon et l'AViQ ont signé le contrat de gestion de l'AViQ le 30 juin 2017[82]. Celui-ci fixe les objectifs et priorités de l'Agence pour les cinq ans à venir[83].

La mission générale de l'AViQ est de contribuer à l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques de santé, du handicap et des familles du Gouvernement. L'Agence est donc responsable des politiques Bien-être et santé, Handicap et Familles.

L'AViQ a reçu les compétences venues du fédéral et est en train de préparer des dispositifs décrétaux à destination du Gouvernement wallon, notamment la réforme du secteur des maisons de repos et de soins, la prévention et la promotion de la santé, la réforme de la politique de santé mentale, la réorganisation de la 1ère ligne de soins, etc. L'Agence participe à la préparation des textes législatifs et à leur mise en application sur le terrain.

Le transfert progressif des compétences a été assuré par des protocoles de collaboration. L'AViQ exerce en effet les compétences du SPF Santé publique, de la FWB et du DGO5 SPW depuis le 1er janvier 2016, et celles du SPF Sécurité sociale depuis 2018, et exercera celles de l'INAMI et de Famifed en 2019.

Les objectifs stratégiques et opérationnels de l'AViQ se déclinent comme suit :

1) Assurer la continuité du service aux publics et la mise en place du transfert des compétences issues de la Réforme de l'État ;

2) Préparer, mettre en place, suivre et soutenir les réformes du Gouvernement ;

3) Soutenir le choix des personnes et l'autonomie et améliorer l'équité d'accès à l'information, aux soins, biens, services et droits avec une attention particulière pour les publics fragilisés ;

4) Favoriser la qualité de vie au domicile et au sein des services et établissements ;

5) Mettre en œuvre les Plans Transversaux Régionaux Intra francophones, Communautaires et Fédéraux ;

6) Donner, soit à la demande du Gouvernement, du Conseil général ou d'un Comité soit de sa propre initiative, un avis sur les matières ;

7) Mettre en place les outils de stratégie et de prospective ;

8) Assurer une veille des développements des politiques aux niveaux régional et communautaire, fédéral et international, et formuler des propositions destinées à répondre aux enjeux à long terme ;

9) Évaluer de manière qualitative et quantitative l'éventail des structures œuvrant dans le cadre des matières et formuler des propositions en vue du développement de ces structures ;

81 Communication personnelle, Pascale Hensgens, Fédito wallonne, 13/11/2018.
82 Question écrite de M. Prévot à M. Prévot «Le premier contrat de gestion conclu avec l'Agence pour une vie de qualité (AViQ)» du 11/07/2017.
83 Contrat de gestion de l'AViQ 2017-2022 entre le Gouvernement wallon et l'Agence pour une vie de qualité (AViQ), URL : https://www.aviq.be/fichiers/Contrat-de-gestion-2017-2022-AVIQ.pdf

10) Partager l'expertise acquise avec les administrations et les partenaires ;

11) Développer une culture partenariale (opérateurs, services, bénéficiaires, partenaires sociaux) ;

12) Développer des collaborations entre les différentes branches de l'AViQ, construire des modes de gestion partagés et assurer une culture commune ;

13) Assurer la mise en place et le fonctionnement d'une nouvelle organisation proactive et agile.

De plus, afin de faire face aux enjeux actuels, ces différents objectifs devront porter, de manière transversale, une attention particulière à :

- La réduction des inégalités, et des discriminations ;
- L'amélioration de la santé pour tous ;
- L'inclusion de tous tout au long de la vie ;
- Le soutien aux personnes, aux familles et aidants proches ;
- Le maintien au domicile et les services y afférents ;
- La priorité pour les grands dépendants dans les services résidentiels ou de longue durée.

L'AViQ procède annuellement à l'évaluation de la mise en œuvre du Contrat de gestion et des actions d'exécutions. Le rapport annuel met en perspective les actions menées par l'Agence par rapport aux objectifs stratégiques poursuivis ; il examine l'état de la réalisation de ces objectifs grâce aux indicateurs détaillés dans le Contrat de gestion et une évaluation qualitative des actions de l'AViQ.

2.1.3. MISE EN PLACE DU CONSEIL DE STRATÉGIE ET DE PROSPECTIVE

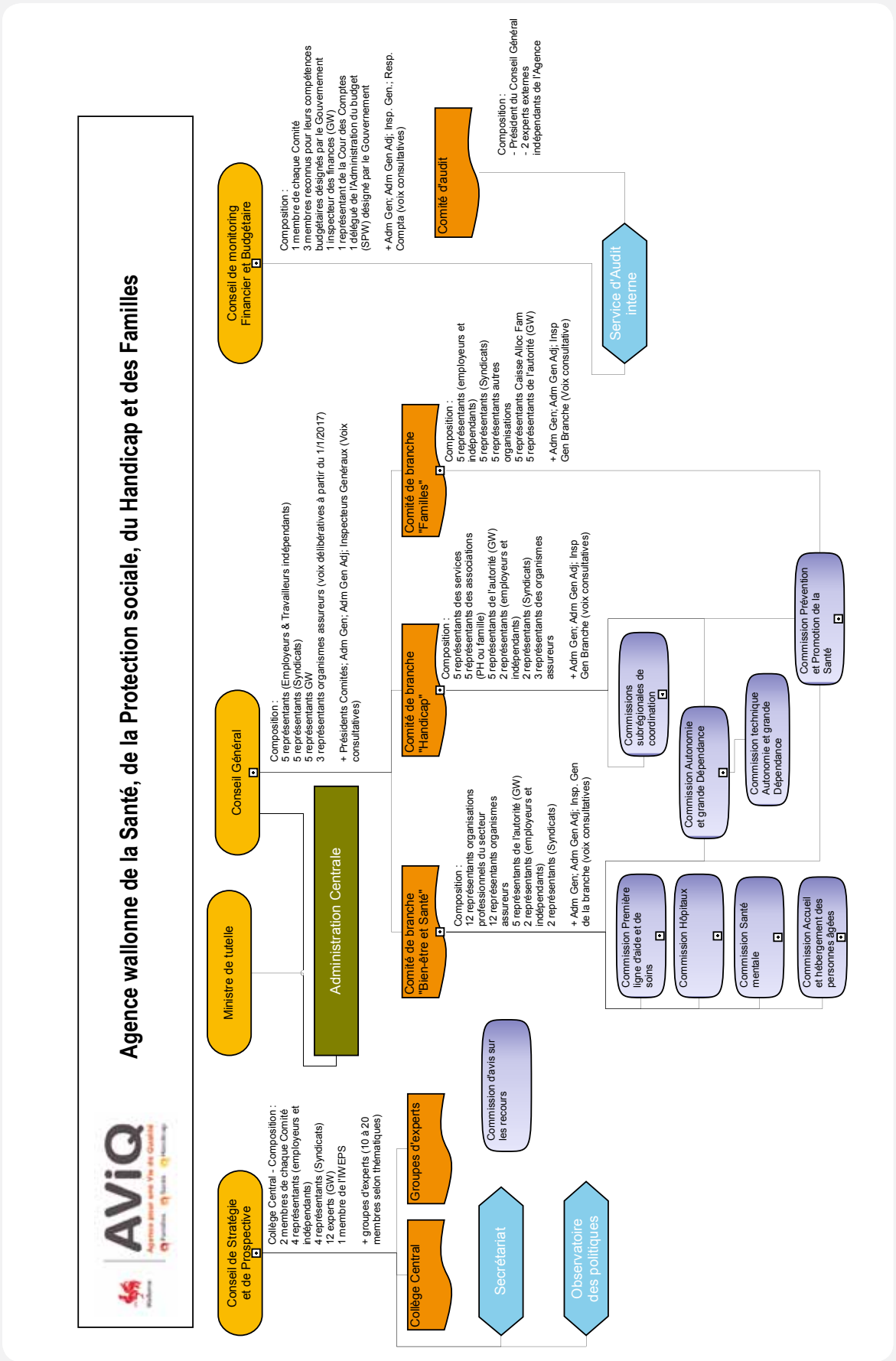
Le Conseil de stratégie et de prospective a pour mission d'assurer une veille des politiques dans les matières relevant des compétences de l'AViQ, et ce, à tous les niveaux de pouvoir ; il évalue aussi de manière qualitative et quantitative l'éventail des structures œuvrant dans le cadre des politiques concernées et formule des propositions en vue du développement de ces structures ; enfin, le Conseil émet des avis sur les politiques et les textes à portée générale, soit de sa propre initiative, soit à la demande du Gouvernement, du Conseil Général ou d'un comité de branche.

Le 24 mars 2016, le Gouvernement wallon a adopté un arrêté fixant les modalités de fonctionnement du Conseil de stratégie et de prospective. Ainsi, le Conseil est composé d'un Collège central qui est chargé de remplir les missions énumérées ci-dessus, et de groupes d'expert·e·s (de 10 à 20 selon les thématiques) choisi·e·s pour leurs compétences particulières en rapport avec les matières de l'Agence et dont le Collège peut solliciter l'avis.

La mise en place du Conseil était cependant suspendue jusqu'à la constitution de l'organe de concertation intrafrancophone (voir chapitre 1.4.1.). Un arrêté de coopération d'exécution a finalement été conclu le 4 mai 2018, permettant la mise en place de l'organe de concertation. La ministre wallonne en charge de la santé Mme Gréoli peut désormais soumettre le projet d'arrêté relatif aux modalités de fonctionnement du Conseil au Gouvernement, à l'organe de concertation, ainsi qu'à l'avis de la section «législation» du Conseil d'État. Mme Gréoli espérait la mise en place du Conseil pour la fin de l'année 2018[84].

84 Question orale de Mme Tillieux à Mme Gréoli, Compte rendu avancé, Commission de l'action sociale, de la santé et de la fonction publique du Parlement wallon du 8 mai 2018.

Figure 4 : Organigramme de l'AViQ



Source : Julie Sarlet, Centre liégeois de promotion de la santé, communication personnelle, 20/10/2016.

2.2

LA POLITIQUE WALLONNE DE PROMOTION DE LA SANTÉ

2.2.1. LE DÉCRET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Suite à la 6ème Réforme de l'État, le Gouvernement wallon a opté pour la rédaction d'un nouveau Décret de promotion de la santé modifiant le Code wallon de l'action sociale et de la santé (CWASS), en ce qui concerne la prévention et la promotion de la santé en Région wallonne. Celui-ci remplace le décret de la Communauté française de 1997. L'avant-projet de décret a été adopté par le Gouvernement wallon en deuxième lecture le 22 novembre 2018, après avoir pris en compte les avis du Conseil wallon de l'égalité entre hommes et femmes, de la Commission wallonne de la santé, du Conseil économique et social de la Wallonie et de l'Organe de concertation intrafrancophone[85].

Le décret organise le secteur et prévoit un plan de promotion de la santé. Le ministre Prévot avait présenté au Gouvernement le volet «diagnostic» du plan en février 2017. Le référentiel pour l'action (ou volet «opérationnel»), quant à lui, a été publié fin 2018 par la nouvelle ministre wallonne de la santé, Mme Gréoli (voir ci-après).

Les objectifs de la réforme du décret sont multiples (Conseil économique et social wallon, CESW, 2018) :

- Insérer le dispositif décrétal de prévention et de promotion de la santé dans la législation wallonne (notamment le CWASS) et la structure de l'AViQ ;
- Réviser les modalités d'adoption du programme de prévention et promotion de la santé dans la législation wallonne par les instances politiques ;
- Planifier l'organisation de la prévention et de la promotion via l'instauration d'un plan de prévention et promotion de la santé, en fixant des programmes de médecine préventive et en autorisant des campagnes audiovisuelles ;
- Opérationnaliser les objectifs stratégiques transversaux et thématiques définis dans le volet diagnostic du plan de prévention et promotion de la santé ;
- Poser les bases de l'information socio-sanitaire et de l'évaluation d'impact en santé.

L'avant-projet de décret règle les différents dispositifs de prévention et de la promotion de la santé, ainsi que leurs missions respectives[86] :

1) Les centres locaux de promotion de la santé (CLPS) qui ont notamment pour mission de veiller à la mise en œuvre des objectifs thématiques et transversaux du plan à l'échelon de leur territoire, d'accompagner les acteurs publics et privés de leur territoire dans le développement d'actions de prévention et de promotion de la santé et d'accompagner et sensibiliser les autorités locales à l'intégration de la promotion de la santé dans leurs politiques ou programmes territoriaux ;

2) Les centres d'expertise en promotion de la santé (CEPS) qui apportent un support scientifique, technique et méthodologique à l'AViQ, aux CLPS, aux centres d'opérationnalisation en médecine préventive et aux opérateurs. Ils ont notamment pour missions d'introduire la dimension scientifique utile à la mise en œuvre du plan, c'est-à-dire la recherche et les pratiques basées sur les preuves scientifiques ;

3) Les centres d'opérationnalisation en médecine préventive qui sont chargés de mettre en œuvre les programmes de médecine préventive décidés par le Gouvernement ;

4) Les services de surveillance médicale du travail, qui sont chargés de la surveillance médicale et de santé au sein des services externes de Prévention et de Protection au travail ;

5) Les opérateurs en promotion de la santé, qui sont chargés de la surveillance médicale et de santé au sein des services externes de Prévention et de Protection au travail.

L'avant-projet de décret prévoit également la constitution d'une Fédération de prévention et de promotion de la santé et celle d'une instance d'évaluation d'impact de santé. Cette dernière sera notamment chargée d'évaluer, sur demande du Gouvernement ou d'initiative, l'impact en santé des projets de textes législatifs ou règlementaires ainsi que des décisions gouvernementales (CESW, 2018).

Le décret devra s'accompagner d'arrêtés d'application qui définiront les modalités de mise en œuvre de celui-ci. Compte tenu de l'importance de ces arrêtés, il est central qu'ils fassent l'objet d'une consultation de l'ensemble des secteurs et acteurs concernés.

85 Question écrite de M. Daele «Le projet de décret modifiant le Code wallon de l'action sociale et de la santé en ce qui concerne la prévention et la promotion de la santé en Région wallonne» du 05/12/2018.

86 D'après l'avis du CESW (2018) et celui du Conseil wallon de l'égalité entre les hommes et les femmes (2018)

L'AVIS DU CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL DE WALLONIE (CESW)

Le CESW (2018) attire l'attention sur plusieurs points, dont nous reprendrons ici quelques-uns. D'abord, le Conseil constate que les notions de «prévention de la santé» et de «promotion de la santé» ne sont pas toujours distinguées dans l'avant-projet de décret[87]. Il considère important de clairement et explicitement différencier ces deux dimensions de la santé et de rappeler que le Plan porte à la fois sur la prévention et sur la promotion de la santé.

Ensuite, le Conseil estime indispensable que le dispositif de prévention et de promotion de la santé soit coordonné avec les compétences aux mains des autres niveaux de pouvoir, ainsi qu'avec les autres politiques wallonnes directement ou indirectement impliquées.

Il s'agirait notamment d'établir le lien avec certains projets menés antérieurement au niveau wallon tels que les travaux menés par l'Observatoire wallon de la santé, par exemple. De plus, et compte tenu de la nature transversale des déterminants de la santé, le Conseil recommande une concertation accrue avec les autres niveaux de pouvoir sur certaines thématiques et encourage le Gouvernement wallon à appliquer une plus grande transversalité entre ses propres politiques publiques. Le CESW s'interroge également sur les liens structurels qui seront mis en place avec les acteurs du secteur ambulatoire et ceux de la 1ère ligne, ainsi que sur la place des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé dans la concertation et la coordination locale (pour l'échange d'informations et le partage de bonnes pratiques).

Enfin, le CESW souligne que les compétences de l'instance d'impact de santé prévu par l'avant-projet de décret et celles du Conseil de Stratégie et de Prospective de l'AViQ pourraient se chevaucher et qu'il serait pertinent de préciser les missions de la première par rapport au second.

87 Le CESW rappelle également qu'il s'agit davantage de «prévenir les problèmes de santé» que prévenir la santé en soi (CESW, 2018).

2.2.2. LE PLAN WALLON DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ (WAPPS)

L'élaboration du nouveau Plan de prévention et de promotion de la santé s'inscrit dans le cadre politique de l'OMS pour la région européenne, baptisé Health 2020 et qui a reçu l'accord des 53 États membres en 2012.

La ministre wallonne de la santé, Mme Gréoli, s'est en effet prononcée en faveur du concept «Santé dans toutes les politiques» (*Health in all Policies*), conformément aux recommandations de l'OMS (2013). Le Gouvernement a notamment prévu la création d'une instance d'évaluation d'impact de santé qui fournira des avis scientifiques sur des projets et des politiques qui ne relèvent pas de la santé[88].

La ministre Mme Gréoli a annoncé que la FWB était impliquée depuis le début dans le comité d'accompagnement du projet. Elle a également précisé que des contacts ont été pris avec la COCOF et l'ONE afin de définir leur articulation avec la Région wallonne[89]. Enfin, des partenaires du secteur de la santé et des secteurs connexes ont été consultés, au sein d'une dizaine de groupes thématiques.

Le Plan se divise en deux parties (c'est-à-dire le volet diagnostique et le référentiel pour l'action) ; il est complété par le dispositif wallon de prévention et de gestion du tabagisme 2018-2030 et le Plan wallon alimentation Activité physique (voir ci-après).

LES DOUZE OBJECTIFS TRANSVERSAUX

La première partie du plan avait déjà identifié onze objectifs transversaux, auxquels a été ajouté l'objectif «Tenir compte de la dimension genre». Ils doivent être présents dans l'ensemble des axes et sous-tendre chaque action de prévention et promotion de la santé en Wallonie.

1) Promouvoir la santé dans toutes les politiques[90] ;
2) Adapter les stratégies pour faire face aux inégalités sociales de santé (voir chapitre 3. L'usage de drogues et les inégalités sociales de santé) ;
3) Favoriser l'accessibilité et veiller à une bonne couverture territoriale des actions de prévention et de promotion de la santé ;
4) Veiller à l'efficience des actions et instaurer une culture d'évaluation continue, et ce, dans la perspective d'une utilisation efficace des ressources disponibles ;
5) Intégrer les priorités de santé dans une approche selon le parcours de vie[91] ;
6) Intégrer les priorités de santé dans une approche selon un continuum promotion de la santé/prévention des maladies/soins curatifs et réduction des risques/revalidation (accompagnement)/soins palliatifs. Les patients doivent être approchés dans leur globalité ;
7) Renforcer l'action communautaire (bottom-up), promouvoir la participation citoyenne et l'empowerment (autonomie) ;
8) Développer le travail en réseau et le partenariat intersectoriel. Ceux-ci favorisent en effet le décloisonnement des secteurs et des disciplines, la coordination des actions menées par les différents secteurs, la concertation afin de diffuser des messages cohérents, etc. ;
9) Créer des environnements favorables à la santé (milieux de vie). La santé comprend en effet non seulement les soins, mais également un ensemble des déterminants de la santé, et donc les différents milieux de vie dans lesquels un individu évolue (la famille, l'école, le travail, etc. ; les institutions pénitentiaires ne sont cependant pas évoquées[92]) ;
10) Inscrire la promotion de la santé dans une perspective durable ;
11) Promouvoir l'innovation au service de la santé. En cohérence avec le projet politique, les projets innovants doivent répondre à des besoins, ainsi qu'à certaines valeurs, et s'inscrire dans des problématiques prioritaires[93] ;
12) Tenir compte de la dimension genre.

88 Site officiel de la ministre Gréoli, article «Premier Plan de Prévention et de Promotion de la santé en Wallonie : un référentiel pour les acteurs et une meilleure qualité de vie !», URL : http://greoli.wallonie.be/home/presse--actualites/publications/premier-plan-de-prevention-et-de-promotion-de-la-sante-en-wallonie--un-referentiel-pour-les-acteurs-et-une-meilleure-qualite-de-vie.publicationfull.html

89 Question écrite de Mme Trotta à Mme Gréoli «Le plan de prévention et de promotion de la santé» du 22/12/2017.

90 Prôné par l'OMS, le concept de «Santé dans toutes les politiques» implique que, théoriquement, chaque politique publique est évaluée afin d'estimer (et supposément minimiser, voire supprimer) les impacts négatifs que son application pourrait avoir sur la santé. La RW souhaite également décloisonner les différentes compétences qui ont un impact sur les déterminants de la santé (logement, emploi, justice, enseignement, action sociale, environnement, etc.) et qui dépendent à la fois de ses compétences et de celles du l'entité fédérale et des autres entités fédérées. Ainsi, si les intentions du Plan sont évidemment dirigées vers les compétences de la RW, des protocoles de collaboration devront être établis avec les autres niveaux de pouvoir. Le Plan prévoit enfin que les impératifs de promotion de la santé et de réduction des inégalités fassent partie intégrante des processus de décision et de l'ensemble des activités des secteurs administratifs et ministériels.

91 Une telle approche considère les multiples facteurs de protection et de risque qui interagissent et influencent la manière dont un individu évolue au sein de la société tout au long de sa vie. Ces facteurs de protection ou de risque ont notamment une influence sur la capacité à apprendre, à prendre part à la vie économique et sociale, à vivre sainement, etc. Les priorités de santé changent donc en fonction des tranches d'âge et prennent en compte le contexte social et historique, ainsi que les déterminants intergénérationnels de la santé. Les politiques de santé ont dès lors pour objet l'ensemble de la vie humain, et non uniquement le traitement de besoins et de maladies spécifiques et ponctuels.

92 Voir chapitre 7.1. La santé des personnes détenues.

93 Question écrite de M. P. Prévot à M. M. Prévot «La promotion de la santé en Wallonie» du 06/03/2017.

LES CINQ AXES D'ACTIONS PRIORITAIRES DU WAPPS

Le WAPPS (c'est-à-dire le référentiel pour l'action) se compose de 5 axes prioritaires de prévention et de promotion de la santé. Chacun de ses axes comprend plusieurs objectifs de santé ; et chaque objectif de santé se décline en objectifs spécifiques qui reflètent la nature de ce que l'on souhaite changer ou mettre en place d'ici 2030 (ou avant, le cas échéant).

Axe 1
Promotion des modes de vie des milieux favorables à la santé

- Alimentation et activité physique
- Lutte contre le tabagisme

Axe 2
Promotion d'une bonne santé mentale et du bien-être global

- Prévention des usages addictifs et réduction des risques
- Promotion d'une bonne santé mentale et du bien-être global (y compris lutte contre le suicide)

Axe 3
Prévention des maladies chroniques

Axe 4
Prévention des maladies infectieuses, y compris la politique de vaccination

Axe 5
Prévention des traumatismes et promotion de la sécurité

En termes de prévention des usages addictifs et de réduction des risques, le Plan définit trois objectifs de santé qui se déclinent en objectifs spécifiques :

Objectif de santé 1 :
Prévenir les conduites addictives par la promotion de la bonne santé mentale :

- Objectif spécifique 1.1 : Renforcer les ressources, les connaissances et les compétences du grand public, des décideurs, des consommateurs et de leurs proches, en matière de consommation de substances psychoactives
- Objectif spécifique 1.2 : Promouvoir un environnement favorable dans les différents milieux de vie en agissant sur les déterminants de la santé de manière à diminuer les risques pour la santé liés aux consommations de substances psychoactives
- Objectif spécifique 1.3 : Développer des modèles de gestion publique adaptés à une politique intégrée et globale
- Objectif spécifique 1.4 : Clarifier les législations autour des produits, tout particulièrement en matière d'alcool (voir chapitre 5.2.1 au sujet des politiques en matière d'alcool)

Objectif de santé 2 :
Améliorer la qualité de vie des consommateurs de substances psychoactives et diminuer les conséquences négatives liées aux consommations de substances psychoactives et les conduites addictives sans produit :

- Objectif spécifique 2.1 : Réduire les stigmatisations et les discriminations liées aux consommations de substances psychoactives
- Objectif spécifique 2.2 : Favoriser l'accessibilité aux services de prévention, de promotion de la santé et aux structures d'aide et d'accompagnement adaptés aux besoins dans les différents milieux de vie
- Objectif spécifique 2.3 : Favoriser la participation de l'entourage du public cible en ce compris les pairs adultes et reconnaître leur expertise

Objectif de santé 3 :
Renforcer les connaissances, compétences et savoir-être des professionnel·le·s, en lien avec les consommations de substances psychoactives :

- Objectif spécifique 3.1 : Sensibiliser, outiller et renforcer les connaissances, compétences et savoir-être en matière de prévention, de promotion de la santé et de réduction des risques, des professionnel·le·s (y compris les adultes relais), futurs professionnel·le·s et bénévoles, …
- Objectif spécifique 3.2 : Soutenir les initiatives d'évaluation de pratiques et d'analyse des évolutions socio-épidémiologiques et politiques du phénomène de consommations de substances psychoactives

L'AVIS DE LA FÉDÉRATION WALLONNE DE PROMOTION DE LA SANTÉ (FWPS)[94]

La FWPS a publié un avis au sujet du projet de WAPPS en septembre 2018 et a soulevé plusieurs points qui semblent encore d'actualité. La Fédération regrette que les objectifs transversaux ne bénéficient pas de pistes d'opérationnalisation propres, et rappelle que la promotion de la santé est par essence transversale. Elle relève également que la question des inégalités sociales de santé est relativement absente, à l'exception des actions ciblant des publics vulnérables ou en situation de précarité. Les objectifs du plan, rappelle-t-elle, ne pourront être atteints qu'à la condition qu'une influence soit exercée sur les déterminants fondamentaux des inégalités et des déterminants de la santé.

Ensuite, la FWPS attire l'attention sur le fait que les indicateurs relatifs aux axes sont, dans une large proportion, quantitatifs ; ce qui laisse présager d'une approche évaluative elle-même largement quantitative. Or, la promotion de la santé et la prévention reposent sur un temps long et une approche complexe de la réalité, au sein de laquelle les actions tendent à faire évoluer les comportements. Leur évaluation doit dès lors adopter un angle (également) qualitatif, centré sur la manière dont les interventions sont menées pour répondre aux besoins des personnes, à la lumière de leur contexte de vie.

Le manque d'articulation entre les dispositifs wallons et bruxellois est également souligné. Il s'agit pourtant d'un enjeu important, pour les opérateurs actifs sur les deux territoires, pour les usager·e·s, ainsi que pour le pouvoir organisateur (en termes de qualité des actions, d'économie, de capacités de couverture, etc.). Enfin, si la FWPS se réjouit de l'ambition du plan, elle invite aussi les autorités publiques à refinancer un secteur précarisé et fragilisé par la 6ème Réforme de l'État, et à délivrer un agrément à l'ensemble des structures.

94 Avec l'aimable autorisation de Chantal Leva, présidente de la FWPS.

2.2.3. LE DISPOSITIF WALLON DE PRÉVENTION ET DE GESTION DU TABAGISME 2018-2030

Suite à la 6ème Réforme de l'État, les compétences relatives à la prévention du tabagisme et le Fonds tabac ont été transférées depuis le Gouvernement fédéral vers les entités fédérées, et ont intégré le Plan wallon anti-tabac (désormais «Dispositif wallon de prévention et de gestion du tabagisme»).

Il est prévu que le dispositif intègre le Plan de prévention et de promotion de la santé du Gouvernement wallon[95]. En effet, la diminution du tabagisme fait partie des objectifs du plan, de même que la promotion de la cessation tabagique chez les jeunes et les adultes, la prévention de l'initiation tabagique et de la vape chez les jeunes, et enfin la protection des (non)-fumeur·se·s de l'exposition à la fumée de tabac ou de vape.

Le ministère wallon de la santé a demandé aux membres du groupe Plan wallon sans tabac de définir un plan d'actions concrètes pour la fin de l'année 2017.

95 Question orale de Mme Pécriaux et Mme Galant à Mme Gréoli, Compte rendu avancé de la Commission de l'action sociale, de la santé et de la fonction publique du 25/01/2018.

LE GROUPE PLAN WALLON SANS TABAC

Les membres du groupe comptent le FARES (Fonds des affections respiratoires), Tabacstop, la SSMG (Société scientifique de médecine générale), l'Association des unions de pharmaciens, la Fédération des maisons médicales, la société de médecine dentaire, le Centre Alfa, la Fédito wallonne, le Service d'étude et de prévention du tabagisme, le Centre d'aide aux fumeurs de l'Institut Bordet, l'Observatoire de la santé du Hainaut, Hainaut santé asbl, l'AViQ et la Cabinet du ministère wallon de la santé.

Leurs objectifs sont de diminuer le tabagisme et les comportements problématiques liés. Pour cela, les membres organisent l'aide au sevrage, les formations destinées aux professionnel·le·s, ainsi que les groupes de parole.

Le 22 mai 2018, la ministre wallonne en charge de la santé, Mme Gréoli, a présenté un premier dispositif wallon de prévention et de gestion du tabagisme 2018-2030, issu du travail du groupe Plan wallon sans tabac et visant à développer une approche globale du tabagisme.

Le dispositif 2018-2030 s'articule autour de trois objectifs liés au tabagisme et à la vape :
- Réduire la prévalence du tabagisme et de la vape ;
- Réduire l'exposition à la fumée ;
- Accroître la cessation tabagique.

Le dispositif wallon cherche notamment à dénormaliser l'achat et la consommation de tabac, à outiller et stimuler les projets visant à réduire l'initiation au tabac et à la vape, à développer des aides spécialisées et orienter les usager·e·s afin d'accroître la cessation et réduire les risques, et à mobiliser les décideurs·ses afin de réduire l'exposition[96].

Pour cela, il entend renforcer les stratégies développées depuis 2004, à savoir la formation des professionnel·le·s, un travail ciblé sur les personnes les moins favorisées au niveau socio-économique, une approche globale des assuétudes et l'évaluation de l'efficacité des actions[97].

96 Conférence de presse du 22 mai 2018 «Dispositif wallon sans tabac 2018-2030», http://greoli.wallonie.be/files/Documents/slides%20point%20presse%20Dispositif%20%20Wallon%20sans%20Tabac%202018-2030%20-%2022%20mai%202018%20final.pdf

97 Article «Un premier Plan wallon sans tabac 2018-2030», site officiel de la ministre Mme Gréoli, http://greoli.wallonie.be/home/presse--actualites/publications/un-premier-plan-wallon-sans-tabac-2018-2030.publicationfull.html

Plus précisément, le dispositif wallon 2018-2030 se décline ainsi :

LES OBJECTIFS ET STRATÉGIES DU DISPOSITIF WALLON DE PRÉVENTION ET DE GESTION DU TABAGISME 2018-2030 [98]

Objectifs	Stratégies
Piloter, évaluer et renforcer le dispositif wallon de prévention et de gestion du tabagisme	› Soutenir la mise en œuvre du dispositif et assurer l'ancrage des compétences développées par les institutions › Accompagner et assurer le pilotage et l'évaluation du dispositif (monitoring) › Recueillir et partager les indicateurs clés, recommandations et articles afin d'informer et sensibiliser les divers niveaux de pouvoir et de compétences › Renforcer les politiques de santé existantes et contribuer à inscrire l'abord du tabagisme et de la santé dans toutes les politiques
Contribuer à réduire d'au moins 2 % l'initiation tabagique et la vape chez les jeunes de 11 à 24 ans	› Sensibiliser et outiller les professionnel·le·s de la santé, de l'éducation, du social, de l'associatif ainsi que les adultes relais (y inclus les familles), à la promotion d'actions de prévention du tabagisme et de la vape chez les jeunes de 11 à 24 ans › Renforcer les compétences des professionnel·le·s de la santé, de l'éducation, du social et de l'associatif en vue de la réalisation de projets de prévention du tabagisme et de la vape › Stimuler le travail en réseau et en intersectorialité pour les actions de prévention du tabagisme chez les jeunes › Promouvoir des actions de proximité et soutenir l'implémentation de politiques visant des environnements favorables à la santé en divers lieux de vie
Contribuer à accroître d'au moins 2 % la cessation tabagique chez les adultes et les jeunes	› Sensibiliser, mobiliser et former les relais pour la réalisation d'interventions, d'actions de proximité et de suivis de fumeur·se·s (motivation au changement, cessation tabagique) › Accompagner et impliquer les relais dans la conduite d'actions visant la gestion du tabagisme (adaptées aux publics et contextes dans une perspective d'égalité des chances) › Stimuler le travail en réseau et en inter-sectorialité concernant la cessation du tabagisme › Favoriser l'accès à l'information sur les aides à la cessation, à la réduction des risques, aux recommandations et supports d'animation adaptés aux contextes › Offrir, développer et promouvoir des services de soutien spécialisés et intensifs à la cessation de qualité, accessibles et adaptés aux besoins des fumeur·se·s › Sensibiliser la population à la question du tabagisme › Mettre en place des politiques de gestion du tabagisme dans divers milieux de vie
Contribuer à diminuer l'exposition des fumeur·se·s et des non-fumeur·se·s à la fumée de tabac/vape	› Favoriser l'accès à l'information pour les décideur·se·s locaux et les professionnel·le·s (santé, éducation et social) et les mobiliser afin de promouvoir des environnements favorables à la santé › Soutenir l'intégration de politiques tabac au niveau local en divers lieux de vie et les politiques de tous les niveaux de pouvoir pour créer des environnements exempts de fumée › Sensibiliser le grand public en suscitant une réflexion sur un mode participatif (productions d'outils pédagogiques et interactifs) et en adoptant une communication motivationnelle

Cependant, comme le notait l'ancien ministre wallon de la santé, M. Prévot, les actions préventives des entités fédérées, pour être efficaces, doivent être soutenues par des actions du Gouvernement fédéral visant à limiter l'offre de tabac. Il invitait alors le Gouvernement fédéral à mettre en œuvre la Convention-Cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac, ratifiée par la Belgique en 2005 (voir chapitre 5.2.2. Le tabac et la cigarette électronique)[99]. Mme Gréoli, quant à elle, a appelé les différents acteurs concernés à réfléchir à leur responsabilité dans la réduction de l'offre de tabac et au retrait de la vente de cigarettes des grandes surfaces[100].

La ministre wallonne de la santé a également déclaré avoir assez peu de latitude en matière de collaboration avec l'entité fédérale et ne pas avoir été consultée dans le cadre du plan fédéral de lutte contre le tabagisme (voir chapitre 5.2.2)[101].

98 Caroline Rasson, FARES , communication personnelle, 13/09/2018 et rapport de l'ULB remis à l'AViQ et diffusé via la FWPS.

99 Question écrite de M. Mouyard à M. Prévot «Le Plan wallon sans tabac» du 14/06/2017.

100 Article «Un premier Plan wallon sans tabac 2018-2030», site officiel de la ministre Mme Gréoli.

101 Question écrite de Mme Louvigny à Mme Gréoli «La lutte contre le tabagisme» du 28 février 2018.

2.2.4. LE PLAN WALLON ALIMENTATION ET ACTIVITÉ PHYSIQUE

Dans le cadre du Plan de prévention et de promotion de la santé, l'APES (service communautaire de promotion de la santé de l'ULg), chargé de l'axe «alimentation et activité physique» avait réalisé une série de travaux et mené des groupes d'impulsion par milieu de vie afin de dégager des mesures concrètes relatives à cette thématique. Le réseau de lutte contre la pauvreté a d'ailleurs participé à ces travaux et fait part de son analyse au sujet des mesures proposées par les différents groupes d'impulsion[102].

L'APES a finalement publié en septembre 2018 une proposition de plan stratégique intitulé «WALAPSanté, promouvoir la santé de toutes et tous par l'alimentation et l'activité physique» qui propose une série d'objectifs que nous ne développerons pas ici[103].

2.2.5. LES PROTOCOLES D'ACCORD

Afin d'assurer la cohérence entre les politiques en matière de santé des différents niveaux de pouvoir, des consultations ont été régulièrement organisées avec Mesdames les Ministres Alda Gréoli (Ministre de la Culture et Vice-présidente de la FWB lors des consultations avec l'ancien ministre wallon de la santé M. Prévot ; Ministre wallonne de la santé depuis juillet 2017), Marie-Martine Schyns (Ministre de l'éducation, FWB) et Cécile Jodogne (Ministre chargée de la santé, COCOF)[104].

De plus, des protocoles d'accord ont été et devraient être encore conclus entre l'État fédéral et les entités fédérées[105].

Dans la perspective, également, de remplir l'objectif de «Health in all Policies», le ministère wallon en charge de la santé avait pris contact avec ses homologues régionaux et communautaires afin qu'ils/elles collaborent à la construction du plan[106]. Concernant les moins de 18 ans (pour lesquels la FWB est restée compétente), un protocole d'accord pourrait être conclu, notamment avec l'ONE. Un représentant de la FWB a d'ailleurs été invité au comité de pilotage susmentionné[107].

En ce qui concerne les 18-25 ans, contact avait été pris avec le Ministre Jean-Claude Marcourt, compétent en matière d'enseignement supérieur en FWB ; la collaboration aurait tout particulièrement comme sujet l'axe «alimentation (qui comprend la consommation problématique d'alcool), activité physique et lutte contre la sédentarité» du plan[108]. Des accords devraient donc être conclus avec la FWB, l'ONE et la COCOF[109].

102 Question écrite de M. Daele à M. Prévot «L'intégration de la dimension de lutte contre la pauvreté dans le Plan «Nutrition santé» du 16/02/2017.

103 «WALAPSanté, promouvoir la santé de toutes et tous par l'alimentation et l'activité physique», Proposition de plan stratégique, septembre 2018, URL : http://labos.ulg.ac.be/apes/wp-content/uploads/sites/4/2017/01/WALAPSante_sept_18.pdf

104 Question écrite de Mme Trotta à M. Prévot «Le Plan de prévention santé à l'horizon 2030» du 22/02/2017.

105 Un protocole d'accord a été conclu le 21 mars 2016 en matière de nutrition ; depuis lors, un groupe rassemblant des représentant·e·s du Fédéral et des entités fédérées se réunit régulièrement afin d'assurer la cohérence des politiques en cette matière (Protocole d'accord entre l'autorité fédérale et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution en matière de prévention).

106 Question écrite de Mme Trotta à M. Prévot «Le Plan nutrition santé» du 18/01/2017.

107 Question écrite de Mme Pecriaux à Mme Gréoli «Le Plan de prévention santé à l'horizon 2030» du 11/09/2017.

108 Question écrite de Mme Trotta à M. Prévot «Le Plan de prévention santé à l'horizon 2030» du 22/02/2017.

109 Question écrite de Mme Trotta à Mme Gréoli «Le plan de prévention et de promotion de la santé» du 22/12/2017.

2.3

LE PLAN DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ 2015-2019[110]

Conformément à sa Déclaration politique régionale 2014-2019, la législature précédente se donnait comme priorité la lutte contre la pauvreté et les inégalités d'accès aux soins de santé entre les différentes strates de la population ; cette volonté semble se poursuivre avec le nouveau Gouvernement wallon. Le plan de lutte contre la pauvreté 2015-2019 a été adopté par le Gouvernement wallon le 10 septembre 2015 et élaboré en concertation avec les acteurs du secteur, notamment avec le Réseau wallon de lutte contre la pauvreté dans la définition des priorités du plan.

En matière de santé, le Gouvernement entend améliorer l'accès aux soins de santé pour l'ensemble de la population, et ainsi la santé des populations précarisées. En effet, en Wallonie, une partie de la population est contrainte, faute de moyens financiers suffisants, de reporter ou de renoncer à des soins de santé[111]. Le plan constate également que les personnes les plus précarisées ont moins accès à la médecine préventive et aux services de santé mentale que la population générale.

À cette fin, le plan prévoit, entre autres :

- D'augmenter l'accessibilité des services de proximité, en soutenant l'installation de médecins généralistes dans les zones à pénuries, en développant les maisons médicales, et en informant mieux, d'une part, les acteurs de 1ère ligne des réalités de vie des personnes précarisées, et, d'autre part, les populations fragilisées des possibilités de suivi médical ;
- D'augmenter l'accessibilité des publics précarisés aux dispositifs de médecine préventive, en adaptant les stratégies d'approche des publics cibles et en renforçant les programmes de dépistages gratuits ;
- D'améliorer l'accessibilité des publics précarisés aux services du secteur de la santé mentale ;
- De favoriser la transparence et le contrôle des tarifs dans la structure de soins, d'accueil et d'hébergement ;
- De soutenir une meilleure coopération entre les différents acteurs et lignes de soins, afin d'assurer la continuité des soins des personnes précarisées.

Le plan de lutte contre la pauvreté intègre également le Fonds régional de cohésion sociale 2020-2025 (anciennement Plans de cohésion social). Enfin, l'une des mesures de ce Plan est notamment d'intégrer la dimension «lutte contre la pauvreté» au Plan alimentation et activité physique.

110 Nous invitons le/la lecteur·rice à lire le chapitre 3. L'usage de drogues et les inégalités sociales de santé.

111 En Wallonie, une personne interrogée sur cinq a déclaré avoir renoncé ou retardé des soins alors qu'elle en avait besoin en 2013 (Union nationale des mutualités socialistes, 2014)

2.4

DÉCRET «ASSUÉTUDES» DE LA RÉGION WALLONNE

La Ministre wallonne de la santé, Mme Gréoli, a invité à la Fédito wallonne à formuler une série de propositions en vue d'une modification du Décret du 30 avril 2009 «relatif à l'agrément en vue de l'octroi de subventions et à l'octroi de subventions aux réseaux et aux services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes ainsi qu'à la reconnaissance en vue de l'octroi de subventions et à l'octroi de subventions à leurs fédérations». Le Décret entend par «assuétudes» la dépendance et l'accoutumance engendrées par l'usage abusif de produits psychotropes licites ou illicites, d'alcool ou de tabac, et de jeux.

Dans ce cadre, les services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes sont subsidiés par la Région wallonne et remplissent au moins une des missions suivantes (dans le cadre de la concertation pluridisciplinaire) :

- L'accompagnement psychosocial ;
- La prise en charge psychothérapeutique et médicale ;
- Les soins dont au moins les soins de substitution, les cures de sevrage, la prise en charge résidentielle ou hospitalière ;
- La réduction des risques.

Le Décret institue notamment la création de réseaux d'aide et soins spécialisés en assuétudes sur le territoire de langue française en Wallonie[112]. Douze zones de soins ont ainsi été déterminées et chacune bénéficie d'un réseau. Dans la perspective

112 Ces réseaux sont actuellement les asbl ASARBW (Aide et Soins en Assuétudes - Réseau Brabant Wallon), CLA (Coordination Luxembourg Assuétudes), RELIA (Réseau Liégeois d'aide et de soins spécialisés en Assuétudes, en zone Huy-Waremme et en zone Liège), CAPC (Concertation *Assuétudes* du Pays de Charleroi), RASSAEF (Réseau d'Aide et de Soins Spécialisés en Assuétudes de l'Est-Francophone), RASAC (Réseau d'Aide et de Soins en Assuétudes de la région du Centre), RASANAM (Réseau d'Aide et de Soins en *Assuétudes* de la Région namuroise, en zone de Namur et en zone de Dinant), La Caho (Coordination Assuétudes du Hainaut Occidental), RAMBo (Réseau Assuétudes Mons Borinage), et le Réseau Assuétudes des Fagnes.

2.5

PLAN DROGUES ET ALCOOL DE CHARLEROI

d'améliorer la qualité des soins et de l'aide et de favoriser la continuité des prises en charge, les réseaux ont pour mission de :

- Identifier l'offre existante ;
- Mener une concertation institutionnelle relative à la répartition des tâches et à leur complémentarité afin de développer une offre cohérente d'aide et de soins, y compris la prise en charge de crise et d'urgence ;
- Appuyer, sur le plan institutionnel et méthodologique, l'action des services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes ;
- Collaborer avec la plate-forme de concertation en santé mentale de la zone de soins dans laquelle le réseau s'inscrit ;
- Initier ou organiser l'intervision.

Le Décret statue également que le Gouvernement wallon reconnaît au moins une fédération qui remplit les missions suivantes :

- La concertation entre ses membres en vue de promouvoir et de soutenir la qualité des activités ;
- La représentation des réseaux et des services de manière collective ou, lorsque ceux-ci en font la demande, de manière individuelle ;
- Le développement d'échanges et de réflexions entre ses membres et de la participation à l'information et à la sensibilisation de ceux-ci ;
- L'établissement de liens avec d'autres fédérations de même objet.

Suite à la requête de Mme la ministre, la Fédito wallonne a entamé un travail collectif avec ses membres (services et réseaux). Les propositions ainsi collectées visent trois objectifs : 1) établir des balises partagées, en termes de définitions et de modes de prise en charge, 2) réaliser une meilleure adéquation des textes avec les pratiques de continuum liées à la prise en charge globale des assuétudes et 3) refinancer le décret. La Fédération a en effet constaté qu'un trop grand nombre d'activités récurrentes des services assuétudes est financé sur le mode facultatif, ce qui fragilise l'offre aux usager·e·s et à leurs proches. Par ailleurs, la Fédération a relevé que certaines zones de soins ne sont pas financées pour les activités assuétudes à hauteur du montant minimum fixé par le Décret. La modification du Décret «assuétudes» n'est toutefois pas encore à l'ordre du jour. Mme Gréoli a en effet exprimé le souhait de se concentrer en premier lieu sur l'élaboration du décret «Promotion de la santé», et a reporté la question du décret «assuétudes» à début 2019[113].

113 Communication personnelle, Pascale Hensgens, Fédito wallonne, 13/11/2018.

Le CPAS de Charleroi a initié une collaboration avec l'ensemble des secteurs concernés par la problématique des drogues licites et illicites, afin d'élaborer un plan intégré et intégral «Drogues et alcool» sur le territoire de Charleroi.

Le projet de construction d'un plan «drogues» ambitionne donc de rassembler les opérateurs institutionnels et associatifs, d'intensifier les collaborations existantes et de construire des synergies entre ces différents acteurs. Il aspire *in fine* à définir des actions prioritaires à mener concrètement au cours des prochaines années.

Un comité de pilotage a été constitué afin de guider le projet, de définir les grandes orientations du plan et d'assurer la transversalité des actions ; il réunit des secteurs de l'aide et du soin, de la prévention et de promotion de la santé, de la police et du secteur judiciaire. Il rassemble des représentant·e·s de la Ville de Charleroi, du Parquet de Charleroi, du Cabinet du Bourgmestre, du Département Prévention Santé mentale du CPAS de Charleroi, de la police, du Cabinet du Président du CPAS, du Centre local de prévention de la santé, de la CAPC (Coordination Assuétudes du Pays de Charleroi asbl) et d'Eurotox.

Des groupes de travail (GT) thématiques ont été mis en place : le GT «insertion socio-professionnelle», le GT «vivre ensemble», le GT «prison» et le GT «promotion de la santé chez les jeunes». Ces groupes participent à l'élaboration de réponses adéquates et novatrices à l'échelle de Charleroi.

Les objectifs du comité de pilotage est triple :

- Coconstruire un plan drogues sur le territoire de Charleroi, avec les acteurs institutionnels et associatifs concernés ;
- Établir un cadastre des actions sur le territoire ;

2.6

DES REPÈRES POUR UNE POLITIQUE WALLONNE DE SANTÉ MENTALE

› Définir un socle de connaissances et un horizon commun pour les opérateurs concernés, dans le respect de leurs spécificités.

La finalité du plan est de mener une politique cohérente, globale et intégrée en matière de drogues en facilitant la transversalité et la collaboration. Il entend également favoriser le bien-être de tous les citoyen·ne·s carolorégiens en visant leur insertion, par l'articulation et la transversalité des actions entre les opérateurs[114].

Différentes actions concrètes ont déjà été évoquées au sein des GT thématiques, notamment : un kit de sortie de prison, un clip YouTube de sensibilisation des jeunes sur l'usage de drogues, une plateforme de rencontre entre le secteur scolaire et celui des assuétudes, ou encore des rencontres entre le secteur des assuétudes et les comités de quartier afin de déconstruire les préjugés sur les personnes usagères de drogues[115].

L'élaboration du plan suit encore actuellement son cours.

À l'invitation de la ministre wallonne Mme Gréoli, et dans la perspective d'une vision à long terme en santé mentale, le CréSaM (Centre de référence en santé mentale) a mis en place un dispositif ayant pour objectif de proposer des repères pour une politique wallonne de santé mentale. Le CréSaM a donc lancé la consultation d'une soixantaine d'expert·e·s issus du secteur de la santé mentale, des secteurs connexes (y compris les assuétudes), des universités, des administrations et de la société civile, usager·e·s et professionnel·le·s. Cette consultation a donné naissance à un recueil de besoins et de pistes d'actions concernant diverses thématiques importantes en santé mentale. Les constats et propositions exprimés aspirent à être concrétisés en termes d'organisation de l'offre et d'attribution de moyens, et traduits dans des cadres législatifs appropriés.

L'un des principaux constats issus des consultations est la nécessaire adaptation de l'offre de services aux besoins. Les besoins évoluent relativement au contexte socio-culturel et économique, y compris les représentations sociales, les discours médiatiques et politiques au sujet de la santé mentale, la définition de la santé mentale, les inégalités sociales, les conditions de vie, l'injonction à la performance, les mesures d'austérité, la spéculation immobilière, etc. Les expert·e·s soulignent l'importance d'évaluer l'évolution des besoins, afin d'adapter l'offre de soins et les réponses à apporter (quantitativement et qualitativement). Le rapport du CréSaM met en évidence la nécessité de lever les obstacles en matière d'accessibilité des soins ; en particulier, la priorité des politiques publiques doit être l'accessibilité aux structures de soins et d'hébergement. La prise en charge doit être répartie en suffisance sur l'ensemble du territoire wallon, pour toute la population et quelle que soit la problématique. Le renforcement de l'offre concerne tous les secteurs, qu'il s'agisse de la santé mentale, de la prévention, des assuétudes, de l'hébergement, etc. L'approche de la santé mentale est multidimensionnelle et comprend donc non seulement le médical, mais également le social, le relationnel, le logement, le culturel, etc. Le rapport insiste sur l'importance d'organiser l'interdisciplinarité à tous les niveaux (politiques publiques, services, recherches, etc.) et de favoriser la diversité des réponses, des modes de soins et de prises en charge[116].

114 Document «Ensemble, élaborons le «Plan drogues Charleroi»», du CPAS de Charleroi, URL : https://www.charleroi.be/sites/default/files/kcfinder/files/sante/agenda%20activit%c3%a9s/COPIL%20Texte%20pr%c3%a9sentation%20du%20Plan%20drogues.pdf

115 PV «Parlons-en !» du Relai social de Charleroi, mars 2018, URL : http://www.relaissocialcharleroi.be/medias/files/pv-parlons-en-mars-2018.pdf

116 Document «Repères pour une politique wallonne de santé mentale», CréSaM, mai 2018, URL : http://www.cresam.be/wp-content/uploads/2018/06/Rep%C3%A8res_CR%C3%A9SaM_2018.pdf

3

L'USAGE DE DROGUES ET LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

N.B. : Précisons ici d'emblée que ce chapitre s'intéresse essentiellement aux dimensions sociologique et psychologique des inégalités sociales de santé. Nous n'aborderons que très partiellement l'aspect structurel (notamment l'offre de soins) ou biologique.

3.1 INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ET USAGES DE DROGUES[117]

La santé est déterminée par une multitude de facteurs, notamment individuels : le genre, l'âge, le revenu, l'héritage génétique et familial, le niveau d'étude, le logement, les conditions sociales, l'accès aux soins de santé, etc. Les différences de santé deviennent des **inégalités sociales de santé** dès lors qu'elles sont systématiquement distribuées de manière inégale au sein de la population, en fonction du statut socio-économique des individus[118]. Les inégalités sociales de santé suivent le gradient social, quels que soient la société, l'âge des individus, leur genre ou les problèmes de santé considérés ; autrement dit, plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé (OMS, 2014b), pauvreté et mauvaise santé pouvant s'influencer mutuellement.

Les inégalités sociales affectent la santé dès le plus jeune âge, notamment à travers le statut socio-économique (SSE) des parents. Par exemple, l'espérance de vie à la naissance est inégale selon le niveau socio-économique de la commune de résidence et l'écart se creuse toujours davantage entre les plus défavorisés et les plus favorisés (Observatoire belge des inégalités, OIB, 2015). Les inégalités sociales de santé concernent donc l'état de santé, mais également l'accès aux soins (y compris en matière de santé mentale) et le recours aux services préventifs (Observatoire de la santé et du social, 2017 ; Barbier, 2008). Le report des soins en raison de problèmes financiers au cours des 12 derniers mois concerne 8 % des ménages belges. Et ce pourcentage diminue au fur et à mesure que le niveau d'enseignement et les moyens financiers augmentent. Le report des soins touche davantage les familles monoparentales ; 20 % d'entre elles sont en effet concernées, sachant que la majorité est dirigée par des femmes (WIV-ISP, 2013 ; Observatoire de la santé et du social, 2017 ; OBI, 2017).

De multiples facteurs intermédiaires (sociaux, économiques, culturels, comportementaux, etc.), inégalement répartis au sein de la population, composent et créent le lien entre le SSE d'un individu (ou d'un groupe) et leur état de santé (Van Oyen et al, 2010) :

1) **Les facteurs matériels** : une mauvaise santé peut avoir des conséquences sociales et économiques (perte d'emploi, mise en incapacité, isolement social, etc.). De même, les individus les plus favorisés possèdent les ressources financières et matérielles leur permettant d'adopter des comportements bénéfiques pour la santé et aussi limiter les conséquences d'une mauvaise santé (alimentation saine, activité sportive, meilleur accès aux soins de santé et aux services de prévention, logement salubre, etc.) ;

2) **Les facteurs psycho-sociaux** : les conditions de vie et de travail stressantes, ainsi que les ressources pour affronter ce stress, ont des effets sur la santé ;

3) **Les comportements de santé** (tabagisme, activité physique, habitudes alimentaires, abus d'alcool ou de drogue, etc.) : la manière dont un individu est socialisé tout au long de sa vie détermine ses comportements, ses pratiques, ses manières d'être, ses goûts, ses représentations, etc. qui ont des conséquences sur sa santé.

«POINT DÉFINITION» : LA SOCIALISATION ?

La socialisation est différenciée selon le genre, le SSE et le contexte socio-culturel dans lequel une personne s'inscrit. Elle est assurée en continu (et simultanément) par plusieurs institutions ou groupes : famille, ami·e·s, école, travail, religion, médias, etc.

117 Ce texte est une version légèrement modifée d'un article préalablement paru dans la revue "Drogues, Santé, Prévention" n°82 (juillet 2018) de l'asbl Prospective Jeunesse.

118 Selon les études, le statut socio-économique est déterminé par un ou plusieurs critères, dont : le niveau d'enseignement terminé, le statut professionnel/occupationnel, la source principale de revenu, la situation financière (patrimoine/dettes), etc.

Si l'on aspire à expliquer et réduire les inégalités sociales de santé, la seule considération des comportements individuels différenciés selon le SSE n'est pas suffisante ; il est également nécessaire d'agir sur le contexte. D'une part, en effet, le contexte socio-culturel et la socialisation influencent l'accès à la santé et l'état de santé parce qu'ils définissent le rapport des individus et de la société à la santé, aux corps, aux rôles genrés, à la consommation de substances psychoactives, etc.[119]. Ce qui doit être soigné ou ce qui relève de la normalité peut évoluer au fil du temps et d'une société à l'autre. La consommation d'alcool, par exemple, est un acte généralement accepté en Europe occidentale, tandis que la consommation de drogues illicites sera bien souvent perçue comme une déviance, un comportement inévitablement problématique. La socialisation genrée influence elle aussi la santé et ses déterminants. Les hommes et les femmes n'ont généralement pas le même rapport à la santé, à leur corps, aux symptômes et aux soins. Par exemple, les hommes ont tendance à attendre plus longtemps que les femmes avant d'aller consulter un·e médecin. De même, les représentations genrées peuvent influencer la manière dont les soignant·e·s posent un diagnostic et prennent en charge la maladie (INSERM, 2016).

D'autre part, le contexte socio-économique et politique, y compris la répartition des richesses, les rapports entre classes sociales, les lois et les politiques publiques, modèlent également notre rapport à la solidarité, à la responsabilisation et à l'ensemble de nos droits (droits fondamentaux, droits sociaux, droits de santé). Ceci s'opère à la fois de manière résolument pragmatique (prix des médicaments, offre de soins, mesures d'austérité, remboursement des soins, conditions d'accès à la protection sociale, etc.) et de manière insidieuse, en modifiant nos représentations et croyances. Ces dernières ont un impact réel sur la manière dont un individu se perçoit et agit, ainsi que sur la manière dont il perçoit et interagit avec les autres. Par exemple, les discours médiatiques, et politiques dominants qui ignorent le caractère structurel du chômage pour en faire porter la responsabilité sur les migrant·e·s et les travailleurs et travailleuses sans emploi, peuvent avoir un impact négatif à la fois sur la perception que ces personnes ont d'elles-mêmes, sur leur santé, leur relation aux institutions, leur sentiment de légitimité au sein de la société, et leur propension à recourir à leurs droits. Ces discours peuvent également avoir des effets délétères sur les attitudes des différents individus en contact avec elles, que ce soit leur entourage proche, les travailleurs sociaux, les professionnels de la santé, les représentants de la justice, etc. qui sont chacun garants de la santé globale, de l'accès aux droits, de la participation citoyenne et du sentiment d'appartenance de ces personnes.

3.1.1. LA RÉPARTITION DES RISQUES LIÉS À L'USAGE DE DROGUE AU SEIN DE LA POPULATION

Le simple usage et l'usage problématique de drogues licites et illicites concernent l'ensemble de la population. De manière générale, chaque individu est exposé à un ensemble de facteurs de risque et de facteurs protecteurs, endogènes (génétique, personnalité, etc.) et exogènes (environnement familial et social, événements de vie, etc.), qui vont entrer en interaction et accentuer ou diminuer la probabilité d'exposition aux substances psychoactives et le risque de développement d'un usage problématique[120].

Les facteurs protecteurs et de risque agissent directement ou indirectement sur les risques liés à l'usage de drogue ; ils ont un impact sur l'initiation à l'usage de drogue, le développement d'un usage problématique ou d'une dépendance, sur l'accès aux soins ou aux outils de réduction des risques, sur le maintien de l'abstinence, sur les probabilités de rechute ou d'arrêt de la consommation, etc. Or ces facteurs sont inégalement répartis au sein de la population. Dès lors, les conséquences sociales, pénales et sanitaires liées à l'usage de drogues, sont différemment distribuées selon le SSE des individus ; en particulier, les conséquences liées à la transmission des hépatites et du VIH (Dean et Fenton, 2010), ainsi que la mortalité par overdose, suivent le gradient social.

119 Notre approche sociologique ne suppose cependant pas que la société forme une entité supérieure aux individus qui détermine unilatéralement leurs manières d'être, de faire ou de ressentir. Plutôt, la société et les individus qui la composent s'influencent mutuellement et continuellement. Les discours et pratiques dominants qui parcourent une société donnée à un moment donné, influencent les manières d'être et de penser des individus ; de même, les individus (ou groupes d'individus) peuvent introduire des discours et pratiques nouveaux ou contradictoires qui peuvent agir à leur tour sur les discours et pratiques dominants.

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

FACTEURS ASSOCIÉS À L'USAGE DE DROGUES ET L'USAGE PROBLÉMATIQUE[121]
(Les éléments des colonnes ne sont pas à mettre en opposition)

Facteurs protecteurs	Facteur de risque
Individuels	
› Facteurs neurologiques et génétiques › *Coping* (aptitude à faire face) › Pratique pieuse de la religion › Certains traits de personnalité (tempérance, sociabilité, etc.) › Estime de soi › Compétences psycho-sociales (résilience, esprit critique, capacité à résoudre des problèmes, etc.) › Sentiment d'appartenance à une communauté ou une société et adhésion à ses valeurs › Accès à la parentalité	› Facteurs neurologiques et génétiques › Troubles du comportement › Esprit de rébellion › Certains traits de personnalité (recherche de sensations, faible estime de soi, etc.) › Échecs scolaires et rupture scolaire › Éducation genrée (masculine)[122] › Précocité du premier usage › Comorbidités psychiatriques › Marginalisation, rupture sociale › Exposition prolongée au stress › Traumas liés à une situation d'exil ou de migration
Familiaux	
› Attachement émotionnel «sûr et sécurisant» au sein de la famille › Présence d'un adulte important ou d'un pair aidant	› Contexte familial conflictuel › Violences intra-familiales › Abus de substances psychoactives au sein de la famille et des pairs › Problèmes de santé mentale des parents
Socio-économiques	
› Situation d'emploi › Niveau d'enseignement élevé › SSE élevé	› Situation de chômage › Faible niveau d'éducation › SSE faible › Précarité du logement
Liés au milieu social et culturel	
› Participation à la vie de quartier › Insertion sociale (école, pairs, communauté) ou professionnelle › Etc.	› Voisinage ou environnement de vie défavorisé › Discriminations basées sur le genre, l'orientation sexuelle, la religion ou l'appartenance ethnique › Pression sociale à la conformité › Etc.

121 Spooner et Hetherington, 2004 ; Origer, 2016 ; Szalavitz, 2016 ; Merikangas et al, 1998 ; http://www.actiontox.com/informations-dependances/parents/facteurs-de-risques-et-de-protection.aspx

122 Quelle que soit la société donnée, les individus sont généralement socialisés différemment selon le sexe biologique qui leur est attribué. Au sein des sociétés occidentales, les individus de sexe masculin sont davantage encouragés à développer des traits de caractère ou des comportements qui peuvent renforcer les risques liés à l'usage de drogue (rechercher des sensations fortes, dépasser les limites, transgresser les règles ou l'autorité, etc.).

LA MORTALITÉ PAR OVERDOSE (ORIGER, 2016)

L'OMS estime à 250.000 le nombre de décès dus à l'usage de drogues illicites chaque année dans le monde (5,1 millions dus au tabac, 2,25 millions à l'alcool ; OMS, 2008)[123].

Des études estiment qu'entre 60 et 70 % des usager·e·s injecteurs ont expérimenté une overdose non-fatale. Un traitement spécialisé en toxicomanie constitue un facteur protecteur face au risque de mortalité par overdose. Plus encore, si l'on compare les situations des personnes victimes et les usager·e·s survivants, une situation d'emploi, un salaire comme source principale de revenu légal et un niveau d'enseignement élevé sont autant de facteurs protecteurs. Au contraire, les semaines qui suivent la sortie de prison ou d'un traitement résidentiel présentent un risque accru de mortalité associée à l'usage de drogues[124].

Alain Origer calcule le *Score d'Accumulation d'Inégalités Socio-économiques* (SAIS) des usager·e·s de drogues victimes d'overdose et survivants sur base de plusieurs variables : le niveau d'éducation acquis, la situation de chômage, la situation de revenu, la situation financière (en l'occurrence la présence ou non de dettes) et la situation professionnelle du père ou du tuteur. Il en ressort que la mortalité par overdose suit le gradient social : les usager·e·s de drogues dont le SAIS est le plus faible ont 9,88 fois plus de risque de mourir d'une overdose que ceux dont le SAIS est le plus élevé.

Parallèlement au gradient social, le genre influence également la survenue d'overdoses fatales. Si les hommes victimes sont plus nombreux que les femmes, celles-ci sont plus jeunes au moment du décès. Les «carrières» d'usagères de drogue sont en effet plus courtes que celles des hommes et débouchent plus rapidement sur un usage intensif par injection. De plus, les femmes victimes d'overdose consomment plus fréquemment des médicaments psychotropes de prescription que les hommes, et dès lors se trouvent dans des situations de polyconsommation aux risques accrus. Aucune différence genrée n'est observée au niveau des SAIS moyens. Cependant, Origer constate que l'on trouve davantage de femmes que d'hommes appartenant aux classes SAIS inférieures parmi les victimes d'overdose ; l'inverse est vrai parmi les survivants.

123 En Belgique, les drogues licites et illicites sont responsables de la perte de 515.000 années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) en 2012, soit 16 % des AVCI toutes causes confondues ; le tabac représente plus de la moitié des pertes (57 %), l'alcool 34 % et les drogues illicites 7 %. Le calcul des AVCI permet de quantifier le poids de la morbidité en prenant en compte, d'une part, les années de vie en bonne santé perdues (lorsque l'individu vit avec une maladie ou un mauvais état de santé) et, d'autre part, les années de vie perdues (dans le cas d'un décès prématuré, c'est-à-dire avant d'avoir atteint une espérance de vie de référence) (voir Lievens et al., 2016).

124 La sortie d'un établissement résidentiel représente un risque accru de rechute et/ou d'overdose. Ceci s'explique par le retour dans un environnement à risque en termes d'usage de drogues (retrouvailles avec un entourage usager, changement de la qualité des produits disponibles), la rupture dans la continuité des soins et avec un environnement clos familier, et une baisse de la tolérance aux opiacés au cours de l'incarcération ou du traitement.

3.1.2. LES CONSÉQUENCES DU CONTEXTE PROHIBITIONNISTE

Certains paramètres propres au contexte prohibitionniste renforcent et perpétuent les inégalités sociales et leurs conséquences sur la santé globale des usager·e·s. La prohibition s'est en effet accompagnée de la production séculaire d'un imaginaire généralement négatif autour des substances illicites, c'est-à-dire un ensemble de discours médiatiques, médicaux, politiques, scientifiques et populaires, qui renforcent à leur tour la légitimité de la prohibition.

Ainsi, d'une part, les représentations sociales liées aux drogues illicites ont des conséquences négatives sur l'accès aux soins des usager·e·s de drogues. Les drogues sont perçues comme *interdites*, *risquées*, créant de la *dépendance*, sont synonymes *d'irresponsabilité*, de *déviance* et de comportements *antisociaux*. Cet imaginaire est intégré, intériorisé et diffusé par l'ensemble de la société et ses différents canaux de production du savoir (professionnels du soin, scientifiques, médias, politiques, usager·e·s de drogues, etc.). Or, de telles représentations sociales motivent et impulsent des sanctions sociales négatives, notamment la marginalisation et la stigmatisation des usager·e·s (problématiques ou non), d'autant plus fortes pour les femmes (surtout si elles sont mères)[125]. Ces sanctions ont souvent pour conséquence de renforcer les risques sanitaires, médicaux et pénaux liés à l'usage de drogues (en particulier illicites). Le contexte prohibitionniste biaise les interactions sociales et gène l'accès aux soins. Les usager·e·s marginalisés risquent en effet d'éviter tout contact avec les services de soin ou d'accompagnement de peur d'être mal accueillis, jugés, renvoyés vers la justice, de perdre la garde de leurs enfants, etc. Les professionnels du soin, la police ou encore la justice, quant à eux, risquent de perpétuer un ensemble de violences symboliques et institutionnelles envers les usager·e·s.

D'autre part, la prohibition produit un cadre qui perpétue et renforce les risques socio-sanitaires liés à l'usage de drogue (overdose, réutilisation de matériel d'injection usagé, transmission de l'hépatite C, isolement social, etc.). Elle gêne la mise en place de contextes de consommation favorables qui permettraient de réduire les risques (peur de la police et des sanctions pénales, interdiction des salles de consommation à moindre risque, matériel stérile insuffisant, etc.), contraint l'apprentissage social[126] de l'usage à la clandestinité et, surtout, entrave les pratiques à moindre risque. Le contexte prohibitionniste handicape également le développement et la pérennité humaine et financière des services de prévention, de détection précoce et de réduction des risques, portant dès lors directement préjudice à la santé des usager·e·s de drogue.

Outre les risques sanitaires et sociaux, la prohibition et les changements législatifs réguliers – et souvent flous – comportent des risques pénaux à la fois pour les producteurs, les consommateurs et les acteurs associatifs actifs sur le terrain. Le contexte prohibitionniste, par définition, retire la production et la distribution des substances illicites des entités légales (que ce soit le marché «légal», l'État ou des associations sans but lucratif). Ce sont alors l'économie souterraine et/ou le crime organisé qui prennent le relais. Les vendeurs (particulièrement de 1ère ligne) et les acheteurs prennent dès lors part à des activités illégales et encourent des risques (notamment légaux).

De nouveau, ces risques ne sont pas les mêmes selon le SSE de l'acheteur et du vendeur. En effet, les ressources pour échapper à l'appareil policier et judiciaire, ou pour en minimiser les conséquences, ne sont pas équitablement réparties au sein de la population : le contrôle au faciès, le bagou, la présomption de l'innocence,

AVIS DES EXPERT·E·S

Denis Mannaerts, directeur de Culture & Santé asbl

Ce chapitre l'illustre très bien, les inégalités sociales face aux risques liés aux drogues sont le fruit d'une distribution inégale au sein de la population d'un ensemble de facteurs sociaux. Ce constat amène dès lors à développer une approche d'intervention complexe qui repose aussi sur une responsabilité collective. Quelques points d'attention peuvent être mis en évidence à ce propos. Les actions, programmes ou dispositifs à mettre en place dans ce domaine ne peuvent faire l'économie d'une analyse de la multiplicité et de la distribution sociale des facteurs qui amènent à consommer, qui exposent plus intensément aux risques associés ou qui influencent l'accès à un traitement ou à un soutien social. La prise en compte de ces mêmes facteurs contextuels dans l'action est, par ailleurs, indispensable pour ne pas (re)produire des effets disqualifiants. De plus, une action sur les causes des causes des problématiques s'avère incontournable pour produire plus d'équité : modifier les législations, mener des politiques plus justes, développer des environnements plus inclusifs… Enfin, de manière générale, l'équité dans ce domaine se renforcera en s'appuyant sur les facteurs protecteurs et les ressources des individus et groupes, dès le plus jeune âge et tout au long de la vie, en accentuant l'intensité d'interventions universelles auprès des groupes plus fragiles et lors des périodes cruciales de la vie (adolescence, ruptures scolaire, sociale et familiale…).

125 Les rôles sociaux genrés s'accompagnent d'une série de croyances et d'attentes en termes de comportements. Les femmes, notamment, doivent correspondre aux modèles féminins et maternels dominants (être modérée, féminine, indépendante, être capable de conjuguer travail, couple, enfants, amis, famille, être instinctivement une «bonne mère», prendre soin des autres, etc.), sous peine de sanctions morales, de stigmatisation ou de marginalisation. Or, l'usage de drogues constitue une transgression des normes féminines et maternelles.

126 Par exemple l'apprentissage par les pairs ; ou l'apprentissage parental comme c'est souvent le cas pour l'alcool.

l'accès à un·e avocat·e, un casier judiciaire vierge, etc. sont autant de facteurs protecteurs ou de risque que la population ne partage pas uniformément. De plus, les conséquences sanitaires et sociales d'une condamnation ou d'un séjour en prison sont plus lourdes pour les personnes déjà défavorisées et marginalisées (Wacquant, 2004 ; De Lagasnerie, 2017).

Le contexte prohibitionniste, parce qu'il perpétue des représentations négatives vis-à-vis des usager·e·s de drogues et crée un cadre politique, médical et judiciaire défavorable à leur santé, renforce les inégalités sociales de santé déjà existantes. La pénalisation et les sanctions sociales liées à l'usage de drogues classées comme illicites entravent l'accès aux soins et participent ainsi à la détérioration de la santé des usager·e·s et de l'ensemble de la population.

Au-delà des bonnes pratiques qui peuvent être mises en place par l'ensemble des intervenants, agir sur les inégalités sociales qui pèsent sur la santé des usager·e·s de drogues, c'est aussi investir dans le travail à long terme de la promotion de la santé, modifier en profondeur les représentations et comportements, soutenir les dispositifs de prévention et de réduction des risques, et modeler les lois afin qu'elles répondent à des impératifs de santé publique.

3.2

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ BASÉES SUR LE GENRE ET USAGE DE DROGUE

N.B. : Nous adopterons ici une approche essentiellement binaire du genre (homme-femme, cisgenres). Nous avons évidemment conscience qu'une telle conception du genre ne reflète pas la réalité ; il s'agit d'une part de généralités et d'autre part certaines personnes ne s'identifient pas comme «homme» ou «femme». La notion de genre désigne ici l'ensemble des représentations socioculturelles de la masculinité et de la féminité, qui sont largement partagées et diffusées au sein de la société occidentale à l'heure actuelle, et qui motivent et nourrissent la socialisation genrée des individus et les rapports entre les individus (voir «Le petit dictionnaire du genre»). De plus, nous n'aborderons pas (ou très partiellement) les différences biologiques sexuées qui peuvent avoir un impact sur les effets des drogues sur les personnes, sur l'usage simple de drogues ou sur le développement d'un usage problématique.

Si appréhender les inégalités sociales de santé selon le SSE et les rapports entre classes sociales est tout à fait central, d'autres éléments interviennent et méritent qu'on leur porte une attention particulière. Une approche globale de la santé et des inégalités sociales de la santé doit également tenir compte d'autres éléments déterminants : le genre, l'appartenance ethnique et/ou religieuse supposée ou réelle (racisme) et l'orientation sexuelle (non-hétérosexuelle).

La santé, l'accès aux soins de santé et la répartition des risques liés à l'usage de drogue sont en effet influencés par les déterminants sociaux et structurels relatifs aux rapports de domination reposant sur les classes sociales, le racisme, l'hétéronormativité ou encore le patriarcat. D'autant plus lorsque ces différentes formes de domination ou de discrimination se cumulent et se renforcent les unes les autres ; c'est ce phénomène que décrit la notion d'intersectionnalité.

Le genre fait partie des multiples facteurs qui déterminent l'état de santé global d'une personne. L'ensemble des normes, attentes et rôles sociaux attribués et appris à une personne, de manière différenciée selon le genre selon lequel elle a été socialisée, déterminent en effet (en partie) les facteurs de risque et les facteurs de protection qui influent *in fine* sur sa santé. Hommes et femmes ne partagent donc pas forcément les mêmes facteurs de risques et de protection, ce qui crée et renforce les inégalités sociales de santé.

Tout au long de leur vie sociale, ils/elles apprennent et sont confortés dans différentes manières d'être, différentes compétences psychosociales, différents savoir, savoir-faire et conceptions de soi et des autres. Sans évidemment prétendre à l'exhaustivité, les femmes sont généralement socialisées à être douces, modérées, féminines, maternelles, attentives à leur apparence physique (et correspondre à certaines injonctions de beauté et de minceur), à s'occuper de leurs proches, etc. Les hommes sont davantage poussés à être forts (tant physiquement que psychologiquement), virils, aventureux, transgressifs, à cacher leurs émotions, à être entreprenants (notamment sexuellement), etc.

3.2.1. LA SOCIALISATION GENRÉE ET L'USAGE DE DROGUES

La socialisation genrée a deux principales conséquences en matière d'usage de drogues : d'une part, les pratiques de consommation ne sont pas les mêmes entre les hommes et les femmes. De manière générale, les femmes consomment en effet moins que les hommes, tous produits confondus (à l'exception des médicaments psychotropes ; Obradovic, 2010 ; voir chapitre 5.2.3. Les médicaments psychotropes). Il faut toutefois préciser, que les écarts hommes-femmes tendent à se réduire pour le tabac, l'alcool et le cannabis ; l'écart diminue chez les jeunes, mais également chez les adultes au fur et

LE PETIT DICTIONNAIRE DU GENRE [128]	
Sexe («sexe biologique»)	Le sexe fait référence aux attributs et caractéristiques biologiques et physiologique qui différencient les êtres humains mâles (hommes) et femelles (femmes).
Intersexualité	Certains individus présentent des caractéristiques physiques communes aux hommes et aux femmes. Ces caractéristiques peuvent être visibles dès la naissance ou se déclarer lors de la puberté.
Genre («sexe social»)	Si, à la naissance, la plupart des individus possèdent un sexe biologique, le genre est une construction sociale des rôles, des attitudes, des activités et des qualités considérés comme appropriés selon le sexe biologique (et le genre attribué à la naissance). Le genre comprend l'identité de genre d'une personne, mais également l'ensemble des représentations (c'est-à-dire les normes, croyance et attentes, ce que signifie «être un homme» ou «être une femme») et pratiques (notamment la performance des normes et les sanctions positives ou négatives en cas de conformité ou non-conformité aux normes de genre) des membres d'une société donnée, à un moment donné.
Cisgenre	Personne dont l'identité de genre correspond à son sexe biologique et au genre qui lui a été attribué à la naissance.
Trans* (transgenre, non-binaire, polygenre, queer, etc.)	Personne dont l'identité de genre ne correspond pas à son sexe biologique, ni au genre qui lui a été attribué à la naissance. Certaines personnes peuvent s'identifier à l'un ou l'autre genre socialement admis (masculin ou féminin), d'autres s'identifient à un genre qui n'est ni l'un, ni l'autre, ou encore ont un rapport «fluide» à l'identité de genre. Le mot «trans*» se veut non-déterminant et prône la liberté de s'autodéterminer.
Socialisation genrée	Quelle que soit la société donnée, les individus sont généralement socialisés différemment selon le genre qui leur est attribué à la naissance (le plus souvent sur base de leur sexe biologique).
Identité de genre	Genre auquel une personne s'identifie, qui peut être différent du genre attribué à la naissance.
Expression de genre	Façon d'utiliser les codes sociaux (vêtements, attitudes, gestuelles, maquillage, langage, etc.) et corporels (pilosité, prise d'hormones, opérations, etc.) attribués à un genre particulier. L'expression de genre n'est pas forcément en adéquation avec l'identité de genre, sans que cela remette en question cette dernière.

à mesure que le niveau d'éducation et la situation socio-économique augmentent. La réduction de cet écart est d'autant plus vraie dans les pays les plus égalitaires (Beck et al, 2017)[127]. Les femmes et les hommes ne consomment pas non plus de la même façon. Les jeunes femmes, par exemple, ont tendance à davantage consommer en solitaire et de manière moins visible, tandis que les jeunes hommes consomment principalement avec leurs pairs (voir également encadré «La mortalité par overdose»). Les motivations peuvent également varier selon le genre. Par exemple, la consommation de cannabis à des fins thérapeutiques est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, notamment parce que celles-ci ont davantage tendance à l'automédication (Obradovic et Beck, 2013). D'autre part, et directement en lien avec le premier point, certains facteurs de risque et de protection liés à la santé en général, et à l'usage de drogue en particulier, peuvent concerner davantage l'un ou l'autre genre (voir tableau ci-après).

DES RISQUES PARTICULIERS AUX FEMMES

Il existe des risques typiquement féminins liés à l'usage (problématique) de drogue. Certains produits ou leurs effets (manque de sommeil, malnutrition, occultation de la douleur) provoquent ou aggravent par exemple des problèmes gynécologiques (aménorrhée, sécheresse vaginale, irritation des muqueuses), dont certains peuvent exacerber la transmission des infections sexuellement transmissibles (IST) et le risque de grossesse non-désirée.

127 La réduction de l'écart (en particulier chez les jeunes) peut également s'expliquer par la valorisation d'un certain nombre de valeurs «masculines» au sein des sociétés occidentales (être actif, aventureux, prendre des risques, être spontané, etc.) et la dévalorisation de certaines valeurs «féminines» (être passive, calme, prudente, etc.). La consommation de drogues licites et illicites, parce que transgressive pour les femmes et compatible avec les normes «masculines», peut être un vecteur de valorisation pour les (jeunes) femmes. Plusieurs intervenant·e·s de terrain actifs en prévention rapportent en effet régulièrement observer chez les jeunes femmes le discours «nous aussi, on peut boire/fumer/prendre des risques…».

128 Site de l'asbl Genres Pluriels (https://www.genrespluriels.be/) ; site de l'OMS (https://www.who.int/gender/whatisgender/fr/)

FACTEURS ASSOCIÉS À L'USAGE DE DROGUES ET L'USAGE PROBLÉMATIQUE CHEZ LES FILLES ET FEMMES [129,130]
(Les éléments des colonnes ne sont pas à mettre en opposition)

Facteurs protecteurs	Facteur de risque
Individuels	
› Attachement à l'école (apprentissage académique et institution) › Image positive de soi, de son corps › Attitude favorable à l'établissement de restrictions en matière d'usages de drogue › Réussite scolaire	› Différences biologiques, par exemple, l'alcool est moins métabolisé dans l'estomac des personnes de sexe féminin › Image négative de soi, de son corps › Propension au stress, difficulté de gestion du stress › Dépression (il y a davantage de cas de comorbidité dépression/usage problématique chez les femmes que chez les hommes) › Troubles alimentaires (qui apparaissent souvent associés à des dysfonctions familiales)
Familiaux et scolaires	
› Forts liens familiaux, en particulier avec la mère › Disponibilité et capacité d'écoute de la mère › Relation de confiance avec au moins un·e adulte référent·e › Règles familiales claires contre l'usage de drogues › Modèle éducatif traditionnaliste quant au rôle et à l'image de la fille › Contrôle parental à travers : – Connaissance de l'emploi du temps, des allées et venues – Couvre-feu – Connaissance du cercle d'amis	› Environnements familiaux ou scolaires difficiles › Attitude parentale permissive, contrôle moindre des relations et des sorties › Pairs «subversifs», dits «antisociaux» dans littérature nord-américaine › Trauma : abus sexuels, violence intrafamiliale (intraconjugale) dans l'enfance ou dans vie adulte › Pression des pairs (pour l'alcool) › Partenaire usager·e (problématique) de drogue
Liés au milieu social et culturel	
› Etc.	› Pression à la conformité à un idéal physique irréaliste › Publicité de produits alcoolisés à destination des jeunes et des femmes › Etc.

129 Certains facteurs sont évidemment similaires à ceux de la population générale, exposés dans le tableau précédent. Ils sont cependant identifiés comme particulièrement pertinents s'agissant des filles et des femmes.

130 UNODC (2016) ; Présentation de Carine Mutatayi, chargée d'études du pôle «évaluation des politiques publiques» de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, journée d'étude «Jeunes, Genres et usages de drogues», organisée à Bruxelles le 04/12/2018 par l'asbl Prospective Jeunesse ; Article «Drug addiction : it's different – and riskier – for women», Addiction Treatment Forum, URL : http://atforum.com/2013/02/drug-addiction-its-different-and-riskier-for-women/

3.2.2. FEMMES USAGÈRES (PROBLÉMATIQUES) DE DROGUES : LA DOUBLE PEINE

Les femmes usagères se voient confrontées à une double peine. D'une part, elles doivent faire face aux conséquences sociales, sanitaires et pénales liées à la prohibition des drogues illicites (abordées ci-dessus) ; et d'autre part, aux conséquences liées à une déviance vis-à-vis des normes de genre. Ceci a des conséquences réelles sur la santé et l'accès aux services d'aide et d'accompagnement des femmes usagères de drogues licites et illicites[131].

D'un point de vue sociétal, les rôles sociaux genrés s'accompagnent d'une série de croyances et d'attentes en termes de comportements. Les femmes, notamment, doivent correspondre aux modèles féminins et maternels dominants, sous peine de sanctions morales, de stigmatisation ou de marginalisation. Or, si l'usage de drogues est davantage compatible avec les normes masculines, il constitue une transgression (ou déviance) des normes féminines et maternelles, d'autant plus en période de grossesse. Cette transgression se traduit, d'une part, par la violence institutionnelle de certain·e·s représentant·e·s de la santé, de la police et de la justice ; d'autre part, par la culpabilisation et le sentiment de honte des femmes qui intériorisent les injonctions sociales. Celles-ci peuvent alors avoir peur d'être mal reçues dans les structures socio-sanitaires, de ne pas réussir à gérer leur grossesse ou à prendre soin de leurs enfants, avoir la conviction d'être ou d'être jugée incompétente dans leur rôle de mère, avoir la crainte de se voir retirer la garde de leurs enfants, etc.

Pour ces raisons, si certaines usagères s'approprient la transgression comme moyen d'affirmation identitaire, beaucoup

131 Il existe évidemment des subtilités en termes de perception de la déviance selon le type de produit consommé (entre drogues licites et illicites), selon l'âge de l'usager·e, son statut socio-économique ou encore selon la fréquence de la consommation (et sa nature problématique). Par exemple, une adolescente qui fume du cannabis en soirée ne sera pas perçue de la même manière qu'une femme enceinte qui boit quotidiennement de l'alcool ; la seconde risque très probablement d'être davantage confrontée à des sanctions sociales négatives que la première. Nous ne nous pencherons pas ici sur ces subtilités, mais invitons le lecteur ou la lectrice à garder en mémoire leur existence.

redoutent d'être identifiées comme telles, se détournent des structures de santé ou ne signalent pas leur consommation auprès du personnel soignant (généraliste, urgentiste, ou gynécologue). Les femmes usagères sont souvent considérées comme des «publics cachés», c'est-à-dire des personnes qui sont très peu ou pas en contact avec les services de prévention, de réduction des risques et de soins, et pour lesquelles il est nécessaire de mettre en place des dispositifs particuliers (notamment l'outreach).

LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES, UNE AFFAIRE DE GENRE

Les femmes sont de manière générale bien plus confrontées que les hommes aux violences sexuelles et physiques graves (le plus souvent de la part d'un proche, d'un partenaire ou ex-partenaire), avec des conséquences néfastes pour leur santé physique et mentale (Pieters et al, 2010). Les usagères problématiques s'avèrent souvent sous l'emprise néfaste d'hommes, conjoints ou proxénètes (qui sont parfois la même personne), ou de proches, et ont été ou sont victimes de violences conjugales ou intrafamiliales (UNODC, 2004). De plus, le phénomène de «double dépendance» envers le produit et le conjoint est fréquemment observé par les services en contact avec les usagères problématiques (Fédération Addiction, 2016).

Les auteurs de violences étant majoritairement des hommes (Pieters et al, 2010), prévenir les violences (psychologiques, physiques, sexuelles, économiques, verbales) et leurs conséquences passe aussi par un travail de sensibilisation aux questions de genre et d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle à leur destination. La prévention des violences, notamment parce qu'elles constituent un facteur de risque en matière d'usage (problématique) de drogue et marquent fréquemment le parcours des femmes usagères, apporte une plus-value aux dispositifs de prévention auprès des hommes et femmes usager·e·s ou proches d'usager·e·s.

3.2.3. PRENDRE LE GENRE EN COMPTE

Le genre a des conséquences réelles sur la santé des individus, et notamment sur les facteurs de risque et de protection liés à l'usage simple et l'usage problématique de drogues. Prendre le genre en compte signifie globalement deux choses : d'une part, intégrer le genre dans le contenu des dispositifs de prévention, d'information et d'accompagnement, afin de renforcer les facteurs de protection et réduire les facteurs de risques. Il peut s'agir, par exemple, de travailler sur l'estime de soi, encourager les (jeunes) hommes à exprimer leurs émotions ou travailler sur les injonctions à la minceur avec les (jeunes) femmes, déconstruire les stéréotypes de genre, les attentes en matière de parentalité ou de grossesse, ou en matière de sexualité, etc. Les interventions ou groupes de parole peuvent être mixtes ou non-mixtes, selon le contexte d'intervention et le public visé[132].

D'autre part, il s'agit également d'adapter les services actifs en prévention et auprès des usager·e·s de drogue, notamment afin de réduire les obstacles dans l'accès aux soins, à l'information et aux outils de réduction des risques. Nous invitons le lecteur ou la lectrice à se référer à nos livrets thématiques sur les bonnes pratiques en matière de réduction des risques (2016) et en matière d'aide et de soins (2017) pour davantage de références et de contenu. Nous les invitons aussi à lire le résumé de l'étude GEN-STAR (Schamp et al, 2018) commandité par Belspo qui évalue la disponibilité et les besoins en termes d'approches de prévention et de soin sensibles aux questions de genre en Belgique (disponible sur notre site internet eurotox.org).

132 Il est parfois plus facile d'aborder certains sujets dans des groupes non-mixtes (en particulier les violences et la sexualité) ; il faut également tenir compte du fait que les garçons et hommes prennent généralement plus facilement la parole en public ou en groupe. Chaque contexte d'intervention reste particulier, et le choix de la (non-)mixité reste à l'appréciation des principaux concernés.

4

LES PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Actuellement, il n'existe pas d'enquête spécifique sur l'usage de substances psychoactives dans la population générale ni chez les jeunes en Belgique francophone. Néanmoins, quelques questions relatives à l'usage de ces produits sont intégrées dans les deux enquêtes générales de santé effectuées environ tous les quatre ans dans la population générale (enquête HIS) et chez les jeunes (enquête HBSC). Nous exploitons les données de ces deux enquêtes sur base des rapports officiels mais également en réalisant des analyses sur mesure au départ des bases de données. Une partie des données présentées dans ce tableau de bord ne sont donc pas décrites dans les rapports officiels. D'autres enquêtes ponctuelles ou sources de données permettent d'apporter un éclairage complémentaire sur l'étendue des comportements d'usage. Nous décrivons dans cette partie les principales sources de données sur lesquelles s'appuie le volet épidémiologique de ce tableau de bord. Nous en présentons les grandes lignes méthodologiques et en soulignons les limites.

4.1 L'ENQUÊTE HIS

L'enquête HIS (**Health Interview Survey**) est réalisée par l'Institut scientifique de santé publique (Sciensano) environ tous les quatre ou cinq ans, et la dernière levée a été réalisée en 2013. Elle s'adresse à toutes les personnes qui résident en Belgique (sans restriction de nationalité ou de statut légal). La participation se fait par ménage, quelle que soit sa composition (personnes isolées ou familles nombreuses). Néanmoins, le maximum de participants par ménage est fixé à 4 personnes. L'échantillon est constitué sur base d'une sélection aléatoire des ménages sur base du Registre national de la population. L'échantillon est stratifié par grappe de manière à ce que la structure du ménage (âge, composition) et leur répartition géographique soient correctement représentées. Les participants reçoivent dans un premier temps par voie postale une lettre et une brochure de présentation leur annonçant leur sélection pour l'enquête. Ils sont ensuite contactés par téléphone ou lors d'une visite à domicile par un enquêteur chargé de répondre à leurs éventuelles questions et de fixer un rendez-vous afin de pouvoir réaliser les entretiens. Les réponses aux questions sensibles (usage d'alcool, de drogues, santé mentale, etc.) sont récoltées à l'aide d'un questionnaire remis à chaque participant à l'issue de l'entretien.

Il est très probable que les résultats sous-estiment la prévalence réelle de l'usage de cannabis, d'alcool et des autres drogues pour deux raisons. D'une part, l'enquête ne couvre pas, en raison de la méthodologie utilisée, les personnes incarcérées, en institutions (hors maisons de repos), sans domicile fixe, ou encore les immigrés clandestins. D'autre part, l'enquête se fait bien entendu sur base volontaire. Or les refus de participation sont particulièrement élevés, malgré l'utilisation depuis 2013 de chèque-cadeau pour stimuler la participation (10 euros par ménage) : en 2013, 39,4 %[133] des ménages contactés (en ce compris les

ENQUÊTE HIS	
Années de collecte de données	2001 - 2004 - 2008 - 2013
Type d'étude	Enquête
Objet primaire	Étude de l'état de santé de la population vivant en Belgique
Population cible	Population générale de 15 à 64 ans pour le volet «drogues illicites» et de 15 ans et plus pour les volets «alcool», «tabac» et «médicaments psychotropes»
Méthode d'échantillonnage	Aléatoire (stratifié et par grappe)
Échantillon d'étude	En 2013 en Wallonie, environ 2.000 personnes pour le volet sur les «drogues illicites» et 2.500 personnes pour le volet sur l'alcool
Taux de réponse	52,3 %
Couverture	Belgique (ventilation par région)
Instrument d'investigation	Interview en face-à-face (pour les questions relatives à la consommation de médicaments psychotropes) et questionnaire auto-administré (pour les questions relatives à la consommation d'alcool et de drogues)

133 En outre, dans 5,1 % des cas, le ménage n'était pas joignable et dans 2,5 % des cas, il ne résidait pas à l'adresse mentionnée.

personnes isolées) ont refusé d'y participer. Ils ont certes été «remplacés» par d'autres ménages sur base de trois critères partagés : la localisation géographique, la taille du ménage, et l'âge de ses membres. Mais on ne peut exclure qu'une certaine proportion des ménages ayant refusé de participer ont pris cette décision parce qu'ils ne souhaitent pas que certains comportements ou problématiques soient révélés ou encore par crainte que l'anonymat de l'enquête soit transgressé.

Les résultats de la dernière enquête HIS auxquels nous nous référons ont été publiés dans les rapports suivants :

Gisle, L. (2014). L'usage de drogues. In Gisle L. & Demarest S. (éd.). *Enquête de santé 2013. Rapport 2 : Comportements de santé et style de vie.* Bruxelles : WIV-ISP.

Gisle L. (2014). La consommation d'alcool. In : Gisle L. & Demarest S. (éd.). *Enquête de santé 2013. Rapport 2 : Comportements de santé et style de vie*. Bruxelles : WIV-ISP.

Gisle L. (2014). Santé mentale. Dans : Van der Heyden J, Charafeddine R (éd.). *Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être.* Bruxelles : WIV-ISP.

4.2

L'ENQUÊTE HBSC

L'enquête HBSC (**Health Behaviour in School-aged Children**) est réalisée tous les quatre ans en partenariat avec le Bureau Européen de l'Organisation Mondiale de la Santé. Son objectif est de mieux appréhender la santé et le bien-être des jeunes ainsi que leurs comportements de santé dans l'ensemble des pays/régions de l'Union européenne et d'Amérique du Nord. L'enquête est réalisée à l'aide d'un questionnaire auto-administré en classe, incluant un volet sur les comportements d'usage (tabac, alcool, drogues illégales et multimédias). L'étude est menée à l'échelle de la Fédération Wallonie-Bruxelles par le Service d'Information Promotion Éducation Santé (SIPES) de l'école de santé publique de l'ULB. Elle est financée par la Fédération Wallonie-Bruxelles, la Région wallonne, l'Office de la Naissance et de l'Enfance, et la Commission communautaire française et HBSC international.

L'enquête est effectuée sur un échantillon représentatif d'élèves sur base d'un échantillonnage aléatoire stratifié proportionnellement à la répartition de la population scolaire par province et réseau d'enseignement. Il s'agit d'un échantillonnage à deux niveaux (un tirage des écoles et un tirage des classes). Néanmoins, la représentativité des différents degrés d'enseignement est garantie pour l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles et non pour chaque région prise isolément. Les données présentées à l'échelle régionale doivent donc être considérées avec prudence, en particulier pour la Région bruxelloise pour laquelle l'échantillon est plus réduit.

À noter que l'enquête n'inclut pas les élèves de l'enseignement spécialisé, ni ceux bénéficiant d'une formation d'apprentissage professionnalisant, ni ceux pris en charge dans une institution publique de protection de la jeunesse (IPPJ). De même, les élèves en décrochage scolaire ne sont pas non plus représentés.

Les résultats de la dernière enquête HBSC ont été publiés dans le rapport suivant :

Moreau, N., Lebacq, T., Dujeu, M., de Smet, P., Godin, I., & Castetbon, K. (2017).

ENQUÊTE HBSC	
Années de collecte de données[134]	1994 - 1998 - 2002 - 2006 - 2010 - 2014
Type d'étude	Enquête
Objet primaire	Comportement de santé des jeunes
Population cible*	Population scolaire de l'enseignement primaire (5ème et 6ème) et secondaire
Méthode d'échantillonnage	Aléatoire stratifié
Échantillon d'étude*	En 2014, en Wallonie, environ 10.000 élèves pour le volet sur l'alcool et le tabac et 4.000 élèves pour le volet «drogues illicites»*
Taux de réponse	24,8 % des écoles primaires et 18,3 % des écoles secondaires contactées en 2014 en FWB
Couverture	Jeunes scolarisés dans l'enseignement secondaire de la Fédération Wallonie-Bruxelles (hors enseignement spécialisé)
Instrument d'investigation	Questionnaire auto-administré

*Ce volet n'est proposé qu'aux élèves de l'enseignement secondaire supérieur

134 Le questionnaire de l'enquête réalisée en 2014 a été considérablement remanié. Le nombre de questions portant sur les drogues a malheureusement été réduit et celles-ci ne concernent désormais que les élèves de 4ème secondaire ou plus. Par conséquent, les tendances de consommation dans le temps ne peuvent être dégagées que pour certains indicateurs. En outre, la formulation des questions ainsi que les modalités de réponse ont également évolué au cours du temps.

Comportements, bien-être et santé des élèves. Enquête HBSC 2014 en 5e-6e primaire et dans le secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles. Bruxelles : Service d'Information Promotion Éducation Santé (SIPES), École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles.

Des tableaux de bords régionalisés sont également disponibles sur le site du SIPES : http://sipes.ulb.ac.be/hbsc2014.htm

L'enquête ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) s'intéresse également et de manière beaucoup plus détaillée aux comportements de consommation de drogues légales et illégales des jeunes de 16 ans en Europe, ainsi qu'à leur attitudes par rapport à ces produits (disponibilité et dangerosité perçues, etc.). Elle est réalisée depuis 1995 tous les 4 ans dans la majorité des pays européens. En Belgique, on pourra regretter que la partie francophone du pays n'y participe plus depuis 2003.

4.3

LE FLASH EUROBAROMÈTRE

Depuis 2002, la Commission européenne finance des Flash Eurobaromètres, sous la forme d'enquêtes téléphoniques thématiques menées auprès de groupes cibles. Les Flash Eurobaromètres 233 (Young people and drugs among 15-24 year-olds), 330 (Youth attitudes on drugs) et 401 (Young people and drugs) ont permis d'appréhender l'attitude des jeunes par rapport aux drogues ainsi que l'évolution de la consommation de certaines substances telles que le cannabis et les euphorisants légaux. Les informations sont récoltées via une interview téléphonique assistée par ordinateur (WebCATI). Afin de garantir une représentativité des échantillons nationaux, les responsables de l'enquête sélectionne aléatoirement les participants via l'utilisation de registres de téléphones fixes et mobiles, et ce, en suivant une méthode standardisée et identique pour chaque pays. En 2014, 13.128 jeunes âgés de 15 à 24 ans en provenance des 28 pays membres de l'UE ont été interrogés, avec un échantillon d'environ 500 répondants par pays.

Au niveau national, la marge d'erreur des estimations pourrait être relativement importante en raison de la petitesse de l'échantillon et d'une absence de description des détails méthodologiques de la sélection initiale des participants. En outre, la méthode de récolte des informations (entretien téléphonique) est probablement moins précise pour identifier les comportements répréhensibles et socialement non désirables. D'ailleurs, les rapports d'enquête ne mentionnent pas la proportion de refus.

Les résultats des Flash Eurobaromètre ont été publiés dans les rapports suivants :

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

The Gallup Organisation (2011). Flash Eurobarometer 330 : Youth attitudes on drugs. Analytical Report. Luxembourg : European Commission.

The Gallup Organisation (2008). Flash Eurobarometer 233 : Young people and drugs among 15-24 year-olds. Luxembourg : European Commission

FLASH EUROBAROMÈTRE	
Années de collecte de données	2008-2011-2014
Type d'étude	Enquête
Objet primaire	Les attitudes des jeunes par rapport aux drogues
Population cible	Jeunes européens de 15 à 24 ans
Méthode d'échantillonnage	Aléatoire, via les registres de téléphones fixes et mobiles
Échantillon d'étude	En 2014, 13.128 jeunes européens, dont 500 belges
Taux de réponse	Inconnu
Couverture	Europe
Instrument d'investigation	Interview téléphonique assisté par ordinateur (WebCATI)

4.4 LES DONNÉES PHARMANET

En Belgique, les délivrances de médicaments en pharmacie publique ayant fait l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale sont compilées dans le système Pharmanet de l'INAMI. Ce système permet de comptabiliser le nombre de personnes ayant bénéficié au moins une fois sur une année civile d'une prescription remboursée d'un médicament particulier (par exemple à base de méthadone ou de buprénorphine) et de dresser les volumes de médicaments écoulés par ce biais (exprimés en doses définies journalières). Cet enregistrement ne couvre pas les prescriptions en milieu hospitalier ou carcéral, ni celles qui ne font pas l'objet d'un remboursement par la mutuelle. Les données couvrent tous les prescripteurs de médicaments destinés à l'usage humain (médecins généralistes, médecins spécialistes et spécialistes en formation, dentistes). En outre, cet enregistrement ne permet pas de ventiler les prescriptions en fonction de leur indication. Par exemple, dans le cas de la méthadone et de la buprénorphine, on ne peut distinguer les traitements prescrits dans le cadre d'une dépendance aux opiacés de ceux prescrits dans le cadre d'un traitement de douleurs chroniques ou de soins palliatifs. Il est toutefois généralement admis que ces derniers traitements sont minoritaires.

Les données Pharmanet sont publiées sous formes de tableaux de bord pharmaceutiques ou de rapports par groupe de prescripteurs, que l'on peut retrouver sur le site de l'INAMI :
https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/medicament/Pages/default.aspx

4.5 LE RÉSUMÉ PSYCHIATRIQUE MINIMUM

Le Résumé Psychiatrique Minimum (RPM) est un registre obligatoire effectué dans tous les services de prise en charge psychiatrique belges (hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques, initiatives d'habitations protégées et maisons de soins psychiatriques). Il se compose de différentes informations relatives au diagnostic et à la prise en charge des patients, permettant d'une part de comptabiliser les séjours pour lesquels un diagnostic d'abus ou de dépendance à une ou plusieurs substances a pu être posé, et d'autre part d'estimer la prévalence des doubles diagnostics.

Le volet du diagnostic psychiatrique peut être considéré comme exhaustif puisqu'il est complété sur base d'une évaluation de tous les axes DSM-IV[135]. Les données enregistrées comprennent les informations sociodémographiques du patient, le(s) diagnostic(s) et les problèmes identifiés à l'admission, les données de traitement, et enfin le(s) diagnostic(s) et les problèmes résiduels à la sortie. L'unité d'enregistrement de ce registre n'est pas le patient mais le séjour, certains patients pouvant avoir été admis à plusieurs reprises au cours d'une même année. Nous nous intéresserons plus particulièrement aux séjours clôturés pour lesquels un diagnostic d'abus ou de dépendance à une ou plusieurs substances a été posé, en diagnostic principal ou secondaire, quel que soit le motif de la prise en charge.

Les données RPM sont publiées sous formes de différents rapports que l'on peut trouver sur le site du SPF Santé :
https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/hopitaux/systemes-denregistrement/rpm/publications-rpm

135 Le DSM-IV est un manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux utilisé pour établir les diagnostics psychopathologiques et catégoriser les patients sur base des manifestations cliniques.

4.6 L'INDICATEUR DE DEMANDE DE TRAITEMENT

L'indicateur de demande de traitement (appelé TDI pour *Treatment demand indicator*) est l'un des cinq indicateurs épidémiologiques clés récoltés dans les pays de l'Union Européenne de manière à ce que l'OEDT puisse évaluer la problématique de l'usage de drogues et des assuétudes en Europe. En Belgique, l'enregistrement TDI est coordonné par le Sciensano (anciennement nommé WIV-ISP). Il consiste en un enregistrement annuel des demandes de traitement introduites auprès des services d'aide et de soins pour un problème d'abus ou de dépendance à une drogue illégale[136]. Il vise à fournir une estimation annuelle du nombre et à dresser le profil des personnes ayant fait une telle demande de soin. En Belgique, les demandes de traitement liées à une consommation problématique d'alcool sont également enregistrées.

Actuellement, le TDI ne couvre pas toutes les demandes de traitement pour une problématique d'assuétudes, car il est principalement récolté dans les services spécialisés en assuétudes[137] ainsi que dans les hôpitaux (généraux et psychiatriques). En revanche, les traitements dispensés en cabinet privé (y compris les traitements de substitution aux opiacés) ainsi qu'en milieu pénitentiaire ne sont actuellement pas

136 Les traitements des maladies (hépatite alcoolique ou virale, abcès, HIV, etc.) associées à cet usage sont exclus de l'enregistrement. En outre, une seule demande annuelle doit être comptabilisée par patient. En Belgique, les demandes multiples sont filtrées sur base du numéro de registre national des patients. Néanmoins, l'utilisation de ce numéro n'est pas obligatoire et il n'est donc pas systématiquement utilisé. Actuellement, les demandes annuelles multiples ne peuvent donc pas être parfaitement filtrées.

137 L'enregistrement s'effectue de manière systématique au niveau des centres ayant une convention avec l'INAMI, ainsi que dans les services spécialisés agréés auprès de la Région wallonne. En Région bruxelloise, les centres ambulatoires COCOF sont nombreux à y participer, même si l'actuel décret ambulatoire COCOF ne l'exige pas formellement. Quelques centres bénéficiant d'un financement via des plans stratégiques de sécurité et de prévention (PSSP) y participent également sur base volontaire, tout comme les services de santé mentale spécialisés en assuétudes.

enregistrés, ni ceux dispensés en maison médicale ou dans un service de santé mentale non spécialisé en assuétudes, à quelques rares exceptions près. Les nouveaux traitements de substitution aux opiacés initiés dans les hôpitaux et dans les services spécialisés en assuétudes sont en revanche inclus dans le TDI.

Par conséquent, les demandes enregistrées dans le TDI font l'objet d'une surreprésentation des demandeurs précarisés, puisque les personnes en situation de dépendance à une substance qui en ont les moyens ont probablement davantage tendance à consulter et suivre un traitement dans des cabinets ou institutions privées qui ne participent pas actuellement à l'enregistrement. Enfin, le TDI ne permet pas d'estimer la prévalence annuelle des demandes de traitement, car il ne dénombre pas l'ensemble des patients en demande de traitement sur une année civile, mais uniquement les nouvelles demandes de traitement introduites sur une année civile.

Enfin, signalons que pour certaines questions, la proportion de non-réponses est relativement élevée, en particulier celles relatives à la scolarité et aux comportements d'injection. Nous invitons le lecteur à prendre en considération le taux de non-réponses lors de l'appréciation des pourcentages de réponses à ces questions.

Les données TDI sont publiées sous formes d'un rapport annuel édité par Sciensano, que l'on peut retrouver sur le site spécifiquement dédié au TDI : https://workspaces.wiv-isp.be/tdi/SitePages/Pub_FR.aspx

4.7

LE REGISTRE DE LA MORTALITÉ

Le registre de la mortalité se base sur les certificats établis par les médecins pour chaque décès survenu en Belgique. Ces certificats sont transmis à l'administration communale du lieu de décès, qui les complète puis les envoie aux Régions qui se chargent de vérifier et de coder les informations de manière à identifier la cause initiale[138] selon le système de classification internationale des maladies (CIM-10)[139]. Les bases de données sont ensuite transmises à la DG Statistique du SPF Economie qui les fusionne en vue d'établir des statistiques nationales sur base de la cause initiale.

Les décès répertoriés couvrent à la fois les cas d'intoxications létales intentionnelles et accidentelles, mais également les cas de décès imputables à des troubles mentaux ou comportementaux induits par la consommation de ces produits. Néanmoins, ils n'incluent pas les décès liés aux accidents de la circulation ou à une mauvaise manipulation d'une machine ayant pu être causés par l'usage d'un produit dans le cas des drogues et des médicaments psychotropes (mais bien dans le cas de l'alcool), car dans ces cas l'usage du produit est mentionné en cause associée.

Il est généralement admis que les décès liés aux drogues illégales font l'objet d'une sous-déclaration, et ce pour deux raisons. D'une part, parce que les médecins qui en font le constat choisissent parfois de ne pas mentionner une cause «drogue illégale» afin de préserver les familles. En effet, les décès liés aux drogues sont considérés comme des morts violentes, ce qui déclenche une procédure judiciaire qui peut être péniblement vécue en période de deuil. D'autre part, établir la cause des décès est une procédure qui peut s'avérer complexe. Or un examen médico-légal ainsi que des analyses toxicologiques ne sont pas systématiquement entrepris pour identifier précisément la cause du décès. Nous ne sommes actuellement pas en mesure de quantifier l'ampleur de la sous-estimation des décès liés aux drogues sur base du registre de la mortalité.

Les statistiques de mortalité sont notamment publiées sous formes de tableaux par cause de décès, que l'on peut retrouver sur le site Statbel du SPF économie : https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/causes-de-deces

138 La cause initiale est définie comme «la maladie ou le traumatisme, qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès, ou les circonstances de l'accident ou de la violence, qui ont entraîné le traumatisme mortel».

139 À noter que pour des raisons de choix méthodologiques, les données de chaque région ne couvrent pas parfaitement la même population : En Wallonie, il s'agit des personnes dont le décès a été constaté sur le territoire wallon (indépendamment du lieu de résidence), alors qu'en Région bruxelloise, il est question des décès enregistrés parmi les résidents de la Région bruxelloise (indépendamment du lieu de décès). Les données des deux régions ne sont donc pas parfaitement comparables.

4.8

LES STATISTIQUES POLICIÈRES

La Police Fédérale Belge dispose de statistiques de criminalité compilées sur base des procès-verbaux dressés. Ces statistiques fournissent des indications utiles sur les saisies de drogues ainsi que sur les infractions liées. Ces données fournissent une estimation intéressante mais partielle sur le phénomène des drogues. En effet, pour des raisons méthodologiques, les statistiques relatives aux quantités saisies n'incluent que les saisies portant sur des quantités d'au moins 0,5 kg ou 100 comprimés. Par conséquent, ces quantités sont sous-estimées et ce biais ne permet pas de ventiler correctement les données par région. En outre, les statistiques de criminalité sont avant tout le reflet de l'activité policière car tous les comportements criminels ne sont pas identifiés. Les variations annuelles peuvent dès lors être impactées par des modifications du contexte politique et des stratégies de poursuite (e.g. une moindre «tolérance» envers les petites infractions au cannabis) et des moyens alloués à la répression, ainsi que par d'occasionnelles saisies «exceptionnelles». Elles sont aussi influencées par la disposition de la population à dénoncer ces infractions.

Les statistiques de criminalités sont disponibles sous formes de tableaux interactifs et de rapports disponibles sur le site de la Police Fédérale Belge : http://www.stat.policefederale.be/statistiquescriminalite/interactif/

5

ÉTATS DES LIEUX DE LA CONSOMMATION

5.1 INTRODUCTION

Ce chapitre présente une série d'indicateurs permettant de dépeindre la situation épidémiologique relative à l'usage des substances psychoactives (alcool, tabac, médicaments psychotropes, cannabis, opiacés, cocaïne, etc.) et à certains usages sans produit en Wallonie. L'état des lieux de la consommation se fera par produit et sera précédé d'un descriptif du cadre légal et réglementaire et des évolutions/débats en cours sur cette matière, ainsi que d'une série d'informations et de données relatives à leur disponibilité sur notre territoire.

Les données épidémiologiques proviennent d'enquêtes réalisées de manière récurrente ou ponctuelle à l'échelle de la Wallonie (ou de la Belgique, lorsque la ventilation par région n'était pas disponible). Elles sont généralement récoltées sur base de questionnaires auto-administrés. L'avantage de cette méthode est qu'elle assure l'anonymat des répondants et que ceux-ci peuvent dès lors se sentir à l'aise de révéler des comportements illégaux ou socialement non-désirables. En revanche, nous n'avons pas de certitude quant au degré de sincérité des réponses, les répondants pouvant parfois minimiser ou au contraire exagérer les consommations qu'ils rapportent, pas forcément de manière consciente. Malgré ces biais potentiels, cette méthode est considérée comme assez fiable. Nous souhaitons toutefois que le lecteur garde à l'esprit que dans un contexte de prohibition, ces enquêtes ne peuvent fournir qu'une approximation de la prévalence réelle des comportements d'usage de drogues que la loi prohibe et sanctionne actuellement.

Dans les rapports officiels, les indicateurs épidémiologiques sont souvent complétés par des intervalles de confiance permettant d'évaluer la marge d'erreur de l'estimation, inhérente à toute démarche d'*échantillonnage* (car il n'est pratiquement pas possible de pouvoir consulter la *population* dans son ensemble). Pour des raisons pratiques et de lisibilité, nous ne mentionnerons pas ces intervalles de confiance dans le présent rapport.

Dans les enquêtes de prévalence rapportées dans ce chapitre, la consommation d'une substance est généralement évaluée sur une période de temps donnée :

- On parle de «consommation sur la vie» ou «d'expérimentation» lorsque l'on dénombre les personnes ayant déclaré avoir déjà consommé au moins une fois un produit donné au cours de leur vie ;
- De «consommation récente» lorsque l'on s'intéresse aux personnes l'ayant consommé au moins une fois au cours des 12 derniers mois ;
- Et enfin de «consommation actuelle» dans le cas des personnes ayant consommé au moins une fois le produit au cours des 30 derniers jours.

Ces indicateurs de consommation, pour lesquels il suffit d'avoir consommé un produit au moins une fois au cours d'une de ces périodes pour faire partie des «consommateurs», sont une première estimation intéressante. Toutefois, ils apportent peu d'éléments en ce qui concerne les conséquences sanitaires de l'usage et les «nuisances» sociales associées. Aussi, ils sont parfois complétés par d'autres indicateurs permettant d'estimer la fréquence d'usage ou encore l'usage problématique. Mais usage «régulier» n'équivaut pas toujours à usage «problématique», et estimer l'usage problématique à partir d'une ou deux questions ne peut pas remplacer un diagnostic médical, et ne permet pas d'atteindre le niveau de précision obtenu sur base d'échelles spécifiques (telle que le «Substance Dependence Severity Scale» proposé par Miele et al., 2000). Signalons enfin que ces indicateurs ne fournissent aucune information sur les contextes de consommation ni sur les motivations des usager·e·s. Ces informations sont pourtant importantes dans la caractérisation et la compréhension des usages.

Enfin, chaque source de données possède son propre cadre et ses limites méthodologiques. Nous insistons sur l'importance de les garder à l'esprit afin d'avoir une utilisation et interprétation correcte des données.

5.2

ÉTAT DES LIEUX PAR PRODUIT

5.2.1. L'ALCOOL

LE CADRE LÉGISLATIF BELGE

L'INTERDICTION DE VENTE AUX MINEUR·E·S D'ÂGE

La législation actuelle interdit de vendre, servir ou offrir toute boisson dont le taux d'alcool dépasse 0,5 % aux mineurs de moins de 16 ans. Tout alcool éthylique ou eaux-de-vie dénaturés ou non, liqueurs ou boissons spiritueuses de plus de 1,2 % sont interdits aux moins de 18 ans, ainsi que les vermouths, les vins de raisins frais et autres boissons fermentées (par ex. cidre, poiré, hydromel…) de plus de 22 %, et toute eau-de-vie contenant des produits en solution ou non (voir les lois du 24 janvier 1977, du 7 janvier 1998 et du 20 décembre 2009).

De nombreux acteurs de la société civile et du monde politique s'accordent sur le manque de clarté de la loi en matière d'alcool et sur la difficulté, dès lors, de la mettre en application (voir ci-après, ainsi que le résumé de la recherche ALCOLAW de Belspo, disponible sur notre site internet eurotox.org).

Le Service de contrôle Tabac et Alcool du SPF Santé publique emploie une trentaine d'inspecteurs·rices afin de contrôler le respect de la législation en matière de vente d'alcool aux mineur·e·s d'âge (par distributeur automatique ou non).

LA RÉPRESSION DE L'IVRESSE

L'arrêté-loi relatif à la répression de l'ivresse du 14 novembre 1939 prévoit des sanctions en cas d'état d'ivresse dans un lieu public. Il punit également toute personne servant des boissons enivrantes à un individu manifestement ivre ou faisant boire une personne jusqu'à ivresse manifeste.

LA RÉGULATION DES PUBLICITÉS POUR L'ALCOOL

La publicité pour l'alcool est une compétence fédérale. Deux institutions remplissent un rôle de contrôle des publicités : le Jury d'éthique publicitaire (JEP) en Belgique et le Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB). Ceux-ci ne sont toutefois pas compétents concernant la publicité sur les réseaux sociaux et les forums de discussion.

Le Jury d'éthique publicitaire
Le JEP est un organe d'autorégulation dont les décisions reposent, d'une part, sur des dispositions auto-disciplinaires et, d'autre part, sur la Convention en matière de publicité et de commercialisation des boissons contenant de l'alcool du 25 janvier 2013, conclue entre les différents acteurs concernés (producteurs, distributeurs, fédérations Horeca, organisations de consommateurs et le JEP) et signée par la ministre fédérale en charge de la Santé publique d'alors, Mme Onkelinx.

Selon cette Convention, la publicité pour l'alcool ne peut pas, entre autres, cibler les jeunes, présenter la consommation d'alcool comme un symbole de maturité ou l'associer à la réussite sociale, à la performance sexuelle, à l'amélioration des prestations sportives ou à l'ambiance de fête ; elle ne peut pas non plus «inciter à une consommation irréfléchie, exagérée ou illégale», ni mettre en scène des personnes qui conduisent sous influence d'alcool.

Les jurys d'éthique publicitaire de 1ère instance et d'appel sont composés de manière paritaire par le secteur de la publicité et la société civile. Suite à une plainte, le JEP peut formuler un avis de réserve à l'attention de l'annonceur, ou une décision de modification ou d'arrêt d'une publicité ; les décisions du JEP ne sont cependant pas contraignantes. Il n'y a pas non plus d'obligation de soumettre une publicité au JEP avant sa diffusion et le JEP ne peut pas sanctionner les annonceurs pénalement ou financièrement.

Le Conseil supérieur de l'audiovisuel
De son côté, le CSA est composé d'un Collège d'avis et d'un Collège d'autorisation et de contrôle. Ce dernier est notamment chargé de contrôler le respect des obligations des éditeurs de services, des distributeurs de services et opérateurs de réseaux, ainsi que de sanctionner les infractions à ces obligations. Outre le/la président·e et vice-président·e·s, il est composé de six membres, dont trois sont désignés par le Parlement de la FWB et trois par le Gouvernement. Ces membres sont reconnus pour leurs compétences en matière de droit, d'audiovisuel ou de communication, et ne peuvent exercer une fonction de nature à créer un conflit d'intérêt personnel ou fonctionnel.

La FWB s'est dotée d'un Décret coordonné sur les services de médias audiovisuels le 26 mars 2009, pour lequel le CSA est compétent[140]. Le décret établit notamment que les radios et télévisions qui diffusent de la publicité en faveur des boissons alcoolisées mettent gratuitement à disposition du Gouvernement des espaces pour la diffusion de campagnes d'éducation à la santé. Aussi, il réglemente en partie le contenu des publicités ; le CSA est dès lors compétent lorsqu'une publicité porte atteinte au respect de la dignité humaine ou à la protection des mineur·e·s, incite à la haine, à la violence ou à la discrimination. Il n'est toutefois pas toujours compétent pour juger du contenu des publicités et est donc susceptible de renvoyer certaines plaintes vers le JEP.

Le CSA peut prononcer des sanctions administratives à l'encontre des éditeurs, distributeurs et opérateurs relevant de sa compétence, que ce soit au moyen d'un avertissement, de la suspension (ou du retrait) du programme incriminé, d'une amende, etc. Il n'agit toutefois qu'après la diffusion du programme ou de la publicité.

140 Sont concernés tous les services de radio ou de télévision établis en Région de langue française ou en région bilingue de Bruxelles-Capitale (dont les services sont exclusivement rattachés à la Communauté française).

LES POLITIQUES PUBLIQUES

LE PLAN NATIONAL ALCOOL

Les négociations entre le Gouvernement fédéral et les entités fédérées au sujet d'un plan national alcool avaient connu un nouvel échec lors de la Conférence interministérielle (CIM) Santé publique du 24 octobre 2016. Les entités fédérées francophones étaient en effet insatisfaites des propositions du fédéral, jugées insuffisantes notamment en termes de réduction de l'offre d'alcool[141]. Il avait alors été décidé qu'une nouvelle CIM se tiendrait le 27 mars 2017.

Quelques semaines avant la CIM Santé publique 2017, un groupe de travail s'est réuni ; toutefois, les propositions du Gouvernement fédéral ont de nouveau été jugées insuffisantes par les entités fédérées.

Quelques jours avant la CIM 2017, le cabinet de la ministre De Block a finalement annoncé le retrait du point «Plan national alcool» de l'ordre du jour. Dans la foulée, Mme De Block a annoncé à la presse une série de mesures «afin de s'attaquer à la consommation problématique d'alcool»[142], rompant dès lors la concertation avec les entités fédérées. Ces mesures ne rencontrent cependant ni les desiderata des entités fédérées ni les recommandations du secteur non-marchand.

141 Les entités fédérées souhaitaient en effet que le Gouvernement fédéral s'engage sur la simplification de la loi relative à l'âge minimum, le renforcement des règles en matière de publicité et de marketing, et la suppression de la vente d'alcool dans les distributeurs automatiques (site officiel du ministre Prévot).

142 Site officiel de la ministre De Block.

143 Le Groupe rassemble douze associations actives dans le secteur de la santé, de la jeunesse et de l'éducation : Citadelle, Conseil de la Jeunesse, Les Scouts, Groupe RAPID, Infor-Drogues, Jeunesse et Santé, Latitude Jeunes, Ligue des Familles, Prospective Jeunesse, Question Santé et Univers Santé. Voir document «Vers une politique «Alcool» cohérente», 2017, disponible sur le site internet du groupe «Jeunes, Alcool & Société», URL : http://www.jeunesetalcool.be/wp-content/uploads/2017/08/Argumentaire-JA-2017.pdf

144 Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes.

LES RECOMMANDATIONS DU SECTEUR NON-MARCHAND

Les propositions du groupe «Jeunes, alcool et société»[143] et de la Fédito bruxelloise[144] étant très proches, nous les avons combinées ici. Les propositions sur lesquelles le groupe «Jeunes, alcool et société» ne s'est pas encore prononcé et qui n'ont été formulées que par la Fédito sont marquées d'un *

Clarifier la loi

› Clarifier la législation en matière de vente, de service et d'offre d'alcool aux mineur·e·s d'âge, notamment en adoptant la distinction suivante :
  - Aucune boisson alcoolisée pour les moins de 16 ans
  - Toute boisson alcoolisée dont le taux ne dépasse pas 16° autorisée à partir de 16 ans
  - Toute boisson alcoolisée autorisée à partir de 18 ans

Interdire/réguler la publicité

› Interdire la publicité pour les produits alcoolisés
› Créer un Conseil fédéral de la publicité, dont le pouvoir serait contraignant en matière de pratiques commerciales
› Découpler la publicité alcool des espaces de compagnes de prévention sur les médias publics : le législateur doit garantir un quota fixe d'espaces gratuits pour la prévention

Limiter l'offre

› Etendre l'interdiction de vente de spiritueux sur les aires d'autoroute à toutes les stations-services et à tous les produits alcoolisés*
› Adopter une politique de prix minimum, proportionnel au taux d'alcool de la boisson et évalué au prorata du coût des dommages actuels de l'alcool pour la société*

Dépénaliser l'apprentissage parental

› Dépénaliser l'apprentissage parental (la loi actuelle interdisant toute délivrance de boissons alcoolisées aux jeunes de moins de 16 ans, même dans le contexte familial) et ainsi permettre aux parents d'assurer un rôle éducatif en matière d'alcool, même auprès des mineur·e·s

Renforcer la prévention, la promotion de la santé et la réduction des risques

› Renforcer structurellement l'éducation, la prévention et la réduction des risques
› Rééquilibrer le financement des actions de prévention, de réduction des risques (RdR) et de promotion de la santé par rapport aux actions liées à la sécurité et à la répression
› Rendre l'eau gratuite dans l'Horeca (cette mesure est actuellement à l'étude au niveau de la Commission Européenne)
› Inscrire les actions de prévention et de réduction des risques dans une démarche de promotion de la santé*

Former et informer

› Obliger l'étiquetage nutritionnel sur les boissons alcoolisées, comme tout produit alimentaire
› Renforcer la formation des professionnel·le·s spécialisé·e·s ou non, quelle que soit leur discipline, afin que leurs pratiques s'accordent davantage avec les principes de la RdR et de la promotion de la santé, et s'inscrivent dans une approche non-jugeante*
› Faciliter l'accès à l'information des usager·e·s, de leurs proches et des professionnel·le·s afin d'améliorer leurs connaissances de la consommation d'alcool et des services disponibles (en ligne, en institution, etc.)*
› Rendre l'application de la réglementation possible, en formant les personnes travaillant dans les points de vente d'alcool à des moyens concrets afin d'appliquer la loi, et en les sensibilisant à la conduite responsable*

Collecter des données

› Mettre en place une collecte harmonisée de données relatives à l'usage problématique et non-problématique d'alcool, afin de mieux saisir le phénomène et ses évolutions*

LES MESURES DE LA MINISTRE DE BLOCK

Les mesures proposées par Mme De Block ne constituent pas un «Plan national alcool» *per se* puisqu'elles s'inscrivent en dehors d'un accord avec l'ensemble des parties (et qu'il ne s'agit pour le moment que de communiqués de presse). Lesdites mesures sont les suivantes[145,146] :

- La clarification de la législation sur l'alcool pour les jeunes entre 16 et 18 ans à partir de janvier 2019 : la vente d'alcool aux moins de 18 ans est interdite, à l'exception de la bière et du vin (y compris le vin mousseux) autorisée aux jeunes de plus 16 ans. Dès lors, il est interdit de vendre aux moins de 18 ans :
  - Les «pré-mixtes» à base de bière auxquels a été ajouté un (arôme de) spiritueux ;
  - Les bières qui sont étiquetées, présentées ou commercialisées avec une référence à un spiritueux ;
  - Les «pré-mixes» à base de vin auxquels ont été ajoutés d'autres boissons ou produits ;
- La plus stricte surveillance des publicités pour des produits contenant de l'alcool. En effet, il est prévu que le SPF Santé publique obtienne un siège au Jury d'éthique publicitaire (JEP). Des propositions quant au fonctionnement du JEP devraient également être discutées, notamment afin que chaque grande campagne de publicité à la télévision ou à la radio soit soumise à celui-ci avant leur diffusion, et que les amendes pour violation des règles publicitaires augmentent[147] ;
- L'augmentation du contrôle des distributeurs automatiques de boissons alcoolisées, notamment afin de vérifier que ceux-ci sont équipés d'un système de sécurité ne pouvant être déverrouillé qu'au moyen d'une carte d'identité (conformément à la loi) ;
- Le recrutement de douze inspecteurs supplémentaires, en charge de contrôler le respect de la législation en termes de vente d'alcool aux mineur·e·s d'âge. Ceux-ci sont déjà entrés en fonction fin 2016 au Service de contrôle Tabac et Alcool du SPF Santé publique ;
- L'apposition d'une étiquette mentionnant l'âge minimum, sur base volontaire des producteurs et distributeurs d'alcool ;
- La poursuite du financement de la Liaison urgences-alcool, dont le projet-pilote a débuté en 2009 et s'exporte dans d'autres hôpitaux depuis 2013 (8 hôpitaux sont concernés à l'heure actuelle) ;
- Le développement d'une campagne de sensibilisation des professionnel·le·s de la santé afin de les outiller pour aborder la problématique des risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse ;
- L'amélioration de l'accompagnement des enfants atteints du syndrome d'alcoolisation fœtale ;
- L'augmentation des accises.

Ces différentes propositions n'ont pas rencontré un franc succès et un certain nombre de critiques ont émané de parlementaires à la Chambre des Représentants, de certain·e·s ministres régionaux en charge de la santé, ainsi que du secteur associatif[148]. Nous en reprenons ici les principales.

Le groupe «Jeunes, alcool & société» a souligné qu'une clarification par degré d'alcool de la loi en matière de vente d'alcool aux mineur·e·s d'âge serait plus pertinente et cohérente qu'une distinction basée sur le mode de fabrication de l'alcool. Les degrés d'alcool varient en effet significativement d'un vin à l'autre, d'une bière à l'autre, d'un cocktail à l'autre, etc. Certaines bières par exemple sont plus fortes que certaines boissons classées comme spiritueux. De plus, du point de vue du groupe, l'intention de clarification de Mme De Block n'introduit pas de changement majeur, puisque les jeunes de plus de 16 ans peuvent déjà acheter des bières et du vin ; elle ne facilite pas non plus la mise en œuvre de la loi puisque le marché actuel de l'alcool s'est fortement diversifié et complexifié[149]. Le groupe «Jeunes, alcool & société» et la ministre en charge de la santé à la COCOF, Mme Jodogne, jugent également insuffisant et inefficace d'inviter les producteurs et distributeurs d'alcool à étiqueter clairement l'âge minimum sur leurs produits, qui plus est, sur base volontaire (quand il faudrait plutôt clarifier la loi).

Ensuite, de nombreuses critiques rappellent que le Jury d'éthique publicitaire (JEP) fonctionne par autorégulation et que cela est insuffisant pour garantir une surveillance efficace et réelle des publicités pour des produits contenant de l'alcool, en particulier quand les lobbys derrière celles-ci sont puissants. Un cadre exécutif clair est donc indispensable[150].

Les critiques des mesures de De Block déplorent également le maintien des distributeurs automatiques de boissons alcoolisées et l'inefficacité des contrôles. En effet, les systèmes de sécurité peuvent facilement être contournés, ce sur quoi une recrudescence des contrôles par le SPF Santé publique n'aura qu'un impact négligeable[151].

Plusieurs parlementaires de la Chambre des Représentants ont souligné l'absence de toute mesure concernant l'alcool au volant, la consommation d'alcool dans le milieu professionnel, le soutien aux médecins généralistes et le remboursement des consultations «alcool» (comme c'est le cas pour le tabac). Elles ont également relevé que l'augmentation des prix et l'interdiction de la vente d'alcool dans les magasins de nuit et stations-services n'étaient pas sur la table, et que les mesures formulées par la ministre étaient en-deçà des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS ; voir ci-dessous).

145 Communiqué de presse du cabinet de Mme De Block du 24 mars 2017 (consulté le 15/05/17) et interpellations à l'attention de Mme De Block à la Commission de la Santé publique, de l'environnement et du renouveau de la société, Chambre des représentants, le 26 avril 2017.

146 Communiqué de presse du cabinet de Mme De Block du 19 octobre 2018 «Clarté concernant la vente d'alcool aux mineurs».

147 La déclaration de Madame la ministre semble toutefois erronée puisque le JEP n'est actuellement pas compétent pour sanctionner pénalement ou financièrement. La capacité d'action du JEP dépend en effet grandement de la collaboration des médias et des publicitaires.

148 Voir notamment la réaction du groupe «Jeunes, alcool & société», 2017, URL : http://www.jeunesetalcool.be/plan-alcool-de-block-lance-un-ecran-de-fumee/

149 Article «Réglementation alcool : une clarification qui n'en est pas une» du groupe «Jeunes, alcool é société», URL : https://www.jeunesetalcool.be/reglementation-alcool-une-clarification-qui-nest-est-pas-une/

150 Interpellations à l'attention Mme De Block, Commission de la Santé publique, de l'environnement et du renouveau de la société, Chambre des Représentants, le 26/04/2017.

151 Les distributeurs automatiques équipés de systèmes de sécurité ne livrent de l'alcool qu'à condition que la carte d'identité d'une personne majeure leur soit présentée ; or, des mineur·e·s sont parfaitement susceptibles de se trouver en possession à une telle carte d'identité.

Enfin, Mme Jodogne a indiqué que l'absence de Plan national alcool signifiait qu'il n'y aurait pas d'évaluation collective des mesures appliquées ou même de bilans généraux[152].

À SUIVRE…

Mme De Block a déclaré travailler sur un projet de simplification et d'amélioration de la législation actuelle et espérer qu'il aboutisse sous cette législature. Elle a ajouté avoir eu un premier contact avec le secteur alcoolier au sujet de l'étiquetage des boissons alcoolisées, tout en soulignant la difficulté d'un tel dossier[153]. Madame la ministre a également communiqué sur le renforcement des contrôles de la vente d'alcool aux mineur·e·s, rapportant que le nombre d'amendes infligées avait doublé en 2017[154].

La décision de Mme De Block d'annoncer des mesures pour réduire l'usage nocif d'alcool hors du cadre d'un Plan national alcool semble avoir sonné le glas des négociations entre le fédéral et les entités fédérées, et aucune concertation interministérielle portant sur le sujet n'a eu lieu depuis 2017.

Or, en l'absence d'une politique publique et concertée en matière d'alcool, la responsabilité de la réduction des risques et de la consommation repose, d'une part, sur les associations et ONG dont les moyens financiers et humains sont insuffisants et, d'autre part, sur les ministres régionaux et communautaires de la santé dont le champ des compétences est limité[155].

152 Question d'actualité à Mme Jodogne, Compte rendu, Parlement francophone bruxellois, séance plénière du 31/03/2017.

153 Question orale de Mme Ben Hamou à Mme De Block, Compte rendu intégral avec compte rendu analytique traduit des interventions, Commission de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la société, Chambre des Représentants, 24 avril 2018.

154 Communiqué de presse du 13 juin 2018 «La ministre De Block poursuit le plan alcool», site officiel de Mme De Block.

155 Suite à l'échec des négociations lors de la CIM de 2016, la Ministre-Présidente du Collège de la COCOF, Mme Laanan, et le ministre wallon en charge de la santé d'alors, M. Prévot, avaient déclaré que, malgré l'absence d'accord au sujet du Plan alcool, ils maintiendraient la lutte contre la consommation problématique d'alcool dans leurs priorités (Déclaration de politique générale de Mme Laanan du 27 octobre 2016 et site officiel du ministre Prévot). La nouvelle ministre wallonne en charge de la santé, Mme Gréoli, a confirmé la même position que son prédécesseur (Question écrite de Mme Pecriaux à Mme Gréoli du 11/09/2017). Les nouveaux plans de promotion de la santé de la COCOF et de la RW comprennent tous deux des mesures relatives à la consommation (problématique) d'alcool.

Il revient alors aux Régions et aux associations de réduire la demande d'alcool et de faire de la prévention, en particulier auprès des jeunes, sans que des mesures significatives en matière de contrôle et de réduction de l'offre ne soient prises. Comment, en effet, mener des actions de prévention efficaces dans un environnement où la disponibilité des boissons alcoolisées est forte et le marketing des alcooliers omniprésent ? Comment s'assurer que des mineur·e·s ne peuvent pas acheter de l'alcool quand la loi est floue et que des distributeurs automatiques sont à leur portée ? La liste des questions pourrait être encore longue.

Une action concertée et un plan alcool cohérent sont donc indispensables à une politique publique «alcool» efficace et à la lutte contre la consommation problématique d'alcool.

LES RECOMMANDATIONS DES EXPERT·E·S

LES RECOMMANDATIONS DE L'OMS

En 2010, l'OMS a publié le document «Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif d'alcool» qui invite les États membres notamment à :

- Elaborer ou renforcer des plans et stratégies nationaux et infranationaux exhaustifs afin de réduire l'usager·e nocif d'alcool ;
- Assurer la coopération entre les différents niveaux de pouvoirs gouvernementaux et la coordination avec d'autres stratégies et plans du secteur de la santé ;
- Développer les moyens de prévenir et dépister le syndrome d'alcoolisation fœtale ;
- Garantir l'accès à la santé pour tous, en particulier les populations les plus défavorisées ;
- Adopter des mesures de lutte contre l'alcool au volant ;
- Fixer un âge minimum légal pour l'achat ou la consommation d'alcool et mettre en place des mesures empêchant les adolescent·e·s d'en consommer ;
- Diminuer l'impact du marketing, notamment sur les jeunes et les adolescent·e·s, instaurer un cadre réglementaire (reposant de préférence sur un cadre législatif), et mettre en place un système efficace de surveillance du marketing et des systèmes administratifs qui dissuadent le non-respect des restrictions en matière de marketing, etc.

LE PLAN RÉGIONAL D'ACTION 2012-2020 DE L'OMS

Suite à la publication du document «Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif d'alcool» de l'Organisation Mondiale de la Santé, le Comité régional Europe de l'OMS a adopté un «Plan régional d'actions visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020»[156]. Les principaux domaines d'action du Plan régional sont :

- Leadership, sensibilisation et engagement : les États membres préparent, mettent en œuvre ou révisent un plan d'action national en matière d'alcool. Ils sensibilisent progressivement leur population aux dommages et risques liés à la consommation d'alcool et les informent des mesures de réduction des risques ;
- Action des services de santé : les pays membres réduisent progressivement l'écart entre le nombre de personnes qui pourraient bénéficier de conseils sur leur consommation d'alcool pour en réduire ou prévenir les risques, de programmes de réinsertion sociale ou d'un traitement des troubles liés à leur consommation, et le nombre de personnes qui en bénéficient effectivement ;
- Action communautaire et sur le lieu de travail : les membres s'efforcent d'augmenter progressivement 1) le nombre d'établissements scolaires menant des actions favorables à la santé, 2) le nombre de municipalités mettant en œuvre de plan de lutte contre la consommation nocive d'alcool au niveau local, 3) le nombre de lieux de travail qui appliquent des politiques et des programmes en matière d'alcool en milieu professionnel ;
- Politiques et mesures de lutte contre l'alcool au volant : dans la perspective de

156 Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020, Comité régional de l'Europe de l'OMS, 61ème session, 2011, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/148067/RC61_wd13F_Alcohol_111373.pdf ?ua=1

réduire les accidents mortels dus à l'alcool au volant et les maintenir au niveau le plus bas possible ;
- Offre d'alcool : les États membre limitent ou réduisent la disponibilité de l'alcool et s'assurent de l'application des restrictions légales en matière de vente aux clients en état d'ébriété et en dessous de l'âge minimum légal ;
- Marketing des boissons alcoolisées : en vue de protéger les plus jeunes, les pays se dotent d'un système visant à empêcher la publicité et les pratiques commerciales inappropriées et irresponsables visant cette population ;
- Politiques de prix : les membres adoptent des politiques tarifaires afin de baisser la consommation d'alcool et les dommages associés ;
- Réduction des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et de l'intoxication alcoolique : les États membres luttent contre la mortalité liée à l'intoxication alcoolique et les traumatismes intentionnels et non intentionnels liés à la consommation d'alcool ;
- Réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool illicite ou produit par le secteur informel : les pays exposés à ce problème s'efforcent de réduire la composition chimique nocive des alcools non déclarés ;
- Suivi et surveillance : les membres publient régulièrement des rapports complets sur l'alcool, comprenant des informations sur la consommation chez l'adulte, la consommation avant l'âge légal, les problèmes de santé liés à l'alcool ainsi que les coûts pour la société.

LES RECOMMANDATIONS DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ

Le Conseil supérieur de la santé (CSS) a publié en juin 2018 un rapport dans lequel il actualise ses recommandations en matière de consommation d'alcool[157].

Le CSS recommande notamment une série de mesures visant à réduire l'offre d'alcool :

- Interdiction complète de la publicité et du sponsoring liés à l'alcool ;
- Adaptation de l'étiquetage des boissons alcoolisées par l'ajout des informations suivantes : indications nutritionnelles (au minimum le nombre de calories par 100 ml), nombre d'unités d'alcool par contenant, mention «l'abus d'alcool est dangereux pour la santé» à la place de l'actuel slogan «notre savoir-faire se déguste avec sagesse» ;
- Mise en œuvre d'une politique de prix diversifiée, avec comme mesures possibles : prix minimum par unité d'alcool vendue au détail, interdiction d'offrir des boissons alcoolisées gratuitement ou à prix considérablement réduit, augmentation des taxes et accises ;
- Réduire la disponibilité et l'offre de boissons alcoolisées (par ex. interdiction de vente d'alcool dans les stations-service, via des distributeurs automatiques et les magasins de nuit) ;
- Garantir une mise à disposition gratuite d'eau du robinet dans l'HORECA.

Il recommande également aux autorités compétentes de prendre les mesures suivantes afin de limiter les risques liés à la consommation d'alcool pour la santé de la population générale et des populations à risques :

- Adapter la législation sur la vente, l'offre et la distribution, notamment auprès des jeunes de 16 à 18 ans, sur base des recommandations du CSS ;
- Renforcer structurellement l'éducation, la prévention et la réduction des risques ;
- Ne plus lier les espaces de campagnes de prévention aux espaces de publicité pour l'alcool (comme c'est le cas en FWB) et fournir des espaces de prévention garantis et indépendants ;
- Faciliter l'accès à l'information (groupes d'entraide, sites internet) ;
- Soutenir les personnes qui diminuent leur consommation ou tentent d'y mettre un terme ;
- Favoriser auprès de la population un auto-monitoring régulier des habitudes de boisson, avec l'aide en particulier du/de la médecin généraliste ;
- Financer la recherche scientifique sur les conséquences de la consommation d'alcool, et l'évaluation des effets des interventions et des mesures politiques ;
- Interdire les collaborations entre les travailleurs et travailleuses de santé, les autorités publiques d'une part et les producteurs et distributeurs de boissons alcoolisées d'autre part ;
- Reconnaître la fonction et titre d'«alcoologue» diplômé, sur base des formations existantes[158] et assurer une formation de base et continue en alcoologie suffisante pour tou·te·s les médecins et autres professions de santé ;
- Sensibiliser à la loi du 14 novembre 1939 qui interdit notamment de servir des boissons enivrantes à une personne manifestement ivre.

LA DISPONIBILITÉ ET L'OFFRE D'ALCOOL EN BELGIQUE

L'alcool est une substance psychoactive particulièrement disponible en Belgique, puisqu'on la trouve dans les établissements du secteur de l'Horeca[159], dans les commerces alimentaires, chez les marchands de journaux, dans de nombreux distributeurs automatiques de boissons ou encore dans les stations-services et les night-shops. 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 quasiment identique à celui de la moyenne des pays de l'Union Européenne (Eurostat, 2018). Mais il existe certaines disparités par rapport à nos pays limitrophes, qui peuvent avoir un impact sur les comportements d'achat. Ainsi, alors que l'indice du niveau de prix (*price level indice*[160]) des boissons alcoolisées est de 103 pour la Belgique (la moyenne européenne étant de 100 par définition), il est de 90 en France, de 87 en Allemagne et de 96 au Grand-Duché de Luxembourg. Autrement dit, les prix pratiqués dans ces trois pays sont inférieurs à ceux de la moyenne européenne et de la Belgique. En revanche, il est de 108 au Pays-Bas. Ces différences à la défaveur de la Belgique ont tendance à favoriser les achats transfrontaliers.

Selon les chiffres officiels publiés par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la

157 Document «Risques liés à la consommation d'alcool», mai 2018, CSS n°9438, https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_9438_avis_alcool.pdf

158 Notamment en FWB, le certificat interuniversitaire organisé par la SSMG, l'ULB, l'UCL et l'ULg.

159 Secteur d'activités de l'Hôtellerie, de la Restauration et des Cafés

160 Il s'agit d'un indicateur économique permettant d'estimer l'ampleur de la différence du niveau de prix d'un produit dans un pays par rapport à d'autres, en l'occurrence la moyenne européenne. Par définition donc, un indice de 100 correspond au prix pratiqué en moyenne au niveau européen.

Belgique est un des pays où le nombre de litres d'alcool pur vendu annuellement par habitant de 15 ans ou plus est le plus élevé, avec une moyenne de 12,6 litres d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus. Ce nombre abstrait correspond à 242 litres de bière à 5,2° (soit 968 verres de 25cl par an, ce qui correspond à 2,65 verres par jour), ainsi qu'à 105 litres de vin à 12° (soit 131 bouteilles de 75cl ou encore 786 verres de 125cl par an, ce qui correspond à un peu plus de 2 verres par jour). Cette moyenne est calculée en sommant et exprimant l'ensemble des quantités d'alcool vendues en litre d'alcool pur, divisé par le nombre d'habitants du pays âgés de 15 ans ou plus. Cette moyenne est forcément une approximation de la réalité de la consommation moyenne puisqu'elle ne tient pas compte des achats transfrontaliers ainsi que de ceux liés au tourisme, ni de l'existence d'une proportion de non-consommateurs ainsi que de consommateurs occasionnels. On est donc en droit de penser que ces chiffres sous-estiment clairement l'ampleur du phénomène de surconsommation d'alcool dans notre pays.

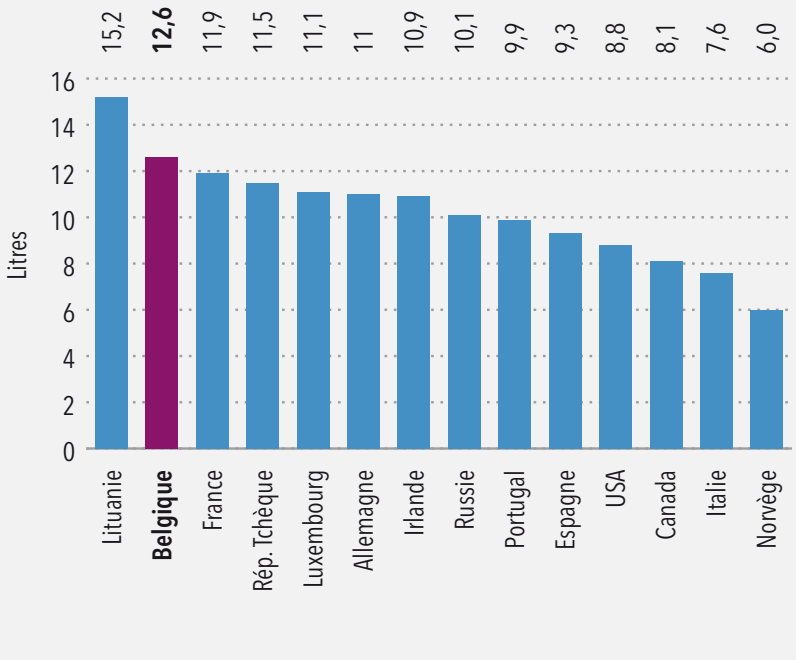
Cette situation préoccupante s'explique par différents facteurs : publicité excessive, loi ambiguë et peu appliquée, marketing agressif à l'égard des jeunes, absence de régulation de l'offre dans certains lieux publics, sous-financement de la prévention… Cette situation est en outre compliquée par absence d'un plan national alcool permettant de mieux réguler l'offre et de s'attaquer aux problématiques de surconsommation de manière cohérente et intégrée.

L'USAGE D'ALCOOL DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

LES INDICATEURS

En Belgique, l'usage d'alcool est estimé dans la population générale sur base de la consommation auto-rapportée via un questionnaire administré dans le cadre de l'enquête HIS, dont la dernière levée a été réalisée en 2013. En nous focalisant sur la Wallonie, nous nous intéresserons ici aux principaux indicateurs d'un usage d'alcool à risque, à savoir 1) la surconsommation hebdomadaire (consommation de plus de 21 verres par semaine pour les hommes et de plus de 14 verres par semaine pour les femmes au cours des 12 derniers mois)[161], 2) la consommation quotidienne (consommation d'au moins un verre d'alcool chaque jour au cours des 12 derniers mois), 3) la consommation quotidienne à risque (consommation de plus de 2 verres standards par jour chez les femmes et de plus de 4 verres standard par jour chez les hommes au cours des 12 derniers mois), 4) le *binge drinking*[162] hebdomadaire (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), 5) le temps habituellement pris pour consommer 6 verres d'alcool ou plus au cours d'une même occasion, et enfin 6) l'usage problématique d'alcool sur la vie[163], qui est estimé chez les personnes ayant consommé de l'alcool les 12 derniers mois ainsi que chez celles qui sont abstinentes depuis plus de 12 mois. Nous fournissons également un indicateur d'abstinence sur la vie afin de pouvoir connaître la part de la population qui n'est pas concernée par la consommation d'alcool, ainsi que l'âge moyen de la première consommation de boissons alcoolisées.

Figure 5 : Nombre de litres d'alcool pur vendu chaque année par habitant de 15 ans en Belgique et dans d'autres pays du monde, 2013-2016



Source : Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

161 Cette définition correspond à la transposition en nombre de verres des limites hebdomadaires que l'OMS recommande de ne pas dépasser (WHO, 2000). Dans le rapport susmentionné, le Conseil supérieur de la Santé recommande de descendre la limite à 10 verres par semaine, indépendamment du sexe, s'alignant sur les recommandations récentes de différents groupes d'experts (e.g. Santé Publique France).

162 Le *binge drinking* peut être défini comme une forme d'abus d'alcool caractérisée par l'ingestion d'une importante quantité en un minimum de temps, de manière à en potentialiser les effets. La notion d'occasion n'étant pas délimitée au niveau temporel, l'enquête HIS 2013 a introduit une question supplémentaire visant à déterminer le temps généralement pris pour consommer 6 verres d'alcool au cours d'une même occasion, et ce afin de cerner plus finement ce comportement.

163 Cet indicateur est estimé à l'aide du test de screening CAGE, qui se compose des 4 questions suivantes : *Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ? ; Vous êtes-vous déjà senti(e) irrité(e) par des critiques à propos de votre consommation d'alcool ? ; Vous êtes-vous déjà senti(e) coupable en ce qui concerne votre consommation d'alcool ? ; Avez-vous déjà eu besoin d'alcool en vous levant pour être vraiment réveillé(e) (ou pour vous remettre d'aplomb) ?* En cas de réponse positive à au moins 2 des 4 questions, on considère qu'il y a eu occurrence d'un usage problématique d'alcool sur la vie.

LES CHIFFRES 2013

En 2013, l'**âge moyen de la première consommation** de boissons alcoolisées est de 17,5 ans pour les hommes et de 19,9 ans pour les femmes en Wallonie. Si on concentre sur la tranche d'âge des plus jeunes, la différence de genre disparait puisqu'on constate que l'âge moyen est de 15,9 ans chez les hommes de 15-24 ans et 16 ans chez les femmes du même âge. L'âge moyen de la première consommation est partiellement influencé par le niveau d'instruction : il est plus bas chez les répondants les plus instruits (niveau études supérieures : 17,9 ans) alors qu'il varie entre 19,1 ans et 19,6 ans chez les autres répondants.

Environ 14 % des Wallons âgés de 15 ans et plus n'ont jamais consommé de boissons alcoolisées. L'**abstinence sur la vie** est deux fois plus élevée chez les femmes (18 %) que chez les hommes (9,4 %) et, sans surprise, elle diminue de manière relativement linéaire avec l'âge des répondants. On observe toutefois un pic d'abstinents chez les 75 ans et plus, essentiellement chez les femmes.

La prévalence de la **surconsommation hebdomadaire** d'alcool (au cours des 12 derniers mois) est de 7,3 % chez les Wallons âgés de 15 ans et plus. Elle est globalement plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, quelle que soit la tranche d'âge, et est plus élevée chez les 45 ans et plus. Elle tend à diminuer avec le niveau d'instruction des répondants.

La prévalence de la **consommation quotidienne** d'alcool (au cours des 12 derniers mois) augmente fortement avec l'âge des répondants, et est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, quelle que soit la tranche d'âge. En Wallonie, 21,4 % des hommes et 11,9 % des femmes auraient consommé quotidiennement une ou plusieurs boissons alcoolisées au cours des 12 derniers mois. Cet indicateur ne prenant pas en compte les quantités consommées, il a récemment été complété par un indicateur de **consommation quotidienne à risque** (au cours des 12 derniers mois). La prévalence de la consommation quotidienne à risque augmente également avec l'âge des répondants mais, contrairement aux autres indicateurs, elle ne diffère pas en fonction du sexe. Autrement dit, en Wallonie, il y

Tableau 2 : Prévalence de l'abstinence sur la vie, de la surconsommation hebdomadaire, de la consommation quotidienne, de la consommation quotidienne à risque, du *binge drinking* et de l'usage problématique d'alcool en Wallonie, par genre et par tranche d'âge, 2013

	15-24 ans % (n=273)	25-34 ans % (n=356)	35-44 ans % (n=374)	45-54 ans % (n=441)	55-64 ans % (n=450)	65-74 ans % (n=346)	75 ans et + % (n=233)	Total % (N=2.473)
Prévalence de l'abstinence sur la vie								
Hommes	27,8	8,7	7,4	7,5	5,4	3,6	7,5	9,4
Femmes	28,5	21,1	12,3	14,3	11,2	14,6	31,6	18,0
Total	28,1	14,8	9,9	11,1	8,3	9,5	22,6	13,9
Prévalence de la surconsommation hebdomadaire d'alcool au cours des 12 derniers mois								
Hommes	8,7	8,8	5,3	12,5	14,3	11,6	5,1	9,9
Femmes	2,9	1,6	2,8	7,1	9,8	5,6	3,0	4,9
Total	5,7	5,3	4,0	9,7	12,1	8,4	3,8	7,3
Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool au cours des 12 derniers mois								
Hommes	3,6	6,6	15,9	23,9	36,4	36,9	31,0	21,4
Femmes	0,0	3,4	10,5	10,9	19,9	19,6	19,1	11,9
Total	1,8	5,0	13,1	17,0	28,1	27,6	23,5	16,4
Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool à risque au cours des 12 derniers mois								
Hommes	0,9	4,1	3,4	6,7	10,2	7,6	5,1	5,6
Femmes	2,9	1,6	2,8	7,1	9,8	5,6	3,0	4,9
Total	1,9	2,9	3,1	6,9	10,0	6,6	3,8	5,2
Prévalence du *binge drinking* hebdomadaire ou + au cours des 12 derniers mois								
Hommes	18,6	13,4	12,0	10,4	15,4	7,3	7,1	12,5
Femmes	6,3	2,0	2,9	3,1	6,7	4,7	1,6	3,9
Total	12,2	7,8	7,4	6,4	11,0	5,9	3,7	8,0
Prévalence de l'usage problématique d'alcool sur la vie								
Hommes	7,3	13,4	13,4	13,1	15,8	16,7	5,1	13,0
Femmes	6,7	6,3	6,4	10,2	9,2	4,6	3,4	7,2
Total	7,0	10,3	9,9	11,7	12,6	10,8	4,1	10,1

Source : Enquête HIS 2013 (Drieskens et al.)

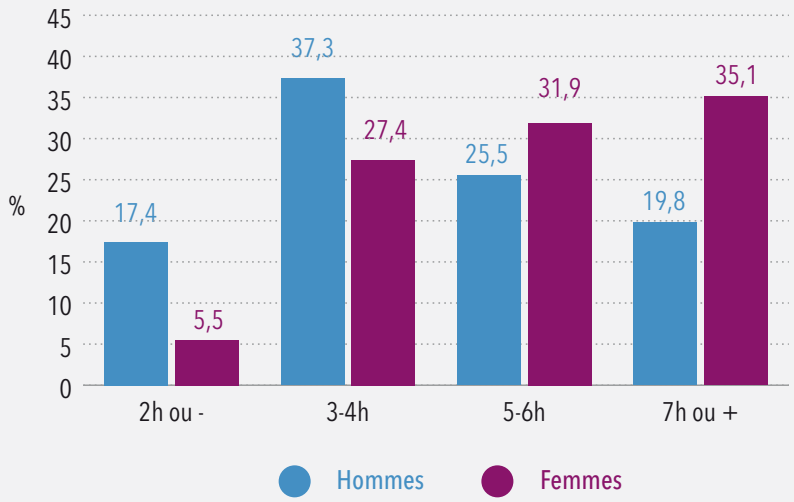
aurait autant de femmes que d'hommes qui consomment quotidiennement une quantité excessive d'alcool : 5,6 % des hommes et 4,9 % des femmes (notons toutefois que cet indicateur est genré). La consommation quotidienne à risque diminue progressivement à mesure que le niveau d'instruction des répondants augmente.

La prévalence du ***binge drinking* hebdomadaire** s'élève à 8 % chez les Wallons de 15 ans et plus. Elle est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Mais contrairement aux autres indicateurs de consommation à risque, dont la prévalence augmente avec l'âge, ce comportement est plus fréquent chez les jeunes, en particulier chez les hommes de 15-24 ans (18,6 %). Le *binge drinking* hebdomadaire n'est pas impacté par le niveau d'instruction.

En ce qui concerne la vitesse de consommation chez les «*binge drinkers*», 12,9 % d'entre eux sont habituellement enclins à consommer 6 verres d'alcool en 2 heures maximum. Cette habitude est plus élevée chez les de 15-24 ans (29,1 %) et concerne davantage les hommes que les femmes, comme on peut le constater sur la figure 6.

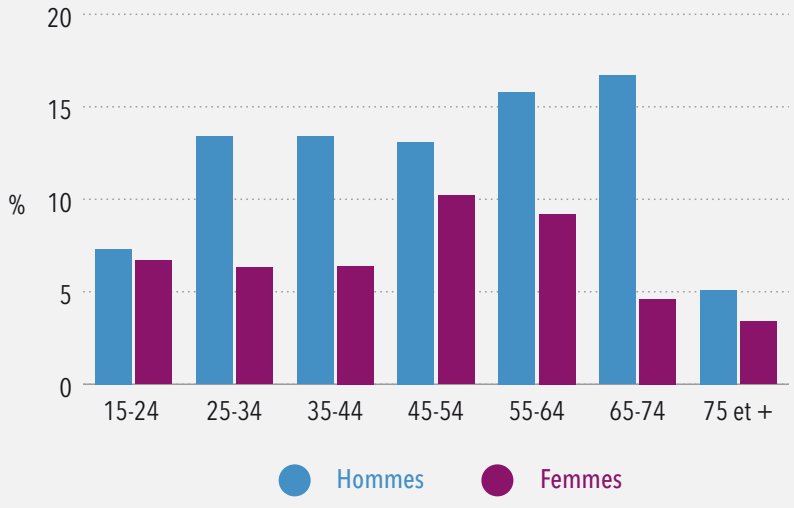
La prévalence sur la vie de l'**usage problématique** d'alcool est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. En revanche, elle est moins élevée chez les jeunes de 15-24 ans que chez les individus plus âgés, probablement parce que les questions utilisées pour l'évaluer font davantage référence à la dépendance à l'alcool, plus fréquente chez les individus plus âgés, mais aussi parce que la probabilité de leur survenue au moins une fois dans la vie augmente naturellement avec l'âge des individus. La prévalence sur la vie de l'usage problématique n'est pas impactée par le niveau d'instruction.

Figure 6 : Temps habituellement pris pour consommer 6 verres d'alcool ou plus au cours d'une même occasion chez les personnes qui ont recours à cette pratique en Wallonie, 2013



Source : Enquête HIS 2013 (Drieskens et al.)

Figure 7 : Prévalence sur la vie de l'usage problématique d'alcool (estimé à l'aide du CAGE) en Wallonie, par genre et par tranche d'âge, 2013



Source : Enquête HIS 2013 (Drieskens et al.)

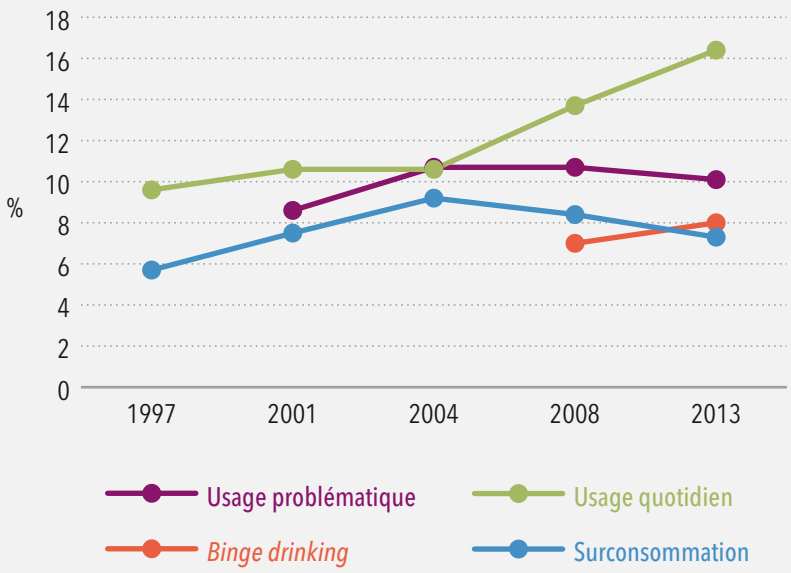
TENDANCE ET ÉVOLUTION

Les analyses standardisées pour l'âge et le sexe montrent que la consommation quotidienne a augmenté de manière progressive et significative depuis 1997 en Wallonie. En revanche, l'usage problématique sur la vie, la surconsommation hebdomadaire et l'hyperalcoolisation hebdomadaire sont restés relativement stables au cours du temps. L'âge moyen de la première consommation de boissons alcoolisées est stable entre 2008 et 2013 chez les hommes (environ 17,5 ans) et en légère augmentation que chez les femmes (passant de 19,2 ans à 19,9 ans).

Si on se focalise spécifiquement sur l'évolution temporelle de la surconsommation hebdomadaire, du *binge drinking* hebdomadaire et de la consommation quotidienne chez les 15-24 ans, on constate que la consommation quotidienne est relativement stable chez les hommes mais semble avoir légèrement augmenté chez les femmes. La surconsommation hebdomadaire fluctue quant à elle en dents de scie, tant chez les hommes que chez les femmes. En revanche, le *binge drinking* hebdomadaire est en

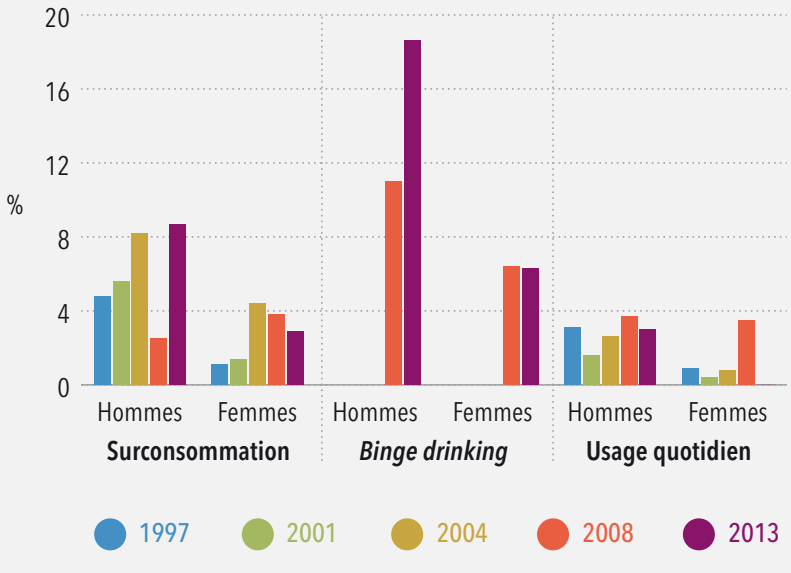
augmentation entre 2008 et 2013, mais uniquement chez les jeunes hommes. Ces évolutions doivent toutefois être considérées avec prudence en raison du petit nombre de personnes interrogées pour cette tranche d'âge.

Figure 8 : Évolution de la surconsommation hebdomadaire, de la consommation quotidienne, du *binge drinking* hebdomadaire et de l'usage problématique sur la vie en Wallonie, 1997-2013



Source : Enquête HIS 2013 (Drieskens et al.)

Figure 9 : Évolution de la surconsommation hebdomadaire et du *binge drinking* hebdomadaire chez les hommes et les femmes de 15-24 ans en Wallonie, 1997-2013



Source : Enquête HIS 2013 (Drieskens et al.)

L'USAGE D'ALCOOL CHEZ LES JEUNES DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE ET SECONDAIRE

LES INDICATEURS

En Fédération Wallonie-Bruxelles, l'usage d'alcool est estimé dans la population scolarisée dans l'enseignement secondaire via un questionnaire administré dans le cadre de l'enquête HBSC, dont la dernière levée a été réalisée en 2014. En nous focalisant sur la Wallonie nous nous intéresserons ici aux indicateurs suivants : 1) la consommation d'alcool sur la vie (au moins un verre) ; 2) la consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours (au moins un verre) ; 3) l'expérimentation de l'ivresse sur la vie (au moins une fois) ; 4) l'expérimentation de l'ivresse au cours des 30 derniers jours (au moins une fois) ; 5) l'ivresse répétée au cours des 30 derniers jours (au moins à deux reprises) ; 6) la consommation hebdomadaire d'alcool (au moins un verre par semaine actuellement) ; 7) l'alcoolisation ponctuelle importante, à savoir la consommation habituelle d'au moins 5 verres d'alcool lors des jours de consommation.

Dans le rapport officiel de l'enquête HBSC (voir Moreau et al., 2017), les données sont ventilées par niveau d'enseignement

Tableau 3 : Prévalence de la consommation d'alcool (sur la vie et au cours des 30 derniers jours), de l'expérimentation de l'ivresse (sur la vie et au cours des 30 derniers jours), des ivresses répétées au cours des 30 derniers jours, de la consommation hebdomadaire et de l'alcoolisation ponctuelle importante chez les élèves scolarisés dans l'enseignement primaire et secondaire francophone de la Wallonie, par âge et par genre, 2014

	10-12 ans %	13-15 ans %	16-18 ans %	19 ans et + %	Total %
Consommation d'alcool sur la vie*					
Garçons (n=4.885)	24,5	61,4	85,2	85,8	62,1
Filles (n=5.046)	17,1	57,1	85,2	82,0	59,0
Total (N=9.931)	20,8	59,2	85,2	84,1	60,5
Consommation d'alcool les 30 derniers jours*					
Garçons (n=4.844)	10,4	40,6	74,5	75,0	46,7
Filles (n=5.057)	7,8	38,2	70,8	65,7	43,8
Total (N=9.901)	9,1	39,3	72,5	70,7	45,2
Consommation hebdomadaire d'alcool					
Garçons (n=5.458)	2,5	9,9	37,7	44,2	17,7
Filles (n=5.625)	0,5	6,2	19,2	23,6	9,4
Total (N=11.083)	1,5	8,0	27,9	34,9	13,5
Expérimentation de l'ivresse sur la vie					
Garçons (n=5.286)	8,8	28,7	65,0	75,1	36,1
Filles (n=5.505)	4,2	25,9	56,1	66,8	31,2
Total (N=2.895)	6,5	27,3	60,3	71,3	33,6
Expérimentation de l'ivresse les 30 derniers jours					
Garçons (n=1338)	3,5	10,8	30,4	37,2	15,8
Filles (n=1486)	0,8	9,8	22,4	24,1	11,8
Total (N=10.791)	2,1	10,3	26,2	31,2	13,7
Ivresses répétées les 30 derniers jours					
Garçons (n=5.286)	1,2	3,2	13,9	20,4	6,7
Filles (n=5.505)	0,0	2,5	6,1	9,4	3,3
Total (N=10.791)	0,6	2,9	9,7	15,4	4,9
Alcoolisation ponctuelle importante**					
Garçons (n=1.826)	/	/	47,2	41,4	41,3
Filles (n=2.049)	/	/	31,5	29,1	29,6
Total (N=3.875)	/	/	38,7	35,8	35,1

* Pour des raisons probablement idéologiques, les questions sur l'expérimentation d'alcool n'ont pas été posées aux élevés de 5ème et 6ème primaire de l'enseignement Officiel (majoritairement des élèves de 10-12 ans). Les résultats relatifs à ces questions sont donc représentatifs uniquement pour les élevés de 5e-6e primaire de l'Enseignement Libre et de l'Enseignement de la Communauté française.

** Consommation habituelle de 5 verres ou plus lors des jours de consommation de boissons alcoolisées. La question sur le nombre de verres consommés les jours de consommation n'a été posée qu'aux élèves de l'enseignement secondaire supérieur.

Source : Enquête HBSC 2014 (Moreau et al., 2017)

(primaire, secondaire inférieur et secondaire supérieur) et pour l'ensemble de la FWB. Nous avons ici plutôt pris l'option de ventiler les données en fonction de l'âge des répondants, afin de conserver une cohérence avec les autres analyses du présent tableau de bord, cette approche nous permettant aussi d'apprécier les pratiques des jeunes par rapport à l'âge légal. Par conséquent, des élèves appartenant à une même tranche d'âge peuvent provenir de niveaux d'enseignement distincts. De même, la classe des élèves de 19 ans et plus ne peut être considérée comme représentative de l'ensemble des étudiants de cet âge dans la mesure où une bonne partie est entrée aux études supérieures. Cette classe d'âge est en outre entièrement constituée d'élèves ayant redoublé au moins une année, ou d'élèves de l'enseignement professionnel qui poursuivent une 7ème année. Les résultats relatifs à cette tranche d'âge doivent donc être considérés en tenant compte de cette réserve, et ce d'autant plus que le nombre de répondants est moindre pour cette tranche d'âge.

LES CHIFFRES 2014

Plus de la moitié (60,5 %) des élèves de 10 ans et plus scolarisés en Wallonie dans l'enseignement primaire ou secondaire a déjà expérimenté l'alcool. La prévalence de la **consommation d'alcool sur la vie** augmente progressivement avec l'âge des élèves : elle est de 20,8 % chez les élèves de 10-12 ans et avoisine les 85 % chez les élèves de 16 ans et plus.

Près d'un élève sur deux a déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 30 derniers jours. La prévalence de la **consommation d'alcool les 30 derniers jours** augmente aussi progressivement avec l'âge des élèves : 9,1 % chez les élèves de 10-12 ans contre 72,5 % chez les élèves de 16-18 ans. La consommation d'alcool les 30 derniers jours est également un peu plus élevée chez les garçons que chez les filles, mais la différence est à nouveau très peu marquée. La fréquence de consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours est décrite dans la figure 10.

La **consommation hebdomadaire d'alcool** concerne 13,5 % des répondants. Elle augmente également avec l'âge des répondants et est clairement plus fréquente chez les garçons que chez les filles. Elle concerne un peu plus d'un quart des élèves de 16-18 ans et plus d'un tiers des élèves de 19 ans et plus.

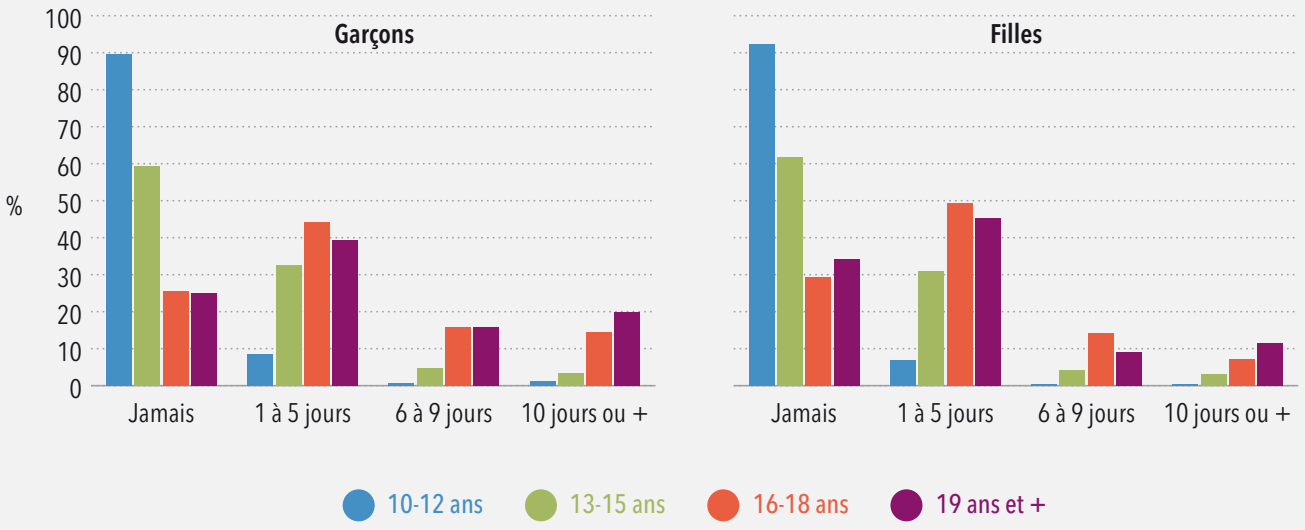
La prévalence de l'**expérimentation de l'ivresse sur la vie** s'élève à 13,7 %. Elle augmente fortement avec l'âge des élèves (6,5 % chez les élèves de 10-12 ans et 60,3 % chez les élèves de 16-18 ans). Elle est plus fréquente chez les garçons que chez les filles, en particulier à partir de 16 ans.

La prévalence de l'**expérimentation de l'ivresse au cours des 30 derniers jours** augmente également avec l'âge des élèves. Elle est également impactée par le genre et est plus fréquente chez les garçons que chez les filles. Les mêmes constats sont dégagés en ce qui concerne les ivresses répétées au cours des 30 derniers jours.

Enfin, l'**alcoolisation ponctuelle importante**, à savoir le fait d'habituellement consommer 5 verres ou plus les jours de consommation, concerne 35,1 % des élèves du secondaire supérieur. Elle concerne davantage les garçons que les filles.

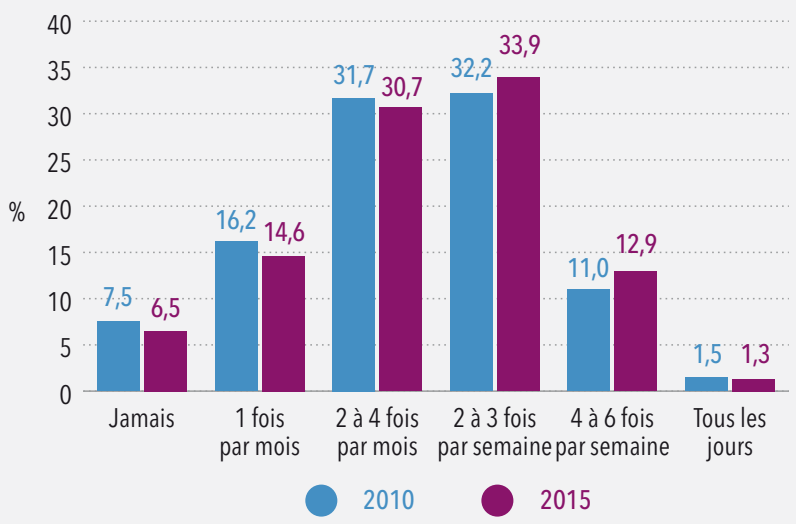
En conclusion, les jeunes wallons sont donc particulièrement concernés par la consommation d'alcool. En effet, l'expérimentation de l'alcool survient avant l'âge légal pour la majorité d'entre eux : plus de la moitié des 13-15 ans en ont déjà consommé et un quart ont déjà expérimenté l'ivresse. La consommation d'alcool se généralise et s'intensifie ensuite avec l'âge. Et bien qu'elle concerne davantage les garçons que les filles, ces dernières sont relativement nombreuses à être également concernées. Enfin, plus d'un tiers des élèves du secondaire supérieur boivent au moins 5 verres lorsqu'ils en consomment, recherchant probablement l'ivresse.

Figure 10 : Fréquence de consommation d'alcool (en nombre de jours) au cours des 30 derniers jours chez les élèves scolarisés dans l'enseignement primaire et secondaire francophone de la Wallonie, par âge et par genre, 2014



Source : Enquête HBSC 2014 (Moreau et al., 2017)

Figure 11 : Fréquence de consommation d'alcool au cours de l'année académique parmi les étudiants de l'UCL, 2010 et 2015



Source : Lorant et al., 2011 ; Lannoy & Maurage, 2015

Tableau 4 : Fréquence du *binge drinking* au cours de l'année académique parmi les étudiants de l'UCL, 2010-2015

	2010 %	2015 %
Jamais	22,0	20,2
Moins d'1 fois par mois	22,7	22,1
1 fois par mois	12,3	12,0
2 à 3 fois par mois	14,3	14,8
1 fois par semaine	13,7	14,0
2 à 3 fois par semaine	13,8	15,1
Chaque jour ou presque	1,1	1,9

Source : Lorant et al., 2011 ; Lannoy & Maurage, 2015

Tableau 5 : Fréquence de l'ivresse au cours de la vie, des 12 derniers mois et des 30 derniers jours parmi les étudiants de l'UCL, 2015

	Au cours de la vie %	Au cours des 12 derniers mois %	Au cours des 30 derniers jours %
Jamais	11,1	19,8	49,6
1 à 2 fois	9,1	21,4	29,8
3 à 5 fois	10,9	16,4	12,7
6 à 9 fois	10,2	12,8	5,0
10 fois ou plus	58,7	29,7	2,9

Source : Lorant et al., 2011 ; Lannoy & Maurage, 2015

L'USAGE D'ALCOOL CHEZ LES JEUNES DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

LES INDICATEURS

En 2015, l'asbl Univers Santé, épaulée par une équipe de chercheurs de l'UCL, a réalisé une enquête sur les habitudes de consommation d'alcool d'environ 4.500 étudiants de l'UCL, faisant suite à une première étude réalisée en 2010 ayant mobilisé près de 7.000 étudiants. En 2010 comme en 2015, les données ont été récoltées au printemps à l'aide d'une enquête en ligne largement diffusée auprès des étudiants et utilisant une méthodologie commune. Comme toute enquête en ligne ne procédant pas à un échantillonnage aléatoire, il n'est pas possible de garantir que les résultats soient représentatifs de l'ensemble des étudiants fréquentant cet établissement. Néanmoins, la taille des échantillons permet de tirer des conclusions assez fiables sur la nature des pratiques de consommation d'alcool des étudiants.

Les indicateurs relatifs à l'usage d'alcool que nous avons retenus sont les suivants : 1) fréquence de consommation d'alcool au cours de l'année académique ; 2) fréquence du *binge drinking*[164] au cours de l'année académique ; 3) fréquence de l'ivresse au cours de la vie ; 4) fréquence de l'ivresse au cours des 12 derniers mois et 5) fréquence de l'ivresse au cours des 30 derniers jours.

LES CHIFFRES 2010-2015

Les résultats indiquent (voir figure 11) qu'en 2015, près de la moitié des étudiants interrogés (48,1 %) ont consommé des boissons alcoolisées au moins deux fois par semaine au cours de l'année académique écoulée, et un peu plus d'un étudiant sur huit (14,2 %) au moins quatre fois par semaine. La fréquence de consommation est relativement similaire à celle observée en 2010.

En ce qui concerne le *binge drinking* (6 verres ou plus au cours de la même occasion), il est pratiqué en 2015 au moins une fois par semaine par 31 % des étudiants, et tous les jours par 1,9 % d'entre eux (voir tableau 4). L'ampleur de cette pratique

164 Ce comportement était ici défini comme la consommation de 6 verres de boissons alcoolisées ou plus au cours d'une même occasion (sortie, activité, soirée, etc.).

est similaire à celle observée en 2010, quoiqu'en très légère hausse (+ 2 % pour le *binge drinking* plusieurs fois par semaine).

PERSPECTIVE

La consommation d'alcool est particulièrement valorisée dans les pays occidentaux. Elle fait partie intégrante des habitudes de vie de nombreuses personnes et imprègne toutes les couches de la société. On remarque toutefois que l'usage nocif d'alcool semble augmenter avec le niveau d'instruction des répondants, sauf en ce qui concerne le *binge drinking*. La consommation régulière s'initie précocement, malgré la réglementation qui s'efforce, non sans une certaine maladresse, d'en restreindre l'accès aux plus jeunes. Bien que la consommation d'alcool n'ait en soi rien de problématique, en fonction de l'individu, du contexte, et surtout de l'usage qui est fait de ce produit, elle peut avoir des conséquences nocives[165]. Les dommages liés au mésusage d'alcool sont multiples : ils peuvent être directs ou indirects, immédiats ou différés, et peuvent toucher, à court ou à long terme, l'intégrité physique (coma éthylique, troubles hépatiques, cancer des voies aérodigestives, lésions corporelles suite à une chute, une bagarre, un accident de la route, syndrome d'alcoolisation fœtale, etc.), psychologique (dépendance, dépression, troubles cognitifs, etc.) et sociale (problèmes familiaux ou professionnels, etc.). La nature et la gravité des dommages dépendront toutefois grandement des quantités consommées, des circonstances de la consommation ainsi que de la fréquence de consommation.

L'ensemble des indicateurs que nous avons examinés témoignent clairement que la consommation excessive d'alcool est une réalité pour une proportion relativement élevée de la population wallonne. Elle constitue d'ailleurs un problème sanitaire majeur qui dépasse la Wallonie et concerne l'ensemble de la Belgique. Les premiers épisodes d'alcoolisation, voire d'hyperalcoolisation, débutent souvent à l'adolescence, parfois sous l'impulsion de mouvements de jeunesse, clubs sportifs, ou autres regroupements de jeunes structurés ou spontanés. Et pour une proportion relativement importante de jeunes, ces comportements d'alcoolisation sont réguliers. Il est pourtant bien établi qu'un usage régulier précoce est associé à une consommation d'alcool ultérieure plus régulière (et au risque de dépendance), ainsi qu'à une augmentation des épisodes de consommation à risque tels que le *binge drinking* (Wicki et al., 2010). L'entrée aux études supérieures constitue une période charnière d'initiation pour beaucoup d'étudiants, durant laquelle certaines pratiques de consommation à risque peuvent aussi se développer ou se renforcer (voir aussi Borsari, Murphy, & Barnett, 2007 ; Lorant et al., 2013). Alors que les jeunes s'exposent davantage que les ainés aux comportements d'hyperalcoolisation (*binge drinking*), les adultes en revanche sont davantage concernés que les jeunes par la surconsommation hebdomadaire ainsi que par la consommation quotidienne.

La surconsommation, même occasionnelle, peut avoir des conséquences lourdes au niveau social, psychologique ou physique, en particulier chez les jeunes. L'altération du jugement induite par un état d'ébriété, associée au sentiment d'invulnérabilité et à la recherche de sensations, fréquents chez les jeunes (Ravert et al., 2009), leur font parfois prendre des risques inconsidérés (conduite d'un véhicule, défi physique, bagarre, rapports sexuels non protégés ou non consentis, etc.). La surconsommation répétée d'alcool peut aussi avoir un impact nocif sur les relations interpersonnelles (Castaño-Perez & Calderon-Vallejo, 2014 ; Lorant et al., 2011), et augmente fortement le risque de développer une dépendance à l'âge adulte (McCambridge, McAlaney & Rowe R, 2011). Enfin, la consommation répétée de quantités excessives d'alcool, et plus particulièrement la pratique du *binge drinking*[166], peut avoir chez les étudiants un effet nuisible sur des fonctions cognitives telles que l'attention soutenue et la mémoire

LES EFFETS DE L'ALCOOL SUR LA SANTÉ

Sur le plan sanitaire, l'alcool occasionne une morbidité et une mortalité particulièrement élevées dans les sociétés occidentales. Cela s'explique par sa consommation importante, mais aussi par les propriétés intrinsèques du produit. En effet, alors que la plupart des drogues agissent sur un nombre limité de récepteurs cibles du cerveau, l'alcool a la particularité d'agir indistinctement sur la plupart des systèmes de neurotransmission, principalement en accentuant la neurotransmission inhibitrice en en diminuant la neurotransmission excitatrice (Valenzuela, 1997). Cette action inhibitrice massive sur le cerveau explique pourquoi l'imprégnation éthylique altère l'ensemble des fonctions cognitives et motrices, biaise la lucidité et la capacité de jugement et expose ainsi davantage l'individu à la prise de risques durant l'imprégnation. Comme la plupart des substances psychoactives, l'alcool a aussi des propriétés renforçantes qui favorisent l'abus et le développement d'une dépendance, en raison d'une action sur le système dopaminergique responsable de la sensation de plaisir. Et il est particulièrement addictif en cas d'usage chronique massif, en raison d'une adaptation neurochimique importante qui occasionne un syndrome de sevrage marqué rendant physiquement et psychologiquement éprouvants les épisodes d'abstinence en cas d'arrêt de la consommation. Selon l'OMS, le mésusage d'alcool est un facteur étiologique dans plus de 200 maladies et traumatismes. Il serait la cause de près de 6 % des décès à l'échelle mondiale (soit plus de 3 millions de personnes par année) ce qui en fait un des principaux facteurs de risque de morbidité, de mortalité et d'invalidité (WHO, 2014). L'alcool figure systématiquement parmi les produits psychotropes les plus dangereux dans les taxonomies classant les produits en fonction de leur dangerosité (voir par exemple Nutt, King & Philipps, 2010).

165 L'usage nocif peut être défini de manière opérationnelle comme toute consommation, occasionnelle ou répétée, provoquant directement ou indirectement des dommages physiques, psychologiques ou sociaux (occasionnels ou répétés) au consommateur et/ou à son entourage.

166 Il s'agit d'un mode de consommation abusif caractérisé par l'ingestion d'une importante quantité d'alcool en un minimum de temps. En général, la quantité définie correspond à au moins 5 ou 6 verres d'alcool au cours d'une même occasion, la notion d'occasion pouvant elle-même aussi varier suivant les études.

épisodique ainsi que sur les capacités de planification et les fonctions exécutives (e.g. Hartley, Elsabagh, & File, 2004 ; Parada et al., 2012), ce qui peut impacter les performances académiques (Castaño-Perez & Calderon-Vallejo, 2014 ; Lorant et al., 2011).

Comme la plupart des comportements à risque, la consommation excessive d'alcool est un phénomène multidéterminé, impliquant des facteurs biologiques, psychologiques, sociologiques et culturels en interaction. Le milieu étudiant semble toutefois jouer un rôle déterminant dans l'acquisition et le renforcement des pratiques de consommation à risque chez de nombreux jeunes. En effet, les mécanismes d'apprentissage et de contrôle social (pression sociale, effet de norme et conformité, attentes) sont particulièrement à l'œuvre dans les contextes de vie associés au milieu estudiantin (résidence universitaire ou colocation), en raison de l'implication dans le folklore estudiantin et de la pratique régulière des présoirées que ces contextes favorisent (Ennett et al., 2008 ; Hogge & Walewyns, 2016 ; Lorant et al., 2013 ; Wood, Read, Palfai & Stevenson, 2001). La consommation d'alcool est alors souvent vécue comme un facilitateur social (fonction de socialisation), qui permet aussi de décompresser (fonction de stimulation) voire de diminuer temporairement le stress généré par les études (fonction de *coping*).

Le fait que la consommation excessive soit plus fréquente chez les hommes que chez les femmes est une constante dans la littérature scientifique (voir Borsari et al., 2007 ; Wicki et al., 2010). Elle semble pouvoir s'expliquer à la fois par des différences biologiques (Sapienza, Zingales & Maestripieri, 2009) et par l'influence de l'environnement social (Ronay & Kim, 2006), mais aussi par une perception et une évaluation des risques différentes selon le genre (Spigner & Hawkins, 1993). Malgré cet effet de genre, il apparait clairement que les femmes wallonnes ne sont pas épargnées par la consommation excessive d'alcool.

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. Ce cadre culturel favorise le développement de représentations socialement favorables par rapport au produit, atténue la perception de sa dangerosité, et diminue la prise de conscience de consommations nocives ou à risque. L'inaction politique témoigne du niveau d'ancrage de ce produit dans nos habitudes sociales et culturelles et de la puissance des lobbies de l'alcool.

Les conséquences socio-sanitaires de la consommation d'alcool (morbidité, mortalité, …) seront abordées dans un chapitre dédié.

AVIS DES EXPERT·E·S

Anne-Sophie Poncelet et Martin de Duve, Univers Santé asbl

L'alcool, par rapport à d'autres psychotropes, tient une place particulière dans notre culture, c'est indéniable. Il nécessite donc une approche particulière qui tient compte de l'ensemble des déterminants de la consommation. Et pourtant, il n'existe toujours pas, à ce jour, de plan national alcool malgré trois tentatives (2013, 2015 et 2017), et encore moins de réelle politique drogues cohérente.

Or, l'État doit prendre sa part de responsabilité ! La tendance est parfois encore trop à incriminer le consommateur, mais celui-ci est fortement influencé par des facteurs qui lui sont extérieurs (publicité, disponibilité, prix, valorisation culturelle, pression à la consommation, etc.).

Il est donc grand temps d'appréhender l'individu consommateur de manière holistique, en tenant compte de la société complexe dans laquelle il vit, où règne la culture de l'immédiateté et de l'hyperconsommation, et de développer des approches qui privilégient le développement de compétences pour mieux faire face aux frustrations, à l'ennui, aux contrariétés, à la complexité du monde, aux sursollicitations…

Dès lors, un rééquilibrage complet des politiques drogues et alcool devrait être réalisé pour sortir enfin d'une approche moraliste et gangrenée par les lobbys, au profit d'une politique motivée par des intérêts de santé publique.

5.2.2. LE TABAC ET LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

LE CADRE LÉGISLATIF DU TABAC

La loi belge et les décrets communautaires établissent une série d'interdits concernant les lieux de consommation du tabac :

- Interdiction de fumer dans les lieux fermés accessibles au public (loi du 22 décembre 2009) ;
- Interdiction de fumer sur son lieu de travail, sauf si un endroit est prévu à cet effet (loi du 22 décembre 2009) ;
- Interdiction de fumer à l'école (de l'enseignement maternel au secondaire) (décret du 5 mai 2006).

De plus, il existe plusieurs textes légaux encadrant la fabrication et la commercialisation des produits à base de tabac, notamment :

- Toute propagande, parrainage ou publicité en faveur du tabac est interdit (loi du 24 janvier 1977)[167] ;
- Il est interdit de vendre du tabac aux moins de 16 ans (loi du 24 janvier 1977) ;
- Les produits du tabac portent obligatoirement un avertissement de santé sur leur emballage (arrêté royal du 5 février 2016). Les paquets de cigarettes portent un avertissement combiné, composé d'un texte et d'une illustration, et doivent mentionner les coordonnées de la ligne Tabac Stop ;
- Les paquets de cigarettes et de tabac à rouler devront être pourvus tant sur le devant qu'au dos d'un avertissement avec texte et illustration couvrant 65 % de la surface. Un avertissement devra également figurer sur les faces latérales, couvrant 50 % de la surface (directive européenne du 3 avril 2014) ;
- Il est interdit d'ajouter des arômes aux cigarettes et au tabac à rouler conférant une saveur reconnaissable ou caractéristique à un produit (directive européenne du 3 avril 2014) ;
- Toute référence à des effets bénéfiques sur le mode vie, les offres spéciales, les messages sur la moindre nocivité ou la biodégradabilité de l'un ou l'autre produit, etc. sont interdits (directive européenne du 3 avril 2014) ;
- Les fabricants et les importateurs ont l'obligation de déclarer les ingrédients de tous les produits qu'ils commercialisent en Union européenne (directive européenne du 3 avril 2014) ;
- La vente des produits du tabac par internet est interdite (directive européenne du 3 avril 2014) ;
- Un système d'identification et de suivi pour la production et la distribution de cigarettes, et une protection visible et invisible des produits, serviront à combattre le commerce illégal (directive européenne du 3 avril 2014) ;
- Un prix de référence minimum pour les cigarettes est fixé par arrêté royal ;
- L'intervention de l'assurance soins de santé et les indemnités pour l'assistance au sevrage tabagique sont fixées par arrêté royal ; avec la 6ème réforme de l'État, la matière «Sevrage tabagique» est transférée aux Régions.

167 À l'exception de : 1) la publicité faite dans des journaux et périodiques édités en dehors de l'Union européenne ; 2) la publicité faite dans des publications exclusivement destinées aux professionnels du secteur du tabac ; 3) la publicité occasionnelle dans le cadre de la communication au public d'événements à l'étranger ; 4) l'affichage de la marque du tabac à l'intérieur et sur la façade des magasins de tabac et des kiosques à journaux qui vendent des produits du tabac.

LA PUBLICITÉ SUR LES RÉSEAUX SOCIAUX

Plusieurs études montrent le rôle des réseaux sociaux, et tout particulièrement celui des influenceurs et influenceuses, dans la diffusion d'attitudes positives envers les cigarettes électroniques et le tabac (Phua et al, 2017 ; Hébert et al, 2017). Les célébrités actives sur les réseaux sociaux tels que Instagram, Twitter ou Facebook, sont en effet suivies par des (centaines de) milliers de personnes et ont donc une influence non négligeable en termes de consommation de marques (qu'il s'agisse de vêtements, de GSM, d'alcool ou de tabac, etc.).

Or, la société civile américaine active dans la lutte contre l'industrie du tabac a récemment mis à jour des nouvelles stratégies marketing : afin de contourner les lois interdisant les publicités, l'industrie du tabac propose(rait) des contrats aux influenceurs et influenceuses des réseaux sociaux. Moyennant paiement, ces (jeunes) célébrités s'engagent à poster des photos avec placement de produits et hashtags promouvant l'une ou l'autre marque. Les marques de tabac bénéficient alors de leurs nombreux abonné·e·s et de leur bonne réputation.

Plusieurs associations se sont regroupées pour signer une pétition auprès de la Commission fédérale de commerce des États-Unis et à l'encontre des plusieurs multinationales, demandant qu'une enquête et des actions soient menées afin de faire cesser les publicités trompeuses en ligne[168].

168 La pétition et les résultats de l'enquête menée par Tobacco Free Kids sont disponibles à l'adresse : https://www.tobaccofreekids.org/assets/content/press_office/2018/2018_08_ftc_petition.pdf

LES POLITIQUES PUBLIQUES EN MATIÈRE DE TABAC

PLAN FÉDÉRAL ANTI-TABAC

En avril 2016, la ministre fédérale en charge de la santé Mme De Block a rendu public, par communiqué de presse, son plan anti-tabac qui porte l'application de la directive européenne sur les produits du tabac du 3 avril 2014. Il semblerait que ce plan n'ait pas fait l'objet d'une collaboration avec les entités fédérées[169]. Le plan anti-tabac a pour objectif de réduire le nombre de fumeurs quotidiens sous la barre des 17 % en 2018. En mars 2017, une audition relative à la problématique du tabac s'est tenue au Parlement fédéral, à l'initiative de la Commission Santé de la Chambre des représentants. À cette occasion, tous les projets et propositions de loi de la majorité et de l'opposition ont pu être discutés et des expert·e·s du terrain ont pu présenter leurs arguments. Toutefois, aucune avancée majeure ne s'est ensuivie, que ce soit l'interdiction de fumer en voiture en présence de mineur·e·s, le relèvement de

169 Question écrite de Mme Louvigny à Mme Gréoli «La lutte contre la tabagisme» du 28 février 2018.

l'âge minimum d'achat ou l'introduction des paquets neutres[170]. L'interdiction de fumer en voiture en présence de mineur·e·s est toutefois désormais effective en Flandre et prochainement en Wallonie[171].

Parallèlement, Mme De Block a demandé au SPF Santé publique de rédiger un rapport sur les paquets neutres, au sein duquel il devait notamment répondre aux questions du ministre des Finances. Ce rapport n'a cependant pas été rendu public[172]. La ministre avait déclaré vouloir faire reposer cette proposition sur la consultation de l'ensemble des acteurs concernés, dont les représentant·e·s du commerce au détail. Elle a également réitéré sa volonté de faire reposer toute décision sur l'évaluation du paquet neutre en France et au Royaume-Uni et sur le «résultat des procès en cours au niveau international» (voir encadrés)[173,174,175]. Dans un communiqué du 7 septembre 2018, la ministre a finalement annoncé avoir trouvé un accord avec le Gouvernement fédéral afin d'instaurer le paquet neutre. Les administrations doivent envoyer l'arrêté royal qui fixe les grandes lignes à la Commission européenne, puis le soumettre au Conseil d'État[176].

Certain·e·s parlementaires ont souligné que les mesures préconisées par le plan fédéral anti-tabac n'ont, pour une partie d'entre elles, qu'une efficacité limitée en termes de santé publique. En effet, d'une part, la Ministre ne propose pas un projet de loi *per se* portant sur l'interdiction de fumer dans une voiture en présence de mineur·e·s, mais invite le Parlement à introduire une proposition de loi qu'elle s'engage à défendre. D'autre part, aucune interdiction de publicité ne fait partie du plan ; ce qui rendrait caduque toute mise en place du paquet neutre (voir ci-après), toujours selon les parlementaires. Enfin, ces derniers se sont également interrogés sur le caractère réalisable (voire réaliste) d'une interdiction de la vente de tabac par internet[177].

INTRODUIRE LE PAQUET NEUTRE ET INTERDIRE LA PUBLICITÉ

Un accord a finalement été trouvé au sein de la majorité pour introduire le paquet neutre en Belgique. Cette décision fait suite à une campagne de longue haleine menée de front par une partie des partis politiques

MESURES ET AVANCÉES DU PLAN ANTI-TABAC DE LA MINISTRE FÉDÉRALE DE LA SANTÉ

	Mesures prévues [178]	Avancées
1	Augmentation des accises afin de réduire la demande en rendant le tabac plus cher. Les accises minimales seront également limitées, de sorte que l'écart entre le prix des marques «premium» et celui des paquets moins chers soit limité	Le Gouvernement fédéral a augmenté les accises du tabac à deux reprises
2	Interdiction des additifs et fixation d'un niveau maximal de goudron, de nicotine et de monoxyde de carbone	Les produits contenant des arômes caractérisant devraient être interdits d'ici la fin de la législature
3	Interdiction de la vente de tabac par internet	/
4	Introduction du paquet neutre pour 2018 pour les cigarettes et le tabac à rouler (en passant par l'évaluation de la mise en place du paquet neutre dans les pays européens)	Le Gouvernement a confié à Mme De Block la tâche de formuler une proposition visant à instaurer le parquet neutre pour 2019, voire 2020, pour les produits du tabac (sauf les cigares) (voir ci-après pour davantage de détails)
5	Meilleur remboursement du kit de sevrage afin d'aider davantage de personnes à arrêter de fumer	La Commission de Remboursement des Médicaments étudie la possibilité de réduire le prix du kit de démarrage pour le sevrage tabagique, ainsi que la possibilité de rembourser davantage de tentatives d'arrêt [179]
6	Promesse de soutenir toute proposition de loi portant sur l'interdiction de fumer en voiture en présence d'enfants	Le Parlement, de son côté, est en train d'élaborer une proposition d'interdiction de fumer en voiture
7	Engagement de 12 contrôleurs «tabac et alcool» du SPF Santé publique supplémentaires afin d'augmenter la fréquence des contrôles	12 contrôleurs ont été engagés

170 Article «Lettre ouverte à madame la ministre De Block, deux ans après l'annonce de son plan anti-tabac», Fondation contre le cancer, 30/04/2018, URL : https://www.cancer.be/nouvelles/lettre-ouverte-madame-la-ministre-de-block-deux-ans-apr-s-l-annonce-de-son-plan-anti-tabac

171 Caroline Rasson, FARES, communication personnelle, 19/12/2018.

172 Article «Lettre ouverte à madame la ministre De Block, deux ans après l'annonce de son plan anti-tabac», Fondation contre le cancer, 30/04/2018, URL : https://www.cancer.be/nouvelles/lettre-ouverte-madame-la-ministre-de-block-deux-ans-apr-s-l-annonce-de-son-plan-anti-tabac

173 Question écrite de M. Scourneau à Mme de Block «La directive européenne sur les produits du tabac» du 01/06/2016.

174 Question orale de Mme Van Hoof et Mme Fonck à Mme De Block, Compte rendu intégral, Commission de la Santé publique, de l'environnement et du renouveau de la société, Chambre des Représentants du 06/03/2018.

175 Communiqué de presse du 29 septembre 2017, site officiel de la Mme De Block, URL : http://www.deblock.belgium.be/fr/mesures-anti-tabac

176 Communiqué de presse «Bientôt les paquets neutres pour les produits du tabac», site officiel de Maggie De Block, 07/09/2018 ; URL : https://www.deblock.belgium.be/fr/bientôt-des-paquets-neutres-pour-les-produits-du-tabac

177 Compte rendu intégral de la Commission de la Santé publique, de l'environnement et du renouveau de la société du 26 avril 2016 de la Chambre des représentants. URL : http://www.lachambre.be/doc/CCRI/pdf/54/ic396.pdf

178 Communiqué de presse du 9 avril 2016, site officiel de la Mme De Block, URL : http://www.deblock.belgium.be/fr/plan-anti-tabac-avec-interdiction-de-fumer-en-voiture-en-pr%C3%A9sence-d%E2%80%99enfants-et-augmentation-des

179 Actuellement, les mutuelles remboursent partiellement 8 consultations (de 30€ pour la première séance, de 20€ pour les 7 suivantes ; les femmes enceintes bénéficient d'un remboursement de 30€ pour chacune des 8 séances).

d'opposition (en particulier Ecolo-Groen et la SP.A) et le secteur associatif de la santé et de la promotion de la santé. Outre l'application de la directive européenne de 2014 et l'introduction du paquet neutre, ils invitent le Gouvernement à interdire la publicité sur les lieux de vente et leurs devantures, une recommandation soutenue par la Fédito bruxelloise[180] et par la Coalition nationale contre le tabac/Alliance sans tabac[181].

Le paquet neutre a déjà fait ses preuves, notamment en Australie où il a été mis en place en 2012. La baisse du nombre de consommateur·rice·s (et de jeunes consommateur·rice·s) australiens n'est toutefois pas uniquement imputable à l'introduction du paquet, mais bien à un ensemble de mesures politiques (augmentation du prix du paquet, campagnes de sensibilisation, messages d'avertissement sur les paquets, etc.)[182]. Le Département Santé publique du Gouvernement australien a mené une évaluation de l'implémentation du paquet neutre et présenté ses conclusions en 2016. Les résultats montrent que le paquet neutre a commencé à porter ses fruits en matière de baisse du tabagisme et d'exposition au tabac. Il participe à réduire l'attractivité des produits du tabac, à augmenter l'efficacité des compagnes de sensibilisation et à diminuer l'aptitude des paquets à induire les consommateurs en erreur. De plus, après contrôle des variables telles que l'augmentation des accises et les facteurs sociodémographiques, le paquet neutre combiné avec des messages d'avertissement graphiques participe à une baisse de la prévalence du tabagisme[183].

Le paquet neutre est une mesure complémentaire et indissociable de l'interdiction de la publicité, pour deux raisons : d'abord, si la publicité est interdite sur les paquets, il semble logique qu'elle le soit aussi dans les points de vente ; ensuite, introduire le paquet neutre sans interdire la publicité violerait le principe légal de proportionnalité, puisqu'une telle initiative équivaudrait à une interdiction de l'usage du droit des marques, une mesure qui pourrait être jugée excessive par rapport à l'objectif poursuivi (Fondation contre le cancer, 2016).

LES PREMIERS RÉSULTATS DE LA RECHERCHE ESCAPAD «PAQUET NEUTRE» DE L'OFDT (OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES) (SPILKA ET AL, 2018)

Cette étude vise à mieux connaître et suivre l'évolution des représentations et opinions des adolescent·e·s français·es (fumeurs et non-fumeurs) au sujet du paquet neutre. Le paquet neutre n'ayant été introduit que récemment en France (depuis le 1er janvier 2017), l'étude ne peut que livrer des résultats liminaires et est destinée à être régulièrement reconduite (la prochaine édition est prévue début 2019). Cette première édition ne permet dès lors pas d'évaluer la pertinence ou l'impact des paquets neutres sur le tabagisme des jeunes.

Les premiers résultats montrent toutefois que les adolescent·e·s sont sensibles au packaging des paquets de cigarettes. Ils/elles semblent également associer telle marque ou telles cigarettes à des propriétés particulières (plus ou moins de danger, donne plus ou moins envie de fumer que d'autres, etc.). Leurs opinions sur l'utilité des paquets neutres laissent entendre que cette mesure pourrait davantage contribuer à prévenir l'initiation au tabagisme qu'à favoriser l'arrêt.

JURISPRUDENCE EN MATIÈRE DE PAQUET NEUTRE

L'un des chevaux de bataille de l'industrie du tabac est bien évidemment l'instauration du paquet neutre. Outre l'argument selon lequel celle-ci ne serait pas une mesure efficace, l'industrie affirme également qu'elle porterait atteinte au droit des marques et de la propriété intellectuelle, qu'elle augmenterait la contrebande et entrainerait la suppression d'emplois (CNCT, s.d.).

L'ensemble de ces arguments a été rejeté par la Haute Cour de Justice du Royaume-Uni (19 mai 2016 ; McCabe Center, s.d.), la Haute Cour de Justice d'Australie (5 octobre 2012)[184] et le Conseil Constitutionnel français (21 janvier 2016)[185], trois pays ayant voté l'instauration du paquet neutre. La Haute Cour de Justice du Royaume-Uni a notamment statué que l'essence des *marques déposées* n'implique pas d'utiliser le droit de propriété afin de faciliter l'expansion d'une épidémie sanitaire létale et que la santé publique est un objectif d'intérêt public qui justifie des restrictions dans l'exercice de la propriété intellectuelle. La Haute Cour a poursuivi son argumentaire en affirmant qu'il n'est pas juste qu'un État paie une quelconque compensation financière pour avoir demandé aux industries du tabac de cesser d'utiliser leurs droits de propriété pour faciliter une telle épidémie.

Le 4 mai 2016, la Cour de Justice de l'Union européenne a également confirmé la validité des dispositions de la directive européenne de 2014 quant à l'uniformisation des paquets, rejetant ainsi le recours de plusieurs industriels du tabac[186].

180 Plan drogue 2016-2019 de la Fédito bruxelloise.
181 La Coalition nationale contre le tabac s'est structurée en Alliance sans tabac. Les membres actuels sont : la Fondation contre le Cancer, Kom op tegen Kanker, la Ligue Cardiologique Belge, le Fonds des affections respiratoires (FARES), le Service d'Étude et de Prévention du Tabagisme (SEPT), l'Observatoire de la Santé du Hainaut, la Gezinsbond, le Vlaams Instituut Gezond Leven, l'Association flamande pour les soins de santé respiratoires et la défense contre la tuberculose (VRGT).
182 Article «Paquet de cigarettes neutre : une mesure efficace en Australie ?» de Lise Loumé, Sciences et Avenir, 16/03/2015, URL : https://www.sciencesetavenir.fr/sante/paquet-de-cigarettes-neutre-une-mesure-efficace-en-australie_19308
183 Article «Evaluation of tobacco plain packaging in Australia», Department of Health, Australian Government, 17/04/2018, URL : http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/tobacco-plain-packaging-evaluation
184 High Court of Australia, JT International v Commonwealth of Australia [2012] HCA 43 (5 october 2012), URL : http://www.austlii.edu.au/cgi-bin/viewdoc/au/cases/cth/HCA/2012/43.html
185 Conseil Constitutionnel, Décision n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016, URL : http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2016/2015-727-dc/decision-n-2015-727-dc-du-21-janvier-2016.146887.html
186 Cour de justice de l'Union européenne, Arrêts dans les affaires C-358/14 Pologne/Parlement et Conseil, C-477/14 Pillbox 38(UK) Limited/Secretary of State for Health et C-547/14 Philip Morris Brands SARL e.a/ Secretary of State for Health, URL : https://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2016-05/cp160048fr.pdf

LE CADRE LÉGISLATIF DE LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

Contrairement à la cigarette traditionnelle, la cigarette électronique (ou e-cigarette) fonctionne sans combustion. Le liquide contenu dans le réservoir est chauffé, vaporisé et inhalé par l'usager·e. Le liquide contient du propylène glycol et/ou de la glycérine végétale, des arômes et, le plus souvent, de la nicotine (dont le dosage peut varier) (FARES, 2016).

La distribution de la cigarette électronique s'est élargie en 2016, quittant la seule disponibilité en pharmacie, suite à l'adoption de l'arrêté royal du 28 octobre 2016 relatif à la fabrication et à la mise dans le commerce des cigarettes électroniques. Cet arrêté royal transpose partiellement la directive européenne du 3 avril 2014[187]. Il réglemente la composition des cigarettes électroniques contenant de la nicotine et statue que la cigarette électronique contenant de la nicotine est considérée comme un produit similaire aux produits du tabac, ce qui implique les interdictions de :

- Fumer dans les lieux publics fermés ;
- Faire de la publicité ou de la promotion, à l'exception de l'affichage dans les librairies ou points de vente spécialisés ;
- Vendre aux moins de 16 ans ;
- Vendre à distance (et donc par internet).

L'étiquetage des cigarettes électroniques contenant de la nicotine doit afficher l'avertissement «La nicotine contenue dans ce produit crée une forte dépendance. Son utilisation par les non-fumeurs n'est pas recommandée» sur les deux surfaces les plus grandes du paquet ; l'avertissement recouvre 35 % de la surface de l'emballage au total. Aussi, un dépliant inséré dans l'emballage doit contenir les consignes d'utilisation et de stockage, les contre-indications, les effets indésirables, les effets de dépendance et toxicité, les coordonnées du fabricant ou de l'importateur. La concentration en nicotine ne peut pas dépasser 20mg/ml (les cartouches ont une capacité maximum 2 ml). La nicotine ne peut être diffusée de manière constante et certains additifs sont interdits (vitamines, caféine, additifs qui ont des propriétés cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques).

Dans le cadre de l'élaboration de l'Arrêté royal d'octobre 2016, Mme De Block a demandé l'avis du Conseil Supérieur de la Santé. Celui-ci a souligné deux éléments : d'abord que la cigarette électronique peut être un moyen de sevrage tabagique (même si elle n'est pas sans danger), ensuite que les non-fumeurs doivent être protégés[188]. La ministre de la santé a opté pour une autorisation de vente à la fois dans les magasins et dans les pharmacies, dans une perspective de réduire les risques et d'assurer l'accès aux cigarettes électroniques aux fumeurs qui souhaitent arrêter[189].

LES EFFETS DE LA NICOTINE CHEZ LES JEUNES

Outre ses propriétés addictives, la nicotine peut altérer le développement du cerveau encore en maturation des adolescent·e·s. Elle agit en effet sur le cortex préfrontal qui est le siège de nombreuses fonctions exécutives, notamment le contrôle des impulsions, la gestion des émotions, la régulation de l'attention et la mémoire de travail.

Certaines études scientifiques relèvent des effets cognitifs, notamment une diminution de l'attention (Gorioudova et Mansvelder, 2012) et une augmentation de l'impulsivité, ainsi que des effets psychologiques, en particulier une augmentation de l'anxiété (Migard, 2016). De plus, l'usage de nicotine à l'adolescence peut s'ensuivre d'un état dépressif à l'âge adulte (Iñiguez et al, 2009). Enfin, la nicotine agit comme régulateur de l'humeur et des affects, qui peut être adapté ou inadapté, selon la manière dont ils affectent le bien-être physique et psychologique des adolescent·e·s fumeurs (Fernandez et al, 2004).

LES RECOMMANDATIONS DES EXPERT·E·S

LA POSITION DU FONDS DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES (FARES, 2016)

L'un des principaux avantages en termes de santé de la cigarette électronique est la moindre exposition des fumeurs (et fumeurs passifs) à des substances toxiques, voire cancérigènes. La cigarette classique contient en effet des goudrons, monoxyde de carbone (CO), arsenic, acétone, agents de saveur, benzène, oxyde d'azote, acide cyanhydrique, ammoniac, mercure, plomb, chrome et 4000 autres substances, dont plus de 50 cancérigènes.

Même si elle n'est pas sans danger, il y a moins de risques avec l'e-cigarette qu'avec la cigarette classique. Les substances cancérigènes y sont présentes à des doses infimes et les substances toxiques sont beaucoup moins nombreuses et en moindre concentration. L'usage de la cigarette électronique peut être un outil de réduction des risques pour les fumeurs et peut permettre une diminution ou un arrêt de la consommation de tabac. Elle offre notamment la possibilité d'adapter le dosage de nicotine (qui est la substance addictive du tabac) ou de consommer un liquide sans nicotine.

Le FARES met toutefois en garde sur certains points :

- Le liquide est toxique lorsqu'il est trop chauffé ;
- Lorsque le liquide contient de la nicotine, une dépendance physique s'installe ;
- Les effets du vapotage sont inconnus à long terme ;
- L'usage de la cigarette électronique est déconseillé chez les femmes enceintes, en l'absence de connaissance suffisante des effets potentiellement nocifs pour l'enfant à naître ;
- Vapoter peut amener les non-fumeurs, et en particulier les jeunes, à s'initier à l'acte de fumer et à les mettre en contact avec la nicotine.

187 En février 2017, le Conseil d'État a toutefois émis quelques réserves au sujet de l'Arrêté royal d'octobre 2016. Aussi, ce dernier a été modifié par l'Arrêté royal du 17 mai 2017.

188 Question orale de Mme Dedry, Mme Hufkens et Mme Gerkens à Mme De Block, Compte rendu intégral, Commission de la Santé publique, de l'environnement et du renouveau de la société, Chambre des Représentants du 05/07/2016.

189 Question orale de Mme Van Hoof et de Mme Fonck à Mme De Block, Compte rendu intégral, Commission de la Santé publique, de l'environnement et du renouveau de la société, Chambre des Représentants du 05/07/2017.

AVIS DES EXPERT·E·S

Caroline Rasson, responsable du service «prévention tabac» du FARES

L'e-cigarette, qu'elle contienne ou non de la nicotine, ne devrait concerner que les fumeurs ayant échoué par les moyens reconnus. Même s'il est clair que dans cette indication la préférence des fumeurs va à celle contenant de la nicotine, son utilisation doit être encadrée, afin d'arriver non seulement à l'arrêt du tabac mais aussi, dans la mesure du possible, à l'arrêt de la nicotine.

Le FARES va à la rencontre de vendeurs d'e-cigarettes, afin de les sensibiliser et de les outiller par rapport au rôle de conseil qu'ils peuvent tenir lors de la rencontre de personnes désireuses d'arrêter de fumer. Ainsi, notre brochure sur la e-cigarette leur est proposée. De même, lors de la rencontre annuelle de tabacologie de novembre 2018, le FARES a invité l'un d'eux à partager son point de vue (cf. vidéo sur notre site (https://www.fares.be/fr/cigarette-electronique-avis-experts/). Ce vendeur s'y positionne dans un rôle de conseil ayant lui-même fait l'expérience de l'arrêt du tabagisme. À ce titre, au-delà de l'aspect purement commercial, chacun peut contribuer à fournir une information en regard des besoins énoncés. Bien entendu, il est utile de se rappeler que nous n'avons pas encore un recul suffisant sur les effets à long terme de la cigarette électronique sur la santé.

En dehors des fumeurs qui veulent arrêter le tabac, le FARES se positionne aussi pour que les adultes non-fumeurs ainsi que les enfants et les adolescents ne soient pas un public privilégié de la vente d'e-cigarettes. Pour ces derniers, il faudrait garantir que l'e-cigarette **ne puisse devenir** l'initiation de l'acte de fumer ni le premier contact avec la nicotine. Chez l'adolescent, prévenir voire interdire l'usage de l'e-cigarette, quelle que soit sa forme, est une priorité.

LA DISPONIBILITÉ ET L'OFFRE DE TABAC EN BELGIQUE

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 (marchands de journaux, supermarchés, cafés et bistrots, discothèques et boîtes de nuit, night-shops,…). Elle est toutefois réglementée par l'arrêté royal du 5 février 2016 qui la restreint aux personnes de moins de 16 ans et qui impose depuis peu certaines conditions à l'étiquetage. Ainsi, même si le paquet neutre tel qu'on le retrouve en France ne s'est pas encore imposé en Belgique, les fabricants ont pour obligation de mentionner les coordonnées de la ligne Tabac Stop ainsi que d'y adjoindre des avertissements de santé visuels et textuels. Ce texte de loi fixe également des limites en matière d'émissions de goudron, de nicotine et de monoxyde de carbone par cigarette. En revanche, si les fabricants ont pour obligation de renseigner annuellement à la Direction générale Animaux, Végétaux et Alimentation du Service Publique Fédéral Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement la liste et les quantités des différents ingrédients et additifs des produits du tabac qu'ils commercialisent, il n'existe actuellement aucune restriction en la matière, alors que certains additifs sont connus pour favoriser la dépendance à la nicotine ou augmenter l'attractivité des produits (SCENIHR, 2010).

Alors que l'offre et la disponibilité du tabac n'est soumise qu'aux quelques contraintes internationales auxquelles la Belgique ne peut déroger, l'État tente 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.

L'USAGE DE TABAC DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

LES INDICATEURS

En Belgique, l'usage de tabac par inhalation est estimé dans la population générale sur base de la consommation auto-rapportée lors d'un entretien structuré réalisé dans le cadre de l'enquête HIS, dont la dernière levée a été réalisée en 2013. En nous focalisant sur la Wallonie, nous nous intéresserons aux indicateurs suivants : 1) la prévalence de la consommation d'au moins 100 cigarettes au cours de la vie, 2) la prévalence de consommation quotidienne de tabac pendant une période d'au moins 1 an au cours de la vie, 3) la prévalence de la consommation actuelle de tabac (qui reprend les fumeurs quotidiens et les fumeurs occasionnels) et enfin 4) la prévalence de la consommation quotidienne actuelle de tabac. Ces indicateurs de consommation couvrent toutes les formes d'usage par inhalation de produits à base de tabac (i.e. cigarettes manufacturées, cigarettes roulées, cigares/cigarillos, pipes à eau/chichas, pipes à tabac, cigarettes électroniques avec nicotine). Nous n'avons pas pu exclure ou isoler les consommateurs exclusifs de cigarettes électroniques, car la manière dont les indicateurs sont constitués ne le permet pas, puisque la forme d'usage n'est précisée que pour l'usage quotidien. Néanmoins, on est en droit de penser qu'ils sont minoritaires car seulement 0,2 % des fumeurs quotidiens ont eu recours à l'e-cigarette quotidiennement pour consommer des produits à base de nicotine. Rappelons que ces données ont été récoltées en 2013 et que la situation a certainement évolué depuis.

LES CHIFFRES 2013

Près de la moitié (45,1 %) des Wallons âgés de 15 ans et plus ont déjà fumé **au moins 100 cigarettes au cours de leur vie**, les hommes étant davantage concernés que les femmes (53,7 % versus 37,3 %). Les Wallons âgés de 55 à 64 ans sont les plus concernés par le fait d'avoir déjà fumé 100 cigarettes ou plus au cours de la vie. Cet indicateur varie légèrement en cloche en fonction du niveau d'instruction : les répondants les moins instruits (niveau primaire) et les plus instruits (niveau supérieur) sont un peu moins concernés que les répondants de niveau intermédiaire (niveau secondaire).

Environ 40 % des Wallons âgés de 15 ans ou plus ont déjà été **consommateurs quotidiens de tabac pendant une période d'au moins 12 mois**. À nouveau, les hommes sont beaucoup plus concernés que les femmes (48,9 % versus 32,2 %). La prévalence de la consommation quotidienne de tabac pendant 12 mois ou plus au cours de la vie augmente avec l'âge mais est déjà d'une fréquence très élevée à partir de 25 ans (42,4 %). La proportion de personnes ayant été consommateurs quotidiens de tabac ne varie que légèrement en fonction du niveau d'instruction : elle est un peu plus élevée chez les élèves ayant atteint le niveau secondaire (45,4 %) et un peu moins élevée chez ceux qui ont atteint le niveau des études supérieures (35,5 %), les répondants des autres niveaux se situant entre ces deux extrêmes.

Un quart (25,2 %) des Wallons consomment **actuellement** du tabac, et plus précisément 21,5 % de manière quotidienne. La **consommation quotidienne actuelle** est à nouveau plus élevée chez les hommes que chez les femmes mais la différence s'amenuise par rapport à celles observées pour les autres indicateurs. Elle augmente à partir de 25 ans et se stabilise jusque 64 ans, puis diminue fortement (probablement en raison d'une mortalité élevée chez les fumeurs âgés). La proportion de personnes qui consomment du tabac au quotidien tend à être moins élevée chez les répondants les plus instruits (niveau supérieur : 13 %) par rapport aux autres répondants (entre 25 % et 29 %).

Les résultats de l'enquête HIS sont relativement similaires à ceux récoltés par GfK Belgium chaque année à la demande de la Fondation contre le Cancer (GfK, 2018). Il s'agit d'une enquête téléphonique portant chaque année sur un échantillon d'environ 3.000 Belges âgés de 15 à 75 ans. Les résultats se centrent essentiellement sur les comportements de consommation des usager·e·s occasionnels et réguliers, mais aussi sur les attitudes des non-fumeurs. Comme on peut le voir dans la figure 12, on observe une augmentation de l'usage de la cigarette électronique parmi les fumeurs entre 2013 et 2017. Ainsi, 13 % des fumeurs occasionnels ou réguliers interrogés en 2017 ont déclaré avoir recours à la cigarette électronique, contre 2 % en 2013. Néanmoins, l'enquête ne fournit aucun renseignement sur la nature de cet indicateur (usage au cours des 30 derniers jours ? usage au cours des 12 derniers mois ?). Par ailleurs, la fréquence d'utilisation de ce dispositif n'est pas prise en compte, et les usager·e·s peuvent avoir consommé en parallèle d'autres produits du tabac (cigarettes classiques, etc.).

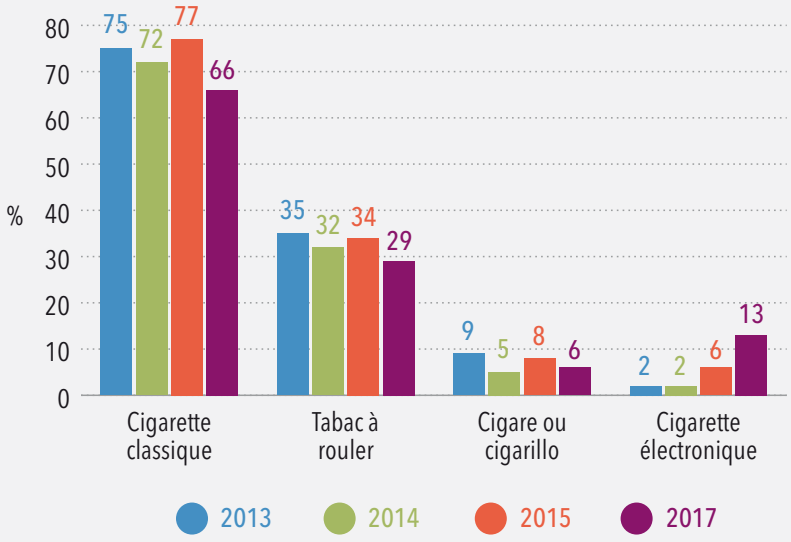
Enfin, signalons que l'enquête réalisée par GfK en 2018 mentionne que 32 % des fumeurs interrogés ont déclaré avoir recours à la cigarette électronique, ce qui suggère une importante augmentation cette dernière année. Mais en 2018, il s'agissait pour la première fois d'une enquête en ligne et le rapport n'en précise pas les caractéristiques méthodologiques (modalité de diffusion ou de sélection des participants, etc.). Ce pourcentage peut donc difficilement être comparé à ceux observés précédemment sur base de l'enquête téléphonique. Pour cette raison, nous ne les avons pas inclus dans la figure 12.

Tableau 6 : Prévalence de la consommation de tabac sur la vie, de la consommation quotidienne sur la vie, de la consommation actuelle et de la consommation quotidienne actuelle en Wallonie, 2013

	15-24 ans % (n=272)	25-34 ans % (n=358)	35-44 ans % (n=382)	45-54 ans % (n=451)	55-64 ans % (n=449)	65-74 ans % (n=354)	75 ans et + % (n=234)	Total % (N=2.500)
Prévalence de la consommation de tabac sur la vie (au moins 100 cigarettes)								
Hommes	21,2	55,9	57,4	52,8	65,1	66,0	52,9	53,7
Femmes	25,5	42,4	38,9	45,4	55,8	28,7	9,4	37,3
Total	23,4	49,3	47,9	48,9	60,4	45,8	25,9	45,1
Prévalence de la consommation quotidienne de tabac sur la vie (au moins durant 1 an)								
Hommes	17,8	50,0	53,2	49,6	59,6	61,7	45,4	48,9
Femmes	19,5	34,5	35,2	40,8	50,9	23,5	7,2	32,2
Total	18,6	42,4	44,0	45,0	55,2	41,0	21,8	40,2
Prévalence de la consommation actuelle de tabac (fumeurs quotidiens et occasionnels)								
Hommes	19,6	30,8	35,5	30,0	32,2	13,4	12,1	28,1
Femmes	19,2	28,2	27,7	27,6	29,7	12,5	3,7	22,6
Total	19,4	33,1	31,5	28,8	30,9	12,9	6,9	25,2
Prévalence de la consommation quotidienne actuelle de tabac								
Hommes	15,8	30,4	30,1	26,8	27,5	12,3	10,5	23,9
Femmes	16,6	19,5	25,2	24,6	26,1	11,6	3,3	19,4
Total	16,2	25,1	27,6	25,6	26,8	11,9	6,1	21,5

Source : Enquête HIS 2013 (Drieskens et al.)

Figure 12 : Évolution des types de produits du tabac consommé par les fumeurs occasionnels et réguliers en Belgique, 2013-2017



Source : Fondation contre le Cancer

L'USAGE DE TABAC CHEZ LES JEUNES DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE ET SECONDAIRE

LES INDICATEURS

En Fédération Wallonie-Bruxelles, l'usage de tabac est estimé dans la population scolarisée dans l'enseignement secondaire via un questionnaire administré dans le cadre de l'enquête HBSC, dont la dernière levée a été réalisée en 2014. En nous focalisant sur la Wallonie, nous nous intéresserons ici aux indicateurs suivants : 1) la consommation de cigarettes sur la vie (au moins une fois) ; 2) la consommation de cigarettes au cours des 30 derniers jours (au moins une fois) ; 3) la consommation quotidienne de tabac ; 4) l'utilisation d'une cigarette électronique sur la vie (au moins une fois) ; 5) l'utilisation d'une cigarette électronique au cours des 30 derniers jours (au moins une fois).

Dans le rapport officiel de l'enquête HBSC (voir Moreau et al., 2017), les données sont ventilées par niveau d'enseignement (primaire, secondaire inférieur et secondaire supérieur) et pour l'ensemble de la FWB. Nous avons ici plutôt pris l'option de ventiler les données en fonction de l'âge des répondants, afin de conserver une cohérence avec les autres analyses du présent tableau de bord, cette approche nous permettant aussi d'apprécier les pratiques des jeunes par rapport à l'âge légal. Par conséquent, des élèves appartenant à une même tranche d'âge peuvent provenir de niveaux d'enseignement distincts. En outre, les élèves de 19 ans appartiennent à une tranche d'âge un peu particulière puisqu'elle est entièrement constituée d'élèves ayant redoublé au moins une année, ou d'élèves de l'enseignement professionnel qui poursuivent une 7ème année. Les résultats relatifs à cette tranche d'âge doivent donc être considérés en tenant compte de cette réserve, et ce d'autant plus que le nombre de répondants est moindre dans cette tranche d'âge.

LES CHIFFRES 2014

Environ un quart des élèves (27,8 %) de 10 ans et plus scolarisés en Wallonie dans l'enseignement primaire ou secondaire ont déjà expérimenté le tabac sous forme de cigarettes. La prévalence de la **consommation d'au moins une cigarette sur la vie** augmente progressivement avec l'âge des élèves : elle est de 4,5 % chez les élèves de 10-12 ans et atteint 42,8 % chez les élèves de 16-18 ans. Elle est peu impactée par le genre des répondants.

Près d'un cinquième des élèves (17 %) ont déclaré avoir **consommé au moins une cigarette au cours des 30 derniers jours**. La prévalence de la consommation d'au moins une cigarette les 30 derniers jours augmente à nouveau progressivement avec l'âge des élèves : 1,8 % chez les élèves de 10-12 ans, 26,8 % chez les élèves de 16-18 ans puis 35,7 % chez les élèves de 19 ans et plus. Les proportions sont à nouveau sensiblement équivalentes entre les garçons et les filles.

La **consommation quotidienne de tabac** concerne 7,2 % des répondants. Alors que seul 0,2 % des jeunes de 10-12 ans interrogés semblent concernés (soit six répondants de cette tranche d'âge parmi les jeunes interrogés), plus d'un jeune sur dix (12,7 %) fume quotidiennement chez les 16-18 ans et environ un quart (26 %) chez les 19 ans et plus. La consommation quotidienne ne diffère pas entre garçons et filles.

Un quart des jeunes de l'enseignement secondaire ont déjà expérimenté la **cigarette électronique au moins une fois dans la vie**, et 8,7 % au moins une fois au cours des 30 derniers jours. L'utilisation de ce dispositif n'est que faiblement impactée par l'âge des répondants. En revanche, elle concerne davantage les garçons que les filles, et ce alors que les différences de genre sont peu marquées en ce qui concerne les indicateurs relatifs à la consommation de tabac. Autrement dit, les garçons semblent plus enclins à expérimenter ce nouveau dispositif.

Tableau 7 : Prévalence de la consommation de cigarettes (sur la vie et au cours des 30 derniers jours), de la consommation quotidienne de tabac, et de l'utilisation de la cigarette électronique (sur la vie et au cours des 30 derniers jours) chez les élèves scolarisés dans l'enseignement primaire et secondaire francophone de la Wallonie, par âge et par genre, 2014

	10-12 ans %	13-15 ans %	16-18 ans %	19 ans et + %	Total %
Consommation de cigarettes sur la vie*					
Garçons (n=4.914)	5,0	23,9	41,4	48,0	26,8
Filles (n=5.111)	4,0	26,2	44,1	52,1	28,8
Total (N=10.025)	4,5	25,1	42,8	49,9	27,8
Consommation de cigarettes les 30 derniers jours*					
Garçons (n=4.821)	2,4	13,9	27,3	34,3	16,9
Filles (n=5.046)	1,3	15,2	26,3	37,4	17,2
Total (N=9.867)	1,8	14,6	26,8	35,7	17,0
Consommation quotidienne de tabac					
Garçons (n=5.377)	0,3	5,2	13,4	24,1	7,4
Filles (n=5.583)	0,1	5,1	12,1	28,2	7,1
Total (N=10.960)	0,2	5,1	12,7	26,0	7,2
Utilisation de cigarette électronique sur la vie**					
Garçons (n=4.152)	/	22,7	29,2	27,4	24,2
Filles (n=4.404)	/	15,5	18,5	23,0	16,3
Total (N=8.556)	/	19,0	23,6	25,4	20,1
Utilisation de cigarette électronique les 30 derniers jours**					
Garçons (n=4.122)	/	11,3	11,6	10,0	10,7
Filles (n=4.378)	/	8,0	6,5	8,3	6,9
Total (N=8.500)	/	9,6	8,9	9,2	8,7

* Pour des raisons probablement idéologiques, les questions sur l'expérimentation de tabac n'ont pas été posées aux élevés de 5ème et 6ème primaire de l'enseignement Officiel (majoritairement des élèves de 10-12 ans). Les résultats relatifs à ces questions sont donc représentatifs uniquement pour les élevés de 5ème-6ème primaire de l'Enseignement Libre et de l'Enseignement de la Communauté française.

** Les questions relatives à l'utilisation de la cigarette électronique n'ont été posées qu'aux élèves de l'enseignement secondaire.

Source : Enquête HBSC 2014 (Moreau et al., 2017)

DE L'ATTRACTIVITÉ DE L'E-CIGARETTE ?

L'utilisation de la cigarette électronique au sein des fumeurs belges (quotidiens ou réguliers) a connu une forte augmentation depuis 2014. Tout âge et tout genre confondu, les vapoteurs représentent 13 % des fumeurs en 2017, contre 2 % en 2014 (GfK, 2018). De plus, les vapoteurs représentaient 3 % des fumeurs de 18-24 ans en 2014 ; la proportion est passée à 14 % en 2017. Les chiffres ne précisent toutefois pas la fréquence d'utilisation, ni si l'usage de l'e-cigarette est complémentaire à celui de la cigarette classique, ou s'il est exclusif[190].

Nous ne disposons pas non plus de données nous permettant d'estimer si certains fumeurs ont commencé par les e-cigarettes, sans passer par les produits classiques du tabac. Concernant les plus jeunes, il nous est difficile de jauger si l'augmentation du nombre de vapoteurs ces dernières années découle d'un abandon progressif des produits classiques du tabac, ou d'une attraction pour les e-cigarettes, ou une combinaison de ces deux éléments.

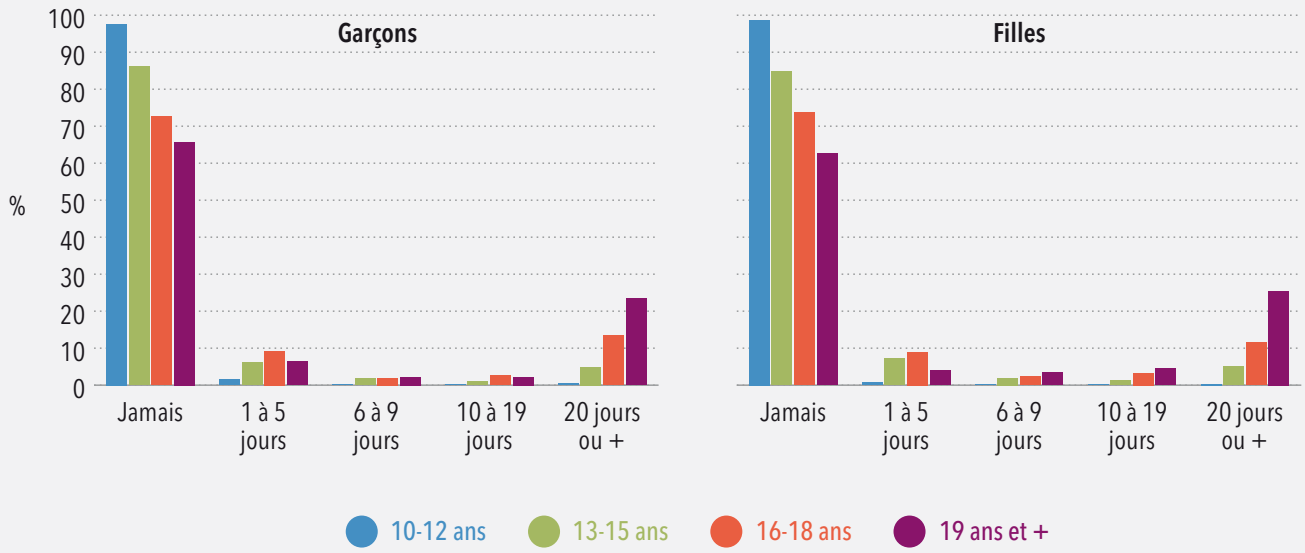
L'explosion du vapotage chez les mineur·e·s aux États-Unis attirent cependant l'attention sur quelques éléments saillants : afin de protéger les plus jeunes, il est notamment important de réguler les modalités de vente des e-cigarettes (la vente par internet et dans des magasins non spécialisés semble à risque), de prêter attention au respect de l'âge minimum légal et, enfin, de réguler la publicité et le marketing autour du vapotage (en particulier les packaging et les arômes attractifs à destination des jeunes)[191].

190 Pour davantage de détails sur les évolutions épidémiologiques et les considérations méthodologiques, voir ci-dessus.

191 Communiqué de presse de la FDA «FDA takes new steps to adress epidemic of youth e-cigarette use, including a historic action against more than 1,300 retailers and 5 major manufacturers for their role perpetuating youth access», 12/09/2018, URL : https://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm620184.htm

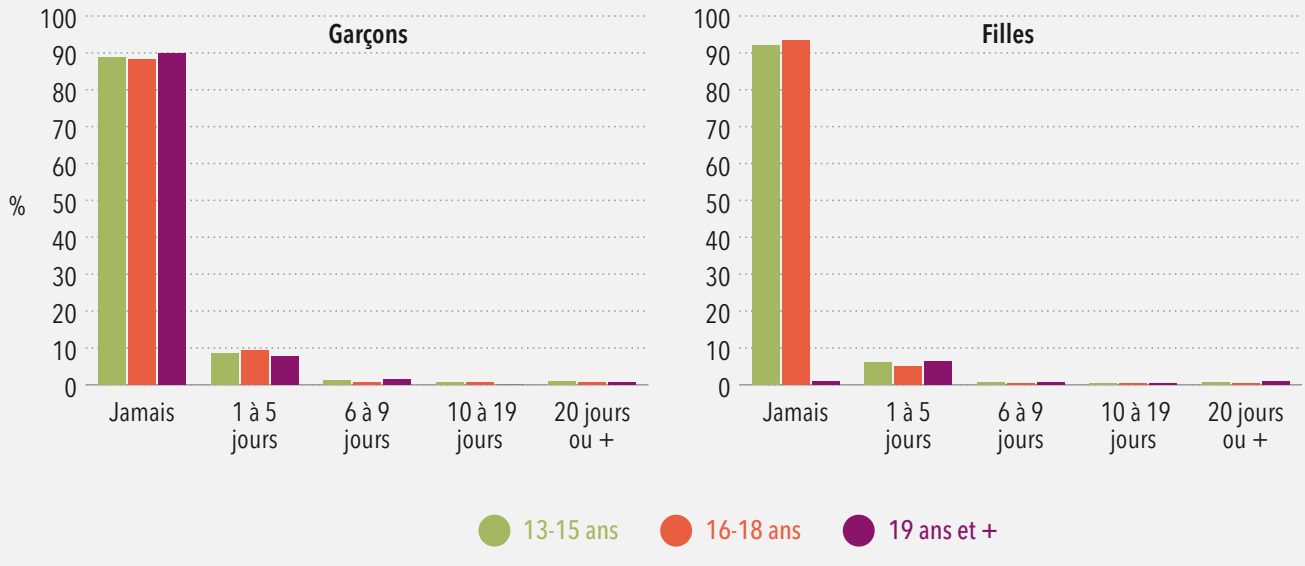
Les fréquences de consommation de tabac et d'utilisation de la cigarette électronique au cours des 30 derniers jours sont détaillées par genre et par tranche d'âge dans les figures 13 et 14. On remarquera en particulier que l'usage régulier de la cigarette électronique est moins fréquent que l'usage régulier de tabac, et ce malgré la faible différence entre leurs niveaux de prévalence d'expérimentation.

Figure 13 : Fréquence de consommation de cigarettes (en nombre de jours) au cours des 30 derniers jours chez les élèves scolarisés dans l'enseignement primaire et secondaire francophone de la Wallonie, par âge et par genre, 2014



Source : Enquête HBSC 2014 (Moreau et al., 2017)

Figure 14 : Fréquence d'utilisation de la cigarette électronique (en nombre de jours) au cours des 30 derniers jours chez les élèves scolarisés dans l'enseignement secondaire francophone de la Wallonie, par âge et par genre, 2014



Source : Enquête HBSC 2014 (Moreau et al., 2017)

PERSPECTIVES

L'usage de tabac, à l'instar des autres drogues, remplit une série de fonctions, aussi bien sociales (par exemple, s'intégrer à un groupe), psychologique (par exemple, se détendre ou couper la faim), que physique (par exemple, répondre à une sensation de manque). Fumer est cependant extrêmement nocif pour la santé et les produits contenus dans le tabac sont responsables de nombreux cancers et maladies cardiovasculaires et respiratoires. De plus, la nicotine contenue dans le tabac, parce qu'elle entraîne la libération de dopamine, a un pouvoir addictif sur les fumeurs·euses.

La prévalence de l'usage de tabac reste élevée, malgré l'interdiction de la publicité et un certain nombre de mesures politiques et légales visant à réduire l'offre et la demande de tabac. Toutefois, ces mesures sont parfois des effets d'annonce et ont un potentiel relativement léger 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.

Un grand chemin a certes été opéré depuis l'époque où le tabac était promu comme un produit miracle qui rend les hommes virils et les bébés costaux. Mais il reste encore beaucoup à faire pour réduire l'impact du tabac sur la santé de la population. L'introduction du paquet neutre d'ici 2019-2020, si elle est combinée à une réelle interdiction de la publicité, à l'augmentation des aides au sevrage et au soutien aux dispositifs de prévention, pourrait être porteuse d'une diminution de la consommation de tabac au sein de la population générale et en particulier chez les jeunes.

AVIS DES EXPERT·E·S

Caroline Rasson, Responsable du Service Prévention Tabac au FARES

Le tabagisme est une véritable pandémie affectant à des degrés divers les cinq continents. La cigarette tue environ chaque année 6 millions de personnes par an avec des dommages économiques se montant à plus de 500 milliards de dollars.[192] Sur le plan mondial, l'OMS attend d'ici 2030 un accroissement considérable de la mortalité tabagique, principalement lié à l'extension du comportement dans le monde en développement et pour les pays développés à l'extension chez les femmes. Si tous les États ne prennent pas des mesures d'urgence, le nombre de décès pourrait atteindre annuellement 8 millions d'ici 2030. Relevons également que la prévalence du tabagisme est plus élevée dans les groupes d'âge plus jeunes par rapport aux groupes d'âge plus avancé, et nettement plus marquée dans les milieux sociaux les plus défavorisés.[193]

Un index de l'efficacité des politiques nationales de contrôle du tabagisme (Tobacco Control Score de Raw et Joossens) mesuré en 2007 donne à la Grande-Bretagne un score de 93 % et à la Belgique un score de 58 % (36 % au Grand-Duché de Luxembourg !). Suite à la politique menée, en 2004, la Belgique est passée à la 8ème position sur 30[194]. Dès 2010, nous sommes retombés à la 10ème place, et à la 13ème place en 2016.[195] À ce jour, un mémorandum, réalisé dans le cadre de l'Alliance pour un monde sans tabac, est soumis au monde politique. Il s'appuie sur 10 mesures à mettre en œuvre pour contribuer à une «génération sans tabac».[196]

192 Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme 2013. OMS :WHO/NMH/PND/13.2
193 Institut de Santé Publique 2006.Enquête Santé par interview (2004).
194 Joossens L., Raw M. The tobacco control scale : a now scale to measure country activity Tobacco Control 2006 ; 15 : 247-53 et L. Joossens. Eur Conf Tobacco or Health 2007 Basel
195 L. Joossens, Raw M. The Tobacco Control Score 2016 in Europe. Fondation Contre le Cancer Mars 2017
196 **10 mesures** : L'introduction effectif des emballages neutres pour les produits du tabac - L'interdiction légale de fumer en voiture en présence de passagers mineurs - La réduction du nombre de points de vente de produits de tabac et l'interdiction des distributeurs automatiques de tabac - Investir dans des campagnes antitabac grand public - Relever l'âge minimum pour acheter du tabac à 18 ans - Des médicaments pour arrêter de fumer gratuits ou abordables pour les groupes de fumeurs vulnérables - L'interdiction totale de recourir à de la publicité pour le tabac dans les points de vente - Une politique d'accises dissuasive contre la consommation de cigarettes manufacturées et de tabac à rouler - L'interdiction de présenter ou d'exposer de manière visible des produits du tabac - Mesures pour lutter contre l'image positive du tabagisme dans les films et les séries et sensibilisation des spectateurs

5.2.3. LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

LE CADRE LÉGISLATIF BELGE

Le cas des médicaments psychotropes est assez singulier au sein des substances psychoactives. Il s'agit en effet de substances qui sont à la fois légales (dans le cadre d'une prescription médicale) et illégales (hors du circuit légal des prescriptions et officines pharmaceutiques). Qu'elles soient acquises légalement ou illégalement, ces substances peuvent aussi bien être consommées à des fins thérapeutiques (y compris en automédication) que récréatives ou dopantes, et peuvent faire l'objet d'un mésusage voire d'une addiction. Si certains médicaments sont donc détournés par les usager·e·s de drogues, il semblerait toutefois que leur usage soit le plus souvent thérapeutique (OFDT, 2018).

Les médicaments psychotropes regroupent plusieurs catégories de produits qui agissent sur l'activité cérébrale :

- Les anxiolytiques diminuent l'angoisse et les manifestations de l'anxiété (insomnie, tension musculaire, etc.). Les plus prescrits, notamment pour les usages de longue durée, sont les benzodiazépines qui peuvent rapidement entraîner une dépendance et induire une forte tolérance. Certains anxiolytiques sont aussi prescrits pour soutenir un sevrage alcoolique ;
- Les hypnotiques ou sédatifs servent à provoquer et/ou maintenir le sommeil. Il s'agit principalement de benzodiazépines ;
- Les antidépresseurs sont destinés à traiter les dépressions et débouchent rarement sur un usage addictif. Certains antidépresseurs peuvent également être prescrits pour d'autres indications (e.g. sevrage tabagique) ;
- Les antipsychotiques sont principalement prescrits dans les cas de psychose (schizophrénie, par exemple) ou pour atténuer un état confusionnel ou délirant aigu, notamment dans le cadre des urgences psychiatriques ou en cas de confusion aigüe chez les personnes âgées ;
- Les psychostimulants accélèrent l'activité du système nerveux et stimulent l'humeur. Le plus connu, le méthylphénidate (Ritaline®), est utilisé pour traiter les troubles de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, ainsi que la narcolepsie ou l'hypersomnie. Les psychostimulants sont également parfois prescrits pour stimuler les performances intellectuelles (par exemple lors de sessions d'examens) ;
- Les opioïdes, y compris les analgésiques qui soulagent la douleur et les médicaments de substitution aux opiacés qui permettent de diminuer voire de cesser la consommation d'opiacés illicites et de réduire les risques liés à leur consommation (overdose, hépatite C, VIH/Sida, etc.) (OFDT, 2018).

CADRE LÉGAL GÉNÉRAL

Les médicaments psychotropes et l'ensemble des activités légales et illégales qui les entourent tombent sous le coup de la loi de 1921 et de l'arrêté royal du 6 septembre 2017 (voir chapitre 1.2.2. Le cadre légal fédéral).

Plus particulièrement, la loi de 1921 stipule que seront punis les praticien·ne·s de l'art de guérir, de l'art vétérinaire ou d'une profession paramédicale qui auront abusivement 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.

Selon l'arrêté royal de 2017, seules les officines pharmaceutiques sont autorisées à délivrer des médicaments. Les substances visées par les annexes de l'arrêté royal peuvent être délivrées aux officines sur bon de commande (ou «bon de stupéfiant»). La délivrance en pharmacie au public peut uniquement se faire sur prescription médicale. Les personnes délivrant des médicaments en dehors de ce cadre, dans des circuits illégaux, 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. Ses compétences et missions sont définies par la loi du 20 juillet 2006. L'AFMPS délivre, sur base du dossier introduit par la firme pharmaceutique, les autorisations de mise sur le marché (AMM). Au sein de l'AFMPS, la Commission pour les médicaments à usage humain se prononce sur la balance bénéfices/risques d'un médicament, et ce, à partir de trois critères : efficacité, sécurité et qualité.

LE CADRE LÉGAL DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS (TSO)

La prescription et la délivrance de TSO sont réglementées par l'arrêté royal du 19 mars 2004 (modifié en 2006). Les médecins prescripteurs·rices doivent notamment suivre les recommandations scientifiques en vigueur, veiller au suivi psychosocial de leurs patient·e·s, et, lorsqu'ils/elles ont plus de deux patient·e·s simultanément, doivent avoir suivi une formation spécifique à la prise en charge d'usager·e·s de drogue par TSO, ou disposer d'expertise dans ce domaine.

Les TSO reconnus par l'arrêté royal sont la méthadone et la buprénorphine. Le médicament est délivré au patient ou patiente en personne et administré (dans le respect de son intimité) sous forme orale et quotidiennement, soit dans une partie isolée de la pharmacie, soit en centre spécialisé ou centre d'accueil. Le ou la médecin prescripteur·rice peut fixer d'autres règles pour la délivrance ou l'administration du TSO. Les statistiques relatives aux prescriptions de TSO sont présentées dans le chapitre 6.5.

INFORMATION ET PUBLICITÉ

Les questions relatives aux campagnes d'information et la publicité pour des médicaments à usage humain sont réglementées par la loi du 25 mars 1964 (mise à jour en 2018) et l'arrêté royal du 7 avril 1995 (modifié en 2013). L'arrêté ne s'applique pas aux campagnes d'information diffusées à l'initiative ou avec l'approbation d'un·e ministre fédéral·e, régional·e ou communautaire ayant la santé dans ses attributions, d'une organisation internationale ou d'un organisme d'intérêt public compétent en matière de santé, d'une province ou d'une commune, ni au matériel éducationnel et informatif approuvé par le ou la ministre fédéral·e de la santé.

De manière générale, seuls les médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) peuvent faire l'objet d'une publicité. Plus particulièrement, seuls

les médicaments qui ne sont pas soumis à ordonnance peuvent faire l'objet d'une publicité auprès du grand public.

Les informations diffusées lors de campagnes et celles reprises dans les publicités à destination du public ou des professionnel·le·s doivent être exactes, actuelles, vérifiables, et conformes aux données approuvées dans le cadre de l'AMM.

Les campagnes d'information et la publicité sont interdites notamment dans les cas où elles feraient apparaître la consultation médicale ou l'intervention chirurgicale comme superflue, suggéreraient que l'effet du médicament est garanti supérieur ou égal à celui d'un autre traitement, et ce, sans effets secondaires, ou suggéreraient que la santé normale d'une personne puisse être améliorée par la prise du médicament ou détériorée en cas de non-utilisation du produit, etc. Elles doivent favoriser l'usage rationnel du médicament et le présenter de façon objective, sans en exagérer les propriétés. Les publicités destinées au grand public font l'objet d'un contrôle préalable à leur diffusion.

MÉSUSAGES DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Les médicaments psychotropes les plus souvent associés au mésusage sont les hypno-sédatifs, les opioïdes et les stimulants.

Le mésusage de médicaments psychotropes fait le plus souvent référence à l'usage de médicaments sans prescription médicale ou sans respecter celle-ci. Il peut s'agir de consommer les médicaments prescrits à une autre personne, prendre une dose plus élevée que celle prescrite (lorsque la prescription a été mal comprise par le ou la patiente, ou à des fins d'automédication, par exemple), obtenir des médicaments par des moyens illégitimes, consommer le médicament d'une autre manière que celle prescrite (par exemple, écraser ses pilules pour les consommer en sniff ou en injection), ou le consommer à d'autres fins que thérapeutiques (récréatives, dopantes, etc.).

Les personnes peuvent se fournir grâce à des prescriptions, en cumulant les ordonnances auprès de plusieurs médecins («doctor shopping») et en multipliant les visites en pharmacie, en s'approvisionnant sur le marché noir, ou en achetant sur internet.

L'un des principaux facteurs à l'origine d'un mésusage de médicaments psychotropes est les mauvaises pratiques en matière de prescription, que ce soit les sur-prescriptions ou, pour le cas des TSO, les sous-prescriptions qui poussent les personnes à l'automédication. Des traitements trop longs, des prescriptions malgré des contre-indications, ou l'association avec d'autres médicaments au principe actif identique sont également des facteurs de mésusage, voire de pharmacodépendance. Du fait de la baisse de vigilance[197] ou de la dépendance que certains médicaments peuvent engendrer, des personnes sont susceptibles de développer des usages problématiques ou à risques. Enfin, le mésusage de médicaments psychotropes peut être une porte d'entrée vers l'usage de drogues illicites (e.g. une personne surconsommant des analgésiques qui évoluerait vers une consommation d'héroïne).

Globalement, les impacts des mésusages de médicaments psychotropes sont peu documentés en Belgique (qu'il s'agisse des accidents suite à une baisse de vigilance, la prévalence des dépendances, etc.).

Selon les études, le profil des populations à risque peut légèrement varier. Le mésusage de médicaments psychotropes semble toutefois davantage concerner les femmes, les personnes plus âgées[198], en état de santé moyen ou mauvais, et celles ayant une consommation quotidienne d'alcool (Simoni-Wastila et Strickler, 2004).

197 La baisse de vigilance facilite la survenue d'accidents, notamment pour les personnes qui conduisent ou occupent des métiers à risques (conduite d'engins, port d'arme, travail en hauteur, poste de vigilance). Les risques sont plus importants en début de traitement, lors de prises occasionnelles ou en cas d'associations avec l'alcool ou d'autres psychotropes (https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/médicaments-psychotropes/).

198 Les personnes âgées sont en effet plus susceptibles d'associer plusieurs médicaments. Les médicaments psychotropes augmenteraient les risques de chutes et de fractures et pourraient altérer le fonctionnement intellectuel (OFDT, 2018).

LA DISPONIBILITÉ ET L'OFFRE DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES EN BELGIQUE

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 ou de propagande.

Comme nous allons le voir, malgré ce cadre contraignant, la consommation de médicaments psychotropes est particulièrement élevée en Belgique. Certains 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. 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 *Reasearch chemicals* ou de nouvelles substances psychoactives (voir 7.2.6).

L'USAGE DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

LES INDICATEURS

En Belgique, l'usage de médicaments psychotropes est estimé dans la population générale sur base de la consommation auto-rapportée lors d'une interview structurée réalisé dans le cadre de l'enquête HIS, dont la dernière levée a été réalisée en 2013. En nous focalisant sur la Wallonie, nous nous intéresserons ici aux principaux indicateurs disponibles, à savoir 1) la consommation au cours des 2 dernières semaines de médicaments prescrits : somnifères ou tranquillisants d'une part et 2) antidépresseurs d'autre part. Pour ces deux premiers indicateurs, il n'y pas de vérification par l'enquêteur des médicaments qui sont effectivement consommés. Trois indicateurs supplémentaires s'intéressent à la consommation de médicaments

psychotropes au cours des dernières 24 heures, qu'ils fassent ou non l'objet d'une prescription : la consommation au cours des 24 heures 3) d'antidépresseurs, 4) d'analgésiques, et 5) d'anxiolytiques, sédatifs ou d'hypnotiques. Ces trois indicateurs sont basés sur un enregistrement effectué par l'enquêteur de tous les médicaments qui ont été consommés au cours des 24 dernières heures[199]. L'enquête ne mentionne pas pour quelles indications précises ces médicaments sont consommés, ni en quelle quantité. Nous nous intéresserons finalement à un dernier indicateur, qui n'est pas spécifique aux médicaments psychotropes mais qui renseigne sur l'achat de médicaments en ligne : 6) l'achat de médicaments en ligne au cours des 2 dernières semaines.

En Wallonie, environ 14,4 % de la population âgée de 15 ans et plus a consommé, durant les deux dernières semaines, des somnifères ou des tranquillisants prescrits, et environ une personne sur dix des antidépresseurs prescrits. La consommation de ces produits augmente fortement avec l'âge, et elle concerne davantage les femmes que les hommes. Elle varie aussi légèrement en fonction du niveau d'instruction, les répondants les plus instruits étant un peu plus épargnés par la consommation récente de ces produits.

En ce qui concerne la consommation de médicaments durant les dernières 24 heures, les analgésiques ont été consommés (avec ou sans prescription) par environ 6 % de la population wallonne, et les anxiolytiques, sédatifs ou hypnotiques ainsi que les antidépresseurs par environ 7 %. La consommation de ces produits est plus fréquente chez les femmes et elle augmente avec l'âge des répondants. À nouveau, elle varie légèrement en fonction du niveau d'instruction, les répondants les plus instruits étant un peu moins concernés par la consommation de ces produits.

Finalement, l'achat de médicaments en ligne est une pratique apparemment peu répandu puisque seulement 0,1 % des Wallons interrogés ont déclaré l'avoir fait au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête.

Tableau 8 : Prévalence de la consommation de médicaments psychotropes en Wallonie, par genre et par tranche d'âge, 2013

	15-24 ans % (n=475)	25-34 ans % (n=500)	35-44 ans % (n=538)	45-54 ans % (n=621)	55-64 ans % (n=601)	65-74 ans % (n=457)	75 ans et + % (n=395)	Total % (N=3.587)
Consommation durant les 2 dernières semaines de sédatifs prescrits (somnifères ou tranquillisants)								
Hommes	1,2	2,0	5,8	10,2	23,2	19,7	33,3	11,4
Femmes	2,6	3,3	11,5	17,8	25,2	27,9	36,3	17,1
Total	1,9	2,7	8,6	14,1	24,2	24,1	35,3	14,4
Consommation durant les 2 dernières semaines d'antidépresseurs prescrits								
Hommes	0,4	2,2	6,0	8,4	13,6	9,5	8,2	6,6
Femmes	2,6	4,3	14,4	17,9	14,2	17,1	14,5	12,2
Total	1,5	3,2	10,2	13,3	13,9	13,6	12,3	9,5
Consommation d'analgésiques durant les dernières 24 heures (avec et sans prescription)								
Hommes	2,2	1,2	3,6	6,9	7,9	4,8	12,4	4,5
Femmes	1,8	4,1	4,9	8,4	8,6	12,4	13,4	6,5
Total	2,0	2,6	4,2	7,7	8,3	8,9	13,1	5,6
Consommation d'anxiolytiques, de sédatifs ou d'hypnotiques durant les dernières 24 heures (avec et sans prescription)								
Hommes	0,0	0,9	6,3	6,8	9,8	10,7	21,6	5,4
Femmes	1,1	1,7	6,5	10,6	14,0	19,6	24,9	8,8
Total	0,6	1,3	6,4	8,8	11,9	15,5	23,7	7,2
Consommation d'antidépresseurs durant les dernières 24 heures (avec et sans prescription)								
Hommes	0,4	1,0	5,6	4,9	10,3	7,7	9,2	4,2
Femmes	3,2	2,2	11,9	15,3	14,8	12,5	14,2	8,9
Total	1,8	1,6	8,7	10,3	12,6	10,3	12,5	6,6

Source : Enquête HIS 2013 (Drieskens et al.)

199 L'enregistrement se fait sur base du code CNK figurant sur la boite du médicament. Il s'agit d'un numéro de code national permettant d'identifier de façon unique chaque forme de conditionnement des produits délivrés dans les officines ouvertes au public. Les préparations magistrales et officinales échappent donc à cet enregistrement.

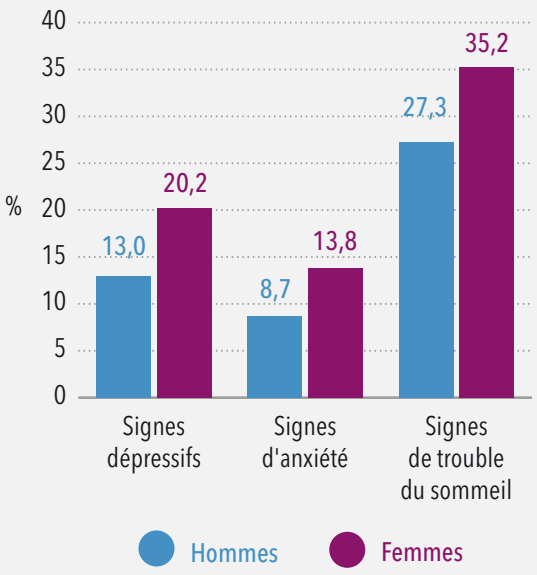
Comme nous l'avons déjà mentionné, l'enquête ne fournit pas d'information sur les quantités consommées ni sur les indications concernées. Mais ces niveaux de consommation peuvent être appréhendés à la lumière des indicateurs de la santé mentale auto-rapportée par les Wallons. En effet, selon l'enquête HIS 2013, 11,4 % de la population wallonne présentaient des signes d'anxiété, 16,8 % des signes dépressifs, et 31,5 % des difficultés de sommeil au moment où ils ont été interrogés[200]. Comme on peut le voir dans la figure 15, les femmes sont davantage touchées que les hommes par ces troubles.

TENDANCES ET ÉVOLUTION

La consommation, avec ou sans prescription et endéans les 24 heures, d'antidépresseurs et d'analgésiques est relativement stable dans le temps en Wallonie. On observe en revanche une légère diminution de la consommation d'anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs entre 2008 et 2013 (-2,2 %), qui est statistiquement significative après standardisation pour l'âge et le sexe.

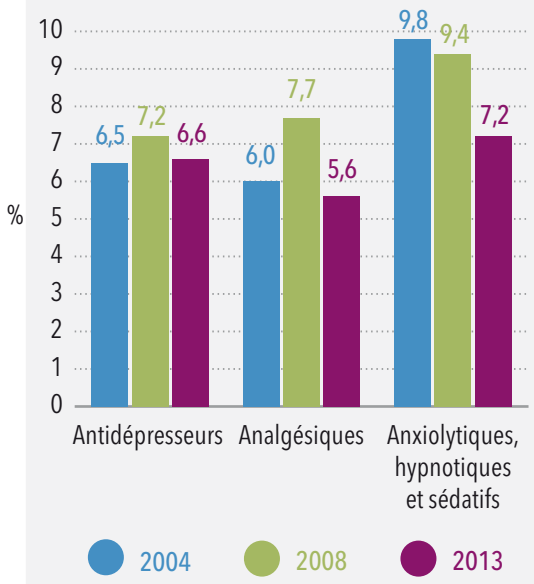
200 Ces affections psychologiques ont été évaluées à l'aide du Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), une échelle auto-administrée de screening des troubles mentaux. Elle se focalise sur la symptomatologie actuelle de la personne (au cours de la dernière semaine) sans prendre en compte son état habituel. Cette échelle ne permet donc pas de discriminer les troubles chroniques des difficultés ponctuelles non-pathologiques, ce qui explique pourquoi les pourcentages sont assez élevés. Bien qu'elle n'ait pas de valeur diagnostique, elle fournit des indications précieuses sur l'état de santé mentale de la population.

Figure 15 : Pourcentage de la population présentant des troubles dépressifs, anxieux ou du sommeil, (selon le score au SCL-90-R) en Wallonie, par genre, 2013



Source : Enquête HIS 2013 (Drieskens et al.)

Figure 16 : Évolution de la consommation (avec ou sans prescription) d'antidépresseurs, d'analgésiques ainsi que d'anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs endéans les 24 heures en Wallonie, 2004-2013



Source : Enquête HIS 2013 (Drieskens et al.)

L'INAMI a récemment examiné l'usage de 5 opioïdes[201] parmi la population belge. Il s'agit de d'antidouleurs morphiniques prescrits pour traiter des douleurs modérées à sévères. Les constats sont sans appel : Le nombre de personnes auxquelles les pharmaciens (hors pharmacies hospitalières) ont délivré au moins un de ces médicaments au cours d'une année a quasiment doublé entre 2006 et 2016, passant de 638.939 patients à 1.186.943 en 2016 (ce qui correspond à environ 10 % de la population belge). Le nombre de doses journalières délivrées a lui aussi conséquemment augmenté au cours de cette période, passant de 43.771.008 doses en 2006 à 78.621.901 en 2016. En 2016, environ 30.000 patients se sont procurés en moyenne plus d'une dose journalière, et 7.300 patients plus de deux doses journalières. Même si la majorité des patients ayant un usage chronique et élevé d'opioïdes sont relativement âgés, 20 % d'entre eux avait moins de 50 ans. Sans surprise, certains de ces patients font du «shoping médical» et s'approvisionnent dans de multiples pharmacies via des prescriptions de plusieurs médecins. Cette situation exige une surveillance accrue afin de ne pas en arriver aux dérives de sur-prescription et à l'épidémie d'overdoses qui ravagent actuellement l'Amérique du Nord.

201 En l'occurrence le tramadol, l'oxycodone, la tilidine, les patchs de fentanyl et le piritramide. https://www.inami.fgov.be/fr/publications/ra2017/themes/Pages/default.aspx

L'USAGE DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES CHEZ LES JEUNES DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

LES INDICATEURS

En Fédération Wallonie-Bruxelles, l'usage de médicaments psychotropes est uniquement estimé dans la population scolarisée dans l'enseignement secondaire via un questionnaire administré dans le cadre de l'enquête HBSC, dont la dernière levée a été réalisée en 2014. En nous focalisant sur la Wallonie, un seul indicateur permet d'appréhender cet usage, à savoir la consommation au moins une fois au cours de la vie de tranquillisants, benzodiazépines ou barbituriques. Cet indicateur est dérivé d'une question sur le nombre de jours de consommation de ce type de produits sur la vie. Dans la mesure où l'usage est généralement occasionnel chez les quelques usager·e·s qui l'ont déclaré, nous ne rapporterons pas la fréquence de consommation.

Bien que l'enquête HBSC 2014 portait sur les comportements de santé des élèves de 5ème et 6ème primaire ainsi que de l'ensemble des élèves de l'enseignement secondaire, seuls appartenant au 2ème degré du secondaire (4ème année et plus) ont été interrogés par rapport à la consommation de drogues et de médicaments psychotropes. Par conséquent, les élèves de 15 ans sont sous-représentés dans la mesure où une bonne partie d'entre eux se trouve dans les classes inférieures. De même, la classe des élèves de 19 ans et plus ne peut être considérée comme représentative de l'ensemble des étudiants de cet âge dans la mesure où une bonne partie sont entrés aux études supérieures. Pour ces raisons, les différences d'âge sont fournies à titre indicatif et doivent être considérées avec prudence.

LES CHIFFRES 2014

Parmi les élèves de 15 ans et plus scolarisés en Wallonie dans l'enseignement secondaire supérieur, seul 2 élève sur 100 ont déclaré avoir déjà consommé des tranquillisants, des benzodiazépines ou des barbituriques au moins une fois dans la vie. On n'observe pas de différence d'âge ni de genre.

PERSPECTIVES

L'usage de médicaments psychotropes est particulièrement élevé dans les sociétés occidentales, et la Wallonie n'échappe pas à la règle. Ce constat peut en partie s'expliquer par l'influence du modèle biomédical, qui favorise le recours aux médications pour traiter des troubles variés. Des médicaments psychotropes sont en effet abondamment prescrits pour traiter les troubles dépressifs (les antidépresseurs), les troubles anxieux (les anxiolytiques), les douleurs chroniques (les analgésiques) ou encore les troubles du sommeil (les hypno-sédatifs). Ces médicaments font aussi parfois l'objet d'une prescription pour une problématique autre que celle pour laquelle ils sont habituellement ou ont été initialement prescrits (e.g. le bupropion, qui est un antidépresseur, peut être prescrit pour soutenir un arrêt tabagique ; certains anxiolytiques sont prescrits pour soutenir un sevrage alcoolique ou pour traiter des symptômes épileptiques). Enfin, ils peuvent faire l'objet d'un usage non prescrit, par exemple lorsqu'une personne consomme les comprimés d'un proche ou des produits achetés sans prescription (marché noir, Internet). Au-delà de leur intérêt thérapeutique, ces médicaments peuvent faire l'objet d'un mésusage voire d'une pharmacodépendance, en particulier lorsqu'ils sont prescrits pendant une trop longue durée, lorsque la personne ne respecte pas la posologie ou lorsqu'ils sont prescrits malgré une contre-indication. Ils peuvent aussi faire l'objet d'un détournement sur le marché illégal.

Selon les données publiées par l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS)[202], la Belgique est le pays européen où l'on consomme le plus de benzodiazépines anxiolytiques, avec un total de 101,2 doses journalières pour 1.000 habitants par jour (INSERM, 2012). De même, selon une récente étude, la consommation de médicaments non-prescrits est une pratique relativement courante en Europe (Novak, et al., 2016). En effet, 5 % des européens interrogés[203] ont consommé des médicaments à base d'opioïdes (codéine, etc.) hors prescription médicale au cours de 12 derniers mois, et 5,8 % des médicaments hypnotiques ou sédatifs. Ces médicaments sont le plus souvent fournis par un membre de la famille, mais peuvent aussi faire l'objet de vol ou d'«emprunt», de fausses ordonnances ou, plus rarement, d'achat sur Internet.

De manière générale, la consommation de médicaments psychotropes est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, y compris en ce qui concerne l'usage non-médical, et elle a tendance à augmenter avec l'âge (Clark, 2015). Il semblerait donc que, si les femmes consomment moins de drogues illégales et d'alcool que les hommes, cela soit en partie «compensé» par la consommation de médicaments psychotropes.

Face à ce constat de sur-prescription de médicaments psychotropes en Belgique, un groupe d'expert·e·s scientifiques a été créé en 2013, le *Belgian Psychotropics Experts Platform* (BelPEP), de manière à favoriser une utilisation plus appropriée des médicaments psychotropes. Cette

Tableau 9 : Prévalence de la consommation de tranquillisants, benzodiazépines ou barbituriques sur la vie chez les élèves scolarisés dans l'enseignement secondaire supérieur francophone de la Wallonie, par âge et par genre, 2014

	15-16 ans %	17-18 ans %	19 ans et + %	Total %
Garçons (n=1.815)	2,2	1,7	3,0	2,1
Filles (n=2.038)	1,8	1,6	2,6	1,9
Total (N=3.853)	2,0	1,7	2,8	2,0

Source : Enquête HBSC 2014 (Moreau et al., 2017)

202 Les données rapportées par l'OICS sont celles transmises par les gouvernements et sont en général calculées sur base de la différence entre la quantité de médicaments produite ou importée et la quantité exportée sur une période de 3 années. Il s'agit donc d'une estimation agrégée qui ne permet pas de mise en relation avec la consommation réelle (pas d'information sur les quantités invendues) ni avec les indications pour lesquelles ces médicaments ont été prescrits.

203 Il s'agissait d'un panel de 22.070 personnes âgées de 12 à 49 ans provenant de 5 pays européens (Allemagne, Danemark, Espagne, Royaume-Uni, Suède), interrogés à l'aide d'un questionnaire auto-administré.

plateforme a émis, via des groupes de travail spécifiques, une série de recommandations relatives à l'usage de psychostimulants chez les enfants et les jeunes adultes, à l'usage de médicaments psychotropes chez les adultes non-institutionnalisés et à l'usage de médicaments psychotropes chez les personnes âgées institutionnalisées. La note de vision globale et le plan d'action reprenant ces recommandations sont disponibles sur le site du SPF Santé publique : https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/qualite-des-soins/bonnes-pratiques/belgian-psychotropics

Plus récemment, le SPF santé publique a lancé le 1er février 2018 la campagne «Somnifères & calmants, pensez d'abord aux autres solutions», créée en collaboration avec la *Belgian Psychotropics Expert Platform* (BelPEP). Cette campagne propose différents outils (affiche et brochure pour le public, fiche pratique et manuel à destination des médecins et des pharmacien·ne·s, formation en ligne…) visant à réduire la consommation de médicaments psychotropes en privilégiant les alternatives.

Les conséquences socio-sanitaires de la consommation de médicaments psychotropes (morbidité, mortalité, …) seront abordées dans un chapitre dédié.

5.2.4. LE CANNABIS

LE CADRE LÉGISLATIF BELGE

Les lois internationales et belges qui régissent l'usage, l'achat, la vente et la circulation des drogues illicites sont multiples, complexes, quasi exclusivement répressives et bien souvent d'une époque lointaine où les contextes de consommations n'étaient pas les mêmes qu'aujourd'hui (voir chapitres 1.1 et 1.2).

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, des arrêtés royaux qui les complètent, ainsi que des textes réglementaires non-contraignants qui restent à l'appréciation des acteurs et actrices de terrain.

LA LOI DU 24 FÉVRIER 1921

La loi de 1921 fait l'objet d'une mise en contexte et d'une description au chapitre 1.2.2. Le cadre légal fédéral.

Au début des années 2000, la loi de 1921 a connu plusieurs modifications visant à alléger les sanctions liées à la détention de cannabis pour usage personnel. Il se pourrait cependant que cette tendance à l'allégement des sanctions connaisse une fin, comme le laissent présager les tendances politiques actuelles à la répression et les derniers textes légaux et réglementaires adoptés.

LA LOI DU 4 AVRIL 2003 MODIFIANT LA LOI DE 1921

La loi du 4 avril 2003 apporte des changements à la loi de 1921 et autorise, par arrêté royal, la création de distinctions entre les drogues illicites. Dès lors, le Roi a la prérogative d'opérer des distinctions entre les différentes substances illicites et de catégoriser les délits liés à ces dernières. Les différentes catégories de drogues ainsi créées renvoient aux sanctions correspondantes prévues dans la loi de 1921. Le Roi peut ainsi permettre un traitement pénal spécifique des poursuites liées à la détention de cannabis.

AVIS DES EXPERT·E·S

Caroline Theisen, SPF Santé Publique, coordinatrice du BelPEP

BelPEP (*Belgian Psychotropics Experts Platform*), une plateforme multidisciplinaire créée en 2013 par le SPF santé publique, a pour objectif de favoriser un usage adéquat des psychotropes en Belgique. Depuis des années, on note une tendance à la hausse au niveau de la consommation de pratiquement tous les psychotropes. Cette hausse peut être due à plusieurs causes. Néanmoins, des alternatives non-médicamenteuses existent et doivent être le premier choix. Si une prescription est nécessaire, elle doit être régulièrement réévaluée afin d'éviter qu'elle ne devienne chronique. Les psychotropes ne sont pas sans risque pour la santé et peuvent engendrer de nombreux effets secondaires indésirables.

Différents outils à l'attention des professionnels ont été développés afin de les soutenir dans leur pratique. Des formations en ligne et dans les GLEMS sont proposées aux médecins généralistes pour contribuer à un usage rationnel et adéquat des benzodiazépines et des antidépresseurs. De nombreux outils sont disponibles pour faire face efficacement aux troubles de l'anxiété, du stress et du sommeil tout en évitant que les benzodiazépines ne soient prescrites trop vite et pour une durée inappropriée (dépendance dès deux semaines) (www.somniferesetcalmants.be). Un site internet autour du TDAH (troubles de l'attention) pour les professionnels, les parents mais aussi les enseignants qui reprend toutes les informations utiles a été développé (www.trajet-tdah.be). Des alternatives non- médicamenteuses en lien avec le TDAH existent et doivent être davantage connues. Le recours aux psychostimulants ne doit pas être systématique.

Ces instruments n'en sont qu'à leur un début. Pour parvenir à un réel changement de l'usage des psychotropes, un effort conjoint du patient, du médecin et de la société dans son ensemble est nécessaire. C'est aussi un travail à long terme. Une coopération approfondie avec tous les acteurs sur le terrain mais aussi aux niveaux fédéral, régional et local est indispensable. BelPEP peut clairement y contribuer.

La loi du 4 avril 2003 insère donc un nouvel article à la loi de 1921 qui propose des peines moins lourdes pour les délits liés à certaines catégories de drogues arrêtées par le Roi, sans préciser les substances dont il s'agit.

Cette précision était jusqu'alors l'apanage de l'arrêté royal du 31 décembre 1930, abrogé par l'arrêté royal du 6 septembre 2017. L'arrêté royal du 31 décembre 1930 classait le cannabis dans une catégorie à part qui correspondait dans la loi de 1921 aux peines les plus basses introduites par la loi de 2003[204].

Le duo que formait la loi du 4 avril 2003 et l'arrêté royal du 31 décembre 1930 constituait une dépénalisation partielle de droit de la détention de cannabis pour usage personnel[205].

L'ARRÊTÉ ROYAL DU 6 SEPTEMBRE 2017

L'arrêté royal du 6 septembre 2017 (publié le 26 septembre 2017) abroge l'arrêté royal du 31 décembre 1930 et instaure des mesures semblables. Il renvoie aux peines les plus légères de la loi de 1921 pour les infractions liées au cannabis «pour l'usage personnel» et précise toutefois que des peines plus lourdes seront exécutées en cas de circonstances aggravantes, c'est-à-dire lorsque les infractions sont commises dans un établissement pénitentiaire, une institution de protection de la jeunesse ou un établissement scolaire, sur la voie publique ou en tout lieu accessible au public.

Cependant, la notion d'«usage personnel» de cannabis, telle que proposée dans l'arrêté royal de 2017, est parfaitement floue, jugent le secteur spécialisé en assuétudes et l'avis du Conseil d'État. Ni la loi, ni les arrêtés royaux ne se prononcent sur la quantité de cannabis qu'un individu peut détenir ; et ils définissent l'usage personnel comme «un critère intentionnel, comme un élément moral de l'infraction, par définition subjectif mais inhérent à toute infraction pénale». L'appréciation de la quantité de cannabis autorisée et de l'intention de l'usager·e serait donc laissée à l'appréciation de l'appareil policier et judiciaire (police, procureur·e, parquet, etc.).

Plus encore, ce nouvel arrêté royal rend incertaine la poursuite de la tolérance quant à la culture d'un plant de cannabis femelle et la détention de trois grammes de cannabis maximum par individu[206]. En effet, d'une part, l'arrêté royal rappelle la loi de 1921 et réitère que «Nul ne peut importer, exporter, transporter, fabriquer, produire, détenir, vendre ou offrir en vente, fournir, délivrer ou acquérir, à titre onéreux ou à titre gratuit, des produits, sans autorisation d'activités préalablement accordée par le/la Ministre ou par son délégué pour le lieu où se déroulent les activités.» ; d'autre part, l'arrêté royal ajoute que «la culture de plants de cannabis, de plants de coca et de plants de l'espèce Papaver somniferum L. est interdite et ne peut être autorisée.». La culture d'un plant femelle pourrait dès lors ne plus être autorisée, et par là même, les cannabis social clubs (Fédito Bruxelles, 2017).

Interpelé le 18 octobre 2017 à la Chambre des représentants par M. André Frédéric (Parti socialiste), le ministre de la Justice, M. Koen Geens, n'a guère contribué à dissiper le brouillard de l'insécurité juridique, affirmant à la fois que la tolérance envers le cannabis était toujours d'actualité (celle-ci pouvant être suspendue en fonction d'impératifs locaux) et que le Gouvernement appliquait la politique de tolérance zéro dans l'espace public, conformément à l'accord de Gouvernement[207].

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

L'arrêté royal du 6 septembre 2017 se positionne clairement sur les plantes de cannabis et n'autorise que la culture des variétés dont la somme des concentrations de Δ9-THC (delta 9 tétrahydrocannabinol) et du THCA (delta 9 acide tétrahydrocannabinolique) ne dépasse pas 0,2 %. Il s'agit du seuil fixé au niveau européen de manière à permettre la culture industrielle de chanvre (par exemple dans le cadre de l'industrie textile ou agro-alimentaire)[208]. Si ce seuil est dépassé, la culture est jugée illégale et est passible de poursuite.

LA CIRCULAIRE COMMUNE DU 21 DÉCEMBRE 2015 (RÉVISÉE EN 2018) [209]

L'adoption de l'arrêté royal du 6 septembre 2017 abrogeant les arrêtés royaux des 31 décembre 1930 et 22 janvier 1998 a nécessité la révision de la circulaire commune du 21 décembre 2015 en 2018. La circulaire distingue deux types d'infractions concernant le cannabis : la détention-contravention et la détention-délit. Les détentions-contraventions désignent les faits d'importation, fabrication, transport, acquisition, culture et détention de cannabis pour usage personnel et sans circonstances aggravantes. Les détentions-délits se rapportent quant à eux aux mêmes faits pour usage personnel, sans circonstances aggravantes, mais qui portent atteinte à l'ordre public (voir encadré pour une définition).

204 La simple de détention de cannabis pour usage personnel pouvait alors être punie d'une amende de 15 à 25 € pour la 1ère infraction, d'une amende de 26 à 50 € en cas de récidive dans l'année depuis la première condamnation, et d'un emprisonnement de 8 jours à un mois et d'une amende de 50 à 100 € en cas de récidive dans l'année depuis la 2ème condamnation.

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

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

207 Question orale de M. Frédéric à Mme De Block et M. Geens «l'arrêté royal du 6 septembre 2017 réglementant les substances stupéfiantes, psychotropes et soporifiques», Compte rendu intégral de la Commission de la Justice du 18/10/2017

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

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

Un procès-verbal simplifié est dressé pour :

- Les détentions-contraventions par un majeur, de moins de trois grammes ou une plante de cannabis, sans indice de vente ni circonstance aggravante ;
- Les détentions-délits pour un majeur, de moins de trois grammes ou une plante de cannabis, sans indice de vente et avec la seule circonstance que les faits ont été commis, sans ostentations, sur la voie publique ou en un lieu accessible au public.

Ces infractions constituent également le degré le plus bas de la politique de poursuite. Toute autre infraction que celles-ci fera l'objet d'un procès-verbal ordinaire.

La circulaire introduit également une distinction concernant la vente de drogues illégales en petites quantités : d'un côté la vente par appât du gain, de l'autre la vente pour financer sa consommation personnelle. La vente par appât du gain est considérée comme un maillon de la distribution organisée des drogues illégales et dès lors traitée de manière répressive, à l'instar de tout fait relevant de la délinquance organisée. Concernant la vente pour financer sa consommation personnelle, le parquet applique les mesures recommandées pour traiter la détention d'une quelconque drogue illégale (avec ou sans circonstances aggravantes).

LES CIRCONSTANCES AGGRAVANTES

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

LES NUISANCES PUBLIQUES

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

DE L'INSÉCURITÉ JURIDIQUE DE LA LOI ACTUELLE

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

D'abord, la portée des directives et circulaires, qu'elles soient progressistes ou non, est limitée. Ces textes n'ont pas valeur de loi et sont seulement contraignants pour une partie des acteurs concernés. Les directives et les circulaires ne concernent en effet que les membres du ministère public, dans une perspective d'uniformisation des politiques de poursuite. Un magistrat peut tout à fait s'écarter de celles-ci, à condition de motiver sa décision. Les circulaires, en particulier, sont au plus bas de la hiérarchie des normes juridiques et ne sont en principe pas contraignantes. Les acteurs de terrain sont donc libres de les interpréter et les parquets de les suivre ou non[210].

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

Les poursuites et condamnations pour la seule détention de cannabis sont rares. Toutefois, la détention de cannabis reste un instrument pénal qui peut être mobilisé pour justifier des interpellations, des arrestations et l'ouverture d'un dossier, souvent à charge de personnes précarisées, racisées, ou d'origine étrangère[211].

L'ensemble de ces éléments pose une véritable question vis-à-vis du caractère prévisible de la loi pénale. Le code pénal consacre en effet le principe de légalité des délits et des peines[212], dont le corolaire est une loi claire et précise qui permet à tout·e citoyen·ne de connaître la loi et de savoir s'il/elle l'enfreint. La loi pénale doit être prévisible puisque des peines peuvent être appliquées en cas d'infraction. Or, en l'état actuel du cadre légal, et compte tenu des déclarations politiques récentes favorisant la répression et parfois contradictoires, il est difficile d'anticiper les conséquences pénales qu'entraîne la détention de cannabis.

210 Article «Non, la détention d'une faible quantité de cannabis à usage personnel n'est pas autorisée» de Christine Moiny, 03/04/2018, Justice-en-ligne.be, URL : http://www.justice-en-ligne.be/article1047.html
211 Article "La tolérance zéro est une hérésie", de Marinette Mormont, 25/11/2014, Alter Echos, n°393, URL : https://www.alterechos.be/la-tolerance-zero-est-une-heresie-3/
212 Principe de légalité en vertu duquel une personne ne peut être poursuivie et condamnée pour une infraction qui n'était pas prévue par la loi avant que l'infraction ne soit commise.

LES POLITIQUES PUBLIQUES

LA PROPOSITION DE LOI D'ECOLO

Début 2017, le parti Ecolo a déposé une proposition de loi visant à réglementer la production, la vente et l'usage du cannabis. Le parti souhaite en effet retirer la production et la distribution de cannabis des mains des organisations criminelles et mafieuses. L'objectif de cette proposition de loi est de protéger la santé des usager·e·s, en créant un contexte propice, dans lequel un discours préventif et de réduction des risques autour du cannabis est possible et où les produits disponibles sur le terrain sont maîtrisés[213].

LA PROPOSITION DE LOI-CADRE DU PARTI SOCIALISTE

Des représentant·e·s du Parti Socialiste à la Chambre ont déposé une proposition de Loi-cadre instaurant un marché réglementé du cannabis le 13 septembre 2017[214]. La proposition précise, dans son argumentaire, que son ambition est bien celle de réduire les risques sanitaires aggravés par le contexte prohibitionniste, ainsi que tous les effets indésirables qui en sont la conséquence (et non pas de faciliter la consommation ou de la rendre plus attractive).

La proposition de Loi-cadre insère donc une exception à la loi de 1921[215], dont les sanctions ne concerneraient dès lors plus la fabrication, la culture, la conservation, l'étiquetage, le transport, la détention, la vente et l'offre en vente, la délivrance et l'acquisition de cannabis, selon les modalités prévues par la proposition de loi-cadre. Toutefois, celle-ci ne se prononce pas quant à la prescription et la délivrance de cannabis à des fins médicales.

213 Article «Ecolo veut réglementer la production, la vente et l'usage du cannabis, de Muriel Gerkens, ancienne députée fédérale (Ecolo), 07/04/2017, ecolo.be, URL : https://ecolo.be/ecolo-veut-reglementer-la-production-la/

214 La proposition de Loi-Cadre a été déposée par Laurette Onkelinx (PS), Elio Di Rupo (PS), Willy Demeyer (PS), Karine Lalieux (PS), Julie Fernandez Fernandez (PS), Özlem Özen (PS), Éric Massin (PS), André Frédéric (PS).

215 Loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes.

Ainsi, la proposition de Loi-cadre instaure une *réglementation* du marché du cannabis, dont la production et la distribution passeraient par deux canaux : **l'autoproduction individuelle dans le cadre d'un usage strictement personnel** et les **Cannabis Social Club** (CSC).

Les grandes lignes de la proposition sont exposées dans notre rapport 2017. Nous n'en reprendrons ici que les éléments les plus saillants, sans entrer dans les détails.

L'autorité de contrôle du cannabis
L'ensemble de la filière de production et le respect des normes légales et réglementaires devront faire l'objet d'un contrôle par l'Autorité de contrôle du cannabis (ACC), créée par la proposition de Loi-cadre. L'ACC délivre les licences aux CSC et dispose d'un arsenal de sanctions en cas de non-respect des exigences établies. Cette autorité administrative indépendante établie dans la Région de Bruxelles-Capitale veille au respect des normes quantitatives et qualitatives. Ses missions se déclinent comme suit :

- Veiller au respect de la Loi-cadre et de ses arrêtés d'exécution ;
- Sanctionner les acteurs qui ne respectent par la loi et ses arrêtés d'exécution ;
- Délivrer et renouveler les licences d'agrément des CSC ;
- Évaluer de manière continue l'application de la Loi-cadre et de ses arrêtés d'exécution, en vue notamment de rédiger un rapport annuel qui dresse un état des lieux de la politique de réglementation et de ses activités[216].

Le cannabis social club selon la proposition de loi-cadre
Un CSC est une association sans but lucratif, dont les membres du personnel «cultivateurs» assurent la culture des plants et la préparation du cannabis au nom et pour le compte de ses affilié·e·s. Pour pouvoir s'établir et mener ses activités, un CSC doit être agréé par l'ACC (pour une durée de trois ans, renouvelable).

Chaque plant cultivé au sein d'un CSC est soit attribué à un·e affilié·e, soit collectivement détenu par un groupe d'affilié·e·s. Le cannabis distribué aux affilié.e.s est emballé et accompagné d'une notice (qui comprend un certain nombre d'informations obligatoire, notamment les effets et effets secondaires du produit ; les risques liés à la consommation de cannabis ; les risques secondaires pour les femmes enceintes, dans le cas d'ingestion par un enfant, et la diminution de la capacité à conduire une voiture ou à utiliser des machines). L'emballage, quant à lui, doit être neutre, opaque et refermable.

216 Le Roi peut également fixer des missions spécifiques.

Un CSC peut comprendre une salle de consommation qui met à disposition des affilié·e·s au moins un vaporisateur et est interdit aux mineur·e·s. Les salles de consommation permettent notamment de détecter les usager·e·s problématiques et de les orienter vers des associations ou institutions d'aide et d'accompagnement. Afin d'assurer un rôle d'information, de détection des usager·e·s problématiques et d'orientation de ceux-ci, le personnel d'un CSC est tenu de suivre des formations.

L'interdiction de la publicité
Toute forme de promotion, directe ou indirecte, commerciale ou non, de la consommation de cannabis est interdite. Cette interdiction concerne également les CSC qui ne peuvent encourager ou rendre attrayante la consommation de cannabis.

L'évaluation
La mise en place de la proposition de Loi-cadre et ses conséquences devront faire l'objet d'une évaluation. Un comité de pilotage, réunissant des expert·e·s, des représentant·e·s du secteur des assuétudes et des CSC, ainsi que des représentant·e·s des autorités policières et judiciaires, devra également être mis en place afin d'assurer le suivi permanent de la réglementation.

L'évaluation de la réglementation pourra notamment aboutir à l'examen de la possibilité d'instaurer de nouveaux canaux légaux de production et de distribution du cannabis, en particulier si les deux canaux réglementés s'avèrent insuffisants ou inappropriés pour répondre à la demande et ainsi court-circuiter le marché criminel.

La proposition de loi fixe l'interdit légal pour les mineur·e·s ; une évaluation de la consommation des mineur·e·s, et particulièrement des 16-18 ans, devra être mise en place afin de s'assurer que la réglementation permette bien de réduire la prévalence de la consommation au sein de cette classe d'âge.

Les questions en suspens
L'argumentaire souligne deux questions qui ne sont pas réglées par la proposition de loi, mais qui devront la compléter :

- La conduite sous influence de cannabis devra être réglementée selon une logique par pallier semblable à celle mise en œuvre pour la conduite sous l'influence d'alcool. Une telle logique permettrait notamment de ne pas punir les conducteurs dont la consommation n'a pas (ou plus) d'effet sur la conduite, et de ne pas pénaliser les consommateurs passifs ;
- L'usage thérapeutique ou médical : l'argumentaire encourage l'autorisation de l'usage de cannabis à des fins thérapeutiques. Il reconnaît toutefois qu'il s'agit d'une question tout à fait différente qui mériterait davantage de développements et une législation spécifique.

Enfin, la régularisation du marché du cannabis crée la possibilité d'imposer des normes de qualité objectives : le taux de tétrahydrocannabinol (THC) ou de cannabidiol (CBD), le respect des principes de base de l'agriculture biologique, etc. Ces normes devront faire l'objet de discussions, consultations et réglementations.

Si l'on considère le contexte politique belge actuel, notamment au niveau fédéral, les chances d'adoption de la proposition de Loi-cadre semblent relativement compromises.

LE CONTEXTE ASSOCIATIF

LES CANNABIS SOCIAL CLUBS À BRUXELLES ET EN WALLONIE

Le président du Parti Socialiste et ancien Bourgmestre de Mons, M. Di Rupo, avait annoncé en septembre 2017 vouloir soumettre un texte à l'approbation du comité d'éthique du CHU Ambroise Paré, dans la perspective de proposer une expérience scientifique de CSC. Ainsi, 200 participant·e·s devaient prendre part à ce projet montois, aux côtés d'acteurs de la prévention, de la santé, des universités, du ministère de la santé et de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de Santé (AFMPS)[217]. Il semblerait toutefois que ce projet ait été d'abord mis en retard par l'arrêté royal du 6 septembre 2017 qui complexifie la législation en matière de cannabis, puis compromis par la non réélection de M. Di Rupo lors des communales de 2018. À l'heure de la rédaction de ces lignes, aucun projet n'a donc été remis au comité d'éthique[218].

Un CSC existe d'ores et déjà à Liège et un autre a ouvert à Bruxelles au cours de l'été 2018. Depuis 2013, Namur bénéficie également d'un CSC. Toutefois, ses cinq créateurs ont été poursuivis pour trafic de stupéfiants par le Parquet de Namur. Le jugement s'est conclu par un acquittement le 7 septembre 2018, la juge ayant estimé qu'ils avaient fait une «erreur invincible», c'est-à-dire une erreur que toute personne normalement prudente aurait pu faire, considérant le manque de clarté de la législation actuelle. Le ministère public a fait appel de cette décision ; un nouveau jugement devra être rendu par la Cour d'appel de Liège[219].

LA PROPOSITION DE LOI DU CENTRE D'ACTION LAÏQUE ASBL

Le Centre d'Action Laïque asbl (CAL) a publié une proposition de loi réglementant la vente des substances stupéfiantes et psychotropes dans le cadre d'une expérience de santé publique, qui modifierait la loi de 1921. Cette proposition comprend des dispositions spécifiques portant sur la vente et la fabrication de cannabis et dépénalise la détention de cannabis pour un usage personnel par une personne de plus de 16 ans.

La proposition de loi du Centre d'Action Laïque est davantage détaillée au chapitre 1.5.5. La proposition de loi du Centre d'Action Laïque.

LE CANNABIS THÉRAPEUTIQUE

Le «cannabis» consommé pour ses effets psychotropes est issu de trois sous-espèces de la plante cannabis : le Cannabis sativa, le Cannabis indica et le Cannabis ruderalis (très faible en psychotrope et principalement destiné à un usage industriel). Le cannabis est composé de nombreuses substances chimiques (plus de 650), dont les cannabinoïdes (plus d'une centaine ont été identifiés à ce jour) (Radwan et al, 2015 ; Ahmed et al, 2008).

Les cannabinoïdes issus du cannabis (c'est-à-dire les phytocannabinoïdes) les plus étudiés sont le THC (Delta-9-tétrahydrocannabinol) et le CBD (cannabidiol). Le THC et le CBD se lient chacun aux deux récepteurs cannabinoïdes CB1 et CB2 (découverts au début des années 1980 et qui font partie du système endocannabinoïde du corps humain). Les récepteurs CB1 se situent dans le système nerveux central et sont particulièrement nombreux dans les zones du cerveau dédiées aux mouvements, au contrôle postural, à la douleur et la perception sensorielle, à la mémoire, aux capacités cognitives, aux émotions et au système métabolique et endocrinien. Ils se trouvent également dans le foie, les tissus adipeux et les muscles squelettiques. Les récepteurs CB1 jouent sur les comportements, la mémoire, la reconnaissance des objets et la sensation de faim. Les récepteurs CB2 sont présents dans les cellules du système immunitaire et peuvent participer à réduire les phénomènes inflammatoires et certaines sensations douloureuses. Le système endocannabinoïde agit également sur de nombreux autres systèmes neurotransmetteurs, neuromodulateurs et endocriniens, ce qui encourage les scientifiques à explorer sa capacité d'action sur différentes maladies telles que les cancers et les syndromes métaboliques (Ingold et al, 2015).

L'usage médical du cannabis recouvre deux utilisations possibles du cannabis : la consommation de cannabis dans un but thérapeutique et la consommation de médicaments à base de cannabis (que ce soit sous forme de gélules de THC et/ou de CBD, d'huile, de goutte, de spray buccal, etc.)[220].

217 Article «Autoriser les cannabis social club, une bonne idée ?», Débats Prem1ère, 25 septembre 2017, RTBF.be, URL : https://www.rtbf.be/info/Belgique/detail_autoriser-les-cannabis-social-club-une-bonne-idee?id=9718934

218 Article «Mons : Le projet cannabis de Di Rupo sent le roussi» de Caroline Tichon, DHnet.be, 19/04/2018, URL : http://www.dhnet.be/regions/mons/mons-le-projet-cannabis-de-di-rupo-sent-le-roussi-5ad790c3cd709bfa6b698837

219 Article «Acquittement pour le Cannabis social club de Namur, le ministère public fait appel» de Pierre Wuidart, RTBF.be, 07/09/2018, URL : https://www.rtbf.be/info/regions/namur/detail_acquittement-pour-le-cannabis-social-club-de-namur-le-ministere-public-fait-appel?id=10012999

220 Aucun pays n'autorise le cannabis médical fumé, étant donné les risques sanitaires que fumer pose

LES VERTUS THÉRAPEUTIQUES DU CANNABIS

Le cannabis a des vertus thérapeutiques reconnues, notamment dans le traitement des douleurs chroniques. Il permet de limiter les effets secondaires des chimiothérapies ou radiothérapies (en particulier les nausées et vomissements) et de soulager les douleurs liées à la sclérose en plaques (en réduisant les contractions musculaires douloureuses liées à la maladie).

Le THC est analgésique, antispasmodique, antitrémorique et anti-inflammatoire ; il stimule également l'appétit et est antiémétique (c'est-à-dire anti-nauséeux et anti-vomissement) (Ingold et al, 2015). Le THC permet de lutter contre la perte d'appétit et de sommeil liée à la maladie, et notamment au Sida (National Academies of Sciences, Engeneering and Medecine, 2017 ; Corey-Bloom et al, 2012).

Les études scientifiques manquent toutefois, et certaines vertus sont encore méconnues ou manquent de preuves scientifiques (Ingold et al, 2015 ; OMS, s.d.). Par exemple, le THC pourrait participer à réduire certains symptômes du glaucome, de l'asthme et du syndrome de Gilles de la Tourette (Ingold et al, 2015). Le cannabis permettrait également de réduire les tremblements et douleurs des personnes souffrant de la maladie de Parkinson (Lotan et al, 2013), les crises d'épilepsie (Devinsky et al, 2017) et la pression intraoculaire dans les cas de glaucome (Tomida et al, 2006). Le CBD en particulier pourrait remplir des fonctions de sédatif, d'hypnotique, de neuroprotecteur, d'immunomodulateur, d'anticonvulsivant, d'anti-dystonique, d'antidépresseur, d'anti-inflammatoire, d'antipsychotique, d'antioxydant, et d'anxiolytique.

DISPONIBILITÉ DES FLEURS DE CANNABIS EN EUROPE

En Europe, 22 pays autorisent, selon des modalités plus ou moins restrictives, l'usage médicale du cannabis (Autriche, République Tchèque, Finlande, Belgique, Croatie, Danemark, France, Irlande, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Allemagne, Luxembourg, Italie, Portugal, Pologne, Royaume-Uni, Suisse, Malte, Pays-Bas et Espagne). Il faut distinguer les pays (encore assez rares) qui autorisent l'usage (voire la culture) de cannabis pour des patient·e·s atteints de certains maux (cancer, sida, sclérose en plaques) et les pays qui autorisent la mise sur le marché de cannabis naturel ou de médicaments contenant du cannabis (sous formes d'extraits de cannabis ou de cannabinoïdes de synthèse, tels que le Sativex® (spray buccal, produit au Royaume-Uni par GW Pharmaceuticals), le dronabinol (Marinol®) ou le nabilone (Cesamet®), qui s'administrent sous forme orale ; OFDT, 2016).

Les fleurs de cannabis sont disponibles en pharmacie et pour usage médical dans quinze pays européens[221] (Krcevski-Skvarc et al, 2018). À titre illustratif, l'Allemagne a légalisé en 2017 le cannabis à usage thérapeutique et les patient·e·s allemand·e·s peuvent se fournir en pharmacie et sur ordonnance. Le pays est toutefois actuellement contraint d'importer le cannabis thérapeutique, à défaut d'en produire sur son sol. Les fleurs de cannabis peuvent être prescrites pour toute pathologie pour laquelle il n'existe pas de traitement (selon l'état des connaissances médicales actuelles) ou si un traitement standard ne peut être utilisé compte tenu de l'état de santé du ou de la patiente. Aux Pays-Bas, les sommités fleuries peuvent être prescrites par tout·e praticien·ne de la médecine pour traiter les maladies avec syndrome spastique et douleur (sclérose en plaque, lésions de la colonne vertébrale) et toute autre douleur chronique (notamment Bediol®, Bedrocan®). Elles sont également prescrites pour gérer les nausées et vomissements associés à la chimiothérapie ou à la radiothérapie, au traitement rétroviral ou au traitement d'infection à l'hépatite C ; ou afin de limiter la perte d'appétit, la perte de poids ou les douleurs chroniques associées au cancer et au VIH/SIDA (Krcevski-Skvarc et al, 2018). Le Luxembourg a quant à lui légalisé l'usage médical du cannabis en 2018 ; celui-ci est distribué par les pharmacies sous forme de gouttes, gélules ou huiles fournies.

Depuis 2002, les Pays-Bas sont les principaux fournisseurs des pays européens, via l'entreprise Bedrocan BV® qui produit et conditionne le cannabis thérapeutique vendu en pharmacie (sous forme de sommités fleurie ou d'huile de cannabis, avec une gamme de produits plus ou moins concentrés en THC et CBD[222]). Étant donné le prix élevé de ces produits hollandais, certains pays ont fait le choix d'importer du Canada[223] (c'est notamment le cas de l'Allemagne et du Luxembourg), ou encore de produire localement, et sous contrôle de l'État, du cannabis médical. Cette dernière option a été adoptée par l'Italie (depuis 2016), la République Tchèque (depuis 2016)[224] et, plus récemment, la Grèce (en 2018), qui devrait être rejointe par l'Allemagne en 2019-2020.

LE CANNABIS MÉDICAL EN BELGIQUE

Jusque son abrogation par l'arrêté royal du 11 juin 2015, l'arrêté royal du 4 juillet 2001 autorisait la délivrance de médicaments contenant un ou des tétrahydrocannabinol(s) (THC) dans le cadre d'essais cliniques pour le traitement de :

- Nausées et malaise lors de chimiothérapie et de radiothérapie ;
- Glaucome ;
- Spasticité (sclérose en plaque) ;
- Syndromes liés au sida ;
- Douleurs chroniques, après l'échec d'autres traitements de la douleur.

Toutefois, lorsque cet arrêté royal était encore en vigueur, aucun·e patient·e n'avait pu se fournir en cannabis médical en pharmacie. Seules les personnes ayant participé aux premières études cliniques ont pu en bénéficier, au début des années 2000. De plus, l'arrêté royal du 11 juin 2015 interdit désormais formellement la

(en particulier en combinaison avec du tabac) et la difficulté de doser précisément les quantités de substances chimiques contenues dans une plante et délivrées au patient via ce mode de consommation (EMCDDA, 2018).

221 Croatie, Danemark, Finlande, Norvège, Pologne, Serbie, Suède, Suisse, République Tchèque, Allemagne, Italie, Pays-Bas, Saint-Martin, Grèce et Luxembourg.

222 Bedrocan® (THC 22 %, CBD <1 %), Bedrobinol® (THC 13,5 %, <1 % CBD), Bediol® (THC 6,3 %, CBD 8 %), Bedica® (THC 14 %, <1 % CBD) et Bedrolite® (THC <1 %, CBD 9 %).

223 Plusieurs entreprises sont actuellement autorisées à produire et fournir du cannabis récréatif et médical, notamment sous forme de sommité fleurie, d'huile et de gélule, dont la concentration en THC varie entre 1 et 22 % et la concentration en CBD entre 0,05 et 9 % (Krcevski-Skvarc et al, 2018).

224 En pratique, cependant, les récoltes produites par l'entreprise Elkoplast, mandatée par la République Tchèque, n'ont pas trouvé le chemin des pharmacies. La première récolte de 2016 n'a en effet pas été jugée propre à la consommation par les autorités tchèques. L'approvisionnement en cannabis médical est donc encore théorique.

délivrance de cannabis à des fins médicales en Belgique.

Cependant, des médicaments à base de cannabis peuvent bénéficier d'une autorisation de mise sur le marché par l'AFMPS (Agence fédérale des médicaments et des produits de santé) et dès lors être délivrés en pharmacie sur prescription médicale. Les médicaments autorisés font l'objet de tests approfondis, de manière à ce que leurs composition, qualité, dosage et effets secondaires soient bien connus. Seul le médicament à base de cannabis Sativex® est actuellement autorisé en Belgique (depuis le 1er janvier 2016).

Les conventions internationales des Nations-Unies (voir chapitre 1.1.2. Cadre international) n'interdisent pas l'utilisation du cannabis ou de produits à base de cannabis à des fins médicales et scientifiques. Il n'y a pas de législation européenne à ce sujet et chaque État membre est libre de légiférer.

La ministre fédérale en charge de la santé, Mme De Block, a été plusieurs fois interpelée au sujet de la mise en place du cannabis médical en Belgique. Concernant l'extension des conditions de remboursement du Sativex (notamment dans le cadre du traitement des douleurs liées au cancer), la ministre souligne que la loi permet l'élargissement de son champ d'application. Pour cela, une demande doit être soumise auprès de l'AFMPS qui analysera le rapport bénéfices-risques et établira si une telle extension est justifiée. Aucune demande n'a été introduite pour le moment[226].

Mme De Block s'est également prononcée sur la possibilité de culture de cannabis à des fins de recherche scientifique et d'usage médical (y compris dans la perspective de produire et distribuer de l'huile de cannabis). D'après Madame la ministre, il n'existe actuellement pas de cadre légal permettant une culture contrôlée destinée à alimenter la recherche scientifique. Dans le contexte actuel, et malgré le soutien de la ministre, toute initiative de plusieurs années allant en ce sens sera dès lors avortée. Mme De Block a également déclaré travailler sur une proposition de cadre légal qui pourrait combler ce vide[227].

SATIVEX®, MÉDICAMENT À BASE DE CANNABIS

Le médicament Sativex® contient du THC et du CBD de manière égale. Chaque pulvérisation d'environ 100 microlitres (ou 0,1 ml) contient 2,7 mg de THC et 2,5 mg de CBD. Il est indiqué dans «le traitement des symptômes liés à une spasticité modérée à sévère due à une sclérose en plaques chez des patients adultes n'ayant pas suffisamment répondu à d'autres traitements antispastiques et chez qui une amélioration cliniquement significative de ces symptômes a été démontrée pendant un traitement initial»[225].

En Belgique, le Sativex® est uniquement remboursé dans ce cas précis et s'il est délivré par un·e pharmacien·ne hospitalier·e sur prescription d'un·e neurologue. Ces conditions pourraient être étendues au traitement des douleurs liées au cancer ; les études qui pourraient permettre une telle extension ne sont pas encore terminées (site de l'AFMPS, FAQ au sujet du cannabis, consulté le 30/07/2018).

Ce médicament peut également être prescrit par un·e médecin, si celui-ci ou celle-ci estime que c'est justifié et si le/la patient·e est consentant·e. Il peut enfin être délivré dans une pharmacie ouverte au grand public. Dans ces cas de figure, toutefois, le Sativex® ainsi prescrit et délivré ne sera pas remboursé (sachant que le prix de 3 flacons de 10ml s'élève à plus de 400 €, d'après la liste des prix des spécialités pharmaceutique de l'INAMI du 1er août 2018 ; il faut cependant souvent ajouter des frais d'importation).

225 Voir site de l'asbl Norml France : https://www.norml.fr/sante-prevention-rdr/portail-professionnels-de-sante/specialites-pharmaceutiques/

226 Question orale de M. Terwingen à Mme De Block, Compte rendu intégral, Séance plénière, Chambre des représentants, 26/04/2018.

PERSPECTIVES EN MATIÈRE DE CANNABIS THÉRAPEUTIQUE

Les vertus thérapeutiques du cannabis font de plus en plus l'objet d'une acceptation et d'une réhabilitation en Europe. La recherche scientifique et les intervenant·e·s du secteur spécialisé invitent à (re)découvrir ces vertus et à (ré)intégrer le cannabis thérapeutique dans l'arsenal de médicaments à disposition des professionnel·le·s de la santé.

La classification du cannabis en tant que substance psychoactive illicite fait cependant peser le poids de la morale prohibitionniste sur son usage thérapeutique. Objet de stigmatisation, le cannabis est traité différemment de certaines autres substances illicites qui sont pourtant utilisées comme médicaments (les médicaments issus de l'opium et de la cocaïne, notamment).

Le cannabis thérapeutique et le cannabis récréatif n'ont que peu de choses en commun. Le premier devrait être considéré comme n'importe quel médicament, dont les bénéfices et risques doivent être évalués, qui peut avoir des effets secondaires et qui n'est pas le médicament idéal pour tou·te·s les patient·e·s.

Toutefois, rendre le cannabis thérapeutique disponible, remboursable et légal permettrait d'élargir la panoplie des professionnel·le·s de la santé, afin d'adapter au mieux le traitement aux besoins des patient·e·s. Poursuivre sa prohibition pousse au contraire certaines personnes souffrantes et leurs proches hors des réseaux médicaux, et les confrontent à des risques judiciaires et sanitaires (dosages approximatifs, manque de contrôle de la qualité et des possibles effets secondaires, manque de suivi des patient·e·s, produits de coupe dangereux, etc.). L'absence de cadre légal freine également la recherche scientifique sur les effets thérapeutiques des plus de 100 cannabinoïdes présents dans le cannabis.

227 Questions orales de Mme Jiroflée, M. Senesael, Mme Dedry et Mme Gerkens à Mme De Block, Compte rendu analytique, Commission de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la Société, Chambre des Représentants, 05/06/2018.

LA DEMANDE DE CANNABIS THÉRAPEUTIQUE : UN APERÇU DE MONS

Les données en matière de demande de cannabis thérapeutique de la part de patient·e·s sont encore parcellaires. Quelques éléments issus du terrain attirent toutefois l'attention.

L'étude faisabilité du Cannabis social club de Mons, bien qu'en standby au moment de la rédaction de ces lignes, laisse entrapercevoir un réel intérêt pour le projet, de la part des usager·e·s de cannabis en général, et particulièrement des usager·e·s thérapeutiques. Sur 69 répondant·e·s, 35 déclarent avoir une consommation d'automédication (20 pour des raisons psychiques, 15 pour des raisons physiques). De plus, depuis l'annonce du projet, des personnes se soignant avec du cannabis se manifestent régulièrement[228].

228 Communication personnelle Vincent Lapunzina, Service de Prévention – Synapse, 16/11/2018.

AVIS DES EXPERT·E·S

Guilhem de Crombrugghe, membre du CA de la DAWA

La DAWA (plateforme Drogues Actions Wallonie) milite pour une reconnaissance des usages thérapeutiques de cannabis. Elle précise que par rapport à cette question, l'objectif n'est pas de légaliser un produit, mais bien de dépénaliser un usage spécifique.

Les cannabinoïdes contenus dans la plante peuvent se combiner de différentes manières pour donner de nombreuses formes de cannabis. C'est cette diversité qui permet aux usagers thérapeutiques, moyennant un temps d'expérimentation, de trouver la forme qui soulage leurs douleurs et leurs maux particuliers.

En matière de réglementation du marché de cannabis, il existe un risque non négligeable que celui-ci soit accaparé par de gros acteurs des secteurs pharmaceutique ou récréatif, qui mettraient sur le marché un nombre forcément restreint de produits. En Europe, ce marché pourrait peser, dans un futur proche, une centaine de milliards d'euros, de quoi financer un lobbying intensif pour évincer du système l'autoproduction et les cannabis social clubs.

Pour la DAWA, une réglementation du marché du cannabis qui ne garantirait pas une place spécifique à l'autoproduction, perdrait tout intérêt thérapeutique.

LA DISPONIBILITÉ ET L'OFFRE DE CANNABIS

Le cannabis est un produit particulièrement accessible en Belgique malgré son interdiction, comme en témoigne les chiffres relatifs aux saisies policières[229].

Cette accessibilité importante du cannabis se traduit naturellement au niveau de sa disponibilité perçue. Ainsi, lors du Flash Eurobaromètre portant sur les drogues réalisé en 2014, 59 % des jeunes belges de 15-24 ans interrogés estimaient qu'il leur serait facile de se procurer du cannabis endéans 24 heures, contre 58 % pour l'ensemble des jeunes européens interrogés (TNS Political & Social, 2014).

Le cannabis est un produit composé de très nombreux phytocannabinoïdes dont les effets sur le corps humain ne sont pas encore tous connus. Les effets du produit peuvent donc considérablement varier en fonction de la concentration respective de ces différents composants, qui fluctue en fonction de la variété cultivée, des conditions de culture et du produit fini. Le THC (delta-9-tetrahydrocannabinol) est le cannabinoïde principalement responsable de l'effet psychoactif du produit. Comme le montre la figure 17, la concentration en THC des échantillons d'herbe et de résine de cannabis analysés en Belgique a évolué au cours du temps. Elle était particulièrement élevée de 2003 à 2005, puis elle a brusquement chuté. Une augmentation lente et progressive est depuis lors constatée (à l'exception de l'importante augmentation observée en 2015). En 2017, la concentration moyenne en THC des échantillons analysés était de 11,8 % (herbe) et 18,2 % (résine). Ces valeurs sont supérieures à celles observées dans la majorité des pays de l'Union Européenne (voir Tables PPP-5 et PPP-6 du bulletin statistique 2016 de l'EMCDDA). Indépendamment de sa concentration en THC, le cannabis produit dans des conditions illégales peut avoir une influence nocive sur la santé des usager·e·s en raison des risques de contamination par des bactéries ou champignons nocifs ainsi que de l'utilisation massive d'engrais et pesticides permettant de maximiser les récoltes. En outre, la résine de cannabis est très souvent coupée avec des excipients (cellulose, paraffine, henné, etc.), et l'herbe de cannabis est également quelquefois frelatée (sable, microbilles de verre, etc.) afin d'en augmenter le poids. Ces produits de coupe peuvent aussi avoir un effet délétère sur la santé du consommateur.

Le prix du cannabis a augmenté au cours de la dernière décennie, et se situe aux alentours de 10 euros le gramme, l'herbe étant légèrement plus onéreuse que la résine. Cette augmentation, qui s'est accentuée à partir de 2012, pourrait être la conséquence de la nouvelle législation en vigueur depuis le 1er mai 2012 aux Pays-Bas, qui a restreint l'accès à un grand nombre de coffee-shops des Pays-Bas aux seuls résidents du pays (via l'introduction de la fameuse carte cannabis ou «wiet pass»). En effet, de nombreux résidents belges se rendaient régulièrement aux Pays-Bas pour se procurer du cannabis dans les coffee-shops. Ce changement législatif a probablement engendré une augmentation de la demande au niveau du marché noir belge, entraînant par voie de conséquence une augmentation du prix du produit.

229 Rappelons que ces chiffres ne reflètent pas directement la disponibilité de ce produit, car ils sont avant tout le reflet de l'activité policière et de son efficacité. En outre, les quantités inférieures à 500g ne sont pas enregistrées. Les fluctuations annuelles sont par conséquent difficiles à interpréter.

Tableau 10 : Saisies de cannabis enregistrées par la Police Fédérale en Belgique, 2007-2017											
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre de saisies de cannabis											
Résine	5.870	4.921	6.206	5.048	5.622	4.818	5.529	5.233	5.221	5.706	6.133
Herbe	19.196	16.831	22.274	21.485	23.155	21.075	23.900	26.915	25.306	26.587	28.519
Plantation	466	666	732	979	1.070	1.111	1.212	1.227	1.257	1.046	1.234
Quantités de cannabis saisies											
Résine (kg)	58.544	1.529	18.659	3.153	5.020	1.338	4.274	841	7.045	723	947
Herbe (kg)	12.732	4.891	4.486	5.208	6.095	5.635	14.882	10.744	764	686	946
Plants (n [230])	148.251	177.190	272.714	312.528	337.955	330.675	396.758	356.378	350.403	328.611	416.576

Source : Police Fédérale

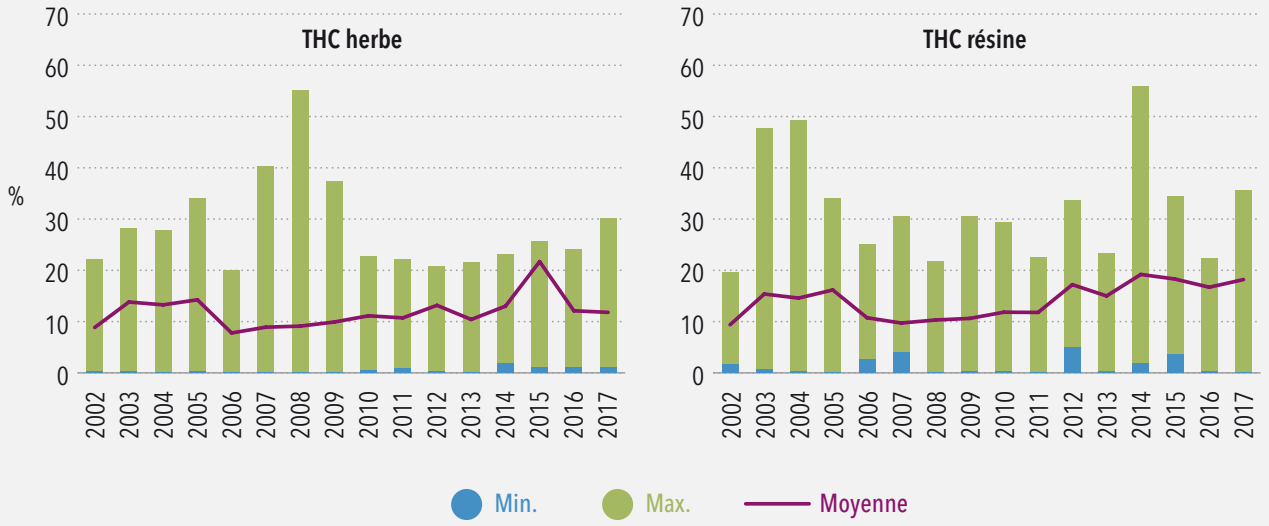
La disponibilité élevée du cannabis peut s'expliquer par plusieurs facteurs : 1) l'intérêt et la demande pour ce produit : dans l'imaginaire collectif, ce produit est considéré comme une drogue «douce» et reste d'ailleurs le produit illicite le plus consommé à travers le monde. Sa consommation est d'ailleurs perçue par les jeunes comme moins dangereuse que celle des autres drogues illégales (voir TNS Political & Social, 2014). Cette faible dangerosité perçue favorise l'intérêt pour ce produit et sa demande, qui stimule à son tour l'offre de production, d'importation et de revente ; 2) l'usage de cannabis peut répondre à des motivations variées et ne se limite pas au seul usage récréatif : de nombreuses personnes en consomment de manière auto-thérapeutique (pour soulager des douleurs somatiques, de l'anxiété, des troubles du sommeil…) ; cette variété d'usage augmente la demande du produit, et par voie de conséquence sa disponibilité 3) le cannabis peut être facilement cultivé sous quasiment tous les climats ainsi que sous éclairage artificiel, avec un matériel assez élémentaire et sans compétences particulières, ce qui rend sa production domestique particulièrement facile et accessible. En outre, à la différence d'autres drogues d'origine végétale telles que la cocaïne et l'héroïne, les fleurs des plants femelles de cannabis peuvent être directement consommées après séchage, sans nécessiter de transformation particulière. Cela diminue également le nombre d'intermédiaires entre le producteur et le consommateur, ce qui se répercute sur son prix de vente.

Récemment, de nouveaux produits issus de plantes de cannabis ont vu le jour sur le marché belge et français : des produits à base de **cannabidiol (CBD)**. Le CBD est un cannabinoïde que l'on retrouve à l'état naturel dans les fleurs de cannabis, dans des proportions variables selon les variétés cultivées. Contrairement au THC, il n'induit pas d'effets psychotropes et agit d'ailleurs comme léger antagoniste des récepteurs cannabinoïdes : le CBD est ainsi connu pour atténuer certains effets du THC, en particulier ses effets anxiogènes et psychotiques (délires, hallucinations, paranoïa, etc. ; Zuardi et al., 2012). Il agit également comme inhibiteur de la recapture de l'anandamide (un cannabinoïde endogène) et en retarde la dégradation, et il a également une action sur certains récepteurs à la sérotonine ainsi que sur certains récepteurs opioïdes.

Les produits à base de CBD (fleurs de cannabis, e-liquid, extraits pour tisane, etc.) sont vendus dans des boutiques spécialisées ou sur Internet de manière transparente. Ils profitent le plus souvent d'une zone grise du droit européen et/ou de sa traduction en droit national. En effet, l'Union Européenne a instauré une **tolérance** vis-à-vis de la culture de chanvre de manière à ne pas entraver son utilisation à des fins industrielles ou commerciales, tout en empêchant la commercialisation de produits psychoactifs, et ce en n'autorisant uniquement la **culture de variétés de chanvre qui ne contiennent pas plus de 0,2 % de THC**. En Belgique, le droit européen s'est traduit de la manière suivante : l'arrêté ministériel du 27 juillet 2011 et l'arrêté-royal du 6 septembre 2017 mentionnent que seuls les produits du cannabis dont les concentrations cumulées de delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) et de l'acide tetrahydrocannabinolique (THCA) dépassent le seuil de 0,2 % sont interdits. Par conséquent, les produits à base de CBD ne dépassant pas ce seuil ne sont pas formellement interdits sur base des lois sur les drogues, quelle que soit leur forme (herbe, résine, huile, bonbon, etc.), ni sur base de celle de la culture de chanvre. Ce n'est pas pour autant que les produits à base de CBD peuvent être légalement vendus pour un usage humain. En effet, selon l'arrêté-royal du 29 août 1997, l'utilisation de la plante de Cannabis Sativa L. (dont est extrait le CBD) n'est pas autorisée dans les denrées alimentaires. L'AFSCA signale toutefois que des dérogations peuvent être accordées par le SPF Santé Publique pour autant que des analyses démontrent bien l'absence de substances toxiques dans les lots commercialisés. Ces produits ne peuvent non plus être vendus pour un usage médical, car ils ne sont pas officiellement reconnus comme médicaments en Belgique. Cela explique pourquoi ils sont généralement **vendus sans en venter les propriétés thérapeutiques, afin de ne pas tomber sous le coup d'un exercice illégal de l'art médical ou de l'art pharmaceutique**. Les produits à base de CBD ne peuvent non plus légalement être vendus sous forme de produits cosmétiques car le droit européen n'autorise que les extraits de graines et de feuilles de cannabis dans ces produits (or le CBD est essentiellement contenu dans les sommités

230 L'importante augmentation du nombre de plants de cannabis saisis à partir de 2009 par rapport aux années antérieures s'explique par un changement dans le mode d'estimation des saisies. En effet, avant 2009, seules les plantes effectivement saisies étaient comptabilisées alors que, depuis 2009, lorsqu'une installation est saisie mais que la récolte a déjà été effectuée, une estimation du nombre de plants cultivés est effectuée sur base de l'espace disponible et/ou du nombre de boutures saisies.

Figure 17 : Concentration (%) en THC des échantillons de cannabis analysés en Belgique, 2002-2017



Source : Sciansano (2018), National reporting package EMCDDA. Contribution non publiée.

Tableau 11 : Évolution du prix moyen du cannabis à la vente au détail en FWB, 2005-2017

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cannabis résine	5,5	6,8		8,7	8,2	7,7	8	9,5	9,7	9,6	10,2	9,4	10,2
(euro/g)	(2.8-10)	(1.5-20)		(0.6-16)	(1.5-20)	(2-20)	(2-25)	(2-28)	(2-25)	(3-25)	(3-36)	(1-25)	(4-25)
Cannabis herbe	5,7	6,3		9,2	8,1	8,2	8,1	9,8	9,9	9,7	10,8	10,3	10,3
(euro/g)	(2-10)	(2-15)		(1-20)	(3-15)	(3-20)	(2-25)	(2-20)	(2-25)	(2-30)	(5-36)	(1-20)	(4-25)

Note : Les prix sont exprimés en euros. À titre indicatif, nous avons également mis entre parenthèses les prix les plus bas et les plus hauts mentionnés par les personnes interrogées (min-max).
Source : Eurotox

fleuries). Seuls les produits destinés à une consommation par le biais de cigarette électronique échappent actuellement aux législations en vigueur. Mais les vendeurs peuvent également jouer la carte de l'hypocrisie en spécifiant que ces produits ne sont pas destinés à la consommation humaine… Le risque de poursuite est dès lors infime, pour autant que les produits ne contiennent pas plus de 0,2 % de THC et qu'aucun incident lié à leur consommation ne leur soit reproché…

En France, on assiste depuis juin 2018 à une vague de perquisitions et à une fermeture des boutiques qui vendent les produits à base de CBD, et ce parce que la France a traduit plus strictement le droit européen. En effet, en France, seules les graines et les fibres de cannabis peuvent être utilisées, alors que l'utilisation des fleurs est interdite. En outre, la présence de THC dans les produits finis y est également interdite, quelle qu'en soit la concentration. En Belgique, les contrôles commencent également à se multiplier de manière à vérifier que la législation en matière de produits stupéfiants n'est pas transgressée et afin de vérifier que les produits à base de CBD vendus sous formes alimentaires respectent bien les règles de sécurité alimentaire et la législation en vigueur.
Le prix d'un gramme de fleurs de cannabis au CBD est égal ou légèrement supérieur au prix d'un gramme de cannabis sur le marché noir. Les produits à base de CBD sont le plus souvent importés de Suisse, où leur production et leur commerce y sont implantés depuis plusieurs années, mais une production belge est théoriquement possible.

Les produits à base de CBD peuvent contenir des traces de THC. Ils peuvent donc rendre positifs les tests de dépistage d'usage de cannabis, au même titre qu'une exposition passive aux fumées de cannabis, car il n'existe pas de seuil de tolérance pour le THC en Belgique. Les seuils appliqués correspondent aux seuils de détectabilité des méthodes d'analyse : 25ng/ml pour le test de dépistage salivaire Drugwipe 5+ utilisé par la police en sécurité routière, 10ng/ml pour l'analyse salivaire en laboratoire, et 1ng/ml pour l'analyse sanguine en laboratoire. Les consommateurs de CBD s'exposent donc actuellement à des risques de poursuites en raison d'un possible test positif au THC, et ce même s'ils n'ont pas été exposés aux effets psychotropes de cette molécule. Une aberration, et ce d'autant plus que la conduite sous médicaments psychotropes (benzodiazépines, hypnotiques, etc.) n'est quant à elle pas sanctionnée directement, mais uniquement si l'état du conducteur laisse penser à une conduite dans un état analogue à l'ivresse…

Selon une récente revue de la littérature, le CBD présente un **réel potentiel thérapeutique** car il présente à la fois des propriétés antidouleurs, anti-inflammatoires, anxiolytiques, antidépressives, antipsychotiques, antiépileptiques, neuroprotectives et anti-tumorales (Pisanti et al., 2017). Même si les études à la base de ces constats ont été principalement réalisées sur des modèles animaux, quelques études chez l'être humain sont prometteuses et différents essais cliniques ou programmes de recherche sont actuellement en cours. Pourtant, pour diverses raisons économiques et idéologiques, l'industrie pharmaceutique n'a jusqu'à ce jour manifesté que peu d'intérêt pour les molécules issues des plantes de cannabis, alors que certaines propriétés thérapeutiques sont connues depuis de nombreuses décennies. En effet, elle ne propose que le Sativex® (un spray buccal composé de THC et de CBD), dont la prescription n'est actuellement remboursée en Belgique que pour les personnes atteintes de sclérose en plaques qui répondant à certaines conditions[231]. Pourtant, de son côté, l'OMS considère que le CBD ne présente pas de dangerosité (faible toxicité, pas de tolérance, pas de potentiel d'abus) et en souligne le potentiel thérapeutique (WHO, 2017). Au Royaume-Uni, le CBD est considéré comme un médicament depuis 2017, ce qui devrait favoriser le développement de nouveaux produits pharmaceutiques à base de cette molécule. Ainsi, la société britannique GW Pharmaceuticals a réalisé des essais cliniques concluants sur un médicament à base de CBD (Epidiolex®), dans le cadre de la mise sur le marché d'un médicament permettant de traiter les épilepsies rebelles aux traitements classiques. Ce nouveau médicament est autorisé aux États-Unis depuis juin 2018. D'autres essais cliniques sur un cannabinoïde apparenté au CBD (la cannabidivarine ou CBDV) sont actuellement en cours. Actuellement, comme tous les nouveaux produits pharmaceutiques à faible spectre commercial, les médicaments à base de cannabinoïdes sont commercialisés à des prix très élevés (la boîte de 3 sprays de 10ml de Sativex® coûterait 440 euros hors remboursement selon la liste des prix de l'INAMI). Leur accessibilité pour les personnes malades dépend donc fortement de leur remboursabilité. Ce spectre commercial pourrait toutefois être revu et élargi vu les potentialités thérapeutiques de certains cannabinoïdes.

Le CBD semble avoir un potentiel thérapeutique pour des indications variées. En revanche, il n'existe actuellement aucune preuve scientifique solide selon laquelle les produits à base de CBD constitueraient une substitution efficace aux produits à base de THC. Les deux molécules ayant des profils pharmacologiques distincts, il est peu probable que le CBD puisse servir de substitution au THC, au même titre que la méthadone se substitue à l'héroïne. Les produits à base de CBD pourraient néanmoins, dans une certaine mesure, servir d'alternatives pour les personnes qui consomment ou souhaitent consommer du cannabis à des fins thérapeutiques sans vouloir être exposés à ses effets psychotropes[232]. Enfin, signalons que des essais cliniques sont actuellement en cours de manière à vérifier si les produits à base de CBD peuvent faciliter le sevrage au cannabis psychotrope, mais à notre connaissance les résultats n'ont pas encore été publiés, à l'exception de quelques analyses de cas encourageantes (voir par exemple Crippa et al., 2013 ; Shannon & Opila-Lehman, 2015).

231 Selon l'agence fédérale des médicaments et des produits de santé, le Sativex® est indiqué dans le traitement des symptômes liés à une spasticité modérée à sévère due à une sclérose en plaques (SEP) chez des patients adultes n'ayant pas suffisamment répondu à d'autres traitements antispastiques et chez qui une amélioration cliniquement significative de ces symptômes a été démontrée pendant un traitement initial. Le Sativex® est uniquement remboursé dans cette indication et en cas de délivrance en pharmacie hospitalière sur prescription d'un neurologue.

232 Certains effets thérapeutiques du cannabis, en particulier les effets analgésiques, semblent maximiser lors de l'association de CBD et de THC. Par conséquent, il est possible que certains effets thérapeutiques du cannabis ne puissent jamais être atteints par la prise seule de CBD.

L'USAGE DE CANNABIS DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

LES INDICATEURS

En Belgique, l'usage de médicaments psychotropes est estimé dans la population générale sur base de la consommation auto-rapportée lors d'un entretien structuré réalisé dans le cadre de l'enquête HIS, dont la dernière levée a été réalisée en 2013. En nous focalisant sur la Wallonie, les 5 indicateurs d'usage de cannabis que nous rapportons ici sont les suivants : 1) la prévalence de l'usage de cannabis sur la vie (expérimentation du produit au moins une fois au cours de la vie) ; 2) la prévalence d'usage récent de cannabis (au moins une consommation au cours des 12 derniers mois) ; 3) la prévalence de l'usage actuel de cannabis (au moins une consommation au cours des 30 derniers jours) ; 4) la fréquence de consommation chez les usager·e·s actuels ; 5) l'âge de la première consommation chez les personnes ayant déjà expérimenté ce produit.

En 2013 en Wallonie, l'**âge moyen de la première consommation de cannabis** était de 18 ans pour les hommes et de 20 ans pour les femmes qui ont déclaré avoir déjà consommé ce produit. Si on se centre sur la tranche d'âge des plus jeunes, on constate que l'âge moyen est de 16,5 ans chez les garçons de 15-24 ans, contre 17,5 ans chez les filles du même âge. L'âge moyen de la première consommation n'est pas influencé par le niveau d'instruction.

La **prévalence de l'usage de cannabis** sur la vie (expérimentation du produit au moins une fois au cours de la vie) est d'environ 15 % dans la population wallonne âgée de 15 à 64 ans. L'usage de cannabis sur la vie est plus élevé au sein de la tranche d'âge des 25-34 ans (32,4 %) ainsi que chez les hommes. Il est aussi plus élevé dans les classes socio-éducatives plus instruites, mais cette différence disparait après standardisation pour l'âge et le sexe.

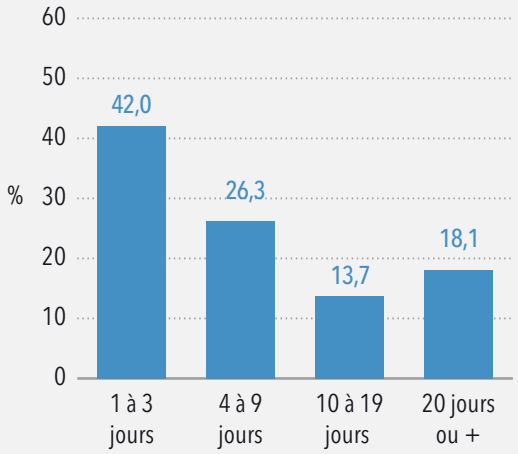
La prévalence de l'**usage récent de cannabis** (au moins une consommation au cours des 12 derniers mois) est de 5,8 % dans la population wallonne en 2013. L'usage récent concerne surtout les 15-24 ans (12,7 %) ainsi que les 25-34 ans (11,7 %). Il est généralement plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. L'usage récent est plus fréquent chez les

Tableau 12 : Prévalence de l'usage de cannabis en Wallonie, par âge et par genre, 2013

	15-24 ans % (n=310)	25-34 ans % (n=368)	35-44 ans % (n=396)	45-54 ans % (n=463)	55-64 ans % (n=442)	Total % (N=1.979)
Prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie						
Hommes	25,0	44,5	22,8	5,6	2,9	19,5
Femmes	16,8	19,4	11,6	4,4	1,0	10,1
Total	20,9	32,4	17,1	5,0	2,0	14,8
Prévalence de l'usage de cannabis au cours des 12 derniers mois						
Hommes	17,8	17,3	10,0	1,1	0,6	8,9
Femmes	7,7	5,7	1,0	1,2	0,0	2,8
Total	12,7	11,7	5,5	1,1	0,3	5,8
Prévalence de l'usage de cannabis les 30 derniers jours						
Hommes	9,9	12,5	6,2	0,4	0,6	5,6
Femmes	6,9	2,0	0,5	0,1	0,0	1,6
Total	8,4	7,4	3,3	0,2	0,3	3,6

Source : Enquête HIS 2013 (Drieskens et al.)

Figure 18 : Fréquence de l'usage de cannabis durant les 30 derniers jours parmi les usager·e·s actuels (N= 60) en Wallonie, 2013



Source : Enquête HIS 2013 (Drieskens et al.)

personnes ayant un degré d'instruction élevé que chez les personnes peu ou pas instruites (sans diplôme ou diplôme primaire).

La prévalence de l'**usage actuel de cannabis** (au moins une consommation au cours des 30 derniers jours) est de 3,6 % dans la population wallonne en 2013. Il concerne surtout les 15-24 ans (8,4 %) ainsi que les 25-34 ans (7,4 %), et est à nouveau plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, et augmente avec le niveau d'instruction des répondants, sans que cette dernière différence soit significative. Le pourcentage de femmes consommatrices est plus élevé chez les 15-24 ans (6,9 %).

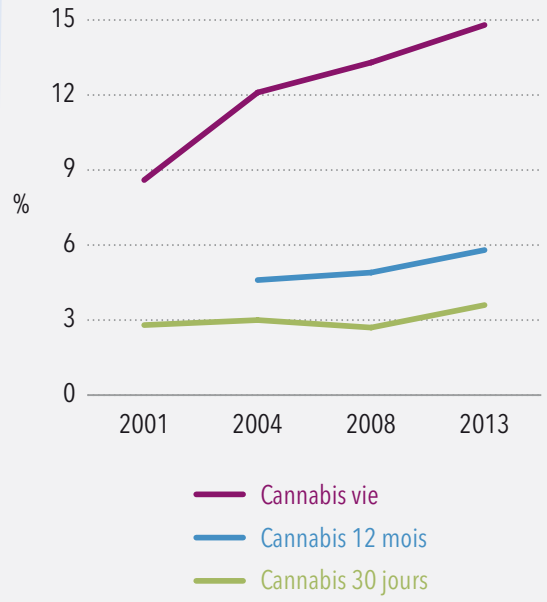
En ce qui concerne la *fréquence* de consommation de cannabis chez les 3,6 % d'«usagers actuels», la plupart d'entre eux (42 %) ont déclaré en avoir consommé 1 à 3 jours au cours du mois précédant l'enquête, 26,3 % durant 4 à 9 jours, 13,7 % durant 10 à 19 jours et 18,1 % durant 20 jours ou plus. Ainsi, l'**usage quotidien** (ou presque) de cannabis concernerait 0,7 % de wallons. Cette variable ne peut être ventilée de manière valide par l'âge et le genre en raison du petit nombre de personnes concernées. La distribution de la fréquence de consommation doit en outre être considérée avec prudence pour les mêmes raisons.

TENDANCES ET ÉVOLUTION

En Wallonie, comme partout en Belgique, la prévalence d'usage de cannabis sur la vie a significativement et continuellement augmenté depuis 2001, alors que l'usage actuel et l'usage récent sont restés relativement stables. Cela témoigne d'une augmentation progressive du nombre de personnes qui expérimentent ce produit, sans que cela s'accompagne d'une augmentation du nombre de consommateurs réguliers. La prévalence de l'usage sur la vie d'une autre drogue illicite que le cannabis ne diffère pas entre 2008 et 2013. L'âge moyen de la première consommation de cannabis est relativement stable au cours du temps : il était de 18,3 ans en 2004 et est passé à 18,7 ans en 2013. Au niveau des 15-24 ans, il est passé de 16,2 ans à 16,9 ans entre 2004 et 2013.

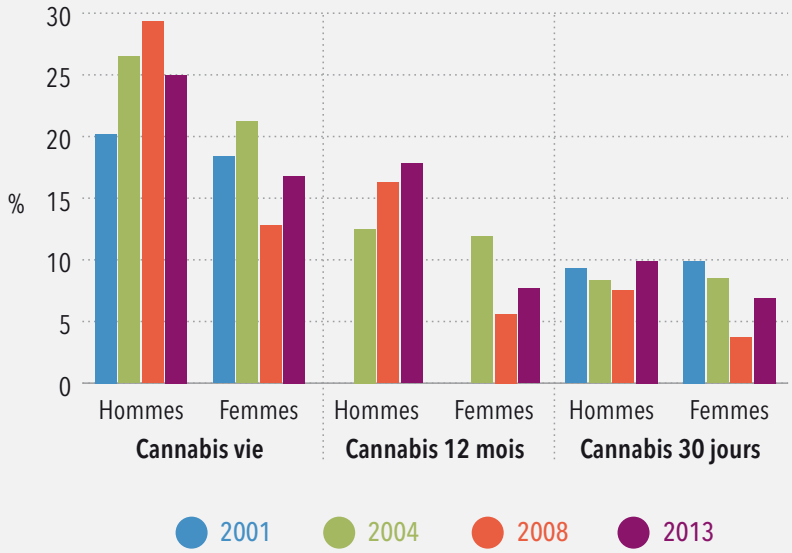
Chez les 15-24 ans, la prévalence d'usage de cannabis au cours de la vie a augmenté entre 2001 et 2013 chez les hommes, alors qu'elle est plus stable voire en diminution chez les femmes du même âge. En 2013, 25 % des hommes et 16,8 % des femmes de 15-24 ans ont déclaré en avoir consommé au moins une fois dans la vie. L'usage au cours des 12 derniers mois est également en augmentation chez les hommes de 15-24 ans (17,8 % en 2013) alors qu'elle est en diminution chez les femmes (7,7 % en 2013). Enfin, l'usage au cours des 30 derniers jours est stable chez les hommes de 15-24 ans (9,9 % en 2013) et il a légèrement diminué entre 2001 et 2013 chez les femmes, passant de 9,9 % à 6,9 %. La différence de genre est bien marquée sauf en ce qui concerne l'usage au cours des 30 derniers jours, où elle est plus ténue.

Figure 19 : Évolution de l'usage de cannabis en Wallonie, 2001-2013



Source : Enquête HIS 2013 (Drieskens et al.)

Figure 20 : Évolution de l'usage de cannabis en Wallonie chez les hommes et les femmes de 15-24 ans, 2001-2013



Source : Enquête HIS 2013 (Drieskens et al.)

L'USAGE DE CANNABIS CHEZ LES JEUNES DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

LES INDICATEURS

En Fédération Wallonie-Bruxelles, l'usage de cannabis est estimé dans la population scolarisée dans l'enseignement secondaire via un questionnaire administré dans le cadre de l'enquête HBSC, dont la dernière levée a été réalisée en 2014. En nous focalisant sur la Wallonie, les 4 indicateurs d'usage de cannabis que nous rapportons ici sont les suivants : 1) la prévalence de l'usage de cannabis sur la vie (expérimentation du produit au moins un jour au cours de la vie) ; 2) la prévalence de l'usage de cannabis au cours des 30 derniers jours (au moins un jour) ; 3) la prévalence de l'usage actuel hebdomadaire de cannabis (chaque semaine mais pas tous les jours) ; 4) la prévalence de l'usage actuel quotidien de cannabis.

Bien que l'enquête HBSC 2014 portait sur les comportements de santé des élèves de 5ème et 6ème primaire ainsi que de l'ensemble des élèves de l'enseignement secondaire, seuls appartenant au 2ème degré du secondaire (4ème année et plus) ont été interrogés par rapport à la consommation de drogues et de médicaments psychotropes. Par conséquent, les élèves de 15 ans sont sous-représentés dans la mesure où une bonne partie d'entre eux se trouve dans les classes inférieures. De même, la classe des élèves de 19 ans et plus ne peut être considérée comme représentative de l'ensemble des étudiants de cet âge dans la mesure où une bonne partie est entrée aux études supérieures et qu'elle est uniquement constituée d'élèves ayant redoublé ou poursuivant une 7ème année professionnelle. Pour ces raisons, les différences d'âge sont fournies à titre indicatif et doivent être considérées avec prudence.

LES CHIFFRES EN 2014

Près d'un tiers des jeunes de 15 ans et plus scolarisés en Wallonie dans l'enseignement secondaire supérieur ont déclaré avoir déjà consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie, et 15,9 % au cours des 30 derniers jours. La prévalence de l'expérimentation augmente sans surprise avec l'âge des répondants. Au total, 14,6 % des élèves interrogés ont déclaré être consommateurs de cannabis au moment de l'enquête (18,8 % des garçons et 10,9 % des filles). Plus précisément, 3,6 % d'entre eux ont déclaré en consommer chaque semaine (mais pas tous les jours), 2,5 % quotidiennement et 8,5 % plus occasionnellement. La consommation quotidienne, et dans une moindre mesure la consommation hebdomadaire, augmente avec l'âge des répondants. Globalement, la consommation de cannabis concerne davantage les garçons que les filles.

PERSPECTIVES

Malgré la prohibition et la pénalisation de l'usage de cannabis, ce produit est consommé par de nombreuses personnes (jeunes ou non) en Wallonie comme ailleurs en Belgique et dans de nombreux pays à travers le monde. L'interdit légal n'a donc apparemment pas l'impact dissuasif escompté. Il apparait au contraire que les pays les plus fermes en matière de répression peuvent enregistrer des niveaux de prévalence d'usage particulièrement élevés, alors que les pays où son usage est dépénalisé ou décriminalisé enregistrent des niveaux de prévalence plus faibles. Ce constat est valable tant dans la population générale que chez les jeunes, et tant pour l'usage occasionnel que régulier (voir Hogge, 2015).

Tableau 13 : Prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie et au cours des 30 derniers jours, de la consommation hebdomadaire et de la consommation quotidienne chez les élèves scolarisés dans l'enseignement secondaire supérieur francophone de la Wallonie, par âge et par genre, 2014

	15-16 ans %	17-18 ans %	19 ans et + %	Total %
Consommation de cannabis sur la vie				
Garçons (n=1.828)	29,8	46,5	45,3	40,5
Filles (n=2.044)	25,4	31,1	40,8	30,4
Total (N=3.872)	27,4	38,2	43,3	35,2
Consommation de cannabis les 30 derniers jours				
Garçons (n=1.814)	16,0	23,6	21,9	20,6
Filles (n=2.037)	9,5	11,8	16,7	11,6
Total (N=3.851)	12,5	17,1	19,5	15,9
Consommation hebdomadaire (mais non quotidienne) de cannabis				
Garçons (n=1.819)	4,0	6,1	5,4	5,2
Filles (n=2.034)	1,3	2,5	2,7	2,1
Total (N=3.853)	2,5	4,1	4,2	3,6
Consommation quotidienne de cannabis				
Garçons (n=1.819)	2,2	3,8	5,1	3,5
Filles (n=2.034)	0,7	1,4	5,0	1,7
Total (N=3.853)	1,4	2,5	5,1	2,5

Source : Enquête HBSC 2014 (Moreau et al., 2017)

Le cannabis qui circule sur le marché noir peut en outre poser des problèmes de santé publique en raison de l'absence de contrôle de sa composition. La concentration en THC est en effet particulièrement élevée et la proportion de CBD très variable selon les variétés cultivées. Certaines variétés augmentent donc le risque de décompensation psychiatrique ou de bad trip, en particulier chez l'usager·e inexpérimenté ou fragile psychologiquement. En outre, le cannabis produit dans des conditions illégales peut avoir une influence nocive sur la santé des usager·e·s en raison des risques de contamination par des bactéries, des champignons ou des métaux lourds ainsi que de l'utilisation massive d'engrais et pesticides permettant de maximiser les récoltes (Dryburgh et al., 2018). Enfin, la résine de cannabis est très souvent coupée avec des excipients (cellulose, paraffine, henné, etc.), et l'herbe de cannabis est également quelques fois frelatée (sable, microbilles de verre, etc.) afin d'en augmenter le poids. Ces produits de coupe peuvent aussi avoir un effet délétère sur la santé du consommateur.

Malgré ces constats et l'augmentation du nombre de pays ayant révisé leur politique en matière de cannabis de manière à mettre en place un marché réglementé, une révision de la politique répressive en matière de cannabis n'est pas à l'ordre du jour en Belgique. Bien entendu, le simple fait de dépénaliser ou légaliser le cannabis sur un territoire n'engendrera pas forcément une baisse de la consommation, et il est fort probable de constater dans un premier temps une augmentation du nombre d'expérimentateurs ou d'usager·e·s occasionnels en cas de mise en place d'un marché réglementé. Mais en développant des politiques publiques intégrées et cohérentes, il est assurément possible de mettre en place des alternatives efficaces aux approches prohibitives contre-productives, qui autoriseraient et réglementeraient tant l'usage que l'approvisionnement de ce produit, tout en renforçant les actions de prévention et de détection précoce de manière à réduire le risque de glissement du simple usage récréatif vers un usage plus problématique.

Sur un autre plan, la légalisation et la mise à disposition du cannabis thérapeutique pourrait être une réelle plus-value en termes de traitement de la douleur et d'un ensemble de pathologies notamment liées à la chimiothérapie ou à la radiothérapie, ainsi qu'au Sida. Actuellement, l'absence de cadre légal freine la recherche scientifique en la matière et contraint un certain nombre de patient·e·s souffrant à se tourner vers des traitements non-adaptés ou hors des réseaux médicaux, avec l'ensemble des risques que cela comporte.

Les conséquences socio-sanitaires de la consommation de cannabis seront abordées dans un chapitre dédié.

5.2.5. LES AUTRES DROGUES ILLICITES (HÉROÏNE, COCAÏNE, AMPHÉTAMINES, MDMA, LSD…)

LE CADRE LÉGISLATIF BELGE

Le cadre législatif prohibitionniste 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. Ces textes sont davantage détaillés, contextualisés et commentés au chapitre 1.2. Drogues illicites : le cadre légal et politique fédéral.

LES RECOMMANDATIONS DES EXPERT·E·S

NALOXONE : RÉDUIRE LES OVERDOSES D'OPIOÏDES

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·e·s d'opioïdes (EMCDDA, 2018a). 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.

Une overdose aux opioïdes est caractérisée par la somnolence voire le coma, une respiration anormalement faible, des pupilles en tête d'épingle et des possibles apnées.

Une overdose peut avoir des conséquences sévères, notamment des lésions cérébrales. Elle peut également être mortelle, une dépression respiratoire pouvant s'ensuivre d'un arrêt cardiaque.

RECONNAÎTRE LES SIGNES D'UNE OVERDOSE AUX OPIOÏDES [233]

- La personne est réveillée mais ne peut pas parler
- La personne dort profondément et ne se réveille pas ; ou, si elle se réveille, elle se rendort aussitôt
- Son corps est mou, sans énergie
- Son visage blanchit, pâlit et sa peau est humide, moite
- Les extrémités de son corps et/ou ses lèvres sont bleues
- Sa respiration est ralentie, superficielle, irrégulière ou à l'arrêt
- Vomissements
- Bruits d'étouffement, de ronflements étranges, de gargouillis
- La personne ne répond à aucun stimulus

À l'échelle mondiale, on estime que chaque année 69.000 personnes meurent d'une overdose d'opioïdes. En Europe, entre 6.000 et 8.000 overdoses fatales sont rapportées chaque année, avec les opiacés pour responsable dans la plupart des cas (EMCDDA, 2016). Parmi les usager·e·s injecteurs, les overdoses d'opioïdes est la seconde cause de mortalité, après le VIH/SIDA (OMS, 2014a). Des études estiment qu'entre 60 et 70 % des usager·e·s injecteurs ont expérimenté une overdose non-fatale (Origer, 2016).

Le risque d'overdose est différent pour chacun et même un·e usager·e de longue durée court des risques. Toute personne qui consomme des opioïdes ou qui envisage de débuter un traitement de substitution aux opiacés (TSO) devrait savoir comment réagir en cas d'urgence. C'est pourquoi il est important de rendre accessible la naloxone aux usager·e·s et à leurs proches, et de les former à réduire les risques, à reconnaître les symptômes d'une overdose et à réagir de manière adéquate.

233 Chapman et al (2017) ; article «l'héroïne, effets, risques» de Fabienne Pourchon, ASUD.org, 01/06/2009, URL : http://www.asud.org/2009/06/01/lheroine-effets-risques/ ; CIUSSS (2016)

FACTEURS DE RISQUE LIÉS AUX OVERDOSES [234]

USAGER·E D'OPIOÏDES

- Changement de mode de consommation
- Usage par injection (en particulier en solitaire ou en public)
- Usage d'opioïdes de prescription hautement dosés
- Magasinage de médecins ou de pharmacien·ne·s (c'est-à-dire la visite de sources multiples pour obtenir des prescriptions)
- Polyconsommation ; usage en combinaison avec d'autres substances aux propriétés sédatives (alcool, sédatifs, etc.)
- Tolérance réduite (après une désintoxication, une incarcération, un arrêt de traitement)
- Comorbidités médicales (VIH, maladies du foie ou du poumon, dépression)
- Première prise
- Prise d'une nouvelle héroïne (plus concentrée, par exemple)
- Changement de dealer
- Prise d'une trop grosse quantité
- Appartenance à la famille d'une personne en possession d'opioïdes (y compris ceux délivrés sous ordonnance)
- Avoir un emploi qui requiert un travail physique et qui peut causer des blessures
- Occuper un logement inadéquat
- Avoir une faible éducation ou être sans emploi

ENVIRONNEMENT ET CONTEXTE

- Qualité des produits en circulation
- Forte disponibilité d'opioïdes (illicites et sur prescription)
- Directives et des politiques qui recommandent d'élargir la prescription d'opioïdes au traitement de la douleur chronique non cancéreuse
- Absence ou accès limité aux traitements de substitution aux opiacés
- Vivre dans une région où les inégalités de revenu ou le taux de pauvreté sont élevés

234 EMCDDA (2015) ; OMS (2014) ; UNODC/OMS (2013) ; CIUSSS (2016) ; article «l'héroïne, effets, risques» de Fabienne Pourchon, ASUD.org, 01/06/2009 ; CCNPPS (2016).

Les décès par overdoses en Europe
Le nombre de décès par surdose reste élevé en Europe et, dans la majorité des cas, les opioïdes sont impliqués. L'EMCDDA et les intervenant·e·s de terrain rapportent une augmentation des overdoses depuis 2012 (EMCDDA, 2018a ; FEDITO BXL, 2018). Les statistiques en la matière sont probablement sous-évaluées, les décès par overdose n'étant pas toujours rapportés comme tels.

La situation risquant de se détériorer avec l'émergence des puissants dérivés du fentanyl sur le marché européen, l'EMCDDA affirme qu'il est plus que jamais nécessaire de mettre en place un meilleur accès à la naloxone (EMCDDA, 2018a).

L'EMCDDA juge qu'il est urgent de réviser les politiques relatives à la naloxone et d'accroître la formation et la sensibilisation à la fois des usager·e·s de drogues et des professionnel·le·s susceptibles d'être en contact avec ces produits.

La crise des opiacés en Amérique du Nord
L'usage d'opioïdes (avec et sans prescription) et le nombre de décès par overdose aux États-Unis et au Canada ont connu une hausse rapide depuis le milieu des années 2010. Il s'agit de dizaines de milliers de morts chaque année. L'espérance de vie des Américain·e·s a même connu un recul en 2015, puis en 2016.

Depuis les années 1990, les firmes pharmaceutiques ont fortement encouragé les médecins à prescrire des opiacés pour traiter la moindre douleur, en minimisant les effets secondaires et les risques de dépendances. Des réformes visant à réduire les prescriptions d'opioïdes ont ensuite poussé les personnes dépendantes vers des opiacés illicites. En conséquence, une vaste majorité des usager·e·s problématiques actuels ont débuté avec des opiacés de prescription (Shipton et al, 2018 ; Pergolizzi et al, 2018).

Parallèlement, une héroïne très pure en provenance du Mexique et de puissants opioïdes de synthèse (dont le fentanyl) de Chine ont fait leur entrée sur le marché illicite américain, augmentant les risques d'overdose (mortelle)[235].

Et en Europe ?
L'Europe est beaucoup moins touchée par ces nouveaux développements, mais une tendance à la hausse est observée par les intervenant·e·s de terrain en matière d'overdose mortelle.

Depuis 2015, le système d'alerte précoce belge a rapporté plusieurs décès (1 décès en 2015, 3 en 2016 et 4 en 2017) causés par la consommation de fentanyl ou de ses dérivés (ocfentanyl et acrylfentanyl)[236], ou la consommation d'autres opioïdes de synthèse (U-47700, 10 fois plus puissant que la morphine).

La naloxone et ses effets
Le cerveau est constitué de nombreux récepteurs pour les opioïdes. Lors d'une overdose, il y a trop d'opioïdes fixés sur les récepteurs d'opioïdes du cerveau, ce qui a pour effet d'empêcher le système nerveux central de mener certaines opérations de base comme la respiration ou réguler la température du corps. La naloxone est un médicament antagoniste des récepteurs aux opioïdes (et n'est pas efficace pour les overdoses d'autres substances psychoactives). Elle déplace les opioïdes hors des récepteurs et se fixe à leur place, sans produire leur effet.

La naloxone prévient ou inverse les effets des opioïdes, y compris la diminution de la respiration, la sédation et la baisse de la pression sanguine. Administrée, elle agit au bout de 2 à 4 minutes pour une durée temporaire de 30 à 90 minutes (CIUSSS, 2016).

La naloxone est un produit très sécuritaire ; elle ne peut être utilisée comme drogue, ne provoque aucun effet euphorisant et ne crée aucune dépendance. Même administrée «par erreur», chez une personne n'ayant pas consommé d'opioïdes, elle est inoffensive et inefficace.

QUE FAIRE EN SITUATION D'OVERDOSE AUX OPIOÏDES ?[237]

1. Reconnaître les signes et symptômes d'une overdose et les confirmer grâce à des **stimuli (verbaux et/ou douloureux)**

2. **Appeler les urgences** (le 100 ou le 112) : même si une dose de naloxone a déjà été injectée et même si la personne se réveille, appeler les urgences est nécessaire. Une personne qui se réveille a en effet besoin d'une surveillance pendant environ deux heures après le réveil. Elle peut également avoir besoin de doses additionnelles de naloxone (sa durée d'action étant courte) et de soins supplémentaires. Elle peut enfin être en overdose d'une autre substance qu'un opioïde.

3. **Injecter ou administrer la naloxone**

4. **Réanimer au besoin** (dégagement des voies respiratoires, compressions thoraciques, respiration bouche-à-bouche)
   → Si la personne se réveille, la mettre en **position latérale de sécurité**.

5. **Réinjecter ou réadministrer la naloxone au besoin**. Si la personne ne se réveille pas **3 à 5 minutes** après la première administration de naloxone, il est nécessaire d'administrer une seconde dose. Si la personne demeure inconsciente, il faut reprendre la compression thoracique et le bouche-à-bouche jusqu'à l'arrivée des services d'urgence.

235 Article «Overdoses d'opiacés : une «urgence de santé publique» nationale aux États-Unis» de Corine Lesnes, lemonde.fr, 27/10/2017, URL : https://www.lemonde.fr/ameriques/article/2017/10/27/overdoses-d-opiaces-une-urgence-de-sante-publique-nationale-aux-etats-unis_5206536_3222.html

236 Pour rappel, le fentanyl est un puissant analgésique, principalement prescrit sous forme de patchs pour traiter des douleurs chroniques ou sévères. Ses effets sont de 50 à 100 fois plus puissants que ceux de la morphine.

237 CIUSSS (2016) ; Article «administrer la naloxone», Site de DOPE INC, 29/06/2018, Québec URL : http://dopeinc.info/2018/06/administrer-la-naloxone/

INTERVENTIONS DE PRÉVENTION ET DE RÉDUCTION DES RISQUES LIÉS AUX OVERDOSES[238]	
Réduire les overdoses fatales	› Salles de consommation à moindre risque › Programmes de naloxone «à domicile» (améliorer les réactions des témoins et l'accès à la naloxone)
Réduire les risques d'overdose	› Améliorer le maintien en traitement de substitution aux opioïdes (réduire l'usage de drogue et les pratiques d'injection) › Programmes de comptoirs d'échange de matériel stérile d'injection › Évaluation des risques d'overdose (dans les institutions de traitement et en prison) › Améliorer les connaissances et sensibiliser aux overdoses (réduction des risques)
Réduire la vulnérabilité	› Outreach et services à bas seuil d'accès (rendre les services accessibles) › Supprimer les obstacles aux activités des services › Empowerment des usager·e·s de drogues › Adopter une approche de promotion de la santé et de santé publique (approche globale)

Elle peut toutefois provoquer des symptômes de sevrage chez une personne accoutumée aux opioïdes, c'est pourquoi il est important de prévenir les urgences en cas d'overdose, et même si une dose de naloxone a été administrée avec succès (CIUSSS, 2016 ; EMCDDA, 2015b).

La naloxone existe sous forme liquide qui peut être injectée en intraveineuse, intramusculaire ou sous-cutané. Elle peut également être sous forme de spray nasal (à application unique). Le développement de comprimé buccal (à appliquer dans la bouche, contre la joue) est à l'étude (EMCDDA, 2016).

Réduire les overdoses fatales d'opioïdes
La formation à l'utilisation et la prescription de naloxone «à domicile» sont centrales dans la lutte contre les overdoses fatales d'opioïdes, et ce pour deux raisons principales (EMCDDA, 2015b ; EMCDDA, 2016) :

› La plupart des overdoses ont lieu devant témoin(s) (autre usager·e, membre de la famille, etc.) ;
› La plupart des témoins interviennent (même s'ils n'ont pas recours à des techniques efficaces[239]).

238 EMCDDA (2017d) ; EMCDDA (2015)
239 Ainsi, dans la majorité des cas, les témoins d'overdose n'appellent pas les services d'urgence (notamment, pour les usager·e·s de drogues, par peur d'avoir des problèmes avec la police ou la justice). Ils peuvent également tenter diverses méthodes inefficaces pour sauver la victime d'overdose, y compris l'injection d'autres drogues (comme la cocaïne) ou de sel, et laisser la personne ingérer de la glace ou de l'eau froide. Si ces pratiques sont peu efficaces voire dangereuses, elles montrent toutefois que les témoins sont enclins à aider activement (EMCDDA, 2015b ; Strang et al., 2013).

Les programmes de formation à l'utilisation de naloxone, complétés par la délivrance de naloxone «à emporter à domicile» réduisent les overdoses fatales (EMCDDA, 2015b). Ces programmes améliorent également les connaissances théoriques et pratiques des participant·e·s, notamment comment réagir lorsqu'on est témoin d'une overdose.

Il est cependant difficile de mettre en place des études fondées sur un protocole expérimental adéquat pour évaluer l'efficacité de la naloxone «à domicile» (EMCDDA, 2015b). En effet, comme pour d'autres programmes de santé publique qui reposent sur l'intervention de tierces personnes (les dispositifs publics de défibrillateurs externes automatiques (DEA), par exemple), les facteurs qui agissent sur le taux de survie sont nombreux et difficilement contrôlables.

Réduire les overdoses fatales chez les personnes sortant de prison
Comme dit plus haut, les personnes sortant de prison sont une population à risque en termes d'overdose, notamment à cause d'une tolérance réduite aux opiacés lors de leur sortie.

Des études récentes se sont intéressés à l'efficacité des programmes qui rendent accessible la naloxone aux (ex)-usager·e·s de drogues sortant de prison. En particulier, une recherche auprès d'ex-détenus écossais a montré une réduction de 36 % des décès par overdose dans les 4 semaines après la sortie de prison (Bird et al, 2015).

DISPONIBILITÉ ET LÉGISLATION EN BELGIQUE

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·e·s sont formé·e·s à son utilisation.

Concernant les services mobiles d'urgence, la disponibilité de la naloxone est assez complexe, notamment parce que la Belgique dispose de plusieurs services (les ambulances, les PIT et les SMUR). La naloxone ne figurant pas dans la liste de médicaments des ambulances, celles-ci n'en sont pas équipées et les ambulancier·e·s ne sont pas formé·e·s à son utilisation. Les PIT (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[240]. Enfin, concernant les SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation), l'article 16 de l'arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction «service mobile d'urgence» pour être agréé précise qu'une liste de médicaments peut être établie par le ou la ministre compétent·e. Toutefois, une telle liste n'a pas été constituée et chaque SMUR est libre de son choix en la matière[241]. Il est actuellement difficile d'estimer la

240 Les Ordres permanents sont écrits par un·e médecin référent·e du service d'urgence.
241 Equipe des SMUR, Communication personnelle du 23/10/2018.

disponibilité de la naloxone au sein des services mobiles d'urgence.

La naloxone n'est pas disponible de manière préventive, c'est-à-dire auprès des usager·e·s 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.

Les associations de terrain ont recours à des subterfuges pour prévenir les overdoses et réagir lorsque celles-ci arrivent, en s'approvisionnant en France[242], en s'assurant que chaque travailleur·euse ait une prescription lui permettant d'utiliser la naloxone ou en ayant un·e médecin de référence disponible 24H/24, par exemple.

Même prescrite, la naloxone n'est pas remboursée. Une boîte de 10 ampoules coute en effet près de 40 €, ce qui peut constituer un frein pour les personnes précarisées.

CONCLUSION

Rendre la naloxone accessible aux usager·e·s de drogues et à leur entourage est un rouage central dans la réduction des overdoses fatales d'opioïdes. La bonne mise en place de programmes de naloxone à domicile requiert d'une part de former des usager·e·s et leur entourage à reconnaître les symptômes d'une overdose et à administrer la naloxone, et d'autre part de protéger légalement les personnes qui font appel aux services d'urgence.

Si ces programmes sont nécessaires, ils ne sont pas suffisants et une approche globale de la problématique est centrale. Réduire les overdoses d'opioïdes repose également sur la mise en place de salles de consommation à moindre risque, de traitements de substitution par diacétylmorphine, ainsi que le soutien politique et financier des programmes de réduction des risques, de prévention et de promotion de la santé centrés sur l'usager·e de drogues et son environnement (y compris les dispositifs de comptoirs d'échange de matériel stérile d'injection et des services de testing).

Il est nécessaire d'assurer le monitoring des prescriptions d'opioïdes afin de limiter les prescriptions multiples pour un patient unique et d'observer les tendances en termes de prescription et de distribution. Enfin, la formation des professionnel·le·s du soin est essentielle, en particulier au sujet des risques liés à la prescription d'opioïdes (notamment pour les douleurs chroniques non-malignes) (UNODC/OMS, 2013).

242 La naloxone est désormais disponible en spray nasal en France, sur prescription.

PROTÉGER LES TÉMOINS D'OVERDOSE QUI SAUVENT DES VIES

Les dispositions légales belges actuelles ne protègent pas les témoins venant en aide aux personnes victimes d'overdose, et pourraient même les décourager d'agir.

D'abord, l'administration ou l'injection d'un médicament par une personne qui n'est pas professionnelle de la santé est susceptible d'être punie, dans le cas où l'acte posé entraînerait des dommages.

Ensuite, dans la majorité des cas, les témoins d'overdose n'appellent pas les services d'urgence (EMCDDA, 2015b). Ces témoins étant souvent eux-mêmes usager·e·s de drogues, ils peuvent être réticents à l'idée d'appeler les services d'aide et d'urgence, de peur de conséquences légales à leur encontre (pour possession de substances illicites, notamment) (Frischer and Baldacchino, 2012).

Face à la crise des opiacés qui fait des ravages en Amérique du Nord, le Canada a adopté en 2017 la **loi sur les bons samaritains**, qui offre une protection légale aux personnes témoins d'overdose qui contactent les services d'urgence. Ainsi, ces personnes ne peuvent pas être poursuivies pour possession de drogues illicites.

LA DISPONIBILITÉ ET L'OFFRE DES AUTRES DROGUES ILLICITES EN BELGIQUE

À l'instar du cannabis, les autres drogues illicites sont également particulièrement accessibles en Belgique, comme en témoigne les chiffres relatifs aux saisies[243].

PURETÉ

Par définition, les drogues illégales sont produites dans des conditions de clandestinité et en l'absence de normes qui assureraient la standardisation des produits vendus et consommés. En plus des modalités de fabrication qui peuvent différer et aboutir à des produits de qualité et pureté variables, différents intermédiaires entre le producteur et l'usager·e sont aussi susceptibles d'en modifier la composition initiale, de sorte que ce·tte dernier·e est continuellement confronté à des produits de composition variable et incertaine, dont la pureté en principe(s) actif(s) peut fortement fluctuer d'un échantillon à l'autre et entraîner des risques pour sa santé.

Comme on peut le voir sur la figure 21, la concentration en amphétamine des échantillons de speed analysés sur la période 2002-2017 a subi d'importantes fluctuations autour de la valeur centrale de 20 %. De 2010 à 2013, la concentration moyenne est passée de 31,6 % à 16,6 %, ce qui peut en partie s'expliquer par la contamination du speed belge avec de la 4-MA, un dérivé synthétique d'amphétamine qui appartient à la famille des phénéthylamines. La présence de ce produit dans le speed a occasionné en 2011 et 2012 une série d'intoxications sévères ainsi que plusieurs décès, y compris en Belgique[244]. Depuis lors, la concentration moyenne des échantillons d'amphétamine analysés a fortement augmenté, celle-ci étant de 28,8 % en 2017.

243 Rappelons que ces chiffres ne reflètent pas directement la disponibilité de ces produits, car ils sont avant tout le reflet de l'activité policière et de son efficacité. En outre, les quantités inférieures à 500g (ou 100 comprimés) ne sont pas enregistrées. Les fluctuations annuelles sont par conséquent difficiles à interpréter.

244 La consommation de speed coupé à la 4-MA augmente les risques d'overdose mortelle, l'action de la 4-MA pouvant masquer en partie les effets dopaminergiques des amphétamines, incitant les usager·e·s à surconsommer afin d'obtenir les effets désirés, ce qui les exposent davantage au risque d'overdose et d'hyperthermie fatale (Blanckaert et al., 2013).

Tableau 14 : Saisies des autres drogues illicites enregistrées par la Police Fédérale en Belgique, 2007-2017											
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre de saisies des autres drogues illicites											
Héroïne	2.850	2.307	3.054	3.433	2.930	2.507	2.431	1.823	2.321	2.098	1.790
Cocaïne	3.656	3.345	4.021	3.448	3.777	3.859	3.653	3.966	3.930	4.369	4.695
Amphétamines	2.767	2.646	2.944	2.912	3.079	2.830	2.978	2.906	2.777	2.675	2.653
Métamphétamine	\	\	\	64	99	102	107	144	142	158	200
Ecstasy	1.798	1.412	921	650	919	1.098	1.338	1.609	1.644	1.692	2.088
LSD	1	\	\	59	85	49	76	82	118	117	105
GHB	\	\	473	503	605	550	546	464	429	475	444
Kétamine	\	\	\	\	\	\	\	\	193	282	419
Quantités saisies des autres drogues illicites											
Héroïne (kg)	548	63	275	386	140	112	1.182	149	121	99	53
Cocaïne (kg)	2.470	3.851	4.605	6.844	7.999	19.178	6.486	9.293	17.487	30.295	44.752
Amphétamines (kg)	483	411	49	362	112	54	178	199[245]	69	29[246]	128[247]
Métamphétamine (kg)	\	\	\	39	2	3	38	9	4	14	35
Ecstasy (pilules)	541.245	162.821	31.025	32.954	64.384	26.874	37.152	44.422	59.696	179.393	491.183[248]
LSD (cartons)	1	\	\	3.924	838	225	121	410[249]	210[250]	1.418	422
GHB (litres)	\	\	104	24	82	76	45	56	30	\	2
Kétamine (kg)	\	\	\	\	\	\	\	\	2	3	33

Source : Police Fédérale

La pureté des échantillons de cocaïne analysés en Belgique est particulièrement élevée, la concentration moyenne étant de 74,3 % en 2017. Cette valeur est largement supérieure à celles observées dans les échantillons analysés dans la majorité des pays européens (voir Table PPP-8 du bulletin statistique 2016 de l'EMCDDA), ainsi qu'à celles observées en France lors des saisies effectuées dans la rue, pour lesquelles la concentration moyenne en cocaïne était de 46 % (Cadet-Taïrou et al., 2016). Il s'agit d'une surestimation due au fait que toutes les saisies effectuées à l'aéroport de Bruxelles-National font systématiquement l'objet d'analyses toxicologiques. Or, ces saisies portent généralement sur des produits très purs, destinés à être coupés avant d'être revendus.

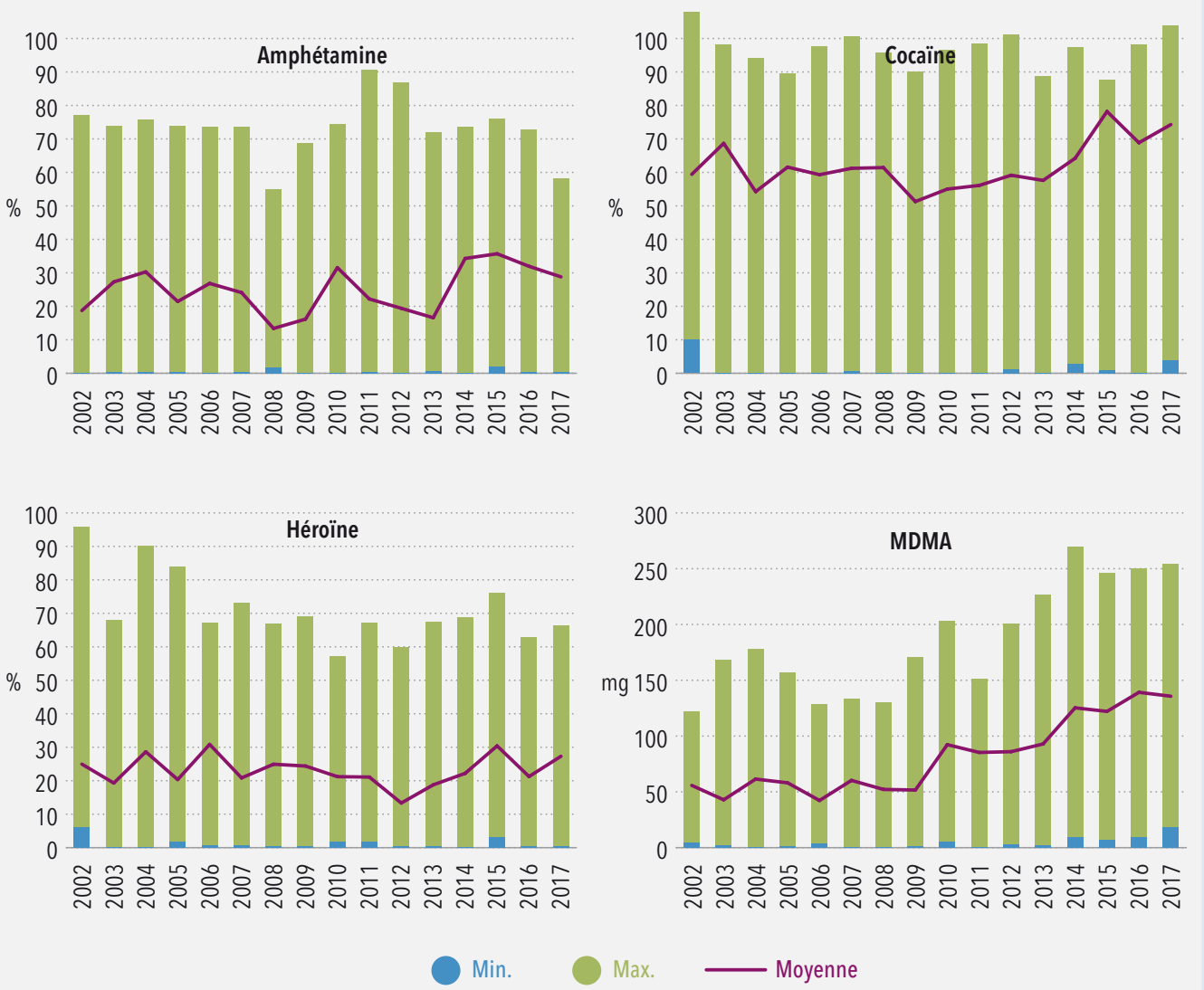
es échantillons d'héroïne[251] avaient une concentration moyenne de 27,3 % en 2017, une valeur nettement en hausse par rapport à l'importante chute de pureté constatée en 2012, et désormais supérieure à celles rapportées dans la plupart des pays européens (EMCDDA, 2016). Cette pureté élevée peut à nouveau s'expliquer par la présence parmi les échantillons analysés de produits interceptés avant d'être recoupés pour la vente au détail.

Enfin, en ce qui concerne les pilules d'ecstasy, alors qu'elles contenaient généralement peu de MDMA sur la période 2002-2009, on observe depuis 2010 une augmentation importante de la quantité de ce principe actif dans les échantillons analysés, ce qui a conduit à de nombreuses reprises au lancement d'alertes précoces. Cette augmentation de la pureté s'explique par l'utilisation par les trafiquants d'un nouveau précurseur chimique non-contrôlé au niveau de l'UE (le PMK glycidate[252]), qui peut être plus facilement importé depuis la Chine afin de réaliser la synthèse de MDMA dans des laboratoires clandestins, alors que les précurseurs conventionnels, tels que le safrole ou le PMK restent plus difficiles à obtenir en raison de leur nature contrôlée (Gandilhon, 2014).

Des produits de coupe sont en outre fréquemment utilisés par les dealers afin d'augmenter, à moindre frais, les quantités vendues et maximiser ainsi leurs bénéfices. Généralement, le produit de coupe est une substance ayant une action pharmacologique similaire à celle de la drogue qu'il frelate, quoique souvent moins puissante, mais plus facile à obtenir et pour un prix d'achat souvent dérisoire. Mais certains produits de coupe sont inactifs au niveau pharmacologique : il s'agit généralement d'excipients (lactose, cellulose, etc.) ou de substances inertes d'origine minérale (talc, bicarbonate de soude, etc.), ou encore d'autres produits d'usage commun impropres à la consommation (produits d'entretien, etc.). Ces produits de coupe inactifs sont

245 Ainsi que 200 litres d'huile d'amphétamine.
246 Ainsi que 140 litres d'huile d'amphétamine.
247 Ainsi que 4 litres d'huile d'amphétamine.
248 Ainsi que 34,7kg de MDMA en poudre/cristaux.
249 Ainsi que 3kg de LSD liquide.
250 Ainsi que 1kg de LSD liquide.
251 Les analyses peuvent à la fois porter sur des échantillons d'héroïne brune ou blanche, sans que ces deux types soient explicitement distingués au niveau des rapports d'analyse. On parle alors d'héroïne de type non-spécifié. Toutefois, en Belgique, l'héroïne qui circule sur le marché noir est généralement brune.
252 Cette substance est en fait un précurseur du PMK, qui est lui-même précurseur de la MDMA. On parle alors parfois de pré-précurseur pour désigner ces nouvelles molécules utilisées dans la fabrication de drogues de synthèse.

Figure 21 : Concentration (% ou mg) en principe actif des échantillons de drogues analysés en Belgique, 2002-2017



Source : Sciansano (2018), National reporting package EMCDDA. Contribution non publiée.

principalement ajoutés par les petits dealers de manière à augmenter les profits ; ils ne sont malheureusement pas identifiés lors des analyses que nous rapportons ici.

L'adultération peut avoir des conséquences dommageables en raison de la toxicité du produit de coupe, d'interactions médicamenteuses avec la drogue adultérée, ou parce que le produit de coupe ne peut être correctement métabolisé via la mode de consommation utilisé (e.g. injection). De manière générale, le nombre d'intermédiaires entre le producteur et le consommateur augmentera le risque d'adultérations multiples et peu scrupuleuses.

Dans le tableau 15, nous détaillons les produits de coupe pharmacologiquement actifs[253] identifiés dans les échantillons d'amphétamine, de cocaïne et d'héroïne analysés après saisies en Belgique de 2013 à 2017, ainsi que leur concentration moyenne. Le pourcentage d'échantillons contaminés est uniquement fourni pour l'année 2017. Comme on peut le constater dans ce tableau, les conséquences néfastes de la prohibition sont clairement

253 Pour des raisons de coûts, les analyses toxicologiques réalisées par les laboratoires ne permettent malheureusement pas d'identifier les produits de coupe pharmacologiquement inactifs, ni les éventuelles contaminations bactériennes ou fongiques, qui peuvent pourtant être également dommageables sur le plan sanitaire.

Tableau 15 : Produits de coupe dans les échantillons de poudre saisis en Belgique, 2013-2017

		2017	2016	2015	2014	2013
Type de drogue	**Produit de coupe**	**% des échantillons**	**Concentration moyenne du produit de coupe (%)**			
Amphétamine	Caféine	67,35	34,44	35,2	58,1	54,6	53,0
	4-MA	/	/	/	0,0	1,6	1,9
	4-FA	/	/	N/A	2,2	5,1	3,3
	mCPP	/	/	N/A	0,0	8,1	10,7
	Paracétamol	/	/	N/A	/	/	/
Cocaïne	Lévamisole	47,6	8,9	8,2	11,8	12,9	9,0
	Phénacétine	22,4	20,4	15,7	25,9	20,0	27,0
	Paracétamol	0,1	78,0	5,1	/	/	/
	Caféine	14,2	5,4	11,9	17,3	14,1	6,7
	Hydroxyzine	2,0	3,3	5,1	0,3	2,0	4,0
	Lidocaïne	10,1	8,0	7,7	8,0	5,1	4,5
	Diltiazem	/	/	1,0	0,0	0,8	2,0
Héroïne	Caféine	90,5	17,0	19,3	25,1	23,2	20,0
	6-MAM	97,1		5,1	7,2	4,6	8,8
	Noscapine	95,6	10,6	10,2	10,1	7,5	9,0
	Papavérine	79,6	0,6	0,7	1,1	1,0	0,8
	Paracétamol	68,6	35,0	40,3	42,1	43,0	40,0

Source : Sciansano (2018), National reporting package EMCDDA. Contribution non publiée.

observables au niveau des drogues illégales circulant sur notre territoire, celles-ci étant régulièrement adultérées avec des produits de coupe dangereux.

La caféine est le produit le plus fréquemment utilisé pour couper le speed, puisqu'on en retrouve dans la majorité des échantillons analysés en 2017, avec une concentration moyenne de 34 %. En revanche, on ne retrouve plus de 4-MA depuis plusieurs années, alors qu'on en retrouvait dans 12 % des échantillons analysés en 2013[254].

Les échantillons de cocaïne sont souvent coupés avec du lévamisole (48 % des échantillons en 2017), un médicament essentiellement utilisé en médecine vétérinaire comme vermifuge, mais qui a également des propriétés stimulantes. Cette substance peut engendrer une série d'effets secondaires tels que des nausées, des douleurs abdominales, de l'anorexie et des éruptions cutanées, ainsi que, en cas de consommation prolongée, des troubles hématologiques plus graves tels que l'agranulocytose (chute de la production de certains globules blancs dans le sang). De manière générale, et malgré les problèmes que le lévamisole peut engendrer, il est mondialement utilisé comme produit de coupe de la cocaïne depuis près d'une dizaine d'années (UNODC, 2011), et compose à environ 10 % en moyenne les échantillons de cocaïne analysés en Belgique qui en contenaient. La cocaïne belge est aussi parfois coupée avec de la caféine (14,2 % des échantillons en 2017) ou de la phénacétine (22,4 % des échantillons en 2017). Ce dernier produit, qui a des propriétés analgésiques, est le précurseur du paracétamol. Il a été retiré du marché des médicaments depuis plusieurs années en raison de sa toxicité rénale et de son caractère cancérigène. Parmi les autres produits parfois utilisés pour couper la cocaïne, on retrouve principalement l'hydroxyzine et la lidocaïne.

Enfin, les échantillons d'héroïne analysés de 2013 à 2017 étaient majoritairement coupés avec de la caféine et du paracétamol. On retrouvait aussi quasi systématiquement du 6-MAM (la monoacétylmorphine est un produit de l'acétylation de la morphine, au même titre que l'héroïne), de la noscapine (un alcaloïde proche de la codéine) et de la papavérine (un alcaloïde déjà présent dans le latex utilisé pour fabriquer l'opium). Mais contrairement à la caféine ou au paracétamol qui sont de vrais adultérants, ces trois dernières molécules sont soit des produits intermédiaires de la synthèse d'héroïne à partir de l'opium (6-MAM), soit des alcaloïdes déjà présents dans l'opium (noscapine[255] et papavérine). Leur présence et leur concentration varient en fonction de la méthode de synthèse et de l'efficacité des procédures utilisées. Le produit de coupe

254 En 2011, cette substance a été impliquée dans au moins 6 décès en Belgique (voir section précédente). Sa présence dans les échantillons de speed peut s'expliquer par le fait que le précurseur de la synthèse d'amphétamine (le BMK) a parfois été contaminé ou confondu avec un autre précurseur (le 4-methyl-BMK ; Blanckaert et al., 2013) qui mène à la synthèse de 4-MA et qui, jusque très récemment, ne faisait pas l'objet d'une interdiction internationale et pouvait être acheté facilement sur Internet. La diminution du pourcentage d'échantillons de speed contenant de la 4-MA pourrait donc être une conséquence du contrôle de son précurseur. Ces dernières années, quelques échantillons de speed contenaient également de la 4-FA (4-fluoro-amphétamine ou 4-FMP), une phénéthylamine aux propriétés stimulantes moins marquées que celles de l'amphétamine mais ayant également un effet empathogène au même titre que la MDMA. Cette NDS, apparue à la fin des années 2000 sur le marché des drogues, est aussi parfois retrouvée dans des pilules d'ecstasy.

255 La noscapine peut toutefois également être synthétisée et volontairement utilisée comme adultérant (Klemenc, 2000).

Tableau 16 : Évolution du prix des drogues à la vente au détail en FWB, 2005-2017

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Héroïne brune (euro/g)	28,7 (10-50)	33,2 (10-75)		24,6 (10-52)	26,4 (10-50)	23,4 (8-70)	24,5 (6-75)	24,7 (6-100)	25,3 (7-80)	24,9 (6-90)	22,7 (5-50)	21,8 (5-70)	19,5 (5-100)
Cocaïne (euro/g)	50,5 (35-125)	48,4 (20-75)		49,9 (25-81)	53 (25-120)	49,7 (20-100)	49,9 (20-100)	49,4 (15-150)	48,6 (10-100)	49,5 (10-200)	52,3 (10-180)	48,2 (15-150)	50,2 (10-150)
Amphétamines (euro/g)	7,8 (1-12)	10,9 (5-30)		9,5 (3-20)	11,6 (2-40)	9,6 (2-40)	8,2 (2-25)	11,2 (4-25)	9,8 (2-15)	12,0 (2-25)	8,1 (3-30)	9,0 (2-25)	12,8 (3-20)
Ecstasy (euro/comprimé)	5,2 (3-10)	6,2 (1-20)		6,1 (2-20)	6,2 (1-25)	4,7 (1-15)	5,1 (1-15)	5,6 (0.4-20)	5,0 (1-15)	5,8 (1-20)	6,1 (2-20)	7,9 (2-20)	7,4 (1-25)
LSD (euro/carton)	8,8 (1.5-17.5)	8,9 (5-15)		10,5 (4-30)	9,5 (1-25)	9,6 (5-30)	8 (2-18)	8,8 (2-15)	8,3 (2-20)	7,7 (3-15)	7,4 (1-20)	8,7 (2-15)	11,3 (5-20)
Méthadone (euro/gélule)	/	/		/	/	/	2,9 (1-10)	2,8 (1-10)	3,0 (1-10)	3,8 (1-12)	2,3 (0,6-1)	3,4 (1-10)	3,1 (1-15)

Note : Les prix sont exprimés en euros. À titre indicatif, nous avons également mis entre parenthèses les prix les plus bas et les plus hauts mentionnés par les personnes interrogées (min-max).
Source : Eurotox

dont la concentration est la plus élevée est le paracétamol (qui compose les échantillons à environ 40 %).

PRIX

Après avoir été longtemps stable et d'environ 25 euros le gramme, le prix de l'**héroïne** brune semble être en diminution ces dernières années. La diminution du prix de ce produit constatée à partir de 2008 est probablement une conséquence de l'augmentation (depuis 2007-2008) de la production d'opium en Afghanistan, qui reste le principal pays producteur.

En ce qui concerne le prix des psychostimulants, le prix de la **cocaïne** est particulièrement stable ces dernières années (aux alentours de 50 euros le gramme). En revanche, le prix des pilules d'**ecstasy** semble avoir augmenté les deux dernières années, peut-être en raison de l'augmentation de la pureté des pilules en circulation. Le prix des **amphétamines** fluctue en dents de scie d'année en année, autour de 10-12 euros le gramme.

Finalement, le prix du **LSD**, qui se situait aux alentours de 8 euros le carton depuis plusieurs années, semble avoir augmenté en 2017. Celui de la **méthadone** vendue au marché noir se situe aux alentours de 3 euros la gélule.

L'USAGE DES AUTRES DROGUES ILLICITES DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

LES INDICATEURS

En Belgique, l'usage des autres drogues illégales est estimé dans la population générale sur base de la consommation auto-rapportée lors d'un entretien structuré réalisé dans le cadre de l'enquête HIS, dont la dernière levée a été réalisée en 2013. En nous focalisant sur la Wallonie, les indicateurs que nous rapportons ici sont les suivants : 1) la prévalence de l'usage sur la vie d'une drogue illicite autre que le cannabis ; 2) la prévalence de l'usage au cours des 12 derniers mois d'une drogue illicite autre que le cannabis ; 3) la prévalence d'usage au cours des 12 derniers mois de cocaïne, d'opiacés (héroïne ou dérivés), d'amphétamines ou ecstasy, ou d'une drogue illicite autre que celles citées (ex. LSD, kétamine, etc.). L'enquête HIS n'aborde pas l'usage de ces drogues au cours des 30 derniers jours.

Il convient de rappeler que ces indicateurs sous-estiment l'usage de ces produits dans la population générale parce que la méthodologie ne permet pas l'inclusion des personnes marginalisées ou institutionnalisée (par exemple en hôpital ou dans un centre résidentiel spécialisé en assuétudes), et parce que la participation est volontaire et exige de recevoir un enquêteur à son domicile. Cette sous-estimation est confirmée par le fait qu'un nombre très limité de Wallons interrogés dans l'enquête HIS ont déclaré avoir consommé un opiacé (héroïne ou un traitement de substitution) au cours des 12 derniers mois alors qu'ils sont plus de 8.000 à suivre chaque année un traitement de substitution aux opiacés dans la région.

LES CHIFFRES EN 2013

En 2013, la prévalence de l'**usage au cours de la vie d'une drogue illicite autre que le cannabis** était de 2,6 % dans la population wallonne âgée de 15 à 64 ans. La tranche d'âge la plus concernée est celle des 25-34 ans (7,8 %). Les hommes sont à nouveau proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir déjà consommé d'autres drogues que le cannabis, mais on n'observe pas de différence en fonction du niveau d'instruction.

La prévalence de l'**usage au cours des 12 derniers mois d'une drogue illicite autre que le cannabis** était de 0,4 % dans la population wallonne âgée de 15 à 64 ans. La tranche d'âge la plus concernée est à nouveau celle des 25-34 ans (1,4 %), mais les différences d'âge sont minimes, et on n'observe pas non plus de différence de genre. L'usage récent ne varie pas en fonction du niveau d'instruction des répondants.

Tableau 17 : Prévalence de l'usage des drogues illicites autres que le cannabis en Wallonie, par âge et par genre, 2013

	15-24 ans % (n=310)	25-34 ans % (n=368)	35-44 ans % (n=396)	45-54 ans % (n=463)	55-64 ans % (n=442)	Total % (N=1.979)
Prévalence de l'usage d'une autre drogue illicite que le cannabis au cours de la vie						
Hommes	2,0	12,3	6,0	1,3	0,0	4,3
Femmes	0,5	3,1	1,0	0,4	0,0	1,0
Total	1,3	7,8	3,5	0,8	0,0	2,6
Prévalence de l'usage d'une autre drogue illicite que le cannabis au cours des 12 derniers mois						
Hommes	0,3	1,4	1,0	0,0	0,0	0,5
Femmes	0,5	1,4	0,0	0,0	0,0	0,3
Total	0,4	1,4	0,5	0,0	0,0	0,4
Amphétamines/ Ecstasy	0,4	0,9	0,1	0,0	0,0	0,3
Cocaïne	0,3	0,8	0,1	0,0	0,0	0,2
Héroïne et substituts	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,1
Autre(s) produit(s)	0,3	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1

Source : Enquête HIS 2013 (Drieskens et al.)

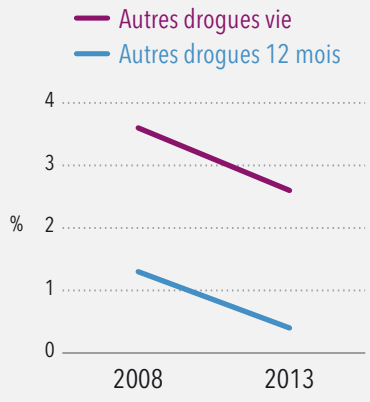
TENDANCES ET ÉVOLUTION

En Région Wallonne, la prévalence d'usage sur la vie et au cours des 12 derniers mois d'une autre drogue illicite que le cannabis est relativement stable entre 2008 et 2013.

Il est également important d'examiner l'évolution de ces indicateurs dans le temps en tenant compte de l'âge et du genre des répondants, dans la mesure où des évolutions subtiles pourraient passer inaperçues et être diluées lorsque l'on examine globalement l'évolution des consommations. Lorsque l'on se centre sur les 15-24 ans, on n'observe pas de modification de la prévalence de consommation de cocaïne au cours des 12 derniers mois, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes. Aucune évolution notable n'est identifiée pour ce produit pour les autres tranches d'âge.

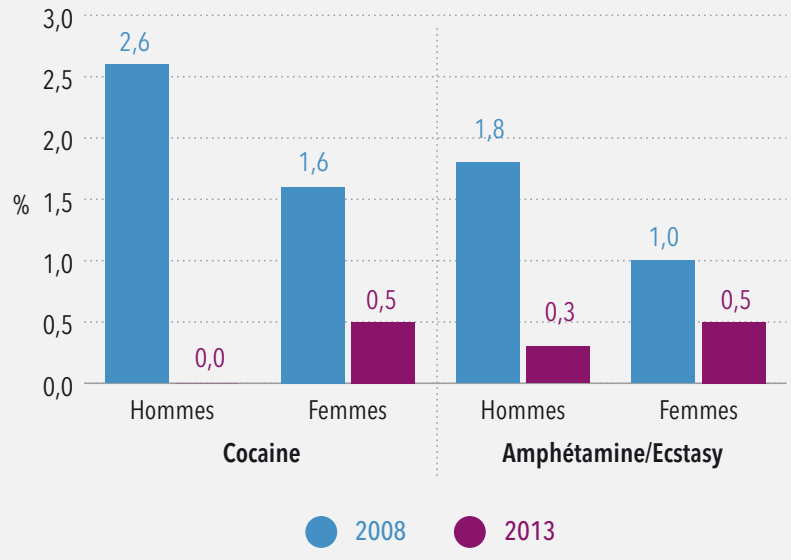
En ce qui concerne la consommation d'amphétamine ou d'ecstasy au cours des 12 derniers mois, un constat similaire est observé, à savoir une absence d'évolution de la prévalence d'usage chez les 15-24 ans. On n'observe pas non plus d'évolution en ce qui concerne la consommation d'héroïne ou de ses substituts ainsi que la consommation des autres drogues illicites.

Figure 22 : Évolution de l'usage des autres drogues illégales que le cannabis en Wallonie, 2008-2013



Source : Enquête HIS 2013 (Drieskens et al.)

Figure 23 : Évolution de l'usage de cocaïne et d'amphétamine/ecstasy au cours des 12 derniers mois chez les 15-24 ans en Wallonie, 2008-2013



Source : Enquête HIS 2013 (Drieskens et al.)

L'USAGE DES AUTRES DROGUES ILLICITES CHEZ LES JEUNES DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

LES INDICATEURS

En Fédération Wallonie-Bruxelles, l'usage des autres drogues illégales est uniquement estimé dans la population scolarisée dans l'enseignement secondaire via un questionnaire administré dans le cadre de l'enquête HBSC, dont la dernière levée a été réalisée en 2014. En nous focalisant sur la Wallonie, les indicateurs que nous rapportons concernent l'usage sur la vie (au moins un jour) des produits suivants : 1) l'ecstasy (ou drogues de synthèse similaire), 2) les amphétamines, 3) la cocaïne, 4) le LSD, 5) les champignons hallucinogènes, 6) le GHB, 7) les colles ou solvants, 8) le poppers, 9) les opiacés (héroïne, méthadone, opium…), 10) tout autre produit. L'enquête HBSC n'aborde plus l'usage de ces drogues au cours des 30 derniers jours.

Bien que l'enquête HBSC 2014 portait sur les comportements de santé des élèves de 5ème et 6ème primaire ainsi que de l'ensemble des élèves de l'enseignement secondaire, seuls appartenant au 2ème degré du secondaire (4ème année et plus) ont été interrogés par rapport à la consommation de drogues et de médicaments psychotropes. Par conséquent, les élèves de 15 ans sont sous-représentés dans la mesure où une bonne partie d'entre eux se trouve dans les classes inférieures. De même, la classe des élèves de 19 ans et plus ne peut être considérée comme représentative de l'ensemble des étudiants de cet âge dans la mesure où une bonne partie est entrée aux études supérieures et qu'elle est uniquement constituée d'élèves ayant redoublé ou poursuivant une 7ème année professionnelle. Pour ces raisons, les différences d'âge sont fournies à titre indicatif et doivent être considérées avec prudence.

LES CHIFFRES EN 2014

La prévalence de l'**usage au cours de la vie d'une drogue illicite autre que le cannabis** était de 10,5 % chez les élèves de 15 ans et plus scolarisés dans l'enseignement secondaire supérieur francophone de la Wallonie. Elle est un peu plus élevée chez les garçons que chez les filles, et augmente aussi avec l'âge des répondants. Les prévalences d'usage par produit sont détaillées dans le tableau 18.

Tableau 18 : Prévalence de la consommation au cours de la vie de drogues autres que le cannabis chez les élèves scolarisés dans l'enseignement secondaire supérieur francophone de la Wallonie, par âge et par genre, 2014

	15-16 ans %	17-18 ans %	19 ans et + %	Total %
Consommation d'une drogue autre que le cannabis sur la vie				
Garçons (n=1.828)	10,4	12,8	16,1	12,6
Filles (n=2.044)	6,3	8,6	13,9	8,5
Total (N=3.872)	8,2	10,5	15,1	10,5
Consommation de d'ecstasy (ou drogues de synthèse similaire) sur la vie				
Garçons (n=1.825)	2,5	4,4	5,1	3,9
Filles (n=2.041)	1,2	1,5	2,7	1,6
Total (N=3.866)	1,8	2,8	4,0	2,7
Consommation d'amphétamines sur la vie				
Garçons (n=1.813)	2,7	3,7	5,5	3,7
Filles (n=2.037)	0,9	1,3	4,7	1,7
Total (N=3.850)	1,7	2,4	5,1	2,6
Consommation de cocaïne sur la vie				
Garçons (n=1.815)	2,2	2,7	5,7	3,1
Filles (n=2.041)	1,4	2,6	3,7	2,3
Total (N=3.856)	1,8	2,6	4,8	2,7
Consommation de LSD sur la vie				
Garçons (n=1.815)	1,1	2,6	2,5	2,0
Filles (n=2.040)	0,5	1,2	1,3	1,0
Total (N=3.855)	0,8	1,8	1,9	1,5
Consommation de champignons hallucinogènes sur la vie				
Garçons (n=1.818)	2,2	5,1	5,7	4,2
Filles (n=2.038)	0,5	1,5	3,7	1,5
Total (N=3.856)	1,3	3,2	4,8	2,8
Consommation de GHB sur la vie				
Garçons (n=1.815)	2,1	2,1	2,1	2,1
Filles (n=2.038)	1,8	1,6	2,6	1,9
Total (N=3.853)	2,0	1,7	2,8	2,0
Consommation de colles/solvants sur la vie				
Garçons (n=1.817)	1,1	0,9	0,8	0,9
Filles (n=2.038)	1,1	0,5	1,0	0,8
Total (N=3.855)	1,1	0,7	0,9	0,9
Consommation de poppers sur la vie				
Garçons (n=1.809)	1,3	3,4	5,2	3,0
Filles (n=2.040)	0,7	2,1	7,0	2,3
Total (N=3.849)	0,9	2,7	6,0	2,7
Consommation d'opiacés sur la vie				
Garçons (n=1.813)	0,5	0,6	2,2	0,9
Filles (n=2.035)	0,3	0,6	0,3	0,4
Total (N=3.848)	0,4	0,6	1,3	0,6
Consommation d'un autre produit sur la vie				
Garçons (n=1.496)	3,2	2,6	4,0	3,1
Filles (n=1.527)	1,8	1,7	3,9	2,0
Total (N=3.023)	2,5	2,1	4,0	2,5

Source : Enquête HBSC 2014 (Moreau et al., 2017)

PERSPECTIVES

Si on en croit les deux enquêtes officielles (HIS et HBSC), la consommation des drogues illicites autres que le cannabis est relativement faible en Wallonie. Ces enquêtes ne témoignent que des pratiques de consommation des personnes insérées dans la société, et sous-estiment donc clairement l'étendue du phénomène. L'offre de drogues illicites est en effet importante en Belgique selon les statistiques policières. Elle s'accompagne de diverses activités illégales menées afin de rendre disponibles à la consommation les produits illicites (fabrication, exportation et l'importation, commerce de gros ou au détail). Ses activités sont fondamentalement motivées par le profit, et engendrent une économie souterraine de grande ampleur à laquelle s'associe une violence multiforme. Les violences liées aux drogues ne se limitent pas à celles pouvant être induites par les effets psychoactifs du produit sur le comportement ou par la petite délinquance pouvant être associée au financement de la consommation. Une grande partie des violences sont le résultat de la concurrence féroce entre ceux qui se partagent ce marché très lucratif. Paradoxalement, cette forme de violence est un dommage collatéral de la prohibition, et il semble même qu'un durcissement des lois sur les drogues l'intensifie (Werb et al, 2011). Afin de tenter d'éradiquer ces marchés, l'État belge, à l'instar de nombreux pays, investit chaque année des budgets et moyens importants dans la répression de ces activités et dans la criminalisation des usager·e·s. Pourtant, un nombre considérable de publications soulignent l'inefficacité des politiques répressives, et leur contre-productivité. Par exemple, Werb et ses collaborateurs (2013) ont analysé longitudinalement différentes bases de données internationales (dont celles de l'OEDT) et ont mis en évidence qu'entre le début des années 90 et la fin des années 2000, la pureté des produits s'est continuellement améliorée et que leurs prix ont progressivement diminué (lorsque l'on tient compte de l'inflation et de l'augmentation de leur pureté). Parallèlement, les saisies ont été relativement stables voire en augmentation, alors que les moyens répressifs alloués à la diminution de l'offre n'ont cessé de croître. Ces constats invalident l'efficacité de l'approche prohibitionniste, qui devrait logiquement entraîner une diminution de la disponibilité des produits et de leur pureté, ainsi qu'une augmentation de leur prix. La contre-productivité des politiques drogues a récemment aussi été évaluée par l'IDPC (IDPC, 2018), qui souligne également l'impact délétère des politiques en raison du non-respect des droits de l'homme dans de nombreux pays (voir 3.1.2).

La prohibition favorise aussi les problèmes de santé qu'elle est censée prévenir, parce les substances sont majoritairement produites et mises en circulation par des organisations criminelles dont le seul objectif est l'enrichissement personnel plutôt que les considérations d'ordre sanitaire. Les produits sont donc couramment frelatés à l'aide de produits de coupe dangereux pour la santé afin de maximiser les gains. La prohibition retarde également l'accès au soin et frêne la détection précoce des usages problématiques. En outre, les prix pratiqués sont tels qu'un certain nombre d'usager·e·s rencontrent des difficultés financières favorisant leur marginalisation et l'émergence de problématiques connexes (problèmes de logement, petite délinquance, etc.).

Enfin, les dépenses publiques liées à la répression/sécurité en matière de drogues illégales sont également très importantes, au détriment des dépenses allouées à la prévention et à la réduction des risques. Ainsi, en Belgique, selon une estimation des dépenses publiques liées aux drogues illégales pour les années 2014-2015, 38,13 % des dépenses étaient allouées à la répression et à la sécurité, alors que celles allouées à la prévention et à la réduction des risques sont respectivement estimées à 1,02 % et 0,.7 % (CGPD, 2016 et 2018) (voir le chapitre 1.3).

Les conséquences socio-sanitaires (morbidité, mortalité, …) de la consommation des autres drogues illégales que le cannabis seront abordées dans un chapitre dédié.

AVIS DES EXPERT·E·S

Benoît Brouillard, Coordinateur de La CAHO asbl (réseau assuétudes Wallon zone 1)

«Ces réseaux assuétudes visent à répondre de façon optimale sur un territoire donné aux demandes de la population en matière d'assuétudes, que ce soient les personnes consommatrices, dépendantes ou leur entourage».

Nous constatons en région Wallonne une augmentation des demandes d'aide en lien avec de la consommation de cocaïne. Ces demandes proviennent de la population générale, du milieu festif mais elles émergent aussi d'un public de plus en plus marginalisé et précarisé, principalement poly consommateur. Ces derniers consomment leurs produits essentiellement en injection avec des risques d'infections virales, de septicémies, … Sur le terrain, face à ces nombreuses problématiques, le secteur wallon des assuétudes «bricole» des solutions pour faire face à l'absence d'une politique de santé publique cohérente et à un manque de moyens consacrés à la prévention, aux soins et à la réduction des risques en matière d'assuétudes. Les usagers de drogues sont perçus négativement par les structures de soins classiques et les dispositifs spécifiques à leur accueil sont réellement menacés. Nous revendiquons de pouvoir continuer à les accompagner décemment dans une meilleure accessibilité aux soins de santé et ainsi leur permettre une certaine intégration sociale. Pour cela, il est urgent que la société civile rejoigne la campagne «stop 1921», appuie l'ouverture de salles de consommation à moindre risques et demande aux politiques d'octroyer des moyens à la hauteur de cette problématique majeure de santé publique qu'est l'accessibilité aux soins des personnes dépendantes que ce soit à des produits légaux ou illégaux.

5.2.6. LES NOUVELLES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (NSP)

Le phénomène des NSP est une conséquence de la prohibition, liée au développement d'Internet et des pratiques d'achat en ligne. En effet, dans la plupart des pays, les lois sur les drogues s'appliquent à une liste définie de produits. Cette liste est régulièrement mise à jour à mesure que de nouveaux produits jugés dangereux sur le plan sanitaire ou social sont identifiés. Mais cette procédure peut prendre plusieurs mois voire années, ce qui laisse le temps à des entrepreneurs peu scrupuleux de vendre de nouvelles substances psychoactives en échappant à la législation sur les drogues. Ces substances sont également systématiquement vendues comme «non-destinées à la consommation humaine» (*not for human comsumption*) afin de contourner également les lois sur les substances réglementées telles que les médicaments ou les compléments alimentaires. Elles sont principalement vendues sur Internet ou dans des smartshops, sous des appellations diverses (*Research chemicals*, *legal highs*[256], sels de bain, encens, pot-pourri, …).

LE CADRE LÉGISLATIF

Le cadre législatif prohibitionniste 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.

Le changement de stratégie législative opéré avec l'Arrêté royal de 2017 permet une interdiction anticipative de nouvelles substances psychoactive (NSP)[257] 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 certains spécialistes (van Amsterdam, Nutt, & van den Brink, 2013).

Ces textes sont davantage détaillés, contextualisés et commentés au chapitre 1.2.2. Le cadre légal fédéral.

En dehors des législations génériques, le décours temporel entre la détection d'une substance, l'évaluation de sa dangerosité, et son éventuelle interdiction est particulièrement long (deux à trois ans). C'est pour cette raison que le Parlement européen avait également proposé en septembre 2013 une directive et un règlement de manière à accélérer (voire rendre immédiate dans certains cas) l'interdiction de la commercialisation des nouvelles substances qui présentent un risque important pour la santé. Ces propositions n'ont finalement pas été ratifiées par le Conseil de l'Europe. En revanche, une nouvelle directive a été adoptée en novembre 2017 afin d'accélérer et mieux standardiser les procédures d'évaluation des risques, dans le but de réagir plus efficacement à la circulation de NPS dangereuses sur le plan socio-sanitaire (EMCDDA, 2017a). Il s'agit toutefois de changements minimes par rapport à ce qui était prévu dans le règlement et la directive proposée en 2013.

LA DISPONIBILITÉ ET L'OFFRE DE NSP EN BELGIQUE

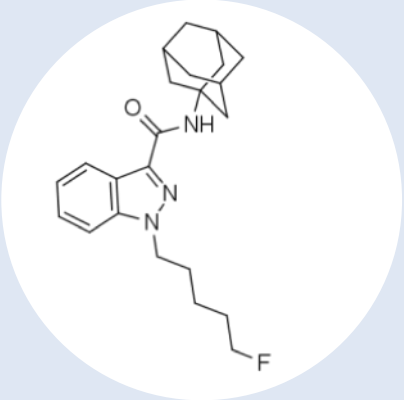
Les NSP sont le plus souvent synthétisées en Chine ou, dans une moindre mesure, en Inde par des entreprises chimiques ou des firmes pharmaceutiques, mais certaines sont aussi directement fabriquées en Europe dans des laboratoires clandestins (UNODC, 2013). Mais on constate ces dernières années une augmentation de leur production sur le territoire européen, en particulier des NPS interdites (EMCDDA, 2018a). Ces molécules sont le plus souvent commercialisées via des sites Internet épurés qui les présentent comme des *Research Chemicals* (RC), c'est-à-dire des molécules destinées à la recherche. Après importation en Europe, 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 physique 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. Al-Imam & AbdulMajeed, 2017).

Un relevé réalisé par l'OEDT montre clairement que le nombre de sites de vente en ligne n'a cessé de croître ces dernières années. Ainsi, alors qu'en janvier 2010 un total de 170 sites Internet vendaient certains euphorisants légaux prédéfinis (non limités aux nouvelles drogues de synthèse) à au moins un pays de l'Union européenne, ce nombre est passé à 314 en janvier 2011, puis à 693 en janvier 2012 et 651 en 2013 (EMCDDA, 2015a). Cette augmentation du nombre de sites online de vente s'est en outre produite parallèlement à une hausse du nombre de nouvelles substances psychoactives détectées sur le territoire européen. En 2014 et 2015, les partenaires du projet I-Trend ont quant à eux respectivement identifié 392 et 410 sites Internet distincts, hébergés uniquement dans les 5 pays participant au projet (France, Pays-Bas, Royaume-Uni, République Tchèque et Pologne). La majorité des sites étaient hébergés sur des serveurs au Royaume-Uni (Kmetonyová & Pažitný, 2015).

256 La notion d'euphorisant légal (*legal high*) est un terme générique qui regroupe l'ensemble des substances psychoactives vendues légalement à un moment donné. Il comprend d'une part des produits d'origine végétale légèrement psychoactifs vendus dans des smartshops ou via Internet depuis plus d'une décennie et n'ayant jamais véritablement posé des problèmes d'ordre sanitaire (e.g. Kratom, laitue vireuse, damiana), et couvre surtout d'autre part les nouvelles substances psychoactives d'origine synthétique (ou nouvelles drogues de synthèse) qui n'ont pas encore été interdites et qui peuvent parfois être présentées sous forme végétale (après avoir été mélangées à des extraits inactifs).

257 La notion de NSP (on parle aussi de «nouvelles drogues de synthèse» ou de «nouveaux produits de synthèse») est un terme générique qui comprend : 1) les molécules psychoactives détournées de leur usage en recherche scientifique ; 2) les molécules psychoactives qui sont spécialement synthétisées pour contourner les lois sur les drogues (d'où l'appellation *legal high*, c'est-à-dire euphorisants légaux).

Le prix des NSP varie en fonction de la substance et de la quantité achetée, mais également en fonction du conditionnement. Il est considérablement moins élevé pour les produits de type *research chemicals* que lorsque les produits ont été reconditionnés et soumis au marketing. À titre d'exemple, du 5F-AKB48 (un cannabinoïde de synthèse particulièrement puissant responsable de nombreuses intoxications) d'une pureté très élevée (plus de 90 %) coûte entre 5 et 20 euros le gramme suivant le RC shop et la quantité achetée. En comptant que la dose active est d'environ 1 à 2mg, ces produits peuvent donc être extrêmement compétitifs en termes de rapport qualité/prix par rapport aux drogues classiques, et particulièrement dangereux. Un produit composé de 3g d'herbe mélangée à du 5F-AKB48 supposément dosé à 8 % coûtera en revanche 15 euros. Ce type de mélanges est connu pour être très variablement dosé en principe actif, même au sein d'un même sachet, ce qui les rend particulièrement imprévisibles et dangereux. Enfin, une fiole de 5ml de e-liquid permettant d'assurer environ 30 doses coute aux alentours de 15 euros.



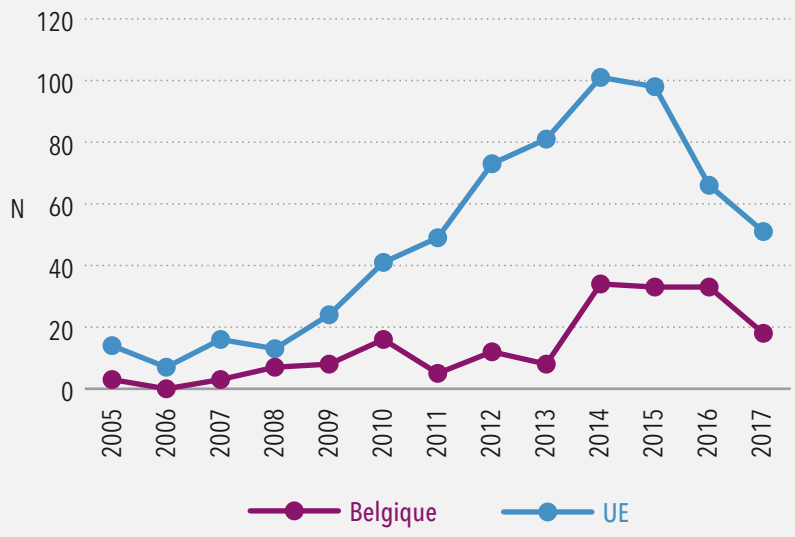
5 à 20 euros/g
Pureté annoncée : 98 %
± 1000 doses

15 euros/3g
Pureté annoncée : 8 %
± 200 doses

15 euros/5ml
Pureté annoncée : 30 %
± 30 doses

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, comme on peut le voir sur la figure 24. Depuis 2016, le nombre de NSP est en diminution puisqu'il est tombé à 66, puis à 51 en 2017. Le nombre total de nouvelles substances surveillées s'élèvent donc à environ 670. Environ 50 % d'entre elles ont été détectées dans l'UE en 2016, ce qui souligne la grande diversité des substances circulant sur ce marché même si un bon nombre d'entre elles ont progressivement disparu. Le système d'alerte précoce (EWS pour Early Warning System) belge a quant à lui recensé un total de 42 NSP sur la période 2005-2011, contre 164 au niveau européen (Van der Linden, Antoine, Blanckaert, & van Bussel, 2012). En 2015 ainsi qu'en 2016, 33 nouvelles molécules ont été détectées sur notre territoire.

Figure 24 : Nombre de NSP détectées en Belgique et en Europe de 2005 à 2017



Sources : Sciansano (2018), National reporting package EMCDDA. Contribution non publiée. EMCDDA (2018a)

De manière générale, la propagation des NSP est un phénomène mondial, quoique particulièrement observé en Europe, peut-être en raison de l'efficacité de l'EWS (UNODC, 2013). Cette augmentation est attribuable au développement du marché des «euphorisants légaux» (*legal highs*) et des research chemicals, ces substances généralement de nature synthétique qui sont proposées à la vente sur Internet par des entrepreneurs peu scrupuleux tout en contournant les lois sur les stupéfiants. L'origine de la diminution du nombre de NPS recensées sur le territoire européen pourrait s'expliquer par trois facteurs : 1) certains pays européens ont pris des mesures afin d'interdire la vente de ces produits sur leur territoire, ce qui diminue

leur disponibilité ; 2) la Chine a mis en place des mesures de contrôle/interdiction et de répressions des laboratoires qui produisent ces substances, ce qui diminue la production ; 3) le nombre de nouvelles molécules psychoactives mentionnées dans des publications scientifiques ou issues des travaux d'Alexander Shulgin n'est pas illimité, et s'épuise peu à peu.

Les cathinones synthétiques[258] représentent environ 21 %, les cannabinoïdes 17 %, les opiacés 14 % et les phénéthylamines[259] 9 % des nouvelles substances identifiées en 2016 au niveau européen (EMCDDA, 2017c). En termes de disponibilité sur le marché, en 2016, un peu plus de 70.000 saisies de nouvelles substances ont été effectuées à travers l'Europe (soit près de 30.000 saisies de plus qu'en 2014). Les cannabinoïdes de synthèse représentent en 2016 45 % des saisies, les cathinones de synthèse 33 %, les benzodiazépines 4 % et les phénéthylamines 3 % (EMCDDA, 2018). Le marché des benzodiazépines synthétiques s'est particulièrement développé depuis 2014. Les opioïdes de synthèse restent relativement peu courants (2 % des saisies en 2016, 1 % en 2014 et 1 % en 2015), mais on observe ces dernières années une augmentation des produits de ce type : depuis 2009, 25 opioïdes de synthèse ont été détectés dans l'UE (18 dérivés de fentanyl), dont 9 en 2016 (8 dérivés de fentanyl). Bien que peu présentes actuellement sur le marché européen, ces substances constituent une menace réelle pour la santé publique en raison de leur puissance, et nous ne sommes pas à l'abri d'un phénomène similaire à celui qui préoccupe en ce moment l'Amérique du Nord, où le nombre d'overdoses liées aux fentanyls a littéralement explosé. Par ailleurs, même si le nombre de saisies de certaines NSP parait faible, il doit être pondéré en fonction des quantités saisies et surtout de la puissance de certaines molécules.

En Belgique comme partout en Europe, la représentativité de ces familles (en termes de saisies mais également d'émergence de nouveaux produits) fluctue dans le temps.

Ces variations s'expliquent essentiellement par la popularité/succès des NSP auprès des usager·e·s à un moment donné et par l'efficacité du dispositif réglementaire pour les sanctionner (la réactivité du système répressif face à une molécule populaire favorisant l'apparition de molécules dérivées).

Depuis 1997 et jusqu'à ce jour, 32 procédures d'évaluation des risques ont été initiées à la demande du Conseil de l'UE dans le cadre du EWS, et ce pour les molécules suivantes : MBDB, 4-MTA, GHB, Ketamine, PMMA, 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7, TMA-2, BZP, méphédrone, 4-MA, 5-IT, 25I-NBOMe, AH-7921, MDPV, méthoxetamine, 4,4'-DMAR, MT-45, α-PVP , MDMB-CHMICA, acryloylfentanyl, furanylfentanyl, AB-CHMINACA, ADB-CHMINACA, 5F-MDMB-PINACA, CUMYL-4CN-BINACA, 4F-iBF, THF-F, carfentanil, cyclopropylfentanyl et methoxycetylfentanyl. Ces procédures ont abouti à l'interdiction d'environ deux tiers de ces substances à l'échelle de l'UE, les États membres disposant désormais de 6 mois pour transposer cette mesure sur le plan de leur droit national.

L'USAGE DES NOUVELLES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

LES INDICATEURS

Actuellement, nous disposons d'un nombre restreint d'indicateurs permettant d'estimer la consommation de NSP dans la population générale en Wallonie : 1) la prévalence de l'usage de NSP au cours des 12 derniers mois (enquête HIS 2013) ; 2) l'usage de NSP au cours des 12 derniers mois (Global Drug Survey 2013) ; 3) et l'achat de NSP en ligne au cours des 12 derniers mois (Global Drug Survey 2016).

Selon l'**enquête HIS 2013**, l'usage de NSP au cours des 12 derniers mois serait anecdotique dans la population générale en Wallonie, puisqu'il ne concernerait que 0,1 % des 15-64 ans (à savoir 3 personnes dans l'échantillon). Ces estimations, et en particulier la ventilation par classe d'âge, sont bien évidemment à prendre avec prudence étant donné la taille de l'échantillon et d'éventuels biais d'échantillonnage.

L'**enquête Global Drug Survey** réalisée en **2013** (Winstock, 2014) montrait quant à elle qu'environ 4 % des 2.700 répondants belges ont déclaré avoir consommé au moins une fois un *legal high* (ou une research chemical) au cours des 12 derniers mois. Comme il s'agit d'une enquête en ligne sans méthode d'échantillonnage, les résultats de cette enquête ne sont pas représentatifs de la population belge. Il est raisonnable de penser que les répondants sont majoritairement des personnes qui manifestent un intérêt par rapport à la consommation d'alcool et de drogues. Les résultats de cette enquête témoignent toutefois de l'intérêt d'un sous-groupe d'usager·e·s pour ces nouveaux produits.

L'**enquête Global Drug Survey** réalisée en **2016** (Winstock, Ferris, Maier & Barratt, 2017) s'est quant à elle intéressée aux pratiques d'achat de drogues en ligne. Il ressort que 20 % des répondants belges (N=924) ont déjà acheté de la drogue sur Internet, (15,7 % les 12 derniers mois). L'achat spécifique sur le dark web concerne 8,4 % des répondants belges (5,9 % les 12 derniers mois). Enfin, 5,1 % des répondants belges ont déclaré avoir acheté au moins une fois une ou plusieurs NSP en ligne au cours des 12 derniers mois. Ces données suggèrent que l'achat de drogues en ligne est une modalité d'acquisition de produits à laquelle ont recours certains Belges, et manifestement pas uniquement en vue d'acquérir des NSP.

Tableau 19 : Prévalence de l'usage de NSP au cours des 12 derniers mois en Wallonie, par âge et par genre, 2013

	15-24 ans % (n=307)	25-34 ans % (n=366)	35-44 ans % (n=388)	45-54 ans % (n=447)	55-64 ans % (n=444)	Total % (N=1.952)
Hommes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Femmes	0,5	0,9	0,0	0,0	0,0	0,1
Total	0,3	0,5	0,0	0,0	0,0	0,1

Source : Enquête HIS 2013 (Drieskens et al.)

258 Catégorie de substances ayant une structure moléculaire et des effets semblables aux amphétamines.

259 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.

LA CONSOMMATION DE NOUVELLES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (NSP) AU FORMAT E-LIQUIDE

Si les données en la matière sont relativement anecdotiques en Europe, l'EMCDDA et l'OFDT font état d'une évolution récente : les nouveaux produits de synthèse sous forme e-liquide. L'EMCDDA rapporte la découverte de cannabinoïdes de synthèse et de fentanyls dans les cartouches remplies de liquides destinées à être utilisées dans les cigarettes électroniques (EMCDDA, 2017e et 2018b). L'EMCDDA attribue l'usage de cannabinoïdes de synthèse en e-liquide au succès récent de la cigarette électronique auprès des jeunes. L'ODFT relève quant à lui que, sur les forums d'usager·e·s, les conversations portant sur les cannabinoïdes de synthèse concernent désormais quasi exclusivement leur forme e-liquide (Martinez et al, 2018).

Concernant les fentanyls, l'EMCDDA s'inquiète que leur disponibilité sous forme e-liquide ne rende leur consommation plus attractive et socialement acceptable, participant *in fine* à leur diffusion (EMCDDA, 2018b).

L'attrait pour les formes e-liquide peut relever de la possibilité pour les usager·e·s de doser la concentration de NSP en les diluant eux-mêmes dans le e-liquide. De plus, les cigarettes électroniques de dernière génération permettent de régler la puissance et le flux de vapeur (FARES, 2016). Des flacons de liquide déjà dosés (y compris en THC) sont évidemment en vente sur le marché noir ; cependant leur concentration en principe actif et leur composition sont souvent peu ou pas connus, ce qui comporte des risques non-négligeables pour les usager·e·s.

L'USAGE DES NOUVELLES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES JEUNES

LES INDICATEURS

L'enquête HBSC 2014 n'interrogeait pas spécifiquement les jeunes par rapport à la consommation de NSP. En revanche, nous disposons de quelques indicateurs relatifs à l'usage de ces produits récoltés auprès d'un échantillon de 500 jeunes belges de 15-24 ans dans le cadre d'une enquête européenne : 1) la prévalence de l'usage de NSP au cours de la vie (Flash Eurobaromètres 2011 et 2014) 2) la prévalence de l'usage de NSP au cours des 12 derniers mois (Flash Eurobaromètre 2014) ; 3) la prévalence de l'usage de NSP au cours des 30 derniers jours (Flash Eurobaromètre 2014).

Selon le Flash eurobaromètre 2014, la prévalence d'usage de *legal highs* sur la vie s'élève à environ 8 % pour les répondants belges et européens[260] âgés de 15 à 24 ans (voir tableau 20). Il s'agit là d'une hausse par rapport à 2011 (+4 % pour les jeunes belges et +3 % pour les jeunes européens). Cette augmentation, qui touche globalement tous les pays européens, témoigne du succès grandissant de ces produits auprès des jeunes, qui pourrait en partie s'expliquer par une plus grande connaissance de leur existence et par une augmentation de leur disponibilité sur Internet.

L'usage récent et l'usage actuel de ces substances sont apparemment peu fréquents, puisqu'en 2014 seulement 1 % des répondants belges et européens ont déclaré avoir consommé l'un de ces produits au cours des 30 derniers jours et 3 à 4 % au cours des 12 derniers mois. Même si cette enquête ne fournit pas d'indication sur la fréquence de consommation, il est donc probable que l'usage qu'en font les jeunes soit, pour la plupart, essentiellement expérimental ou très occasionnel.

Si l'on rapporte le pourcentage d'expérimentation (usage sur la vie) enregistré en Belgique à la taille de la population belge âgée de 15 à 24 ans observée au moment de l'enquête (à savoir 1.342.717 personnes), et pour autant que l'échantillon soit effectivement représentatif de cette population, on peut estimer qu'environ 110.000 jeunes belges de cet âge (IC 95 % : 75.000-145.000[261]) ont déjà consommé au moins une fois un euphorisant légal.

Les jeunes qui ont consommé des *legal highs* au cours des 12 derniers mois[262] les ont généralement achetés ou reçus d'un ami (68 % des Européens et 87 % des Belges) ou achetés auprès d'un dealer (27 % des Européens et 35 % des Belges). En revanche, ils les ont rarement achetés sur Internet

Tableau 20 : Prévalence de la consommation de *legal highs* chez les Belges et les Européens âgés de 15 à 24 ans, Flash Eurobaromètre 2014

	Échantillon belge (N=500) %	Moyenne européenne (N=13.128) %	Minimum européen %	Maximum européen %
Usage de *legal highs* sur la vie	8,2	7,8	0,5	22,4
Usage de *legal highs* les 12 derniers mois	3,4	3,9	0,0	8,8
Usage de *legal highs* les 30 derniers jours	1,0	1,3	0,0	4,0

Source : Flash Eurobaromètre 401

260 Il existe une importante disparité entre pays en ce qui concerne l'usage de ces substances. Ainsi, 22% des jeunes irlandais interrogés ont déclaré en avoir déjà consommé, suivi par 13% des répondants espagnols et slovaques, et 12% des jeunes français, ces trois derniers pays étant ceux où l'on observe la plus forte augmentation de l'usage de ces produits par rapport à 2011.

261 Les intervalles de confiance ont été calculés par nos soins. La marge d'erreur de l'estimation est particulièrement élevée en raison de la taille de l'échantillon.

262 Au total 508 jeunes européens et 17 jeunes belges ont déclaré avoir consommé au moins une fois un de ces produits au cours des 12 derniers mois. En raison du faible nombre de Belges concernés par cette consommation, les pourcentages relatifs à la Belgique sont fournis uniquement à titre indicatif et doivent être appréhendés avec prudence.

(3 % des Belges et 3 % des Européens), ce qui laisse penser que ces produits sont davantage consommés par opportunisme. En ce qui concerne les contextes habituels de consommation, ces substances sont le plus souvent utilisées entre amis (pour 60 % des Européens et 100 % des Belges), ou lors d'une fête ou d'un événement (65 % des Européens et 76 % des Belges). Mais une portion non négligeable des répondants les a consommées seul et en privé (15 % des Européens et 9 % des Belges), ce qui peut s'avérer particulièrement dangereux en cas de complications.

PERSPECTIVES

La consommation de NSP est insuffisamment documentée en Belgique et a fortiori en Wallonie. Les enquêtes épidémiologiques se sont tardivement adaptées à cette problématique, et de nombreux outils de monitoring ne permettent pas encore de les enregistrer (e.g. le registre de la mortalité, basé sur les codes diagnostiques de l'ICD10 ; le Résumé Psychiatrique Minimum, basé sur les critères diagnostiques du DSM-4 ; le système d'enregistrement de la police fédérale). Sur base des quelques données disponibles, il apparait néanmoins que la consommation de NSP a augmenté en Belgique ces dernières années. Mais elle n'y est apparemment pas particulièrement élevée, 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, ce qui pourrait expliquer le faible intérêt des Belges pour les produits alternatifs.

Dans d'autres pays, les NSP concurrencent davantage les produits classiques et nous ne sommes pas à l'abri d'une évolution de la situation belge. Certains produits sont inquiétants sur le plan sanitaire parce qu'ils sont responsables d'intoxications aiguës sérieuses et parfois mortelles. C'est notamment le cas de cannabinoïdes synthétiques, des dérivés du fentanyl ou encore des NBOMe. En outre, le profil pharmacologique et toxicologique de nombreuses NSP est généralement peu documenté voire inconnu. Il convient dès lors de les appréhender avec prudence en raison des incertitudes quant aux effets, dosages ou encore risques associés à leur consommation, ce que les usager·e·s plus naïfs ou trop confiants ne font pas forcément.

De manière générale, les risques liés à la consommation de ces produits sont majorés et surtout difficiles à évaluer pour plusieurs raisons : 1) la fabrication et le reconditionnement de ces substances s'effectuent en dehors de tout contrôle sanitaire, d'où les risques de mélange de molécules, d'erreur d'étiquetage, de dosage approximatif ou encore de contamination bactérienne ou fongique ; 2) ces substances circulent parfois sur le marché noir comme ersatz de drogues illégales sans que l'usager·e en soit informé ; or elles n'ont pas forcément les mêmes effets ni le même dosage ; 3) leur dosage ne tolère pas les approximations, certaines NSP pouvant être mortelles à partir de quelques milligrammes, de sorte qu'il convient de les appréhender avec prudence. Malgré cela, ces substances sont généralement vendues sans notice d'utilisation, puisqu'elles ne sont officiellement pas destinées à la consommation humaine. Le marketing, qui est parfois associé à la vente de ces produits (emballage et nom de vente attractif), peut en outre induire un sentiment de sécurité fallacieux et dangereux chez les consommateurs non-avertis.

Pour faire face à ce phénomène, la Belgique a pris l'option d'utiliser un système d'interdiction basé sur des classifications génériques, évitant ainsi de devoir continuellement mettre à jour la liste des produits interdits[263]. Actuellement, 16 pays de l'Union Européenne ont mis en place des systèmes de contrôle générique similaires (EMCDDA, 2018a). La loi de 1921 a donc été modifiée de manière à poser les bases légales de ce type de législation (cf. la loi du 9 février 2014). L'arrêté royal précisant les classifications génériques sur laquelle cette loi s'applique a été publié le 26 septembre 2017. Alors que la prohibition est manifestement inefficace et contre-productive en matière de lutte contre l'usage de drogues (voir par exemple Coppel & Doubre, 2012 ; De Corte, De Grauwe & Tytgat, 2013 ; CGPD, 2013 ; Insulza, 2013 ; Werb et al., 2011, 2013), que le *dark web*[264] devient un mode alternatif et discret d'accès aux produits interdits, et que d'autres alternatives encourageantes sont initiées (les marchés réglementés), cette nouvelle forme d'approche législative ne permettra probablement que de réguler partiellement la disponibilité de ces nouveaux produits.

Nous renvoyons le lecteur intéressé par le sujet des NSP à notre livret thématique disponible sur le site Internet d'Eurotox, ainsi qu'à l'article rédigé dans la revue Psychotropes (Hogge, 2014), également téléchargeable sur le site d'Eurotox.

5.2.7. LA POLYCONSOMMATION

Il n'existe pas de définition univoque de la polyconsommation, parce que ce terme recouvre différentes pratiques répondant à des motivations variées (maximisation des effets recherchés, minimisation des effets indésirables, opportunisme, polydépendance…). Dans une acception large, elle peut être définie comme une pratique qui consiste à consommer plusieurs produits, de manière combinée ou successive, sur une période déterminée. La polyconsommation est considérée comme une pratique à risque parce que l'usage combiné de plusieurs substances peut engendrer des interactions pharmacologiques dangereuses augmentant le risque de complications potentiellement fatales (hyperthermie, accident vasculaire cérébral, dépression respiratoire, etc.) et parce que la polydépendance qu'elle peut susciter complique le travail de prise en charge et augmente le risque de rechute et de morbidité.

263 Pour une présentation critique de cette loi, voir 1.2.2.

264 Le *Dark web* réfère à l'ensemble des contenus et échanges effectués sur le *Deep web* (la partie non indexée du web) via des *Darknets* (réseaux permettant les échanges anonymes, dont le plus connus est Tor). Les commandes de drogues sur le *Dark web* se font le plus souvent via des cryptomarchés, dont le plus emblématique fut Silk Road.

La manière donc ce concept est opérationnalisé varie en fonction des sources de données, de leur niveau de précision et de la manière dont la notion de période est définie. Sur cette base, nous pouvons distinguer quatre formes de polyconsommation :

1) Consommation volontaire de plusieurs produits au cours des 30 derniers jours : ce type de polyconsommation est le plus général puisqu'il englobe l'ensemble des produits que la personne consomme habituellement, quelle qu'en soit la raison (polydépendance, opportunisme, maximisation ou minimisation d'effets…).
2) Consommation volontaire, simultanée ou successive, de plusieurs produits au cours d'une même occasion, visant généralement à moduler les effets recherchés (atténuer les effets indésirables, potentialiser les effets attendus, etc.).
3) Consommation simultanée ou successive de plusieurs substances par ignorance. Il s'agit par exemple d'une consommation de drogue en présence d'un traitement médical dont l'usager·e ignore les possibilités d'interaction (e.g. MDMA avec des antidépresseurs).
4) Consommation simultanée et involontaire de plusieurs produits en raison de la composition adultérée du produit[265].

À noter que les conséquences socio-sanitaires de la polyconsommation seront abordées dans un chapitre dédié.

LA POLYCONSOMMATION DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

LES INDICATEURS

En Belgique, la polyconsommation n'est pas directement investiguée dans la population générale. Nous avons néanmoins tenté de construire différents indicateurs de polyconsommation sur base de la consommation d'alcool, de cannabis et de médicaments psychotropes auto-rapportée dans le cadre de l'enquête HIS, dont la dernière levée a été réalisée en 2013. Ces indicateurs ne sont pas parfaits sur le plan méthodologique parce que les périodes de consommation des différents produits ne correspondent pas systématiquement, et parce que les échantillons sont de petite taille, ce qui augmente la marge d'erreur. Ces estimations sont donc essentiellement approximatives des habitudes de polyconsommation de la population wallonne et doivent être considérées avec prudence. Les 5 indicateurs de polyconsommation que nous rapportons ici sont les suivants : 1) la prévalence de l'usage de cannabis et d'alcool au cours des 30 derniers jours ; 2) la prévalence de l'usage quotidien d'alcool et quasi-quotidien de cannabis (c'est-à-dire au moins 20 jours au cours des 30 derniers jours) ; 3) la prévalence de l'usage quotidien d'alcool et d'anxiolytiques, hypnotiques ou sédatifs endéans les 24 heures ; 4) la prévalence de l'usage quotidien d'alcool et d'analgésiques endéans les 24 heures ; 5) la prévalence de l'usage d'anxiolytiques, hypnotiques ou sédatifs ainsi que d'analgésiques endéans les 24 heures. Ces indicateurs ne peuvent être ventilés par l'âge en raison du trop petit nombre de personnes concernées par ces pratiques. Nous fournissons la ventilation par genre à titre indicatif, même si elle doit être appréhendée avec prudence pour la même raison. Nous n'avons pas exploité les variables relatives à l'usage des autres drogues illégales car l'usage durant les 30 derniers jours n'est pas déterminé.

LES CHIFFRES 2013

Environ 2 % de la population wallonne a déclaré avoir consommé de l'alcool et du cannabis au cours des 30 derniers jours. Il s'agit de la consommation rapportée à au moins une reprise au cours de cette période, sans que ces produits aient forcément été consommés en même temps. Cette pratique concerne davantage les hommes (3,5 %) que les femmes (1,3 %).

Aucun des répondants wallons interrogés n'a déclaré avoir consommé de l'alcool quotidiennement et du cannabis quasi-quotidiennement (c'est-à-dire pendant au moins 20 jours) au cours des 30 derniers mois. Mais rappelons que cette enquête n'inclus pas les personnes précarisées et qu'elle comporte un nombre relativement important de refus de participation (voir chapitre 4).

La consommation combinée d'alcool et de cannabis est généralement considérée comme une pratique à faible risque sur le plan sanitaire, comparativement à d'autres associations beaucoup plus dangereuses, telle que l'association d'alcool et d'anxiolytiques, hypnotiques ou sédatifs. Néanmoins, les effets de l'alcool et du cannabis ont tendance à se potentialiser, ce qui augmente leurs risques respectifs. Chez l'usager·e inexpérimenté ou en cas de consommation d'importantes quantités, cette combinaison augmente fortement le risque de nausées et de vomissements. Cette association impacte aussi fortement les habiletés visuo-motrices ainsi que la capacité à conduire un véhicule, même avec de faibles quantités (voir par exemple Downey et al., 2013), ce qui se traduit aussi par une augmentation du risque d'accidents de la route fatals (Dubois, Mullen, Weaver, & Bédart, 2015). Enfin, une consommation combinée fréquente de ces deux produits peut aussi refléter une pratique d'abus (défonce, consommation «anesthésiante») ou une polydépendance.

Près de 2 % de la population wallonne de 15 ans et plus[266] a déclaré avoir consommé quotidiennement de l'alcool mais également un anxiolytique, un hypnotique ou un sédatif durant les 24 heures précédant l'enquête. Nous ne sommes toutefois pas en mesure de déterminer si cette association est fréquente chez ces usager·e·s, ni dans quelle mesure les répondants ont été exposés aux effets des deux types de produit simultanément. Ce type de mélange est à éviter car les effets de l'alcool et de ces médicaments se potentialisent fortement, ce qui peut provoquer un état de somnolence ou de confusion, voire entrainer dans les cas les plus graves, une dépression respiratoire, un coma, ou encore le décès de la personne. La consommation quotidienne d'alcool et d'un analgésique endéans les 24 heures concerne 1 % des répondants.

Enfin, près de 2 % des répondants âgés de 15 ans et plus ont déclaré avoir eu une

265 Cette forme de polyconsommation est généralement peu abordée dans la littérature. Pourtant, de nombreux usager·e·s y sont malencontreusement confrontés dans la mesure où les produits en circulation peuvent être composés de plusieurs substances psychoactives susceptibles d'interagir plus ou moins dangereusement.

266 Contrairement aux questions sur l'usage de drogues, les questions sur l'usage de médicaments et d'alcool ne se limitent pas aux répondants de moins de 65 ans.

consommation endéans les 24 heures d'analgésiques ainsi que d'anxiolytiques, hypnotiques ou sédatifs.

Tableau 21 : Prévalence de la polyconsommation en Wallonie, par genre, 2013

	Hommes %	Femmes %	Total %
Consommation d'alcool et de cannabis au cours des 30 derniers jours (15-64 ans)	3,5	1,3	2,4
Consommation quotidienne d'alcool et quasi-quotidienne de cannabis au cours des 30 derniers jours (15-64 ans)	0,0	0,0	0,0
Consommation quotidienne d'alcool et usage d'anxiolytiques, hypnotiques ou sédatifs endéans les 24 heures (15 ans et +)	2,1	1,5	1,8
Consommation quotidienne d'alcool et usage d'analgésiques endéans les 24 heures (15 ans et +)	1,0	0,7	0,9
Usage d'anxiolytiques, hypnotiques ou sédatifs ainsi que d'analgésiques endéans les 24 heures (15 ans et +)	1,4	2,4	1,9

Source : Enquête HIS 2013 (WIV-ISP, OD Public health and surveillance 2015. Data file and code book)

AVIS DES EXPERT·E·S

Dr Catherine Louesse, Médecin généraliste, Réseau Alto asbl et Sésame asbl

En pratique clinique de médecine générale, nous sommes beaucoup plus souvent confrontés à des patients qui présentent des polyconsommations qu'à des addictions centrées sur un seul produit.
Cette tendance rend la prise en charge plus ardue à différents niveaux : Tout d'abord, lors d'une prise en charge médicale, nous devons veiller à ne pas remplacer une addiction par une autre (par exemple limiter la consommation d'une drogue illicite et négliger l'apparition d'une addiction à l'alcool). Lors d'une intoxication aiguë dans le cadre d'une polyconsommation, il est parfois difficile de faire la part des choses entre les différents effets secondaires des substances utilisées et leur apparition clinique dans les heures et les jours qui suivent cette intoxication. Cela nécessite une attention particulière à tous les symptômes cliniques au cours du temps et la réévaluation régulière du traitement médicamenteux. D'une manière générale, il s'agit d'un problème médical qu'il semble préférable d'inscrire dans une prise en charge multidisciplinaire.

LA POLYCONSOMMATION CHEZ LES JEUNES DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

LES INDICATEURS

La polyconsommation n'est pas directement investiguée dans la population scolaire sur base de l'enquête HBSC. Nous avons néanmoins tenté de construire différents indicateurs de polyconsommation sur base de la consommation auto-rapportée d'alcool, de cannabis et des autres drogues par les élèves de 15 ans et plus interrogés en 2014. Les indicateurs que nous rapportons concernent : 1) la prévalence d'usage sur la vie d'alcool et de cannabis ; 2) la prévalence d'usage sur la vie d'alcool et d'une autre drogue que le cannabis ; 3) la prévalence d'usage sur la vie de cannabis et d'une autre drogue ; 4) la prévalence d'usage les 30 derniers jours d'alcool et de cannabis ; 5) la prévalence de la consommation quotidienne d'alcool et de cannabis ; 6) le nombre de substances psychoactives consommées au cours de la vie.

Bien que l'enquête HBSC 2014 portait sur les comportements de santé des élèves de 5ème et 6ème primaire ainsi que de l'ensemble des élèves de l'enseignement secondaire, seuls appartenant au 2ème degré du secondaire (4ème année et plus) ont été interrogés par rapport à la consommation de drogues et de médicaments psychotropes. Par conséquent, les élèves de 15 ans sont sous-représentés dans la mesure où une bonne partie d'entre eux se trouve dans les classes inférieures. De même, la classe des élèves de 19 ans et plus ne peut être considérée comme représentative de l'ensemble des étudiants de cet âge dans la mesure où une bonne partie est entrée aux études supérieures et qu'elle est uniquement constituée d'élèves ayant redoublé ou poursuivant une 7ème année professionnelle. En raison du petit nombre d'élèves concernés par la polyconsommation, les données n'ont pas été ventilées par l'âge.

Tableau 22 : Prévalence de la polyconsommation d'alcool et de drogues chez les élèves de 15 ans et plus scolarisés dans l'enseignement secondaire supérieur francophone de la Wallonie, par genre, 2014

	Garçons %	Filles %	Total %
Consommation d'alcool et de cannabis au cours de la vie	39,4	29,8	34,3
Consommation d'alcool et de cannabis au cours des 30 derniers jours	19,0	10,9	14,7
Consommation quotidienne d'alcool et de cannabis	0,6	0,2	0,3
Consommation d'alcool et d'une autre drogue que le cannabis au cours de la vie	12,3	8,4	10,3
Consommation de cannabis et d'une autre drogue au cours de la vie	11,2	7,6	9,3

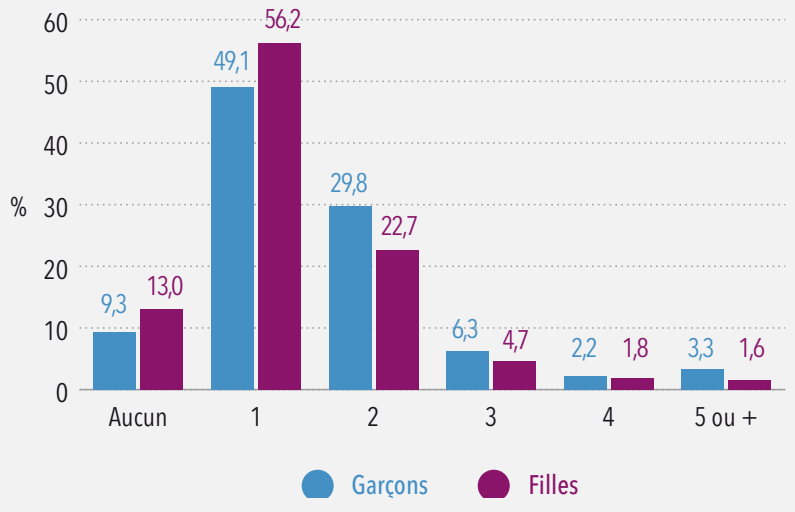
Source : Enquête HBSC 2014 (Moreau et al., 2017)

LES CHIFFRES EN 2014

En 2014, la prévalence de la polyconsommation alcool-cannabis sur la vie était de 34,3 %, et celle au cours des 30 derniers jours de 14,7 %, chez les élèves de 15 ans et plus scolarisés dans l'enseignement secondaire supérieur francophone de la Wallonie. Et moins de 1 % des répondants ont déclaré consommer du cannabis et de l'alcool quotidiennement (plus précisément 13 élèves sur les 3850 interrogés). La polyconsommation sur la vie d'alcool et d'une autre drogue que le cannabis s'élevait à 10,3 %, et celle de cannabis et d'une autre drogue à 9,3 %. La polyconsommation, telle qu'estimée par ces indicateurs, est globalement plus fréquente chez les garçons que chez les filles.

Seule une minorité des élèves de 15 ans et plus interrogés (11,3 %) n'ont expérimenté aucune substance psychoactive au cours de leur vie (alcool compris, hors tabac). Plus de la moitié (52,8 %) n'ont expérimenté qu'un seul produit, 26,1 % deux produits et 9,9 % trois produits ou plus. Le nombre moyen de produits consommé est de 1,59 chez les garçons et de 1,33 chez les filles, cette différence étant statistiquement significative. Le nombre moyen de produits consommés augmentent également de manière significative avec l'âge des répondants : 1,3 produits chez les 15-16 ans, 1,49 produits chez les 17-18 ans et 1,67 produits chez les 19 ans et plus. Le détail du nombre de produits consommés au cours de la vie chez les garçons et chez les filles est présenté dans la figure 25.

Figure 25 : Nombre de produits psychoactifs [267] consommés au cours de la vie par les élèves de 15 ans et plus scolarisés dans l'enseignement secondaire supérieur francophone de la Wallonie, par genre, 2014



Source : Enquête HBSC 2014 (Moreau et al., 2017)

267 Alcool, cannabis, tranquillisants, et autres drogues (à l'exception du tabac).

5.2.8. LES USAGES SANS PRODUITS

Les usages abusifs ou addictifs ne se limitent pas aux seuls usages de produits psychoactifs. De nombreux comportements (sexe, usage de jeux vidéo, usage d'Internet et des réseaux sociaux, achats, etc.) sont susceptibles d'évoluer vers des usages excessifs, qui peuvent éventuellement envahir et impacter le quotidien de ceux qui en font usage, et engendrer une souffrance significative, de manière similaire aux addictions aux produits. Pourtant, actuellement les classifications internationales (CIM 10 et DSM V) ne reconnaissent officiellement qu'une seule addiction comportementale : le jeu de hasard pathologique. Pour les autres troubles comportementaux, il n'existe pas encore de critères diagnostics officiellement validés, bien que des recherches soient actuellement en cours afin de déterminer s'ils peuvent être véritablement considérés comme des addictions. L'*American Psychiatric Association*, éditrice du DSM V, encourage plus particulièrement la recherche relative à la notion de «Internet gaming disorder» (ou trouble d'utilisation du jeu en ligne), pour laquelle elle propose d'ailleurs une série de critères diagnostiques à titre exploratoire. De son côté, le «Gaming disorder» (ou Trouble d'utilisation du jeu vidéo), devrait faire son entrée dans la 11e Classification internationale des Maladie (CIM-11) de l'OMS d'ici peu, afin notamment de permettre une meilleure organisation

des soins et d'avoir une définition commune du trouble.

L'absence de consensus n'empêche évidemment pas certain·e·s professionnel·le·s du soin et de la prévention de déjà accompagner des personnes ayant un usage problématique du jeu vidéo, et de tirer des constats de leur pratique de terrain. L'un des points d'attention souvent relevé est d'ailleurs l'importance de considérer l'usage problématique comme le symptôme ou l'exutoire de situations diversifiées de souffrance affective et sociale plus profonde[268]. Nombre d'expert·e·s soulignent également que la seule pratique excessive ou intense des jeux vidéo ne suffit pas à diagnostiquer un usage problématique, et qu'il est central de distinguer jeu excessif non-pathologique (de l'ordre de la passion) et jeu excessif pathologique.

Plus globalement, différentes addictions comportementales sont reconnues et prises en charge par des thérapeutes dans de nombreux pays, y compris en Belgique. Malheureusement, elles ne sont actuellement pas dénombrées dans le cadre de l'indicateur de demande de traitement (voir 6.4).

Dans la présente section, nous nous centrerons essentiellement sur les usages excessifs et compulsifs qui paraissent actuellement les plus répandus dans la population, à savoir ceux relatifs aux jeux de hasard et d'argent, de jeux vidéo, d'Internet et des réseaux sociaux.

LE CADRE LÉGISLATIF DES JEUX DE HASARD ET D'ARGENT

La régulation des jeux d'argent et de hasard répond à l'idée de canalisation. Autrement dit, l'État jugule l'offre illégale de jeux en autorisant et régulant une offre légale limitée. L'exploitation de jeux d'argent et de hasard est donc de base interdite, mais des autorisations sont accordées grâce à un système de licences que délivre la Commission des jeux de hasard. Il est donc interdit à quiconque d'exploiter un jeu de hasard sans licence préalablement octroyée par la commission des jeux de hasard. Il est également interdit à quiconque de participer à un jeu de hasard illégal, d'en faciliter l'exploitation ou d'en faire la publicité. Les joueur·se·s peuvent être soumis à une amende pouvant varier de 26 euros à 25.000 euros (majorés des décimes additionnels). Pour les organisateurs ces montants peuvent varier de 100 euros à 100.000 euros (majorés des décimes additionnels).

LA LOI DU 7 MAI 1999 SUR LES JEUX DE HASARD, LES PARIS, LES ÉTABLISSEMENTS DE JEUX DE HASARD ET LA PROTECTION DES JOUEURS ET JOUEUSES

L'ensemble des matières qui se rapportent aux jeux de hasard en Belgique est régi 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·se·s, modifiée par deux lois du 10 janvier 2010. Un jeu de hasard est défini comme «tout jeu pour lequel un enjeu de nature quelconque est engagé, ayant pour conséquence soit la perte de l'enjeu par au moins un des joueur·se·s, soit le gain de quelque nature qu'il soit, au profit d'au moins un des joueur·se·s, ou organisateurs du jeu et pour lequel le hasard est un élément, même accessoire, pour le déroulement du jeu, la détermination du vainqueur ou la fixation du gain.»

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.

Afin de pouvoir organiser des jeux de hasard, les établissements doivent demander une licence auprès de la Commission des jeux de hasard. Quatre classes d'établissements de jeux de hasard peuvent bénéficier d'une licence :

- Classe I ou casinos ;
- Classe II ou salles de jeux automatiques ;
- Classe III ou débits de boissons ;
- Classe IV ou des lieux exclusivement destinés à engager des paris autorisés.

La Commission des jeux de hasard

La Commission des jeux de hasard est un organe indépendant, institué par la loi du 7 mai 1999 et sous la tutelle du Service public fédéral Justice. La Commission rassemble des représentant·e·s (pour moitié francophone, pour l'autre moitié néerlandophone) des ministres de la Justice, des Finances, de l'Economie, de l'Intérieur, de la Santé publique et du ministre qui a la Loterie Nationale dans ses attributions. La Commission :

- Procède au contrôle des jeux de hasard et des établissements bénéficiant d'une licence ;
- Décide de l'octroi ou du refus de licences ;
- Protège les joueur·se·s et les parieur·se·s ;
- Donne son avis au Gouvernement ou au Parlement sur toute question ou initiative législative ou réglementaire.

La Commission dispose de plusieurs sanctions en cas d'infraction à la législation et ses arrêtés d'exécution :

- Le retrait ou la suspension de licences ;
- L'avertissement ;
- L'interdiction provisoire ou définitive d'exploitation ;
- Les amendes administratives.

Afin de lutter contre les sites en ligne de jeux illégaux, la Commission a conclu plusieurs protocoles :

- Protocole avec la Fédération belge du secteur financier et les différents fournisseurs d'accès à internet en Belgique ;
- Protocole avec les fournisseurs d'accès à internet afin de bloquer les sites internet illégaux sans licence.

268 Ceci est souligné par l'étude CLICK de Belspo, par le Dr Rocher (psychiatre addictologue français ; interview dans «Sciences et Avenir», 25/11/2017) et par le Dr Magalon (psychiatre français ; intervention filmée «Addictions aux jeux vidéo» du 05/04/2017 organisée par l'asbl Pôle Psychiatrique Centre à Marseille).

ÂGE MINIMUM LÉGAL POUR L'ACCÈS AUX ÉTABLISSEMENTS ET LA PRATIQUE DE JEUX DE HASARD		
Accès aux établissements	Moins de 18 ans	Moins de 21 ans
Casinos	X	X
Salles de jeux automatiques	X	X
Débits de boissons	✓	✓
Établissement de paris	X	✓
Pratique des jeux et paris	Moins de 18 ans	Moins de 21 ans
Casinos	X	X
Salles de jeux automatiques	X	X
Débits de boissons	X	✓
Établissement de paris	X	✓
Paris via les outils de la société de l'information [269]	X	✓

Âge minimum légal
L'accès aux casinos et aux salles de jeux automatiques (réels ou virtuels) est interdit aux moins de 21 ans, à l'exception des travailleurs et travailleuses majeurs de ces établissements. L'accès aux établissements de paris (classe IV ; réels ou virtuels) est interdit aux mineur·e·s. Il en est de même de la pratique de jeux de hasard et paris, au sein et en dehors dans ces établissements.

La pratiques des jeux de hasard dans les débits de boissons est interdite aux mineur·e·s. La pratique des jeux de hasard (à l'exception des paris) par le moyen des outils de la société de l'information (internet, GSM, tablettes, etc.) est interdite aux moins de 21 ans. La pratique des paris au moyen de ces outils est interdite aux personnes mineures.

La protection des joueurs et joueuses
La loi de 1999 telle que modifiée par la loi de 2010 prévoit différentes mesures de protection des joueurs. Plusieurs modifications apportées par la loi de 2010 et portant sur la protection des joueur·se·s ne bénéficient toutefois pas encore d'arrêtés d'exécution.

La loi de 2010 établit notamment que la présence de distributeurs automatiques de billets est interdite dans les établissements de classes I, II, III et IV. Elle prévoit également que la Commission des jeux de hasard mette à la disposition des établissements de jeux de hasard des classes I, II, III, et IV des dépliants contenant des informations sur la dépendance au jeu, le numéro d'appel du service d'aide 0800, ainsi que les adresses des personnes chargées de porter assistance. Si les établissements en question utilisent les technologies de l'information et de la communication, les dépliants doivent être disponibles sous forme électronique.

La loi de 1999 instaure l'obligation de la présentation d'un document d'identité et l'inscription dans un registre des informations du joueur·se avant d'accéder aux établissements de classe I et II (c'est-à-dire les casinos et les salles de jeux automatiques). La loi de 2010 complète cette obligation et établit que le Roi détermine les modalités d'admission et d'enregistrement des joueur·se·s pour la pratique de jeux de hasard via un outil de la société de l'information.

Les joueur·se·s connaissant un rapport problématique au jeu peuvent s'exclure eux-mêmes des casinos et salles de jeux automatiques réels et virtuels, de même que des agences de paris virtuelles. Les demandes d'interdiction d'accès sont disponibles sur le site de la Commission des jeux de hasard. Les demandes peuvent également émaner d'un tiers ou résulter d'une décision judiciaire.

Certaines professions peuvent également se voir refuser l'accès aux casinos ou salles de jeux automatiques (les magistrat·e·s, notaires, huissier·e·s et membres des services de police).

Les jeux de table et les jeux électroniques
Les jeux de table ne peuvent être exploités que par les casinos. Le nombre de jeux de hasard automatiques est proportionnel au nombre de tables de jeu (quinze appareils automatiques pour une table ouverte).

Les jeux de table autorisés sont : le *baccara*, le *big wheel*, le black jack, le poker, le chemin de fer, le craps, le *mini punto banco*, le *midi punto banco*, le *maxi punto banco*, la roulette française, la roulette américaine, la roulette anglaise, le *sic bo*, et le *bingo*.

Les casinos peuvent proposer certaines machines automatiques : les jeux à rouleaux de type *Reel Slot*, les jeux du type *vidéo slot*, les jeux du type *roue de la fortune*, les paris sur des courses de chevaux à terminaux multiples où 12 joueur·se·s minimum peuvent prendre place, les jeux du type *Bingo* ou *Keno*, et les jeux de poker interactifs.

Les salles de jeux peuvent exploiter un maximum de 30 machines automatiques (dont maximum 3 multiplayer). Il peut s'agir de jeux de black jack, de paris sur les courses de chevaux factices, de jeux de dés, des jeux de poker, ou de jeux de roulette.

Dans les débits de boissons, seul le billard électrique à enjeu variable (c'est-à-dire les *Bingo* ou les *One Ball*) est autorisé, avec un maximum de deux billards par débit de boisson.

Les paris
La loi de 1999 définit le pari comme un «jeu de hasard dans lequel chaque joueur mise un montant et qui produit un gain ou une perte qui ne dépend pas d'un acte posé par le joueur mais de la vérification d'un fait incertain qui survient sans l'intervention des joueurs.»

La Commission des jeux de hasard distingue trois types de paris, pour lesquels elle est compétente :

› Les paris sur des évènements ou des faits ;
› Les paris sur des événements sportifs ;
› Les paris sur les courses hippiques.

Il est par ailleurs interdit d'organiser des paris concernant un évènement ou

269 L'arrêté royal du 4 mai 2018 distingue toutefois de cette catégorie les jeux de hasard sur des évènements sportifs virtuels (dans les établissements fixes de jeux de hasard). Ceux-ci ne sont désormais plus considérés comme des paris sportifs mais bien comme des jeux de hasard automatiques. Ils sont donc interdits aux moins de 21 ans. L'application de cette interdiction semble cependant être peu respectée (cf. article du 29 mai 2018 de Aide aux joueurs, URL : http://www.aide-aux-joueurs.be/nouvelles)

une activité contraire à l'ordre public ou aux bonnes mœurs (les combats de coq, par exemple). La Commission intervient également contre les paris interdits.

Les paris peuvent être engagés, à titre principal, dans des établissements de jeux de hasard de classe IV (des agences de paris fixes ou mobiles) ou dans l'enceinte de l'hippodrome, ou, à titre complémentaire, dans des librairies.

Les jeux médias
La loi de 1999 distingue deux types de jeux médias :

- Les jeux médias au moyen de séries de numéros du plan belge de numérotation, qui forment un programme complet de jeu (c'est-à-dire les «jeux télévisés»). Les conditions que ces jeux doivent satisfaire sont fixées par l'arrêté royal du 12 mai 2009 ;
- Les autres jeux médias qui, au sein d'un média, ne constituent qu'une partie d'un programme ou une rubrique séparée[270].

Les jeux médias désignent tous les jeux exploités par une station radio, une chaîne de télévision, un quotidien ou un périodique dont le siège social est situé en Union européenne. Une licence est obligatoire pour tout jeu de hasard exploité par l'un de ces médias. Il s'agit des jeux, concours ou quizz qui répondent à la définition des jeux de hasard de la loi de 1999. Ils comprennent donc l'engagement d'un enjeu (par exemple, le prix de la communication est supérieur au prix normal), impliquent le risque de gagner ou de perdre et comportent un élément de hasard (la rapidité de réponse, la présence d'une question subsidiaire en cas d'ex-aequo, etc.).

Les jeux qui ne sont pas des jeux de hasard doivent quant à eux répondre aux dispositions de la loi du 13 juin 2005 relative aux communications électroniques et à celles de l'arrêté royal du 9 février 2011 établissant le Code d'éthique pour les télécommunications[271]. Ces jeux relèvent en effet de la compétence du ministère chargé de l'Économie.

Les jeux par internet et GSM
L'offre de jeux sur internet ou par GSM a connu une forte croissance ces dernières années. La Commission a opté pour un système de licences complémentaires. Ainsi, les jeux de hasard existants et bénéficiant déjà d'une licence d'exploitation, peuvent demander une licence complémentaire pour proposer des jeux de hasard en ligne.

Les participants jouant sur des sites illégaux sont passibles de poursuites pénales (ou d'amendes administratives, si le Parquet n'engage pas de poursuites). Le site internet de la Commission héberge une liste noire de sites illégaux et une liste exhaustive des sites de jeux de hasard légaux[272].

LA LOTERIE NATIONALE

La loi de 1999 ne s'applique pas aux loteries telles que définies par la loi de 1851 sur les loteries, ou au sens du Code pénal, ni aux loteries publiques. La loi du 31 décembre 1851 interdit les loteries, sauf les loteries exclusivement destinées à des actes de piété ou de bienfaisance, à l'encouragement de l'industrie ou des arts, ou à tout autre but d'utilité publique. Les loteries publiques sont l'apanage de la Loterie Nationale.

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. Son fonctionnement et sa gestion sont régis par la loi du 19 avril 2002.

Son objectif est de canaliser la «passion du jeu» (afin qu'elle soit socialement responsable, fiable et sûre) et d'en utiliser les recettes à des fins d'utilité publique. La Loterie Nationale a pour mission d'organiser des campagnes d'information et de participer à la définition d'une politique active et coordonnée de prévention et d'assistance en matière de dépendance au jeu.

LA «RESPONSABILISATION» DES USAGER·E·S

À l'instar des alcooliers, l'industrie du jeu de hasard et d'argent promeut la consommation «responsable» et donc raisonnable. Ce type de rhétorique, tenue par les industries publiques et privées, ainsi que leurs lobbys, fait entièrement reposer la responsabilité, le contrôle et la gestion de l'usage simple et de l'usage problématique sur les seules épaules des usager·e·s. Dans pareil laïus, simplement informer le consommateur quant aux risques liés au jeu suffirait à concurrencer le poids du marketing et de la publicité qui incitent sans relâche à jouer[273]

LES PROJETS DE LOI ET D'ARRÊTÉS ROYAUX

Le Conseil des ministres a approuvé, le 13 octobre 2017, un projet de loi et plusieurs projets d'arrêtés royaux portant sur les jeux de hasard, les paris, les établissements de jeux de hasard et la protection des joueur·se·s. Le projet de loi entend modifier la loi du 7 mai 1999 afin de l'adapter aux pratiques actuelles des opérateurs de jeux, notamment en augmentant le nombre maximum de jeux de hasard pouvant être exploités dans les débits de boissons (tout en y interdisant l'exploitation de machines non autorisées par la loi), et en augmentant le pouvoir de sanction de la Commission des jeux de hasard afin d'assurer un meilleur respect de la législation et une meilleure protection des joueur·se·s. Il prévoit également que le contrôle d'âge via Eid (carte d'identité électronique) s'applique sur les machines de loterie, de jeux de hasard et de paris de la Loterie Nationale. En matière de protection des joueur·se·s, le projet de loi comprend l'interdiction de la pratique des jeux de hasard virtuels dans les agences de paris aux personnes de moins de 21 ans. Il donne aussi compétence au Roi pour déterminer les modalités relatives à la publicité des jeux de hasard (CGPD, 2018b).

Les projets d'arrêtés royaux, quant à eux, portent sur la publicité, la diminution du nombre d'agences de paris et la limitation

270 La loi de 2010 ne faisant pas encore l'objet d'arrêtés d'application, ce type de jeux médias n'est pas encore autorisé.
271 Site de la Commission des jeux de hasard, URL : https://www.gamingcommission.be/opencms/opencms/jhksweb_fr/games/media/media/
272 Site de la Commission des jeux de hasard, URL : https://www.gamingcommission.be/opencms/opencms/jhksweb_fr/establishments/Online/
273 La Belgique n'oblige aucunement les opérateurs de jeux d'argent à afficher sur leurs publicités ou leurs sites internet un message de prévention, comme c'est le cas par exemple en France. Et les campagnes de prévention restent encore ponctuelles (pour la Coupe du monde de foot 2018, par exemple).

des jeux de hasard dans les débits de boissons[274]. L'ensemble de ces projets a été soumis à l'avis du Conseil d'État et de la Commission européenne[275].

Deux propositions de loi ont également été déposées début 2018. L'une, déposée le 17 mai 2018 par quatre député·e·s du sp.a, vise à interdire la publicité pour les jeux de hasard en ligne, qui participe à la normalisation du jeu et son acceptabilité sociale (Bind, 2014 ; Conseil supérieur de la santé, CSS, 2017)[276]. La proposition vise uniquement la publicité pour les jeux en ligne puisque ceux-ci présentent des caractéristiques qui favorisent le développement d'une pratique problématique du jeu.

L'autre proposition de loi, déposée le 13 mars 2018 par trois député·e·s du sp.a, souhaite renforcer les moyens d'action des pouvoirs locaux concernant l'établissement et l'exploitation des agences de paris. L'exploitant d'une agence devra, au préalable, conclure un accord avec la commune du lieu de son établissement, et veiller à ce que l'agence de paris ne soit pas située à proximité d'une école, d'un hôpital, de lieux fréquentés par les jeunes, de lieux de culte et de prisons. Les agences déjà établies devront également se conformer à la nouvelle réglementation.

L'ÉVALUATION DU CADRE LÉGAL BELGE

Considérant la dépendance aux jeux d'argent comme une problématique prioritaire, la Cellule générale de politique drogues s'est saisie du sujet et a créé un groupe de travail «jeu de hasard» afin d'élaborer une stratégie de lutte contre la dépendance au jeu. Le groupe de travail a produit une note de synthèse et formulé plusieurs recommandations (CGPD, 2016b).

274 Communiqué de presse du Conseil des ministres du 13 octobre 2017, URL : http://presscenter.org/fr/pressrelease/20171013/modification-de-la-legislation-relative-aux-jeux-de-hasard

275 Question orale de M. Gilkinet à M. Geens «le contrôle des machines à sous dans les cafés», Compte rendu intégral, Commission de la Justice du 13/06/2018.

276 Proposition de loi modifiant la loi du 7 mai 1999 sur les jeux de hasard, les paris, les établissements de jeux de hasard et la protection des joueurs, en vue d'interdire la publicité pour les jeux de hasard en ligne, déposée par M. Vanvelthoven et consorts), le 17/05/2018, URL : http://www.lachambre.be/FLWB/PDF/54/3106/54K3106001.pdf

RÉGULER OU INTERDIRE : UN VIEUX DÉBAT

Les autorités politiques semblent avoir conscience du rôle de la régulation des jeux de hasard dans la protection et la santé des joueur·se·s. Dans le cadre d'objets pouvant mener au développement d'une assuétude, il s'agit de trouver le juste milieu entre la nécessité de légiférer et limiter l'offre dans la perspective de protéger les joueur·se·s et leurs proches, et celle de ne pas trop interdire afin d'éviter le développement d'une offre illégale et souterraine.

Maintenir une offre légale en matière de jeux de hasard et lutter contre les circuits clandestins permettent de protéger les joueur·se·s. Un circuit légal maintient en effet les joueur·se·s dans un environnement visible, contrôlable, au sein duquel ils peuvent bénéficier de conseils préventifs, de dispositifs de détection précoce et de services d'aide et de soins[277].

Interdire ne fait pas disparaître le phénomène mais le renvoie plutôt à la clandestinité et à l'isolement, où la protection des joueur·se·s ne compte pas[278].

277 Question écrite de M. Dufrane à Mme Gréoli «Les problèmes d'assuétude liés au secteur du jeu» du 22/11/2017.

278 Questions jointe de M. Gilkinet et Mme Lambert à M. Geens, Compte rendu intégral, Commission Justice du 13/06/2018.

Depuis, l'avis du Conseil supérieur de la santé a été sollicité sur le jeu pathologique (CSS, 2017). La CGPD a alors ensuite publié une note de vision (CGPD, 2018b) qui a été approuvée par la Réunion thématique drogues de la Conférence interministérielle Santé publique du 2 juillet 2018. Les deux instances dressent un portrait semblable de la situation et formulent des recommandations tant à l'attention des autorités publiques que des acteurs de la recherche et intervenants psycho-médico-sociaux.

Dans sa note de synthèse, la CGPD a rassemblé les avis d'expert·e·s, notamment le VAD, le Centra voor Alcohol en andere drugproblemen (CAD) et la Loterie Nationale, qui font le point sur les outils législatifs et réglementaires qui régissent les questions liées aux jeux de hasard et d'argent, et leur application. Plusieurs éléments en ressortent, notamment :

1) La loi du 10 janvier 2010 (portant modification de la loi de 1999) ne bénéficie pas encore 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·se·s ;

2) La politique restrictive en matière de jeux de hasard n'est actuellement pas assez globale pour faire face à une offre toujours plus grande et pour remplir sa mission de canalisation. Les opérateurs doivent être soumis à un code éthique en matière de publicité et le régulateur doit opérer des distinctions claires entre les loteries et les paris (parfois offerts indistinctement par les opérateurs privés) ;

3) Le cadre politique et régulateur actuel n'est pas équipé pour maîtriser et contrôler le marché des jeux en ligne, qui connaît des évolutions rapides ;

4) Les autorités locales devraient bénéficier de davantage de pouvoir afin de limiter l'offre ou de prendre des mesures préventives locales ;

5) La Loterie Nationale est soumise à une forte pression mercantile. Les opérateurs privés investissent en effet énormément de moyen dans le marketing et connaissent un accroissement exponentiel ;

6) Le VAD et le CAD craignent une acceptation sociale toujours plus importante des jeux de hasard, qu'ils associent à l'augmentation exponentielle de l'offre et de la publicité.

LE CADRE EUROPÉEN

L'Union européenne ne s'est pas dotée d'une législation en matière de jeux de hasard. Il existe toutefois une recommandation non-contraignante à l'attention des États membres.

D'après la CGPD, cette recommandation semble toutefois être un premier pas vers la libéralisation totale du marché des jeux de hasard, sans considération des règles adoptées par les États membres. Le Gouvernement belge a initié une procédure à l'encontre de cette recommandation.

Par ailleurs, il est important de noter que la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union européenne est favorable à la limitation du marché par la mise en place d'un monopole et/ou d'un système de licence, si cela se justifie par des raisons d'ordre public, de sécurité publique, de sécurité de santé publique et de protection des consommateurs. Ces limitations doivent toutefois être non-discriminantes, proportionnelles et cohérentes avec l'objectif poursuivi.

LES RECOMMANDATIONS DES EXPERT·E·S

Afin de réduire les risques de développement d'une pratique problématique du jeu, il est nécessaire d'adopter une approche globale du problème et d'agir simultanément sur les facteurs de risque et les obstacles dans l'accès aux soins et la rétention en traitement, et ce, à tous les niveaux et avec la collaboration de tous les secteurs concernés. Le CSS a formulé une série de recommandations (voir ci-après)[279] :

De plus, étant donné la forte prévalence de problèmes concomitants au jeu problématique (financiers, violence intrafamiliale, dépendance, troubles de l'humeur et troubles anxieux, etc.), la CGPD (2018) recommande que les CPAS, les centres de violence conjugale, les services de santé mentale, les services sociaux, les centres locaux de promotion de la santé et les services de psychiatrie s'intéressent aux problèmes de jeux chez leurs usager·e·s.

279 Recommandations dans lesquelles se retrouvent les conclusions de la note de la CGPD, notamment : la nécessité de réguler l'offre, d'intensifier la recherche scientifique et d'amélioration des connaissances, d'adopter un cadre politique et réglementaire qui met l'accent sur la protection des joueur·se·s contre la dépendance, d'abaisser le seuil de peur qui freine l'accès aux soins des joueur·se·s problématiques, d'augmenter l'expertise des professionnel·le·s du soin et de la prévention.

LES RECOMMANDATIONS DU CSS

1 Développer la recherche dans le domaine du jeu problématique

- Améliorer la connaissance de la problématique par des études épidémiologiques et sociologiques
- Mettre en place des projets pilotes pour évaluer l'efficacité des traitements
- Les données des opérateurs doivent être contrôlées et utilisées par des chercheur·e·s indépendant·e·s

2 Mettre en place des mesures structurelles concernant l'offre de jeu

- Interdire la publicité
- Réduire la disponibilité du jeu
- Réguler l'offre de jeu
- Promouvoir l'utilisation des stratégies d'auto-contrôle auprès des organismes de jeu (exclusions, limites, etc.)
- Affiner et faire connaître le système d'exclusion, et contrôler son application par un organe indépendant
- Rendre obligatoire pour les institutions de jeux la signalisation et l'orientation des joueur·se·s qui semblent avoir un problème de jeu vers les soins (et contrôler l'application de cette obligation)

3 Améliorer la connaissance de la dépendance aux jeux et de l'offre de soins disponible

- Auprès des professionnel·le·s de première ligne (et notamment les médecins et les travailleurs·ses sociaux) et les professionnel·le·s de santé mentale pour améliorer la détection et l'intervention précoces. Pour cela, des instruments de screening doivent être développés ou validés
- Auprès de la population générale afin de réduire le tabou concernant les problèmes de jeu (grâce à des campagnes de sensibilisation)
- Auprès des professionnels spécialisés : plus de connaissance et d'engagement pour la formation
- Augmenter la connaissance et les compétences des joueur·se·s pour renforcer leur contrôle sur leur comportement de jeu

4 Renforcer l'offre de soins disponible

- Prévoir davantage de centres spécialisés (par exemple via des conventions INAMI)
- Prévoir des groupes d'entraide dans chaque province
- Renforcer et pérenniser l'offre de traitement en ligne
- Différentier l'offre de soins (notamment une offre résidentielle et un travail en groupe dans chaque province)

LES NORMES PEGI (PAN EUROPEAN GAME INFORMATION)[280]

PEGI est un organisme paneuropéen indépendant, mis en place par les éditeurs de jeux vidéo afin de répondre à l'un des objectifs poursuivis par l'ISFE (Interactive Software Federation of Europe, qui représente l'industrie européenne du jeu vidéo), à savoir le jeu responsable et la protection des mineur·e·s.
Dans cette perspective, et pour répondre aux recommandations de la Commission européenne, PEGI adopte des normes qui permettent de classer le contenu des jeux vidéo et de recommander un âge minimum pour y jouer.
Une fois le contenu d'un jeu analysé (avant qu'il ne soit édité), celui-ci se voit attribuer un sigle PEGI et un ou plusieurs pictogrammes descriptifs (i.e. langage grossier, discrimination, drogue, peur, jeux de hasard, sexe, violence, online) qui devront apparaître sur l'ensemble des outils de communication du jeu.

PEGI 3	Jeux accessibles à tous publics. Une certaine violence est tolérée si elle est purement comique et si tous les personnages sont fictionnels. Aucun élément effrayant ou grossier n'est toléré.
PEGI 7	Jeux qui auraient pu être classés PEGI 3 mais qui contiennent des éléments considérés comme effrayants pour un jeune public.
PEGI 12	Jeux qui affichent une violence plus graphique (plus réaliste) que les jeux PEGI 3 ou PEGI 7. Les personnages subissant cette violence peuvent avoir une apparence humaine ou représenter des animaux identifiables. Une nudité sans connotation sexuelle est acceptée. Les grossièretés doivent rester légères et ne comprendre aucune insulte à caractère sexuel.
PEGI 16	Jeux présentant la violence de façon réaliste. Les utilisateurs doivent être capables de la supporter et d'avoir un certain recul face à la grossièreté, la nudité et les actes sexuels, l'usage de drogues et la représentation d'activités criminelles.
PEGI 18	Jeux s'adressant à un public adulte. La violence représentée peut être extrême et crue et inclure des actes grossiers, l'usage de drogues ou la pratique d'activités criminelles. La sexualité peut être montrée de manière explicite (sans être à caractère pornographique).

Le système de classification PEGI a été officiellement adopté par certains pays européens, notamment la France et le Royaume-Uni. Ce n'est pour le moment pas le cas de la Belgique, et l'attribution de l'un ou l'autre sigle PEGI n'a aucun effet juridique sur la mise à disposition d'un jeu.
Certains observateurs se montrent assez critiques vis-à-vis des normes PEGI, relevant que 1) ce système d'autorégulation des éditeurs de jeux se substitue à toute régulation publique, et permet à ceux-ci de se soustraire à des normes européennes contraignantes et de ne pas devoir rendre des comptes à une entité publique régulatrice. Ce système permettrait notamment de maintenir un marché de consommateurs le plus large possible[281] ; 2) les normes PEGI ne sont pas contraignantes, mais bien informatives. Les principaux garants de leur bonne application sont évidemment les parents et gardien·ne·s des enfants et adolescent·e·s. Il est dès lors central de les informer correctement et de suffisamment communiquer au sujet des jeux vidéo, de leur contenu et des normes PEGI pour que parents et gardien·ne·s puissent faire des choix éclairés en la matière[282].

280 Site du SELL (syndicat des éditeurs de logiciels de loisirs), URL : http://www.sell.fr/news/le-guide-du-pegi-2018
281 Article «Jeux vidéo : «Le PEGI est surtout un dispositif de contrôle du politique et du marché»» de William Audureau, lemonde.fr, 30/06/2015, URL : https://www.lemonde.fr/pixels/article/2015/06/30/il-faut-repenser-la-philosophie-du-classement-des-jeux-video-deconseilles-aux-mineurs_4663788_4408996.html
282 Article «Behind the headlines : Why game age-ratings matter» de Will Freeman, askaboutgames.com, 16/07/2018, URL : http://www.askaboutgames.com/behind-the-headlines-why-game-age-ratings-matter/

LE CADRE LÉGISLATIF DES JEUX VIDÉO

Il n'existe actuellement aucune mesure de régulation de l'offre de jeux vidéo : seules les normes PEGI sont apposées sur le support par les éditeurs de jeux vidéo afin d'informer l'acheteur sur l'adéquation entre le contenu et l'âge du joueur·se.

EN BELGIQUE, LES «LOOT BOXES» PAYANTES DANS LES JEUX VIDÉO SONT ASSIMILÉES À DES JEUX DE HASARD

Certains jeux vidéo proposent aux joueur·se·s d'obtenir (en ligne et contre paiement) des loot boxes (ou «coffres à butin») dont le contenu est aléatoire, afin de progresser et faire évoluer leurs personnages plus rapidement. Les jeux les plus connus utilisant ce système sont, par exemple, FIFA 2018, Counter Strike ou Overwatch.

En avril 2018, la Commission des jeux de hasard a jugé que les loot boxes payantes correspondent à la définition d'un jeu de hasard (dont les éléments constitutifs sont : jeu, mise, hasard, gain/perte). Ils tombent donc sous le coup de la loi belge en la matière et de la protection des mineur·e·s et des personnes vulnérables. La Commission a formulé des recommandations à l'attention des éditeurs de jeux vidéo[283].

283 Lesdites recommandations, ainsi que le rapport d'enquête de la Commission sont disponibles à l'adresse : https://www.gamingcommission.be/opencms/export/sites/default/jhksweb_nl/documents/Rapport-loot-boxes-Final_FR.pdf

LA DISPONIBILITÉ ET L'OFFRE DES JEUX DE HASARD ET D'ARGENT ET DES JEUX VIDÉO EN BELGIQUE

JEUX DE HASARD ET D'ARGENT

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 hyper-accessible.

Comme nous venons de le voir, les jeux de hasard et d'argent, quels qu'ils soient, sont soumis à une législation qui en limite en théorie l'accès aux personnes âgées d'au moins de 18 ans. Dans le cas des casinos et ses salles de jeux automatiques, l'âge légal est élevé à 21 ans. L'offre est également régulée par le législateur via l'octroi de licences et l'exercice de contrôles par la Commission des jeux de hasard (CJH). Les exploitants de casinos et de salles de jeux automatiques ainsi que les organisateurs de paris officiellement reconnus par la CJH sont les seuls à pouvoir demander une licence supplémentaire afin de proposer des jeux similaires sur Internet.

Le nombre d'établissements et de sites Internet possédant une licence d'exploitation de jeux de hasard et d'argent est détaillé dans le tableau 23. Les jeux de bingos dans les cafés sont les plus répandus, suivis par les dispositifs de paris sportifs, en librairie ou en agence. L'offre en ligne est également relativement abondante puisque qu'il existe actuellement 10 sites de casinos, 24 sites de salles de jeux et 22 sites de paris sportifs officiellement reconnus par la CJH. À noter qu'il ne semble pas exister de statistiques relatives aux points de ventes des produits de la Loterie Nationale, mais ils sont sans aucun doute les plus répandus. Enfin, signalons que la CJH recense actuellement sur sa liste noire 157 sites de jeux en ligne auxquels ne peuvent légalement accéder les joueur·se·s domiciliés Belgique. Ces sites doivent en principe être bloqués par les fournisseurs d'accès Internet, mais ils ne le sont pas tous (ou avec des délais variables), et des moyens de contourner ce blocage sont forcément possibles, ce qui comporte un risque pour les personnes interdites de jeu sur base non volontaire. Au-delà de l'offre de jeux détaillée dans le tableau 23, de nombreux jeux de hasard et d'argent sont également proposés par la Loterie Nationale ainsi que par différents organismes exploitant les médias. Cette offre peut difficilement être détaillée en raison de son hyper-accessibilité.

Afin de réduire les problématiques d'assuétudes aux jeux de hasard et d'argent et de protéger les joueur·se·s problématiques ainsi que leur famille, la Belgique a mis en place en 2004 un système d'enregistrement des utilisateurs des jeux proposés par les casinos, les salles de jeux automatiques ou les agences de paris : l'*Excluded Persons Information System* ou EPIS. Sur base de ce système, il est possible d'interdire l'accès aux jeux à certaines personnes. L'interdiction peut être volontaire (e.g. un joueur·se qui estime perdre le contrôle et préférant ne plus avoir accès aux jeux) ou demandée par un tiers intéressé (conjoint, enfant, parent). Dans ce cas, la demande sera évaluée par la CJH et la personne visée aura le droit de s'y opposer. Il est donc toujours préférable de parvenir à convaincre la personne joueuse d'introduire par elle-même la demande d'interdiction. Certaines personnes peuvent également être interdites sur base de leur profession ou en raison d'une décision judiciaire. Des procédures existent pour étendre l'interdiction aux pays voisins. L'interdiction peut être levée à la demande

Lorsqu'ils impliquent des enjeux monétaires ou de biens de valeur, le poker et les autres jeux de cartes sont légalement interdits en dehors des casinos et des salles de jeux. Néanmoins, une exception a été prévue dans l'article 3.3 de la loi du 7 mai 1999 afin de les autoriser si l'enjeu est très limité et s'ils ne peuvent procurer au joueur·se qu'un avantage matériel de faible valeur. La loi limite l'enjeu à maximum 0,22 € par jeu et le gain maximum à 6,20 €. Malgré ce cadre légal, le poker amateur s'est fortement développé ces dernières années et de nombreux clubs ont vu le jour, ce qui a entraîné une augmentation des contrôles et des poursuites car ces limites ne sont bien souvent pas respectées. L'asbl Poker Belgique, qui compte actuellement près de 7.000 membres, s'est constituée en 2014 de manière à proposer un encadrement et une protection des joueur·se·s dans l'organisation de tournois. Ceux-ci s'organisent en collaboration avec le Casino de Namur de manière à les faire dans la légalité, puisque seuls les casinos sont actuellement autorisés à organiser des tournois de poker.

Tableau 23 : Nombre d'établissements possédant une licence d'exploitation de jeux de hasard et d'argent, par type d'établissement, 2018 [284]

		Belgique	Bruxelles	Wallonie
Hors ligne	Casinos	9	1	4
	Salles de jeux automatiques	171	12	81
	Cafés (bingos)	5.889	1.047	2.012
	Agences de paris [285]	670	84	278
	Librairies avec paris sportifs	1.743	160	595
	Associations de course	5	0	1
En ligne	Casinos en ligne	10		
	Salles de jeux en ligne	24		
	Paris sportifs en ligne	22		
	Sites sur liste noire	157		

Source : Commission des jeux de hasard

284 Situation au 19 septembre telle que mentionnée sur le site de la CJH.

285 D'un point de vue légal, les agences de paris doivent être distante l'une de l'autre d'au moins 1000 mètres. En outre, un arrêté-royal publié en 2016 a permis de fortement réduire le nombre d'agence de paris.

du joueur·se sous certaines conditions : la demande ne peut être introduite qu'après un délai minimum d'un an, et le joueur·se doit notamment prouver qu'il bénéficie d'un encadrement social et psychologique suffisant par rapport à sa pratique du jeu.

En date du 31 décembre 2016, le nombre de personnes interdites de jeux de hasard et d'argent sur base du EPIS s'élevait à 328.822 personnes. Si on exclut les personnes interdites en raison de leur profession, cela correspond à 282.846 personnes, soit 3,13 % de la population belge âgée de 18 ans ou plus à la même période. Ce pourcentage inclut bien entendu une proportion de joueur·se·s pathologiques, mais également des personnes «guéries» préférant maintenir l'interdiction afin de minimiser le risque de rechute.

Si l'accès à tous les dispositifs de jeux de hasard et d'argent est légalement conditionné par un contrôle préalable de l'âge légal du joueur·se, dans les faits la loi est loin d'être respectée. L'EPIS a certes permis de mettre en place un contrôle systématique dans les casinos, les salles de jeux automatiques ou les agences de paris, en ligne et hors ligne. Mais dans le cas des dispositifs en ligne, le contournement d'EPIS est toujours possible en utilisant la carte d'identité d'un tiers (usurpation d'identité). Par ailleurs, la vérification de l'âge du joueur·se dans les librairies dépend du bon vouloir de l'exploitant·e. Sans surprise, la législation est loin d'être respectée en cette matière, si l'on en croit les statistiques relatives aux pratiques de jeux de hasard et d'argent chez les jeunes (voir ci-dessous). Enfin, les bingos doivent logiquement être équipés depuis le 1er juillet 2015 d'un lecteur de carte d'identité afin de n'autoriser l'accès qu'aux personnes majeures. Ce système n'est toutefois pas relié à l'EPIS, de sorte que les joueur·se·s interdits de jeux peuvent aussi se rabattre sur les bingos. En outre, un non-respect de cette législation par certains exploitant·e·s est toujours possible.

Tableau 24 : Nombre de personnes interdites de jeux de hasard, par motifs d'interdiction, Belgique, 2013-2016

	31/12/2013	31/12/2014	31/12/2015	31/12/2016
Décision judiciaire	82.580	95.415	116.476	139.247
Règlement collectif de dettes	86.638	122.434	122.601	116.503
Exclusions volontaires	19.670	21.985	24.322	26.782
Exclusions à la demande d'un tiers intéressé	89	130	220	314
Exclusion en raison de la nature de la profession	46.344	45.957	45.436	45.976
Nombre total de personnes interdites en date du 31 décembre	235.321	285.921	309.055	328.822

Source : Commission des jeux de hasard

JEUX VIDÉO ET INTERNET

Les jeux vidéo sont l'un des produits culturels les plus vendus dans le monde. Nés dans la fin des années 50, les jeux vidéo et leurs supports (consoles de jeux, ordinateurs personnels) commencent à être commercialisés auprès du grand public dans les années 70. Depuis, la qualité des graphiques s'est améliorée, les consoles et ordinateurs ont gagné en puissance et les supports de jeu se sont multipliés (ordinateur, console, console portable, tablette, GSM). En constante évolution, les jeux vidéo deviennent de plus en plus en ligne et nomades.

L'offre de jeux vidéo et des activités liées à Internet s'est également étendue et généralisée à l'ensemble des supports disponibles, rendant leur accessibilité permanente quels que soient l'heure et l'endroit, notamment via l'Internet mobile. La gamme de jeux disponibles est également très variée, quel que soit le support, de manière à ce que l'ensemble de la population puisse trouver des jeux adaptés à ses centres d'intérêt. De nombreux jeux vidéo sont également proposés gratuitement sur tous ces supports, des packs au tarif variable étant ensuite régulièrement proposés aux joueur·se·s pour faciliter/accélérer leur évolution dans le jeu, pour supprimer d'éventuelles publicités ou encore pour leur donner accès à des contenus inédits.

Les jeux vidéo sont des outils de divertissement, qui peuvent procurer du plaisir à leurs utilisateur·rice·s, du challenge, stimuler leur créativité, leur intelligence, leurs réflexes, leur esprit logique et stratégique, provoquer un sentiment d'accomplissement ou d'immersion dans un autre univers, permettre de socialiser et de créer des liens avec d'autres personnes, etc. Chaque jeu remplit plus ou moins ces fonctions, différemment selon ses caractéristiques et son *gameplay*[286] (voir ci-dessous). De plus, chaque joueur·se joue à l'un ou l'autre jeu vidéo pour différentes raisons et un même jeu peut avoir un sens et des conséquences différentes d'un individu à l'autre (Yee, 2007).

286 Le *gameplay* est propre aux jeux vidéo. Il désigne l'interaction entre le jeu (ses règles, contraintes et libertés intrinsèques) et le joueur·se (son expérience du jeu). Chaque genre de jeu a un *gameplay* propre qui permet au joueur·se de faire ou ne pas faire telle ou telle action et définit les réponses du jeu aux actions du joueur·se·s.

TYPES DE JEUX VIDÉO (PARMI LES PLUS POPULAIRES)[287]

Type de jeu	Caractéristiques et gameplay	Exemples
Jeux d'action et jeux de tir	Ils recouvrent une multitude de sous-genres (beat them all, combat, shoot them up, plates-formes, etc.). Leur gameplay fait appel à l'habilité, la dextérité et la rapidité. Ils se déroulent généralement en temps réel.	*Grand Theft Auto (GTA), Call of Duty, Counter Strike,…*
Jeux d'aventure et d'action-aventure	Leur gameplay est orienté par la résolution d'énigmes, le recours aux dialogues et à l'exploration minutieuse de l'univers du jeu. Leur déroulement est scénarisé et poursuit un schéma narratif proche de celui d'un film ou d'un livre. Ils peuvent reprendre des caractéristiques du jeu d'action et de tir.	*Assassin's Creed, Tomb Raider, Splinter Cell, Resident Evil,…*
Jeux de rôle	Le joueur·se incarne un personnage dans un univers spécifique et remplit des quêtes secondaires et principales. Le personnage évolue à mesure que l'histoire avance, gagne en puissance, en compétences et en armement. On peut distinguer les jeux hors ligne (RPG pour Role Playing Game) et les jeux en ligne (MMORPG pour Massively Multiplayer Online Role Playing Game)	*World of Warcraft (WoW), Minecraft, Dofus, Fallout, The Elder Scrolls,…*
Jeux de réflexion	Ils requièrent de la logique et de la réflexion. Il peut s'agit de jeux traditionnels de labyrinthes, d'objets cachés, puzzles… adaptés sous forme numérique, ou des jeux originaux au sein desquels les énigmes, labyrinthes et autres casse-têtes sont fortement représentés et conditionnent l'avancement de l'histoire.	*World of Goo, Mahjong, Portal,…*
Jeux de simulation et de gestion	Ils proposent au joueur·se de simuler virtuellement un évènement donné : gérer une économie, conduire un véhicule, pratiquer un sport, etc.	*The Sims, FIFA, Gran Turismo, Sim City,…*
Jeux de stratégie	Ils reposent sur des objectifs similaires à leur version réelle (sur plateau) : explorer, accroître son territoire, détruire son ennemi, faire prospérer une armée, exploiter les ressources du territoire conquis, etc. Ils reposent sur la réflexion du joueur·se et sa capacité à faire les bons choix pour progresser.	*Civilization, Age of Empire, Shogun Total War, League of Legend,…*
Jeux d'application	Jeux proposés sur les tablettes et smartphones, souvent gratuits.	*Candy Crush, Angry Birds, Fruit Ninja,…*

Sources : Hermès (2012), intervention filmée du Dr Magalon (2017)

Selon le dernier baromètre de la société de l'information (SPF Economie, 2018), la fracture numérique, à savoir le pourcentage de la population belge de 16 à 74 ans qui n'a jamais utilisé Internet est passé sous la barre des 10 % (9,8 %) en 2017, alors qu'il s'élevait à 69,5 % en 2006 et à 15 % en 2012. De même, en 2017, seulement 14,9 % des ménages belges ne possédaient pas d'ordinateur, alors que ce pourcentage s'élevait encore à 19,7 % en 2012. Et parmi les individus qui ont utilisé un ordinateur au cours de 3 derniers mois en 2017, 84 % s'en sont servi quotidiennement, 13 % au moins une fois par semaine et 3 % moins d'une fois par semaine. En ce qui concerne les supports utilisés pour surfer en 2017, 82,8 % des personnes qui ont été sur Internet au cours des 3 derniers mois ont utilisé un smartphone pour surfer, 75,1 % un ordinateur portable, 51 % un ordinateur fixe et 47,4 % une tablette. Ces résultats confirment l'importante connectivité de la population belge et la diversité des supports multimédia utilisés dans la vie quotidienne.

287 Les types de jeu ne sont pas évidemment pas hermétiques. L'un ou l'autre jeu mêlera volontiers les caractéristiques d'un ou plusieurs types de jeu. Il n'est donc pas toujours évident de classer un jeu dans une catégorie particulière.

LES USAGES SANS PRODUITS DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

USAGE DES JEUX DE HASARD ET D'ARGENT

La prévalence du jeu pathologique (on parle aussi d'addiction aux jeux de hasard et d'argent) est particulièrement peu documentée en Belgique francophone. La première étude nationale portant sur le jeu pathologique a été publiée en 2006 (Druine et al., 2006 ; cité par Calado et Griffiths, 2016). Il s'agissait d'une enquête téléphonique portant sur un échantillon de 3.002 Belges âgés de 16 à 99 ans. L'identification du jeu pathologique (prévalence au cours des 12 derniers mois) reposait sur une utilisation stricte des critères du DSM-IV. Interrogés sur leurs pratiques du jeu au cours des 12 derniers mois, 60 % des personnes interrogées ont déclaré avoir joué au moins une fois à un jeu d'argent au cours de cette période, le plus souvent à une loterie (46 %). Au total, 1,6 % des répondants remplissaient 3 à 4 critères du jeu pathologique (on parle alors de jeu à risque) et 0,4 % en remplissaient 5 ou plus, et pouvaient être considérés comme des joueur·se·s pathologiques.

USAGE COMPULSIF D'INTERNET, DES JEUX VIDÉO ET DES RÉSEAUX SOCIAUX

En 2012, dans le cadre du projet CLICK (Klein et al., 2013) financé par la politique scientifique fédérale (Belspo) sur l'utilisation compulsive d'Internet, des jeux vidéo et des réseaux sociaux, une enquête en ligne a été réalisée auprès d'un échantillon d'environ 2.200 Belges âgés de 18 ans ou plus, stratifié en fonction du genre, de l'âge, de la région et du niveau d'éducation de manière à obtenir un échantillon représentatif de la population belge. L'enquête reposait sur un questionnaire auto-administré intégrant un outil validé de mesure d'usage compulsif d'Internet.

Tableau 25 : Prévalence de l'utilisation compulsive d'Internet, de jeux vidéo et de réseaux sociaux dans la population générale adulte, Belgique, 2012

	Utilisation compulsive d'Internet [288]	Utilisation compulsive de jeux vidéo [289]	Utilisation compulsive des réseaux sociaux [290]
Prévalence dans la population générale	5,52 %	2,62 %	2,9 %
Compulsivité légère	4,07 %	1,9 %	2,0 %
Compulsivité modérée	1,0 %	1,1 %	0,54 %
Compulsivité sévère	0,45 %	0,22 %	0,41 %
Prévalence chez les utilisateurs réguliers (16h au moins/semaine)	12,2 %	5,8 %	6,5 %
Compulsivité légère	9,0 %	4,2 %	4,4 %
Compulsivité modérée	2,2 %	2,5 %	1,2 %
Compulsivité sévère	1,0 %	0,5 %	0,9 %
Utilisateurs compulsifs			
Hommes	41 %	60,3 %	38,5 %
Femmes	59 %	39,7 %	61,5 %

Source : Klein et al., 2013

Les auteurs ont également intégré des outils plus spécifiques d'identification de l'usage compulsif des jeux vidéo et des réseaux sociaux, des activités liées à Internet particulièrement soumises au risque de compulsivité. Pour chaque item de ces outils, le répondant devait préciser à l'aide d'une échelle allant de jamais (=0) à très souvent (=4) la fréquence d'occurrence d'une série d'énoncés (e.g. Manques-tu de sommeil à cause d'internet ?, Penses-tu que tu devrais moins utiliser internet ? Te dépêches-tu pour terminer ton travail scolaire afin d'aller sur internet ?). Les auteurs ont défini trois degrés d'usage compulsif sur base du score moyen à chaque outil, de manière à pouvoir distinguer les usager·e·s compulsifs en fonction de la sévérité de leur usage : un score de 2 à 2,49 correspondait à un usage compulsif léger, un score de 2,5 à 2,99 correspondait à un usage compulsif modéré, et un score de 2 à 4 correspondait à un usage compulsif sévère.

Pour des raisons étonnantes insuffisamment justifiées dans le rapport, les auteurs ont centré les analyses sur les répondants ayant déclaré passer en moyenne plus de 16 heures par jour en ligne (soit 45,2 % de l'échantillon, à savoir 1000 répondants). Nous ne pourrons dès lors malheureusement rapporter que les caractéristiques d'usage de ce sous-échantillon. Toutefois, les niveaux de prévalence sont également fournis pour l'ensemble de l'échantillon. Les répondants du sous-échantillon d'utilisateurs passant plus de 16 heures par semaine sur Internet provenaient à 56,6 % de Flandre, à 33,7 % de Wallonie et à 9,7 % de Bruxelles. La répartition géographique de l'échantillon global n'est en revanche pas précisée dans le rapport de l'étude.

Comme on peut le constater dans le tableau 25, 5,5 % des Belges de 18 ans ou plus présentent des signes d'usage compulsif d'Internet. Et environ 3 Belges sur 100 présentent plus spécifiquement des signes d'usage compulsif de jeux vidéo (2,62 %) ou des réseaux sociaux (2,9 %). La situation pourrait avoir évolué depuis 2012, en particulier en ce qui concerne l'usage des réseaux sociaux. Lorsque l'on prend en compte la sévérité de l'usage, il apparaît que moins de 1 adulte belge sur 100 présente un usage compulsif sévère. La prévalence de l'usage compulsif est forcément plus élevée lorsque l'on se concentre sur les personnes passant au moins 16 heures par semaine sur Internet.

Les usager·e·s compulsifs d'Internet ont en moyenne 37 ans. Ils sont plus fréquemment des femmes que des hommes (59 % versus 41 %). Les utilisateurs compulsifs des réseaux sociaux ont en moyenne 35 ans. Ils sont également plus fréquemment de sexe féminin (61,5 % *versus* 38,5 %). En revanche, l'effet de genre s'inverse en ce qui concerne l'utilisation compulsive de jeux vidéo (39,7 % *versus* 60,3 %) et les usager·e·s compulsifs de ce type ont en moyenne 34 ans. Globalement, on n'observe pas de différence en fonction du niveau d'instruction, quel que soit le type d'usage compulsif. En revanche, les usager·e·s compulsifs d'Internet sont davantage célibataires ou vivant seul que les usager·e·s non-compulsifs. Mais en ce qui concerne les activités spécifiques investiguées, on n'observe pas de différences du statut marital chez les usager·e·s compulsifs de jeux vidéo ou des réseaux sociaux. Enfin, l'étude montre également que les usager·e·s compulsifs semblent davantage présenter des sentiments dépressifs et de solitude que les usager·e·s non-compulsifs, ainsi qu'une plus faible estime de soi et un moindre sentiment de contrôler sa propre existence, et ce quel que soit l'usage compulsif.

L'objectif principal de cette étude était de quantifier et de mieux comprendre les pratiques d'utilisation compulsive d'Internet en général, et plus spécifiquement des jeux vidéo et des réseaux sociaux. L'utilisation compulsive d'Internet peut bien entendu prendre différentes formes. Les auteurs ont par conséquent adapté la CIUS (*Compulsive Internet Use Scale*) afin de proposer aux adultes des échelles d'évaluation d'autres formes de compulsivité liées à Internet, à savoir les jeux d'argent en ligne, les achats en ligne, la pornographie en ligne, la bourse en ligne et les rencontres en ligne. Ces échelles n'ont toutefois été administrées qu'aux personnes ayant déclaré s'engager au moins 4 fois par semaines dans ces activités.

288 L'utilisation compulsive d'Internet a été évaluée à l'aide du Compulsive Internet Use Scale (CIUS), composé de 14 items.

289 L'utilisation compulsive des jeux vidéo a été évaluée à l'aide du Videogame Addiction Test (VAT), également composé de 14 items.

290 L'utilisation compulsive des réseaux sociaux a été évaluée à l'aide du Compulsive Social Networking Site Scale (CSS), composé de 16 items.

Tableau 26 : Prévalence des autres formes d'utilisation compulsive d'Internet dans la population générale adulte, Belgique, 2012

	Utilisation compulsive des jeux d'argent en ligne	Utilisation compulsive des achats en ligne	Utilisation compulsive de la pornographie en ligne	Utilisation compulsive de la bourse en ligne	Utilisation compulsive des sites de rencontre en ligne
Prévalence dans la population générale	0,18 %	0,3 %	0,3 %	0,09 %	0,14 %
Prévalence chez les utilisateurs réguliers (16h au moins/semaine)	0,4 %	0,7 %	0,7 %	0,2 %	0,3 %

Source : Klein et al., 2013

Tableau 27 : Prévalence des pratiques de jeux de hasard et d'argent en ligne et hors ligne chez les élèves wallons de 12-20 ans, 2016

		Au moins une fois %	L'année dernière %	Occasionnellement [291] %	Régulièrement [292] %
Hors ligne	Jeux de grattage	32,0	15,0	13,3	1,7
	Jeux de tirage (lotto, euromillion…)	14,2	7,6	6,3	1,3
	Poker	11,4	7,3	5,8	1,6
	Jeux de cartes (autre que Poker)	8,1	5,0	4,0	1,0
	Paris sportifs	20,9	15,3	9,7	5,6
	Bingo/One-ball	9,9	4,0	2,9	1,1
	Loto quine	3,9	1,2	0,5	0,6
	Paris organisés par un ami etc.	35,3	22,8	18,2	4,6
En ligne	Jeux de grattage	12,9	5,9	4,9	1,0
	Jeux de tirage (lotto, euromillion…)	5,1	3,3	2,3	1,0
	Poker	7,1	5,4	3,6	1,8
	Jeux de cartes (autre que Poker)	4,2	2,6	1,4	1,2
	Paris sportifs	12,6	8,5	5,6	2,9
	Casinos	5,8	3,0	2,7	0,4
	Jeux par téléphone ou SMS	10,2	4,7	3,4	1,4

Source : Custers, Coteur & Boonen, 2017

Comme on peut le voir sur le tableau 26, ces formes d'utilisation compulsive paraissent moins courantes que celles décrites précédemment. Toutefois, nous pensons qu'elles sont sous-estimées en raison du filtre utilisé par les auteurs pour administrer ces échelles (i.e. le fait de s'engager au moins 4 fois par semaine dans ces activités). Ce filtre a probablement exclu d'emblée les usager·e·s compulsifs légers ou modérés. En outre, il présuppose que ce qui définit le comportement compulsif est sa fréquence d'apparition. Or l'intensité du comportement (durée, sommes dépensées, etc.) en constitue également un paramètre important.

LES USAGES SANS PRODUITS CHEZ LES JEUNES

USAGE DES JEUX DE HASARD ET D'ARGENT

Sur base d'un financement de la Loterie nationale, l'UC Leuven-Limburg a réalisé en 2016 une enquête dans des écoles de manière à déterminer la prévalence des pratiques de jeux de hasard et d'argent chez les élèves de 12 à 20 ans de la Flandre et de la Wallonie (voir Custers, Coteur & Boonen, 2017). Au total, 2.176 élèves provenant de 7 écoles ont été interrogés en Flandre et 769 élèves provenant de 5 écoles en Wallonie sur base d'un questionnaire auto-administré. Nous rapportons ici les chiffres relatifs à l'échantillon wallon portant sur les jeux de hasard impliquant des gains d'argent.

Comme on peut le voir dans le tableau 27, les jeux de grattage ainsi que, dans une moindre mesure, les paris sportifs, sont des types de jeux d'argent auxquels ont fréquemment recours les jeunes wallons, en particulier dans leur version classique (hors ligne). Ainsi, 32 % des jeunes de 12-20 ans interrogés ont déclaré avoir déjà joué au moins une fois à un jeu de grattage, et 20,9 % à un jeu de pari sportif. Et 5,6 % des jeunes interrogés ont déclaré jouer régulièrement aux paris sportifs. Les jeux en ligne paraissent moins plébiscités, quoique les niveaux de prévalence paraissent particulièrement élevés pour des jeunes de cet âge.

On n'observe pas de différence de genre pour les jeux de grattages et de tirage en ligne ou hors ligne ainsi que pour les casinos en ligne. En revanche, les garçons ont plus fréquemment recours que les filles

291 Catégorie incluant les réponses «une fois par mois ou moins» et «plusieurs fois par mois».

292 Catégorie incluant les réponses «une fois par semaine», «plusieurs fois par semaine» et «chaque jour».

au poker, aux autres jeux de cartes, ainsi qu'aux paris sportifs (en ligne ou hors ligne), mais aussi au Bingo/One-ball. La différence la plus frappante se situe au niveau de la participation régulière à des paris sportifs, qui est déclarée par 10,5 % des garçons contre 0,8 % des filles. À l'inverse, on observe que les filles ont plus fréquemment recours que les garçons au loto quine ainsi qu'aux jeux par téléphone ou SMS. En outre, hormis pour les paris sportifs, la pratique de ces jeux de hasard n'est que faiblement impactée par l'âge des répondants, qu'ils s'agissent de jeux en ligne ou hors ligne[293]. En effet, si les répondants de 12-13 ans y ont clairement moins recours que leurs aînés, on n'observe quasiment pas de différence entre les mineurs de 14-17 ans et les joueur·se·s majeurs. Autrement dit, malgré l'interdit légal, les mineurs d'âge sont nombreux à avoir recours à ces jeux. D'ailleurs, 20,6 % des répondants 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.

Les jeunes ayant déclaré avoir joué au moins une fois au cours des 12 derniers mois à un jeu de hasard ou d'argent ont également complété le SOGS-RA (*The South Oaks Gambling Screen-revised Adolescent*), un outil de dépistage du jeu pathologique chez les adolescents. Sur base des résultats, il ressort que 86,4 % des jeunes wallons de 12-20 ans (IC 95 % : 82,59 – 90,21) peuvent être considérés comme non à risque par rapport au jeu pathologique, soit parce qu'ils n'ont pas joué durant les 12 derniers mois, soit parce que leur pratique de jeu parait sous contrôle et sans conséquence délétère. En revanche, 7,5 % des répondants peuvent être considérés comme de joueur·se·s à risque (IC 95 % : 3,69 – 11,31) et 6,1 % comme des joueur·se·s problématiques (IC 95 % : 2,29 – 9,91), parce que leur pratique de jeu est associée à des signes de perte de contrôle ainsi qu'à des conséquences néfastes (emprunt d'argent, dispute en relation avec le jeu ou l'argent, etc.).

USAGE COMPULSIF D'INTERNET, DES JEUX VIDÉO ET DES RÉSEAUX SOCIAUX

En 2012, dans le cadre du projet CLICK (Klein et al., 2013) financé par la politique scientifique fédérale (Belspo) sur l'utilisation compulsive d'Internet, une enquête a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif d'environ 1000 jeunes belges âgés de 12 à 17 ans[294]. Les participants appartenaient à 18 écoles de Wallonie et de Flandre ayant acceptés de participer à l'étude, sur 50 sollicitées aléatoirement par les enquêteurs au départ des listings disponibles sur les sites Internet des Ministères de l'éducation. L'enquête était réalisée en classe au départ d'un questionnaire auto-administré intégrant les échelles d'évaluation de l'utilisation compulsive d'Internet, des jeux vidéo et des réseaux sociaux décrites dans la section précédente.

L'échantillon était composé de 50,6 % de filles. La moyenne d'âge des répondants était de 15,21 ans. Les élèves provenaient de différents niveaux d'enseignement (général : 39,6 % ; technique : 26,8 % ; professionnel : 24,7 % ; et écoles d'art : 8,9 %). Presque tous les adolescents disposaient d'un accès à Internet à leur domicile (99,1 %) et la majorité possédait son propre ordinateur (80,9 %). Plus de la moitié avait un smartphone (60 %) et 88,2 % disposaient d'au moins un profil sur les réseaux sociaux (principalement sur Facebook). Ces jeunes passaient en moyenne 12 heures et 9 minutes en ligne chaque semaine, ce qui correspond à 1 heure et 44 minutes par jour. Ils utilisaient Internet pour trois motifs principaux : communiquer, s'informer et se divertir.

Comme on peut le constater dans le tableau 28, environ un jeune sur dix présente des signes d'usage compulsif d'Internet. Un jeune sur dix présente plus spécifiquement des signes d'usage compulsif pour de jeux vidéo (11 %) ou des réseaux sociaux (7,1 %). Lorsque l'on prend en compte la sévérité de l'usage, il apparaît que 1 jeune sur 100 présente un usage compulsif sévère. On n'observe quasiment pas de différence de genre au niveau du groupe d'usager·e·s compulsifs, sauf en ce qui concerne l'utilisation compulsive des jeux vidéo, les usager·e·s compulsifs de ce type étant plus fréquemment des garçons (85,7 %) que des filles (14,3 %).

Tableau 28 : Prévalence de l'utilisation compulsive d'Internet, de jeux vidéo et de réseaux sociaux chez les jeunes de 12 à 17 ans, Belgique, 2012

	Utilisation compulsive d'Internet[295]	Utilisation compulsive des jeux vidéo[296]	Utilisation compulsive des réseaux sociaux[297]
Prévalence	9,5 %	11 %	7,1 %
Compulsivité légère	6,4 %	6,3 %	5,9 %
Compulsivité modérée	1,9 %	3,3 %	0,6 %
Compulsivité sévère	1,2 %	1,4 %	0,6 %
Utilisateurs compulsifs			
Garçons	54,3 %	85,7 %	48,6 %
Filles	45,7 %	14,3 %	51,4 %

Source : Klein et al., 2013

293 Le pari sportif est le type de jeu dont la fréquence d'usage évolue le plus clairement avec l'âge. Ainsi, 11,9% des 12-13 ans ont déclaré y avoir joué au moins une fois hors ligne (4,2% régulièrement), contre 17,6% des 14-15 ans (4,9% régulièrement), 18,4% des 16-17 ans (2,8% régulièrement) et 35,8% des 18-20 ans (12% régulièrement). De même, 8,4% des 12-13 ans ont déclaré y avoir joué au moins une fois en ligne (0% régulièrement), contre 10,6% des 14-15 ans (1,6% régulièrement), 8,3% des 16-17 ans (1,2% régulièrement) et 24,4% des 18-20 ans (9,1% régulièrement).

294 411 Wallons et 591 Flamands. Aucune école bruxelloise n'a été sollicitée pour cette enquête.

295 L'utilisation compulsive d'Internet a été évaluée à l'aide du *Compulsive Internet Use Scale* (CIUS), composé de 14 items.

296 L'utilisation compulsive des jeux vidéo a été évaluée à l'aide du *Videogame Addiction Test* (VAT), également composé de 14 items.

297 L'utilisation compulsive des réseaux sociaux a été évaluée à l'aide du *Compulsive Social Networking Site Scale* (CSS), composé de 16 items.

Cette étude a également mis en évidence que les élèves des filières techniques et professionnelles sont davantage concernées par ces formes d'usage compulsif que les élèves de l'enseignement général ou artistique. La composition familiale semble varier également entre les usager·e·s compulsifs et les non-compulsifs. En effet, les élèves présentant un usage compulsif sont davantage issus de familles monoparentales ou divorcées que les élèves non-compulsifs. En outre, sans grande surprise, il apparait que les élèves présentant un usage compulsif sont clairement moins soumis au contrôle parental relatif à l'usage d'Internet, mais les relations ne sont que modérées (corrélations < 0.2), ce qui suggère que d'autres facteurs sont à l'œuvre et qu'un faible contrôle parental ne suffit pas à lui seul à favoriser le développement d'un usage compulsif : le contrôle parental agit très probablement comme facteur protecteur. Enfin, les usager·e·s compulsifs semblent davantage présenter des sentiments dépressifs et de solitude que les usager·e·s non-compulsifs, ainsi qu'une plus faible estime de soi ainsi qu'un moindre sentiment de contrôler sa propre existence.

L'enquête HBSC 2014 fournit également quelques indicateurs relatifs à l'usage des technologies de l'information et de la communication chez les jeunes, de manière à quantifier leurs habitudes sédentaires. Comme on peut le voir sur le tableau 29, près de la moitié des élèves de 5ème et 6ème primaire et environ 60 % des élèves du secondaire de la Wallonie passent au moins deux heures par jour en semaine devant la télévision. Un tiers des élèves de 5ème et 6ème primaires et près de la moitié des élèves de secondaire jouent à des jeux vidéo au moins deux heures par jour en semaine. Enfin, environ 28 % des élèves de 5ème et 6ème primaires et un peu plus de la moitié des élèves de secondaire vont sur Internet au moins deux heures par jour en semaine. Sans surprise, l'usage de la télévision, des jeux vidéo et d'Internet au moins deux heures par jour concernent davantage d'élèves le week-end par rapport à la semaine. Ces résultats soulignent clairement que ces usages ont évolué en habitudes pour une proportion élevée de jeunes.

LES JEUX VIDÉO RENDENT-ILS VIOLENT/AGRESSIF ?

Bien que de nombreuses études rapportent un lien positif entre jouer à des jeux vidéo et se comporter de manière violente (ou avoir des pensées de type agressif), il est important de relativiser ces résultats.

D'abord, il existe également des études qui n'établissent pas de lien entre jeux vidéo et violence (Gibb et al, 1983 ; Ferguson et Rueda, 2010). De plus, lorsque les relations entre les jeux vidéo et les comportements violents étaient positives, les études montraient un lien faible (Inserm, 2014). Il faut également noter que le lien de causalité n'est pas encore élucidé (CHUV, 2012). Ensuite, les différentes études existantes sont difficilement comparables, notamment parce qu'elles ne partagent pas une même définition des «comportements agressifs». Ces derniers peuvent comprendre un large spectre d'actions ou de manières d'être qui vont de «parler mal à quelqu'un» jusque «le tuer» (Inserm, 2014).

Il arrive également souvent que les études ne prennent pas en compte les variables relatives au contexte habituel dans lequel le joueur·se s'inscrit (environnement familial, délinquance des pairs, symptômes dépressifs, etc.), ni celles relatives à sa personnalité. Or, la relation positive entre les jeux vidéo et les comportements agressifs ou violents disparaît de certaines analyses lorsque ces autres variables sont prises en compte (Inserm, 2014). Les jeux vidéo peuvent donc rendre certains joueur·se·s plus violents, à la condition que ceux-ci ressentent ou expriment déjà de l'agressivité par ailleurs (Ferguson, 2010).

Enfin, jouer à des jeux (à contenu violent) peut donner une indication précieuse sur l'état émotionnel du joueur·se, parce que d'une part, jouer pourrait répondre à un besoin de canaliser un état de colère, remplissant ainsi un rôle de protection voire de réduction des risques de violence. D'autre part, il se peut que la pratique du jeu vidéo vise à faire réagir l'entourage du joueur·se. Ce peut être le cas notamment des adolescent·e·s vis-à-vis de leurs parents ou des adultes en général (CHUV, 2012).

Tableau 29 : Prévalence de l'usage de la télévision, des jeux vidéo et d'Internet au moins deux heures par jour parmi les élèves scolarisés en Wallonie, 2014

	Niveau primaire (5ème et 6ème) %	Niveau secondaire %
Usage de la télévision au moins 2h par jour		
En semaine	46,4	58,2
Le week-end	66,1	78,4
Usage de jeux vidéo au moins 2h par jour		
En semaine	34,7	45,8
Le week-end	53,2	64,3
Usage d'Internet au moins 2h par jour		
En semaine	27,8	57,2
Le week-end	40,7	71,3

Source : Enquête HBSC 2014 (Moreau et al., 2017)

PERSPECTIVES

SUR L'USAGE DES JEUX DE HASARD ET D'ARGENT

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. Nous avons ainsi assisté au cours des dernières décennies à une multiplication de l'offre de jeux de bingo et de paris sportifs, en particulier dans les cafés et dans les librairies. Et puis, avec l'implantation progressive des jeux d'argent et de hasard en ligne, l'augmentation de la publicité, et l'augmentation de la connectabilité de la population (via les smartphones et l'Internet mobile), l'offre s'est encore étoffée et est surtout devenue hyper-accessible, au grand désarroi de ceux qui souhaite en décrocher. Il est certes possible au joueur·se pathologique de réclamer ou de se voir imposer une interdiction d'accès à certains jeux (casinos, salles de jeux et agences de paris, hors ligne et en ligne), mais ce système est dans certains cas contournables et il ne les protège pas de certains dispositifs (bingos dans les cafés) ni des sites de jeux illégaux. On regrettera également qu'aucune mesure préventive ne soit imposée aux gérants de ces jeux, telle que la fixation de limites au niveau de la fréquence de jeu et/ou des sommes jouées. Au contraire, des bonus favorisant la dépendance sont proposés aux gros joueur·se·s, en particulier lorsque leur pratique de jeu perd en assiduité. Enfin, les jeux de hasard et d'argent sont probablement davantage perçus comme une option de promotion sociale ou de sortie de la précarité en raison de la paupérisation grandissante de la population.

En théorie, la loi interdit l'accès aux jeux d'argent aux jeunes de moins de 18 ans, voire de 21 ans (pour les casinos et les salles de jeux automatiques). Mais dans les faits, de nombreux jeunes ne semblent pas en être informés et l'enfreignent, en connaissance de cause ou dans l'ignorance, avec la complicité tacite de certains tenanciers, le contrôle de l'âge du joueur·se n'étant pas toujours automatisé (notamment dans les librairies, y compris avec les automates de paris sportifs). Ce manque d'uniformité de la loi selon le type de jeux est propice à l'instauration d'une confusion dans la population, délétère aux acteurs de la prévention, et similaire à celle que l'on connait pour l'alcool. Les opérateurs en ligne en profitent également, puisque de nombreux sites proposent à la fois des paris sportifs et des jeux de casinos ou issus des salles de jeux automatique, ce qui facilite le contact de jeunes parieurs de 18 ans avec ces jeux qui leur sont pourtant interdits. De plus, des versions «démos» sans contrôle préalable de l'âge du joueur·se sont généralement disponibles sur la plupart des sites, ce qui facilite aussi le contact des jeunes avec ces jeux. Enfin, la plupart des jeux en ligne proposent des systèmes de bonus attractifs (e.g. premier pari remboursé, premier dépôt doublé, etc.) favorisant le premier contact avec ces jeux, quel que soit l'âge du joueur·se, et ces jeux affichent en temps réels la liste des gagnants ainsi que les sommes gagnées, ce qui peut augmenter la probabilité perçue de gagner.

Les autorités sanitaires semblent mesurer l'importance du phénomène, si l'on en croit la 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·se·s à risque (extension du système EPIS aux bingos et aux dispositifs de paris sportifs). Cette note souligne également certaines aberrations, comme le fait que certains arrêtés d'application de la loi de 2010 ne sont toujours pas publiés, de sorte que le cadre législatif relatif à la publicité, aux primes, au maximum de pertes par heure et au maximum d'argent utilisé n'est pas encore activé.

SUR L'USAGE DES JEUX VIDÉO ET D'INTERNET

L'utilisation d'Internet et des technologies de l'information et de la communication a considérablement évolué au cours de la dernière décennie, au point d'imprégner les habitudes de vie de nombreux citoyens, 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'addiction comportementale. L'offre de jeux vidéo a également grandement évolué ces dernières années, corolairement à l'apparition et à la généralisation des tablettes et smartphones. Le jeu vidéo n'est désormais plus l'apanage de l'adolescent ou du geek féru de consoles ou de jeux sur PC, mais il s'adresse à l'ensemble de la population, filles et garçons, jeunes et adultes. Par conséquent, l'ensemble de la population peut être directement ou indirectement confrontée à l'usage excessif ou à l'usage addictif de jeux vidéo, soit en tant que joueur·se, soit en tant que proche de joueur·se.

Les pratiques liées aux technologies de l'information et de la communication ont ainsi fortement évolué et de nouvelles normes culturelles se sont peu à peu façonnées : ce qui pouvait paraitre anormal ou symptomatique d'une dépendance il y a 10 ans est devenu banal (e.g. le fait d'utiliser son smartphone en mangeant seul, de l'utiliser dans son lit, etc.), parce que ces activités ludiques sont devenues des habitudes culturelles, déplaçant ainsi la frontière entre l'usage excessif et l'usage pathologique, entre l'accessoire et le nécessaire. Il faut également tenir compte de la réduction progressive de l'écart générationnel. Si les parents d'hier pouvaient se sentir démunis face à des technologies ou des pratiques nouvelles, les parents d'aujourd'hui partagent (au moins en partie) les pratiques de leurs enfants et peuvent parfois manquer de recul pour encadrer l'utilisation des jeux vidéo, des outils de l'information et de la communication et d'internet, et ainsi prévenir le développement d'un usage problématique.

AVIS DES EXPERT·E·S

Pascal Minotte, Responsable de projets et chercheur au CRéSaM

Vers une médicalisation de l'adolescence ?

La construction d'une nosographie qui inclurait les usages numériques et leurs excès pose de nombreuses questions. La première d'entre elles concerne l'adolescence et le regard que l'on peut porter sur cette période de la vie. L'intention louable d'ajouter de la clarté à travers des catégories diagnostiques ne va-t-elle pas contribuer exagérément à promouvoir une grille de lecture «pathologisante» des usages du numérique par les adolescents ? Par exemple, leur gourmandise pour les réseaux sociaux numériques (RSN) s'explique facilement par les enjeux qui sont ceux de leur âge. La tendance à rechercher constamment le contact avec ses pairs (les amitiés fusionnelles, les groupes de copain.e.s) s'inscrit dans un effort pour combler le vide laissé par la distance prise avec les parents. Il s'agit de «couper le cordon» et d'investir ailleurs, ce qui n'est pas une mince affaire pour un enfant. Ainsi, les usages des RSN que nous pourrions thématiser comme une aliénation sont vécus par beaucoup d'adolescents comme des lieux d'autonomisation et de liberté. Ils occupent des espaces (numériques) dans lesquels ils sont entre eux. Espaces qui, au passage, sont de moins en moins disponibles en milieu urbain. Bref, il est très facile d'expliquer un usage débordant des RSN à l'adolescence sans mobiliser la psychopathologie. Plus que de soins, c'est d'éducation dont nos ados ont besoin à ce sujet. Dans ce contexte, si certains désirent construire de nouvelles catégories diagnostiques, ils doivent veiller à ce que celles-ci permettent de clairement discriminer les excès de l'adolescence (et le manque de contenance du contexte éducatif) d'une situation pathologique.

Les modèles économiques des jeux vidéo en question

Ces dernières années, l'ensemble de l'industrie culturelle (livre, musique, cinéma, jeux vidéo…) a transformé ses modèles économiques pour s'adapter à la nouvelle donne sociotechnique. Ainsi, Internet a révolutionné la façon dont nous consommons la musique, le cinéma, les séries… et les jeux vidéo. Dans ce secteur très concurrentiel, les concepteurs s'adressent à un public qui a pris l'habitude de bénéficier de services «gratuits» sur Internet. Pourtant, les jeux vidéo destinés à être des «blockbusters» coutent de plus en plus cher à concevoir. Pour dépasser ce problème, certains éditeurs de jeux ont – entre autres choses – introduit les microtransactions dans leurs gameplays. Ainsi, les jeux qu'ils proposent sont accessibles financièrement (voire gratuit), mais le joueur à la possibilité de dépenser régulièrement de petites sommes d'argent qui l'aideront à atteindre ses objectifs. Cette situation n'est pas sans poser quelques questions. Tout d'abord, si les efforts des concepteurs sont orientés pour stimuler les microtransactions en question, qu'en est-il de l'avenir du jeu vidéo comme produit culturel et artistique ? Ensuite, les mécaniques que ces jeux proposent – comme les «loot boxes payants», par exemple – présentent certaines similitudes avec celles que l'on retrouve dans les jeux de hasard. En Belgique et aux Pays-Bas, les autorités compétentes ont d'ailleurs statué dans ce sens. D'autres pays, comme le Royaume-Uni, ont quant à eux considéré qu'il ne s'agissait pas de jeux de hasard étant donné qu'au final, aucun gain financier ne peut être espéré par le joueur. Bref, une question complexe qui n'a pas fini de faire débat…

6

CONSÉQUENCES SANITAIRES ET SOCIALES DE L'USAGE DE DROGUES

6.1

INTRODUCTION

Lorsque le premier usage d'une substance est vécu positivement [298] une personne peut être tentée de réitérer l'expérience pour éventuellement entrer peu à peu dans un mode de consommation dit «récréatif». Dans certains cas, et en fonction de certains facteurs de risque (lesquels ne sont pas forcément identiques, au niveau individuel, à ceux à l'origine de l'expérimentation de la substance ; Spooner, 1999) ou de l'absence de facteurs protecteurs, l'usage du produit peut prendre un caractère plus régulier et «échapper» au contexte récréatif initial (voir Dillon et al., 2007, pour une discussion détaillée). L'individu pourra alors avoir tendance à consommer en dehors de tout contexte social, et ce de manière de plus en plus fréquente et incontrôlée. On parle alors de consommation abusive qui, progressivement, pourra conduire à un état de dépendance.

L'usage de substances psychoactives peut également répondre à d'autres motivations que la simple recherche de plaisir et peut notamment viser à soulager une douleur physique et/ou psychologique ou s'inscrire dans des processus de socialisation. Quelles que soient les motivations à l'usage d'un produit, certains individus parviendront à développer un usage régulier et contrôlé du produit, sans que cela puisse être considéré comme problématique. On conçoit actuellement que l'étiologie d'un usage, qu'il soit ou non problématique, se situe au niveau des interactions entre l'individu, le produit et l'environnement (Zinberg, 1984).

Tout usage de substances psychoactives ne s'accompagne pas forcément de dommage mais comporte une part de risque, liée à la nature du produit, à l'usage qui en est fait, aux caractéristiques du consommateur et au contexte de consommation. Le contexte socio-législatif de prohibition maximise ces risques parce qu'elle accroit la dangerosité des produits interdits (méthode de production non standardisée, concentration variable en principe actif, présence de produits de coupe dangereux…), parce qu'elle confine la consommation à la clandestinité (ce qui favorise certaines pratiques à risque), parce qu'elle rend difficile le travail de prévention et d'éducation à l'usage à moindre risque, ou encore parce qu'elle retarde l'accès au soin. Dans ce contexte de prohibition, un usage occasionnel voire unique d'un produit peut entraîner des dommages parfois irréversibles, bien que la nature et la gravité des dommages dépendent le plus souvent des quantités et de la fréquence de consommation ainsi que du mode de consommation.

Les dommages pouvant être occasionnés par l'usage de substances psychoactives sont multiples : ils peuvent être directs ou indirects, immédiats ou différés, et peuvent toucher tant l'intégrité physique, psychologique et sociale de l'individu que celles de son entourage. L'usage peut aussi parfois occasionner des dommages à autrui (par exemple lors d'une bagarre ou d'un accident induits par les effets du produit) ou favoriser l'émergence de certaines formes de délits ou de criminalité (e.g. deal ou petite délinquance pour financer la consommation).

La dépendance est une des conséquences de l'usage les plus courantes, qui impacte à la fois l'usager·e, l'entourage et la société. Selon les estimations, seule une minorité (environ 1 sur 10) des usager·e·s de drogues illicites évoluerait vers un usage problématique, le plus souvent une dépendance (UNODC, 2016 ; Rehm, Room, van den Brink & Kraus, 2005). La prévalence de l'usage problématique d'alcool concerne également une minorité des usager·e·s, mais elle parait proportionnellement plus fréquente que pour les drogues illégales, en particulier en ce qui concerne la dépendance alcoolique, qui est estimée annuellement à 5 % pour les hommes et à 1 % pour les femmes au niveau européen (Anderson & Baumberg, 2006). La notion de dépendance à une substance telle qu'on la conçoit généralement dans le secteur des assuétudes renvoie à un mode d'utilisation inapproprié et régulier d'un produit, qui provoque une altération du fonctionnement et/ou une souffrance significative. Sur le plan psychologique et comportemental, elle est caractérisée par une difficulté à contrôler la consommation, un maintien de la consommation malgré les conséquences néfastes qu'elle engendre, ou encore une réduction voire un abandon des activités professionnelles, sociales ou de loisir, au profit de l'utilisation de la substance. Le caractère physique de la dépendance est généralement établi lorsqu'on observe, chez un·e patient·e, un phénomène de tolérance (accoutumance) au produit et/ou un syndrome de sevrage (manque) en cas d'arrêt de la consommation du produit. En cas de dépendance physique, les comportements d'usage sont auto-entretenus par l'«impérieuse nécessité» de consommer le produit pour soulager les symptômes de sevrage.

La dépendance est provoquée et entretenue par différents processus neurophysiologiques (stimulation du centre du plaisir, modification de la neurotransmission consécutivement à la présence chronique du produit dans le

298 Lorsque les effets lui déplaisent réellement, l'individu aura tendance à ne pas renouveler l'expérience, sauf en cas de pression sociale suffisante ou de désir de dépasser cette première expérience négative (et ce en raison d'attentes particulières vis-à-vis du produit).

cerveau) et psychologiques (modification des sensations, des affects et de l'idéation) liés à la prise du produit, mais également en lien avec l'absence (sensation de manque) ou l'anticipation de cette prise (*craving* ; voir Salomon, 2010, pour une présentation didactique de ces processus). Au-delà de cette communauté de processus impliqués, chaque parcours dans l'addiction est unique et la problématique d'usage est teintée par l'histoire personnelle de l'usager·e. Ces spécificités, ainsi que la fonction qu'occupe le produit dans l'économie personnelle de l'usager·e, sont naturellement gommées lorsque l'on aborde les conséquences socio-sanitaires sous un angle quantitatif, tel que nous allons l'envisager ici.

Dans ce chapitre, nous aborderons les conséquences sociales liées à l'usage d'alcool et de drogues à travers les données de la police fédérale relatives aux infractions liées à ces produits. Les conséquences sanitaires de l'usage d'alcool, de médicaments psychotropes et de drogues seront ensuite abordées à travers les données relatives aux intoxications (y compris chez les nouveau-nés) ainsi que celles portant sur les traitements des problématiques d'usage (indicateur de demande de traitement, prescriptions de traitements de substitution aux opiacés, prises en charge dans les services psychiatriques). Nous aborderons ensuite les données relatives aux maladies infectieuses et à la mortalité liées à l'usage de ces produits, et termineront par quelques chiffres extraits d'une récente étude sur le coût social des drogues légales et illégales en Belgique.

6.2

LES INFRACTIONS LIÉES À L'ALCOOL ET AUX DROGUES

Les statistiques relatives aux infractions liées à l'alcool et aux drogues incluent les infractions pour lesquelles un procès-verbal a été dressé, ce qui inclut à la fois les infractions accomplies et les tentatives d'infractions. Ces données ne reflètent qu'indirectement l'ampleur des comportements illégaux. En effet, elles ne concernent que la partie visible et sanctionnée de ces comportements. En outre, les variations dans l'espace et dans le temps des différents types d'infraction peuvent certes avoir pour origine une augmentation ou une diminution réelles des comportements associés, mais elles peuvent aussi être le reflet d'autres facteurs tels que des modifications de la politique de sécurité au niveau fédéral, régional ou local, ou des moyens alloués à la répression spécifique de ce type de comportements. Elles peuvent aussi être en partie le reflet d'un changement au niveau de la disposition de la population à signaler ces infractions. Enfin, ces fluctuations peuvent également dépendre directement de la qualité de l'enregistrement (sous-encodage, doublons…) ainsi que d'une modification de la nomenclature d'enregistrement[299].

Le tableau 30 illustre clairement que le nombre d'infractions annuelles liées aux drogues illégales peut varier considérablement d'une année à l'autre, tant au niveau national que régional[300]. Les données nationales sont fournies afin de disposer d'un point de comparaison.

Tableau 30 : Nombre d'infractions liées aux drogues illicites enregistrées au niveau national et en Wallonie sur la période 2002-2017

	Belgique	Wallonie
2002	42.508	14.191
2003	41.885	13.707
2004	45.295	14.616
2005	45.267	13.678
2006	46.360	13.850
2007	51.210	15.892
2008	53.112	14.793
2009	54.518	15.577
2010	48.510	14.263
2011	48.142	13.673
2012	44.271	11.637
2013	48.449	13.283
2014	55.124	14.311
2015	52.368	13.926
2016	54.421	14.690
2017	55.944	15.194

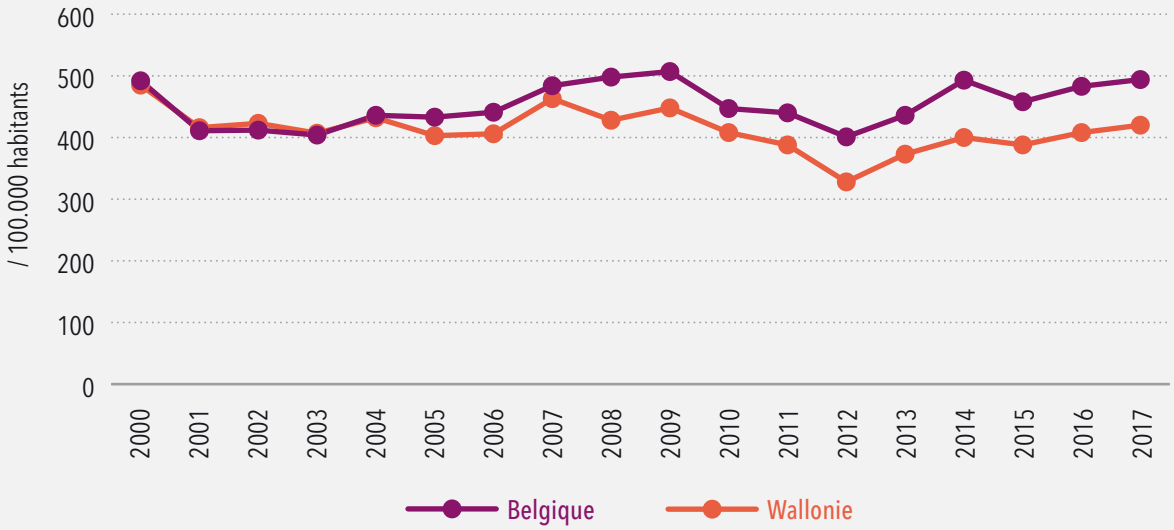
Source : Police Fédérale

Afin de pouvoir prendre en compte la taille de la population, nous avons calculé, pour chaque année, un ratio entre le nombre d'infractions enregistrées et la taille de la population national et régionale. Ce ratio a ensuite été multiplié par 100.000

299 Par exemple, la baisse brutale d'infractions constatées en 2010 serait due, selon la police fédérale, à un changement dans la pratique d'enregistrement. En effet, avant cette période un même fait pouvait à la fois être enregistré comme «usage de drogue» et comme «détention», l'usage impliquant la détention, alors que depuis 2010 ces faits sont enregistrés uniquement sous l'étiquette «détention de drogue».

300 Les infractions pour détention de moins de 3g de cannabis, qui font généralement l'objet d'un procès-verbal simplifié en l'absence de circonstances aggravantes, sont également comptabilisées dans les chiffres que nous exposons ici.

Figure 26 : Nombre d'infractions liées aux drogues illégales enregistrées pour 100.000 habitants au niveau national et en Wallonie sur la période 2000-2017



Source : Police Fédérale

afin de fournir une estimation du nombre d'infractions enregistrées par tranche de 100.000 habitants. On constate sur la figure 26 que le nombre d'infractions par 100.000 habitants a légèrement augmenté en Wallonie sur la période 2012-2017, similaire à celle observée au niveau national.

Ces comparaisons doivent être considérées avec prudence pour plusieurs raisons. Tout d'abord, même si ce ratio permet de contrôler l'impact de la taille de la population sur le nombre d'infractions commises sur chaque territoire, les infractions constatées sur un territoire peuvent aussi avoir été commises par des non-résidents de ce territoire. Ensuite, il faut garder à l'esprit que la Région bruxelloise est un territoire exclusivement urbain, alors que les deux autres régions sont à la fois composées de zones rurales et urbaines. Or il est habituel de constater davantage de criminalité dans les zones urbaines que dans les zones rurales (e.g. Wells & Weisheit, 2004). Enfin, rappelons que ces chiffres sont susceptibles d'être impactés par des modifications du système d'enregistrement ainsi que par le reflet des moyens alloués à la répression spécifique de ce type d'infraction, qui peuvent varier dans l'espace (et donc d'une région à l'autre) et dans le temps (en fonction des sensibilités et priorités politiques).

Plus précisément et afin d'illustrer ce propos, il apparait que l'augmentation des infractions liées aux drogues, observées sur cette période s'explique en grande partie par une augmentation des infractions pour détention de cannabis. Si cette augmentation des infractions ne semble pas correspondre à une augmentation de la consommation d'après les estimations en la matière, elle pourrait en revanche être la conséquence d'une plus grande volonté politique de réprimer la consommation dans l'espace public (rappelons en effet que la consommation est depuis 2010 enregistrée comme un délit de détention, conformément à la loi belge qui réprime spécifiquement la détention et non l'usage de cannabis). Cette volonté s'est d'ailleurs clairement formalisée dans la déclaration gouvernementale du Premier ministre Charles Michel prononcée le 14 octobre 2014 et a été réaffirmée dans la Note-Cadre de Sécurité intégrale 2016-2019 du Gouvernement fédéral : «*Par ailleurs, la consommation de drogues dans l'espace public ne pourra pas faire l'objet d'une tolérance, conformément au prescrit légal.*» (voir chapitre 1.2.1. Le cadre politique fédéral).

On constate également une augmentation des infractions liées à la production et au commerce de cannabis, tant au niveau régional que national. Si cette augmentation pourrait également être la conséquence d'une amélioration des moyens alloués à la répression de ce type de criminalité, il est toutefois aussi possible que ce type de criminalité soit effectivement en augmentation sur notre territoire suite au changement de législation survenu en mai 2012 aux Pays-Bas, restreignant l'accès aux coffee-shops aux seuls résidents du pays, ce changement étant en effet une opportunité pour le marché illégal de produire et écouler davantage de cannabis sur notre territoire.

Dans le tableau 31, on constate que la majorité (plus de 70 %) des infractions enregistrées au niveau national ainsi qu'en Wallonie en 2017 concernait des faits de détention de drogues. Le commerce et l'importation/exportation totalisent quant à eux environ 20 % des infractions.

Le tableau 32 montre qu'en 2017 en Wallonie comme plus généralement en Belgique, le type de drogues le plus fréquemment lié aux infractions répertoriées est le cannabis, quel que soit le type d'infraction, suivi de loin par la cocaïne/coca, les opiacés et l'ecstasy/amphétamines. Les autres types de produits sont moins fréquemment impliqués dans les infractions constatées. Alors que l'on sait que la majeure partie du budget national consacré aux drogues est allouée au pilier répression/sécurité (Vander Laenen, De Ruyver, Christiaens, & Lievens, 2011, CGPD (2016 et 2018) ; voir aussi le chapitre 1.3. Les

Tableau 31 : Types d'infractions liées aux drogues illégales enregistrées au niveau national et en Wallonie en 2017

	Belgique		Wallonie	
	N	%	N	%
Détention	41.318	73,9	10.943	72,0
Facilitation de l'usage	611	1,1	178	1,2
Incitation à l'usage	309	0,6	98	0,6
Commerce	7.521	13,4	2.265	14,9
Importation et exportation	2.604	4,7	744	4,9
Fabrication	1.738	3,1	572	3,8
Autres[301]	1.421	2,5	351	2,3
Désordre, scandale ou danger dans un espace public	420	0,8	41	0,3
Non précisé	2	0,0	2	0,0
Total	55.944	100	15.194	100

Source : Police Fédérale

Tableau 32 : Nombre d'infractions par type de faits et type de drogues illégales enregistrées au niveau national et en Wallonie, 2017

	Belgique					Wallonie				
	Détention	Commerce	Import/Export	Fabrication	Délit liés à l'usage***	Détention	Commerce	Import/Export	Fabrication	Délit liés à l'usage***
Cannabis	31.865	4.372	1.502	1.078	593	9.105	1.423	343	393	150
XTC/amphétamines	3.807	1.052	224	32	85	356	130	104	3	13
Opiacés	1.249	532	227	5	24	543	230	77	2	10
Coca/cocaïne	3.475	1.623	484	13	117	814	466	133	4	35
Hallucinogènes	142	49	60	4	5	37	14	37	2	2
Médicaments*	511	175	37	14	18	66	22	11		1
Précurseurs	167	43	11	144	3	37	3	4	1	1
Autres**	2.490	1.089	285	1.078	155	668	272	95	38	38

Source : Police Fédérale
* Médicaments contrôlés et classés comme stupéfiants qui ont été détournés de leur usage médical (méthadone, morphine, kétamine, etc.)
** GHB, Khat, etc.
*** Facilitation de l'usage, incitation à l'usage et désordre, danger ou scandale dans l'espace publique

dépenses publiques en matière de drogues), on est en droit de penser qu'une importante proportion de l'enveloppe budgétaire liée à ce pilier concerne des infractions exclusivement en lien avec le cannabis.

301 Cette catégorie reprend principalement les infractions en lien avec les médicaments contrôlés (méthadone, morphine, etc.) : délivrance illégale, falsification de prescriptions médicales, etc.

Tableau 33 : Types d'infractions liées à l'alcool enregistrées au niveau national et en Wallonie, 2012-2017

		2012	2013	2014	2015	2016	2017
WALLONIE	Ivresse publique	5.270	5.495	5.509	5.409	5.435	5.285
	Heure de fermeture d'établissements hôteliers	9	18	11	31	24	3
	Distillerie clandestine	0	2	3	0	0	3
	Servir de l'alcool à une personne ivre	14	10	13	11	8	10
	Ivresse au volant	14.443	15.604	15.848	15.634	16.518	16.201
	Non spécifié	0	0	0	2	0	1
	Total	19.736	21.129	21.384	21.087	21.985	21.503
BELGIQUE	Ivresse publique	20.004	19.875	19.717	19.065	19.387	19.240
	Heure de fermeture d'établissements hôteliers	23	53	43	48	35	28
	Distillerie clandestine	2	3	4	0	2	4
	Servir de l'alcool à une personne ivre	26	35	33	34	27	24
	Ivresse au volant	46.616	48.555	47.588	48.058	51.143	49.272
	Non spécifié	0	0	1	4	4	3
	Total	66.671	68.521	67.386	67.209	70.598	68.571

Source : Police Fédérale

LES INFRACTIONS LIÉES À L'ALCOOL

Comme on peut le voir dans le tableau 33, les infractions liées à l'alcool sont majoritairement relatives à la conduite en état d'ébriété ainsi qu'à une ivresse sur la voie publique, tant au niveau national qu'en Wallonie. Rappelons que les fluctuations dans le temps sont difficiles à interpréter en raison de possibles changements dans l'identification et la répression de ces types d'infractions.

LA CONDUITE SOUS INFLUENCE D'ALCOOL ET LES ACCIDENTS DE LA ROUTE

Dans le cerveau, l'alcool a la particularité d'agir indistinctement sur la plupart des systèmes de neurotransmission, principalement en accentuant la neurotransmission inhibitrice en en diminuant la neurotransmission excitatrice (Valenzuela, 1997). Cette action inhibitrice massive explique pourquoi l'imprégnation éthylique altère l'ensemble des fonctions cognitives et motrices, biaise la lucidité et la capacité de jugement, et expose ainsi davantage l'individu à la prise de risques durant l'imprégnation. L'alcool altère ainsi, même en faible quantité, les capacités de conduite automobile, et est une cause relativement fréquente d'accidents. Le risque d'accident mortel augmente de manière exponentielle avec la concentration d'alcool dans le sang, en particulier chez les jeunes conducteurs, moins expérimentés (Keall, Frith, & Patterson, 2004).

Conduite sous l'influence d'alcool

Une estimation de la prévalence de la conduite sous l'influence d'alcool est réalisée tous les deux ans par l'institut VIAS, en collaboration avec les forces de police locale et fédérale[302]. En 2015, 154 zones de polices ont participé à l'opération, qui a duré environ un mois et demi. Concrètement, les contrôles, réalisés à l'aide d'alcootest (test d'haleine) ont été effectués sur des routes et durant des plages horaires sélectionnées de manière aléatoire. Neuf unités de police de la route ont, quant à elles, effectué des contrôles aléatoires au niveau d'entrées ou de sorties d'autoroutes. Les policiers avaient pour consigne de ne pas appliquer de critères de sélection des conducteurs et d'en contrôler le plus grand nombre possible afin que l'échantillonnage soit aléatoire et représentatif de l'ensemble des conducteurs. Néanmoins, pour des raisons pratiques, les contrôles étaient limités aux conducteurs de voitures et de camionnettes[303] (exclusion donc des véhicules tels que les camions, car, minibus, etc.).

En 2015, 11.163 automobilistes ont été contrôlés dans le cadre de cette opération (voir Focant, 2016). Il ressort des analyses

302 Actuellement, il n'existe pas d'estimation similaire pour la conduite sous influence de drogues. L'institut VIAS s'intéresse toutefois à ce comportement via une enquête sur les comportements d'insécurité routière auto-rapportés. En 2018, environ 6.000 Belges ont été interrogés à l'aide d'une enquête en ligne. Au total, 5% des répondants ont déclaré avoir pris le volant au moins une fois au cours du mois écoulé après avoir consommé des substances illicites, ce comportement étant apparemment en augmentation (VIAS, 2019).

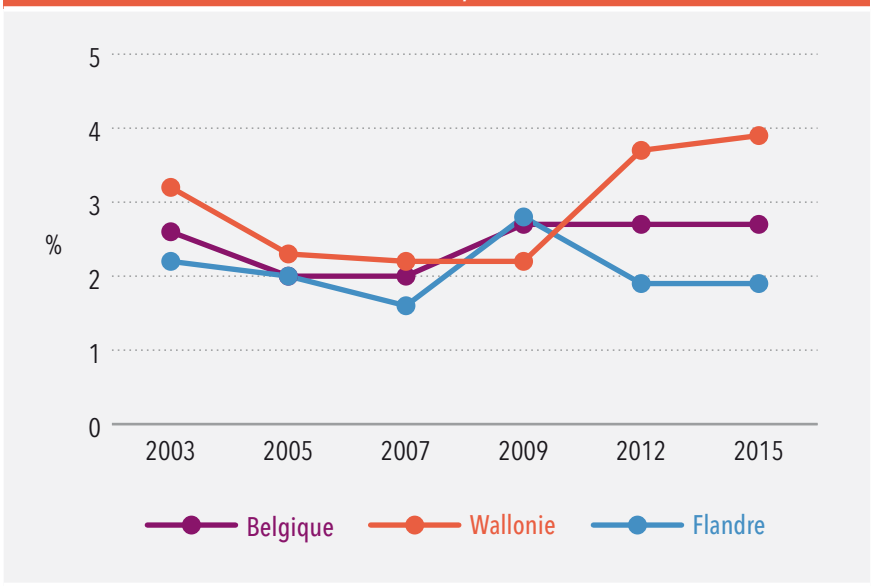
303 Lors de l'opération 2015, 1.123 conducteurs de camionnette ont également été contrôlés, mais nous n'en rapportons pas les résultats.

Tableau 34 : Conduite sous influence d'alcool chez les automobilistes en Belgique, 2015

	Wallonie	Bruxelles	Flandre	Belgique
Nbr de contrôles	240	5	345	590
Nbr d'automobilistes contrôlés	3.867	105	7.191	11.163
Positif : ≥ 0,22 et < 0,35 mg/l	1,2 %	/	0,6 %	0,9 %
Positif : ≥ 0,35 mg/l	2,7 %	/	1,3 %	1,9 %
Positif total	3,9 %	/	1,9 %	2,74 %

Source : Focant, 2016

Figure 27 : Pourcentage de conducteurs positifs au test d'haleine de détection d'alcool au volant, 2003-2015



Source : Focant, 2016

que 2,7 % des conducteurs contrôlés sur l'ensemble du territoire roulaient sous l'influence d'alcool (c'est-à-dire avec une concentration d'alcool dans l'air alvéolaire expiré supérieure à la limite légale). Le pourcentage de contrôles positifs est deux fois plus important en Wallonie qu'en Flandre. Le nombre de contrôles effectués en Région bruxelloise est trop faible pour en permettre une utilisation statistique.

La figure 27 présente l'évolution du pourcentage de contrôles positifs enregistrés lors des opérations menées de 2003 à 2015, par région[304] et sur l'ensemble du territoire belge. On constate que ce pourcentage est en augmentation en Wallonie depuis 2012, et qu'il est depuis lors plus important qu'en Flandre. Cette augmentation ne semble pas pouvoir s'expliquer par une évolution des caractéristiques de l'échantillon (provenance, âge, sexe).

Accidents de la circulation sous l'influence d'alcool

L'institut VIAS publie annuellement un rapport sur les statistiques d'accidents de la route dans lequel on retrouve des données sur les accidents de la route avec dégâts corporels (c'est-à-dire comptant au moins un blessé ou un tué) en lien avec une consommation d'alcool. D'un point de vue méthodologique, l'implication de l'alcool dans les accidents de la route est objectivée sur base d'un test d'haleine qui doit être effectué auprès de tous les conducteurs impliqués dans un accident corporel de roulage[305]. Ces statistiques, qui sont fournies par la police, sous-estiment l'implication de l'alcool pour deux raisons. Premièrement, les tests d'haleine ne peuvent être effectués en cas de décès ou de blessure grave. Dans ce cas, ce sont des analyses sanguines qui sont effectuées en vue d'objectiver l'éventuelle implication d'une substance, mais la police n'est pas informée des résultats d'analyse. Deuxièmement, malgré la directive imposant depuis 2006 aux forces de l'ordre de devoir réaliser un test d'haleine chez les conducteurs impliqués dans un accident corporel, ce test n'est pas encore systématiquement réalisé chez les conducteurs indemnes ou légèrement blessés.

LES CHIFFRES 2005-2017

En Wallonie, le pourcentage de conducteurs[306] impliqués dans un accident

304 Les données récoltées en Région bruxelloise n'ont pu être inclues en raison du trop petit nombre de contrôles effectués dans cette région, qui s'explique par une charge de travail trop importante rendant difficile la participation à ces opérations de contrôle.

305 Actuellement, il n'existe pas de procédure similaire pour le dépistage de conduite sous influence de drogues. Les tests salivaires ne sont en effet imposés aux conducteurs qu'en cas de suspicion d'usage.

306 La notion de conducteur doit être ici entendue dans une acception large, puisqu'elle inclut également les piétons impliqués dans un accident de la circulation. Ceux-ci sont toutefois relativement peu nombreux par rapport aux conducteurs de véhicules (voiture, vélo, moto, camion, etc.).

Tableau 35 : Nombres et pourcentages de conducteurs testés et de conducteurs sous influence de l'alcool dans les accidents de roulage avec dégâts corporels en Wallonie, 2005-2017

	Accidents avec dégâts corporels	Conducteurs impliqués	Conducteurs testés	Conducteurs sous influence d'alcool	% conducteurs testés	% conducteurs testés sous influence d'alcool
2005	/	23.857	8.585	1.086	36,0 %	12,6 %
2006	/	23.594	10.038	1.237	42,5 %	12,3 %
2007	/	23.949	10.439	1.276	43,6 %	12,2 %
2008	/	23.471	12.016	1.637	51,2 %	13,6 %
2009	/	23.751	12.875	1.841	54,2 %	14,3 %
2010	12.991	22.813	12.802	1.799	56,1 %	14,1 %
2011	13.388	23.626	12.992	1.786	55,0 %	13,7 %
2012	12.299	21.766	11.793	1.616	54,2 %	13,7 %
2013	11.589	20.439	11.736	1.533	57,4 %	13,1 %
2014	11.721	21.130	13.362	1.824	63,2 %	13,7 %
2015	11.465	20.654	13.551	1.833	65,6 %	13,5 %
2016	11.248	20.601	13.471	1.684	65,4 %	12,5 %
2017	10.939	19.917	13.055	1.747	65,5 %	13,4 %

Source : Nuyttens, 2018 (d'après SPF Economie DG Statistique) et statbel.fgov.be

Tableau 36 : Nombres et pourcentages de conducteurs testés et de conducteurs sous influence de l'alcool dans les accidents de roulage avec dégâts corporels en Wallonie, par types de conducteurs, 2017

	Conducteurs impliqués	Conducteurs testés	Conducteurs sous influence	% conducteurs testés	% conducteurs sous influence
Piétons	1.693	400	36	24 %	9,0 %
Cyclistes	731	281	8	38 %	2,8 %
Cyclomotoristes	660	406	55	62 %	13,5 %
Motocyclistes	926	554	52	60 %	9,4 %
Voitures	14.076	10.035	1.499	71 %	14,9 %
Camionnettes	827	624	88	75 %	14,1 %
Poids-lourds	614	514	4	84 %	0,8 %
Autobus/autocars	176	142	0	81 %	0,0 %
Autre	128	85	4	66 %	4,7 %
Inconnu	86	14	1	16 %	7,1 %
Total	19.917	13.055	1.747	66 %	13,4 %

Source : Nuyttens, 2018 (d'après SPF Economie DG Statistique)

Tableau 37 : Nombre d'accidents corporels impliquant au moins un conducteur sous influence de l'alcool et nombre de victimes en Wallonie, 2005-2017

	Nbr accidents corporels	Victimes			Décédés 30 jours
		Total	Blessés légers	Blessés graves	
2005	1.059	1.536	1.360	150	26
2006	1.206	1.698	1.551	122	25
2007	1.247	1.806	1.634	145	27
2008	1.595	2.260	2.046	184	30
2009	1.807	2.509	2.284	210	15
2010	1.757	2.484	2.285	178	21
2011	1.756	2.434	2.227	185	22
2012	1.583	2.161	2.022	119	20
2013	1.508	2.105	1.975	114	16
2014	1.766	2.474	2.333	120	21
2015	1.766	2.406	2.279	110	17
2016	1.622	2.270	2.153	97	20
2017	1.686	2.359	2.193	137	29

Source : Nuyttens, 2018 (d'après SPF Economie DG Statistique)

corporel pour lequel un test d'haleine a été effectué est en augmentation progressive sur la période 2005-2013, ce qui pourrait correspondre à une application progressive de la directive de 2006. Entre 2005 et 2009, le pourcentage de conducteurs sous influence de l'alcool a légèrement augmenté[307]. Depuis lors, il est relativement stable, voire en légère diminution (en 2016).

Le détail par type de «conducteurs» est présenté dans le tableau 36 pour l'année 2017. On constate que les conducteurs de voitures sont aussi ceux qui sont les plus fréquemment impliqués dans les accidents corporels de la circulation (70,7 %), qu'ils sont majoritairement testés (71 %), et qu'environ 15 % parmi ces derniers étaient sous l'influence de l'alcool.

Enfin, le tableau 37 montre que le nombre d'accidents corporels impliquant au moins un conducteur sous l'influence de l'alcool est relativement stable depuis 2009.
Les blessures occasionnées sont dans la plupart des cas de nature légère, mais des blessés graves et des décès sont également enregistrés.

307 Le nombre de conducteurs sous l'influence de l'alcool comprend à la fois les conducteurs pour lesquels le test d'haleine a été réalisé et ceux qui l'ont expressément refusé, ces derniers étant considérés comme positifs et sanctionnés de la même manière.

6.3

LES INTOXICATIONS LIÉES À L'USAGE D'ALCOOL ET DE DROGUES

En Belgique, il n'existe pas à l'heure actuelle de monitoring des intoxications liées à l'usage d'alcool ou de drogues. Un système d'enregistrement a pourtant été mis en place en 2014 dans les services d'urgences (UREG) de manière à monitorer en temps réel les problématiques rencontrées et traitées. Mais il se base sur le Résumé Infirmier Minimum, et n'intègre dès lors pas de modules permettant de rapporter spécifiquement les prises en charge relatives aux intoxications aux drogues légales et illégales.

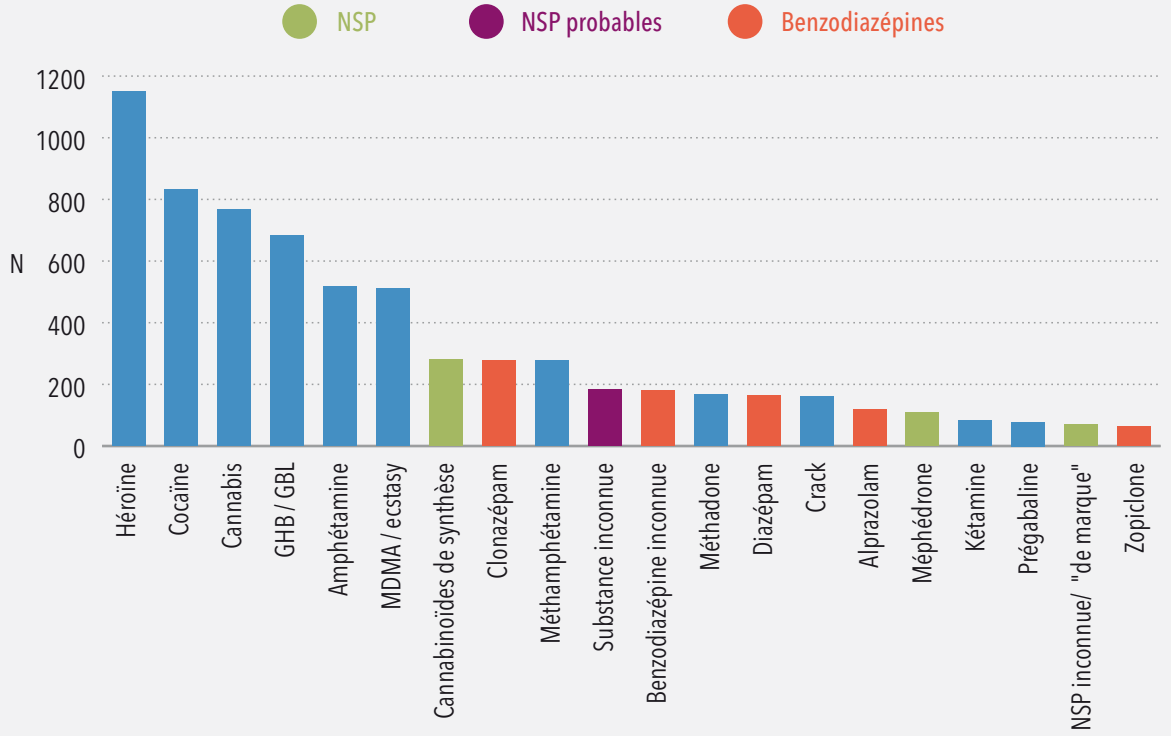
En 2018, une proposition de loi a été soumise à la Chambre des représentants de manière à améliorer le système d'alerte précoce sur les drogues. L'objectif est de créer un réseau sentinelle constitué d'une 20aine d'unités (principalement des services d'urgence mais également des équipes de secouristes présents dans des festivals), chargées de communiquer toutes les intoxications relatives à l'usage de drogues, y compris les résultats des analyses toxicologiques. À l'heure actuelle, cette proposition de loi n'a pas encore été ratifiée.

Enfin, signalons l'existence du projet Euro-DEN (*European Drug Emergencies Network*), qui monitore spécifiquement les intoxications liées aux drogues au niveau européen. En 2016, 19 hôpitaux sentinelles de 13 pays européens[308] ont participé à ce monitoring et ont enregistré 4.874 passages aux urgences (voir EMCDDA, 2018a). L'âge moyen des patients était de 32 ans ; ils étaient majoritairement de sexe masculin (77 %). La majorité des patients ont pu sortir de l'hôpital endéans les 12 heures, mais une petite minorité a été admise aux soins intensifs (6 %) ou en unité psychiatrique (4 %). Au final, 22 décès ont été observés (soit 0,5 %), dont 13 associés aux opiacés. Comme on peut le voir sur la figure 28, les drogues classiques sont responsables de la majorité des passages aux urgences, en particulier l'héroïne, la cocaïne, le cannabis, le GHB/GBL, les amphétamines et la MDMA. Un cinquième (21 %) des prises en charge concernaient des médicaments délivrés sur ordonnance (benzodiazépines ou opiacés). Enfin, 7 % des passages impliquaient des NSP, contre 9 % en 2015 et 6 % en 2014. Plus spécifiquement, le nombre de passages impliquant les cathinones de synthèse est en diminution (400 en 2014 contre 160 en 2016), alors que celui associé aux cannabinoïdes de synthèse est en augmentation (28 en 2014 contre 282 en 2016), principalement au niveau des hôpitaux londoniens et polonais.

À défaut d'être directement comptabilisées, les intoxications à l'alcool et aux drogues survenues en Belgique peuvent en revanche être estimées de manière indirecte. C'est ce que fait chaque année l'Agence intermutualiste en exploitant les données relatives aux facturations des soins de santé des bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire (soit environ 99 % de la population).

308 La participation belge se limite actuellement à un hôpital anversois, qui a rejoint le projet en 2017.

Figure 28 : Nombre d'intoxications induites par les drogues enregistrées dans les 19 hôpitaux sentinelles de 13 pays européens, 2016



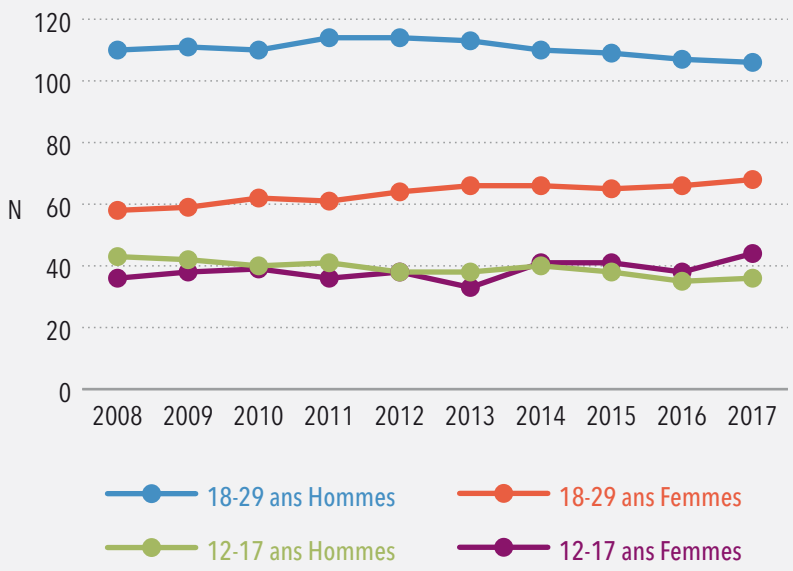
Source : Euro-DEN (EMCDDA, 2018a)

Tableau 38 : Nombre d'intoxications alcooliques supposées par 10.000 bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire, ventilé par tranche d'âge en Wallonie, 2008-2017

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
12-17 ans	40	40	40	39	38	36	40	39	36	40
18-29 ans	84	85	86	88	89	90	88	87	87	87
30-44 ans	95	99	96	96	98	96	98	96	97	93
45-64 ans	113	119	119	122	125	125	125	125	122	120
65 ans et +	73	79	81	87	94	97	102	100	104	102

Source : Agence intermutualiste

Figure 29 : Nombre d'intoxications alcooliques supposées par 10.000 bénéficiaires de l'assurance santé obligatoire en Wallonie, par sexe et par tranche d'âge, 2008-2017



Source : Agence intermutualiste

Pour estimer l'intoxication alcoolique, l'agence utilise l'indicateur suivant : le nombre de bénéficiaires ayant été pris en charge au cours de l'année civile par un service d'urgences, et éventuellement ayant été admis à l'hôpital, ou ayant été admis pour une nuit à l'hôpital sans prise en charge par le service d'urgence, et s'étant fait attester ce même jour une prestation déterminant la concentration d'alcool dans le sang.

Cet indicateur n'étant pas une estimation directe de l'intoxication alcoolique, il est associé à un certain nombre de faux positifs (personnes inclues à tort) et de faux négatifs (personnes exclues à tort) :

- les personnes intoxiquées par l'alcool non prises en charge par les services d'urgence ou hospitaliers ;
- les personnes intoxiquées par l'alcool effectivement prises en charge mais dont la concentration d'alcool dans le sang n'a pas été établie ;
- les personnes prises en charge et ayant été soumises à un test d'alcoolémie dont le résultat s'est avéré négatif (le critère d'inclusion est le fait d'y avoir été soumis, car l'Agence intermutualiste n'a pas accès aux résultats des tests)[309].

Tableau 39 : Nouveau-nés pris en charge dans un service de néonatalogie suite à une exposition à l'alcool ou aux drogues en Wallonie, 2016

	N
Nouveau-né affecté par une anesthésie et par une analgésie au cours de la grossesse, du travail et de l'accouchement (médicaments opioïdes)	15
Nouveau-né affecté par un usage maternel d'autres médicaments	17
Nouveau-né affecté par un usage maternel d'alcool	17
Nouveau-né affecté par un usage maternel de cocaïne	7
Nouveau-né affecté par un usage maternel d'une autre drogue	21
Nouveau-né ayant présenté des symptômes de sevrage à un usage maternel de drogue	16
Total	93
Nombre total de naissances	34.639

Source : Résumé infirmier minimum (Service Data management du SPF Santé publique)

309 On sait par exemple, qu'en cas d'accidents de la route avec dégâts corporels, un test d'alcoolémie doit légalement être réalisé auprès des conducteurs impliqués. En cas d'accidents légers, il est généralement réalisé par les services de police, mais en cas d'accidents graves, il est réalisé par les services d'urgence ou hospitaliers. Or tous les accidentés de la route ne sont bien entendu pas sous imprégnation alcoolique.

Par ailleurs, la notion d'intoxication alcoolique à laquelle est censé référer cet indicateur n'est pas précisée. Est-il question d'ivresse ou de coma éthylique ? Probablement des deux, puisqu'une ivresse peut favoriser certaines conduites à risque ainsi que la survenue d'accidents pouvant conduire à une atteinte de l'intégrité physique d'un individu, entraînant un passage par les services d'urgence.

En résumé, les données publiées par l'Agence intermutualiste, bien qu'intéressantes et utiles pour nous éclairer sur les conséquences de la consommation d'alcool, doivent être considérées avec prudence en raison du manque de sensibilité et de spécificité de l'indicateur. Il pourrait être utile de mesurer ces paramètres afin de pouvoir corriger l'estimation, par exemple en réalisant une enquête auprès d'un échantillon de services d'urgence dans le but de mieux connaître leur pratique d'utilisation des tests d'alcoolémie.

Toutes ces réserves en mémoire, comme on peut le voir dans le tableau 38, le nombre de bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire (par tranche de 10.000 bénéficiaires) ayant supposément présenté une intoxication alcoolique augmente fortement avec l'âge des bénéficiaires. Ce ne sont donc pas les jeunes de moins de 18 ans qui y seraient le plus exposés. À noter qu'il y a probablement une surestimation des cas chez les adultes en raison de l'application de tests d'alcoolémie lors d'accidents de la route avec dégâts corporels.

Au sein de chaque tranche d'âge, ce nombre subit de légères fluctuations en dents de scie au fil du temps. Il ne semble donc pas y avoir une véritable «explosion» des cas chez les mineurs d'âge, bien que le nombre de cas paraisse inquiétant. En revanche, on observe une lente et progressive augmentation du nombre de cas chez les 65 ans et plus.

Lorsque l'on s'intéresse spécifiquement aux différences de genre au sein des tranches d'âge les plus jeunes, on constate qu'aucune différence n'est observée entre filles et garçons chez les moins de 18 ans. En revanche, les hommes sont beaucoup plus exposés que les femmes chez les 18-29 ans. Enfin, en ce qui concerne l'évolution dans le temps, le nombre de cas est relativement stable.

Les intoxications à l'alcool et aux drogues chez les nouveau-nés

Les hôpitaux belges non-psychiatriques sont tenus de participer à l'enregistrement du Résumé Infirmier Minimum, un registre qui comporte une série de données administratives, médicales et infirmières relatives aux prises en charge qu'elles réalisent. L'objectif de ce registre est de guider la politique sanitaire à mener en la matière sur base d'informations relatives à son propre fonctionnement. Sur base de cet enregistrement, il est possible de connaître le nombre de nouveau-nés de moins de 28 jours qui ont été pris en charge dans un service de néonatalogie en Belgique suite à un problème d'exposition à l'alcool ou à une ou plusieurs drogues ou médicaments psychotropes lors de la grossesse et/ou pendant l'allaitement maternel. Le classement régional est effectué sur base du code postal des parents des nouveau-nés. Depuis 2016, les données sont encodées sur base des critères diagnostic de l'ICD-10 et non plus sur base de l'ICD-9, ce qui rend plus difficile les comparaisons avec les données récoltées antérieurement.

L'exposition prénatale et, dans une moindre mesure, l'exposition périnatale à l'alcool ainsi qu'à certaines drogues ou médicaments psychotropes peut occasionner, au même titre que de nombreux médicaments et produits d'usage commun, des troubles développementaux plus ou moins sévères, variables en fonction des effets tératogènes du produit, de la quantité exposée, ainsi que de la période et de la durée de l'exposition. Les effets tératogènes de certaines substances psychoactives sur le développement du cerveau peuvent être particulièrement marqués, et engendrer des difficultés variées sur le plan clinique (Thompson, Levitt & Stanwood, 2009).

Comme le rapporte le tableau 39, le nombre de nouveau-nés pris en charge pour une exposition à l'alcool ou aux drogues/médicaments psychotropes concerne 93 cas en 2016 en Wallonie, soit 0,268 % des naissances (26,8 cas pour 10.000 naissances).

6.4

LES DEMANDES DE TRAITEMENT POUR UN USAGE PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL OU DE DROGUES

Selon les estimations, seule une minorité des usager·e·s de drogues illicites évoluerait vers une consommation problématique (UNODC, 2011 ; Rehm, Room, van den Brink & Kraus, 2005). La prévalence de l'usage problématique d'alcool concerne également une minorité des usager·e·s, mais elle parait proportionnellement plus fréquente que pour les drogues illégales, en particulier en ce qui concerne la dépendance alcoolique, qui est estimée annuellement à 5 % pour les hommes et à 1 % pour les femmes au niveau européen (Anderson & Baumberg, 2006). Enfin, toutes les personnes présentant un usage problématique ne demandent pas forcément de l'aide, et la durée moyenne entre le premier usage du produit et le premier traitement varie de 5 à 8 ans au niveau européen, selon le produit (EMCDDA, 2002). Les données relatives aux demandes de traitement ne sont donc pas forcément représentatives de l'ensemble des personnes présentant un usage problématique, et elles ne sont pas adaptées pour détecter précocement les nouvelles pratiques de consommation.

L'INDICATEUR

L'indicateur de demande de traitement (appelé TDI pour Treatment demand indicator) lié à l'usage de drogues est l'un des cinq indicateurs épidémiologiques clés récoltés dans les pays de l'Union Européenne de manière à ce que l'OEDT puisse évaluer la problématique de l'usage de drogues et des assuétudes en Europe. Il consiste en un enregistrement annuel des demandes de traitement introduites auprès des services d'aide et de soins pour un problème d'abus ou de dépendance à une drogue illégale[310]. Il vise à fournir

310 Les traitements des maladies (hépatite alcoolique ou virale, abcès, HIV, etc.) associées à cet usage sont exclus de l'enregistrement. En outre, une seule demande annuelle doit être comptabilisée par patient. En Belgique, les demandes multiples

une estimation annuelle du nombre et à dresser le profil des personnes ayant fait une telle demande de soin. En Belgique, les demandes de traitement liées à une consommation problématique d'alcool sont également enregistrées. Le TDI n'est toutefois pas une estimation de la prévalence annuelle des demandes de traitement, c'est-à-dire de l'ensemble des patients en demande de traitement sur une année civile, car le protocole ne prévoit que l'enregistrement des nouvelles demandes de traitement introduites sur une année civile (et non de l'ensemble des traitements en cours). Enfin, la participation au TDI se fait sur base volontaire : les patients doivent être informés sur les modalités et finalités de ce protocole, et ils ont le droit de refuser d'y participer. En Belgique, cet enregistrement est coordonné par Sciensano.

Les centres ayant une convention avec l'INAMI, les hôpitaux (généraux et psychiatriques), ainsi que les services agréés auprès de la Région wallonne sont dans l'obligation formelle de participer à la récolte de cet indicateur. En revanche, les traitements dispensés en cabinet privé (y compris les traitements de substitution aux opiacés ; voir 8.5) ainsi qu'en milieu pénitentiaire ne sont actuellement pas enregistrés, ni d'ailleurs ceux dispensés en maison médicale ou dans un service de santé mentale non spécialisé en assuétudes, à quelques rares exceptions près. Les nouveaux traitements de substitution aux opiacés initiés dans les hôpitaux et dans les services spécialisés en assuétudes sont en revanche inclus dans le TDI.

Dans les pages qui suivent, nous présentons le profil des patients ayant introduit en 2017 une demande de traitement dans un service spécialisé en assuétudes ou dans un hôpital (général ou psychiatrique) en Wallonie.

LES CHIFFRES 2017

Description des patients par âge et par sexe

Le nombre de demandes de traitement pour un problème de consommation d'alcool ou de drogues s'élevait à 7.511 en 2017 dans les centres participant actuellement à la récolte de cet indicateur en Wallonie (services spécialisés et hôpitaux). Ce nombre correspondait à 6.551 patients uniques[311], dont l'âge et le sexe étaient précisés pour 6.504 d'entre eux. Les patients sont majoritairement de sexe masculin (68,1 %) et d'un âge compris entre 25 et 54 ans (76,8 %). Ces tranches d'âge sont probablement davantage représentées parce qu'il existe un délai important entre l'âge du premier usage (en moyenne vers 20 ans et demi) et l'âge du premier traitement (en moyenne vers 40 ans). Cette latence importante s'explique d'une part par la difficulté qu'ont généralement les usager·e·s à identifier et accepter leur problème de consommation, et d'autre part par la difficulté à passer à l'action et solliciter une aide professionnelle une fois le problème reconnu. Ces étapes peuvent en effet s'étendre sur de nombreuses années, préalablement jalonnées de tentatives autonomes et souvent infructueuses de reprise de contrôle de la consommation. Le nombre de demandes de traitement baisse ensuite à partir de 55 ans, probablement pour différentes raisons (augmentation avec l'âge de la probabilité de réussir un traitement et maintenir l'abstinence, augmentation de la mortalité avec l'âge, diminution avec l'âge du risque de développer un usage problématique, etc.).

Comme on peut le voir sur le tableau 40, l'âge et le sexe des patients peuvent considérablement varier en fonction du produit principal[312]. Par exemple, la proportion de femmes est plus importante pour les hypno-sédatifs (66,9 %) et, dans une moindre mesure, l'alcool (34,9 %) que pour les autres produits. De même, la proportion de patients de moins de 25 ans est particulièrement importante pour le cannabis (43,3 %), alors qu'elle est marginale pour les autres produits. Enfin, la proportion de patients de 55 ans et + est plus importante pour l'alcool (21,8 %) et les hypno-sédatifs (20,9 %) que pour les autres produits (- de 3 %).

Description des patients par produit principal

Globalement, il apparait qu'une importante proportion des demandeurs est peu ou pas scolarisée, qu'une grande majorité a des revenus précaires et qu'une portion relativement élevée vit en logement précaire, en particulier en ce qui concerne les patients pris en charge dans les services spécialisés. Cette représentation élevée des demandeurs précarisés est certainement amplifiée par le fait que les personnes en situation d'abus ou de dépendance à une substance qui en ont les moyens ont davantage tendance à consulter et suivre un traitement dans des cabinets privés. Or, ceux-ci ne participent pas actuellement à l'enregistrement des demandes de traitement. La précarité sociale, qui mène souvent à l'exclusion sociale, reste donc une réalité pour un grand nombre d'usager·e·s pris en charge en Wallonie. Ces usager·e·s sont en grande partie pris en charge dans les services spécialisés.

> Le profil sociodémographique et de consommation des patients ayant introduit une demande de traitement dans les services spécialisés diffère sensiblement de celui des patients pris en charge dans les hôpitaux. En particulier, il apparait que ces derniers sont globalement moins précarisés que les personnes prises en charge dans les services spécialisés. De même, la proportion de femmes est plus élevée dans les hôpitaux que dans les services spécialisés (probablement parce que ces services sont en général fortement «masculinisés» et peu adaptés aux spécificités féminines), et les patients y sont également globalement plus âgés.

En ce qui concerne la problématique de consommation, les produits les plus fréquemment considérés comme produit principal par les personnes ayant introduit une demande de traitement en 2017 dans les services spécialisés de la Wallonie sont, par ordre d'importance, les opiacés (31,5 %) et l'alcool (30,5 %), suivi par le cannabis (17,6 %) et cocaïne/crack (17 %). Les hypnotiques et sédatifs sont mentionnés en

sont filtrées sur base du numéro de registre national des patients. Néanmoins, l'utilisation de ce numéro n'est pas obligatoire et il n'est donc pas systématiquement utilisé. Actuellement, les demandes annuelles multiples ne peuvent donc pas être parfaitement filtrées.

311 L'utilisation du numéro de registre national comme identifiant unique permettant d'éliminer les doublons n'est pas systématique. En Wallonie, 26,4% des demandes de traitement ont été enregistrées de manière anonyme en 2017.

312 Le produit principal est défini comme celui qui pose le plus de problèmes à l'usager·e lors de l'introduction de la demande de traitement. Son identification repose généralement sur la demande faite par les usager·e·s et/ou sur le diagnostic posé par le professionnel. Concrètement, le protocole implique de d'abord identifier l'ensemble des produits qui causent actuellement problèmes au patient, et de spécifier ensuite l'éventuelle présence d'un produit principal. Un produit principal est identifié dans la grande majorité des cas (97,2% en 2017 en Wallonie).

Tableau 40 : Distribution par sexe et par tranche d'âge des personnes en traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés et les hôpitaux en Wallonie, 2017

	24 ans et - %	25-34 ans %	35-44 ans %	45-54 ans %	55 ans et + %	Total %
Tous produits						
Hommes (n=4.429)	6,4	16,6	20,4	16,8	7,9	68,1
Femmes (n=2.075)	2,2	5,9	8,4	8,7	6,7	31,9
Total (N=6.504)	8,6	22,5	28,8	25,5	14,6	100
Alcool						
Hommes (n=2.555)	1,9	12,1	18,6	20,4	12,1	65,1
Femmes (n=1.370)	0,7	4,0	9,0	11,5	9,7	34,9
Total (N=3.925)	2,6	16,1	27,6	31,9	21,8	100
Opiacés						
Hommes (n=724)	4,7	22,9	31,0	18,2	1,7	78,5
Femmes (n=198)	2,2	8,0	6,6	3,8	0,9	21,5
Total (N=922)	6,8	30,9	37,6	22,0	2,6	100
Cocaïne						
Hommes (n=489)	9,0	29,3	27,3	9,6	0,6	75,8
Femmes (n=156)	3,9	9,6	7,8	2,8	0,2	24,2
Total (N=645)	12,9	38,9	35,0	12,4	0,8	100
Cannabis						
Hommes (n=468)	35,1	24,4	12,0	3,9	0,7	76,1
Femmes (n=147)	8,1	9,1	3,7	2,4	0,5	23,9
Total (N=615)	43,2	33,5	15,7	6,3	1,2	100
Hypnotiques/sédatifs						
Hommes (n=57)	0,6	5,2	12,2	11,6	3,5	33,1
Femmes (n=115)	3,5	9,3	20,3	16,3	17,4	66,9
Total (N=172)	4,1	14,5	32,6	27,9	20,9	100

Source : Sciensano

produit principal par 0,7 % des demandeurs. Dans les hôpitaux, la répartition est sensiblement différente, puisque l'alcool est de loin la substance principale la plus fréquemment évoquée (74,3 %). Les autres produits (opiacés, cocaïne et cannabis) sont mentionnés dans environ 6 % des cas, et les hypnotiques/sédatifs[313] dans 3,6 % des cas.

Dans les services spécialisés, plus de la moitié des patients sont pris en charge dans des centres ambulatoires (60,9 %), mais le cadre de traitement peut fortement varier en fonction du produit à l'origine de la demande. Par exemple, les prises en charge en bas seuil sont très fréquentes pour les usages problématiques d'opiacés (51 %) alors qu'elles sont rare pour les usages problématiques d'alcool (1,6 %).

La plupart des patients ont des antécédents thérapeutiques liés à une problématique d'assuétude, tant dans les services spécialisés (57,7 %) que dans les hôpitaux (62 %). Néanmoins, la fréquence des antécédents thérapeutiques varie en fonction du produit principal. Ainsi, la présence d'antécédents de traitement est très fréquente chez les usager·e·s problématiques d'opiacés (79,2 % dans les services spécialisés et 86,8 % dans les hôpitaux) alors qu'elle est relativement moins fréquente chez les patients en demande de traitement pour une consommation problématique de cannabis (20,2 % dans les services spécialisés et 49,6 % dans les hôpitaux). Dans les services spécialisés, parmi les patients ayant déjà bénéficié d'un traitement, plus de la moitié (64,5 %) a déjà bénéficié d'un traitement de substitution, ce type de traitement étant très fréquent chez les patients avec antécédents thérapeutiques actuellement pris en charge pour un usage problématique d'opiacés (97,4 %). Dans les hôpitaux, la proportion de patients avec antécédents de traitement ayant déjà bénéficié d'un traitement de substitution est un peu moins élevée (31 %).

Une grande partie des patients (38,6 % dans les services spécialisés et 56,8 % dans les hôpitaux) ont introduit la demande de traitement de leur propre initiative, et un peu moins d'un tiers (29,3 % dans les services spécialisés et 29,3 % dans les hôpitaux) suite à une réorientation[314].

313 En raison du petit nombre de personnes ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique de ces produits, nous ne les avons pas intégré aux tableaux descriptifs afin de ne pas alourdir la présentation.

314 La réorientation est ici définie comme toute demande impulsée par un autre service d'aide aux

Les demandes émanant du secteur de la justice sont citées par un patient sur dix (14,2 %) dans les services spécialisés, alors qu'elles sont très rares dans les hôpitaux (1,9 %), probablement parce que le système judiciaire réoriente davantage vers les services spécialisés (dont certains sont d'ailleurs spécialisés dans la prise en charge des usager·e·s justiciables). Les demandes de traitement émanant de la justice sont beaucoup plus fréquentes chez les patients dont le produit principal est le cannabis (27,5 % dans les services spécialisés et 5,2 % dans les hôpitaux).

patients : un service social, un autre centre pour usager·e·s de drogues, un médecin généraliste, et enfin un hôpital ou un autre service médical.

Environ un patient sur dix (13,1 % dans les services spécialisés et 6,7 % dans les hôpitaux) a mentionné avoir déjà eu recours à l'injection. Les comportements d'injection sont plus fréquents chez les patients admis pour un problème lié aux opiacés ou, dans une moindre mesure, à la cocaïne que chez les autres patients. Parmi les patients ayant déjà eu recours à l'injection, environ un tiers (35,4 % dans les services spécialisés et 32,9 % dans les hôpitaux) ont déclaré avoir déjà partagé au moins une fois des aiguilles ou des seringues avec une autre personne. Et pour ceux qui ont déjà eu recours au partage, il avait eu lieu endéans les 30 derniers jours pour environ un patient sur dix (9,7 % dans les services spécialisés et 9,1 % dans les hôpitaux).

Enfin, une proportion relativement importante de patients présente une polyconsommation problématique, c'est-à-dire qu'en dépit de la présence très fréquente d'un produit principal, d'autres produits (au moins un, alcool compris) contribuent à la problématique de consommation du patient : 42,7 % dans les services spécialisés et 28,8 % dans les hôpitaux. La polyconsommation problématique est moins fréquente chez les patients dont le produit principal est l'alcool ou, dans une moindre mesure, le cannabis. On remarquera que dans les services spécialisés, 17,9 % % des patients ayant mentionné la cocaïne en produit principal ont également un usage problématique d'alcool, contre 38,3 % dans les hôpitaux.

Tableau 41 : Profil des patients ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés et les hôpitaux de la Wallonie, 2017

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
N	2.099	645	661	357	369	4.437	3.298	261	295	251
% des patients	100	30,7	31,5	17,0	17,6	100	74,3	5,9	6,6	5,7
Sexe										
Hommes	76,1	70,1	80,8	74,7	81,0	64,3	64,0	72,8	76,9	68,9
Femmes	23,9	29,9	19,2	25,3	19,0	35,7	36,0	27,2	23,1	31,1
non-réponses (n)	2	0	0	1	0	2	2	0	0	0
Âge										
Moyenne	36	41,6	37,2	34,2	25,6	43,8	46,1	39,3	34,3	31,8
Médiane	36	42	37	34	24	44	46	39	34	30
non-réponses (n)	24	13	0	5	5	4	3	0	1	0
Type de traitement (%)										
Bas seuil	23,2	1,6	51,0	23,0	10,6	0	0	0	0	0
Ambulatoire	60,9	80,5	32,5	52,9	85,4	1,1	0,9	0	1,4	4,4
Résidentiel	15,9	18	16,5	24,1	4,1	98,9	99,1	100	98,6	95,6
Origine de la demande (%)										
Propre initiative	38,6	27,4	58,7	44,0	15,7	56,8	55,7	70,0	69,8	50,2
Famille/amis	15,2	13,2	14,2	18,4	18,2	11,4	11,4	6,5	10,5	15,7
Réorientation	29,3	43,3	17,4	28,4	27,5	29,3	31,1	22,3	16,6	27,7
Justice	14,2	14,8	9,6	8,3	27,5	1,9	1,3	1,2	2,4	5,2
Autre	2,6	1,3	0,2	0,9	11,2	0,5	0,5	0	0,7	1,2
non-réponses (n)	65	31	12	9	12	50	36	1	0	2
Logement (%)										
Domicile fixe	73,5	79,4	62,8	74,5	82,8	88,3	90,4	71,9	86,6	85,3
Logements variables	4,6	3,2	7,2	4,9	2,6	4,1	3,2	9,6	5,8	4,8
Dans la rue	7,5	2,6	16,2	5,7	1,1	3,1	2,3	13,1	3,8	2,0
Institution	9,1	10,6	7	9,5	9,7	3,8	3,6	3,5	3,1	6,8
Prison	5,1	4,1	6,3	5,4	3,4	0,5	0,4	1,5	0,7	1,2
Autre	0,3	0,2	0,5	0	0,3	0,2	0,2	0,4	0	0
non-réponses (n)	125	78	7	8	20	21	11	1	3	0

Tableau 41 : Profil des patients ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés et les hôpitaux de la Wallonie, 2017

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
Situation de cohabitation										
Seul	44,6	48,9	52,0	37,7	28,7	44,7	46,4	40,7	36,9	39,6
En couple	27,2	30,9	25,8	32	20,8	31,4	34,0	22,4	18,8	20,9
Avec parents/famille	24,2	17,4	16,5	25,3	47,9	19,7	16,1	28	36,9	33,5
Avec amis	3,6	2,5	5,0	5,1	2,0	3,8	3,0	8,5	6,7	6,1
Autre	0,4	0,2	0,7	0	0,7	0,4	0,5	0,4	0,7	0
non-réponses (n)	98	45	11	8	20	40	28	2	2	1
Scolarité (%)										
Non scolarisé	3,2	1,7	3,3	6,1	2,6	3,0	2,6	8,0	3,6	3,3
Primaire	37,8	29,1	41,2	28,6	54,1	23,0	20,1	34,4	29,1	35,2
Secondaire	48,3	50,7	48,6	54,2	37,8	51,0	50,8	48,8	54,7	51,6
Supérieur	10	17,6	6,9	11,1	3,6	22,2	26	8,4	11,2	7,4
Autre	0,6	0,9	0	0	2,0	0,7	0,5	0,4	1,4	2,5
non-réponses(n)	421	185	93	60	62	236	178	11	17	7
Source de revenu										
Salaire/revenu de travail	13,8	19,0	6,6	20,0	11,5	17,6	19,3	8,2	17,9	11,1
Allocation de chômage	15	14,8	13,2	16,2	17,4	11,5	10,7	11,3	18,2	18,0
Bourse d'études	0,6	0,2	0	0	2,9	0	0	0	0	0
Indemnité pour maladie ou invalidité	28,3	35,9	28,5	30,9	11,8	47,5	48,0	48,6	39,6	41,8
Revenu minimum ou CPAS	21,0	16,9	30,8	19,1	13,2	9,0	7,1	21	12,3	13,9
Allocations familiales	1,1	0,3	0,3	0	5,0	0,3	0,1	0,8	0	0
Pension de retraite ou de survie	1,3	3,4	0,3	0,6	0,3	8,7	10,9	1,2	0,4	0,8
Aucun revenu propre	18,1	8,8	19,5	13,2	35,9	4,7	3,1	8,6	11,2	12,7
Autre	0,8	0,7	0,8	0	2,1	0,7	0,7	0,4	0,4	1,6
non-réponses (n)	156	65	40	17	29	137	95	4	10	7
Traitement antérieur (%)										
Oui	57,7	58,9	79,2	49,3	20,2	62,0	60,3	86,8	69,6	49,6
Non	42,3	41,1	20,8	50,7	79,8	38,0	39,7	13,2	30,4	50,4
non-réponses (n)	176	98	11	18	38	98	70	3	6	5
Comportement d'injection (%)										
Jamais	86,9	95,4	72,6	86,5	98,5	93,3	97,4	60,9	79,2	96,1
Oui, les 30 derniers jours	3,7	0,2	7,7	6,4	0	1,6	0,3	9,7	9,7	0
Oui, les 12 derniers mois	1,6	0,2	3,3	2,4	0,3	0,5	0,2	3,2	1,4	0,4
Oui, il y a plus de 12 mois	6,6	4,1	13,5	4	0,9	4,1	1,9	22,6	9,3	3,5
Oui, non précisé	1,3	0,2	3,0	0,6	0,3	0,5	0,3	3,6	0,4	0
non-réponses (n)	182	58	52	30	28	267	187	13	16	22
Polyconsommation problématique (%)										
Non	57,3	77,5	42,8	51,0	60,2	71,2	81,7	29,5	26,8	51,0
Oui	42,7	22,5	57,2	49,0	39,8	28,8	18,3	70,5	73,2	49,0
Avec alcool	13,0	0	19,2	17,9	16	8,1	0	25,3	38,3	25,1
Avec opiacés	6,0	5	0	15,4	2,4	4,3	2,4	0	18,0	4,0
Avec cocaïne	16,7	10,2	33,9	0	9,2	9,8	6,3	43,3	0	19,1
Avec cannabis	17,7	13,6	24,7	26,9	0	14,9	10,7	36,4	42,7	0
Avec hypno-sédatifs	4,1	2,8	5,3	6,2	1,4	6,7	5,0	14,2	7,8	8,0

Source : Sciensano

Ils sont aussi très nombreux à mentionner le cannabis comme produit problématique. De même, les patients ayant mentionné les opiacés en produit principal sont nombreux à mentionner conjointement un usage problématique de cocaïne (33,9 % dans les services spécialisés et 43,3 % dans les hôpitaux). Signalons aussi que 4,1 % des patients dans les services spécialisés et 6,7 % dans les hôpitaux ont mentionné au second plan un usage problématique d'hypno-sédatifs.

Description des patients avec et sans antécédents thérapeutiques par produit principal

Les tableaux 42 et 43 permettent de contraster le profil sociodémographique et de consommation des patients avec et sans antécédents thérapeutiques pour un usage problématique d'alcool ou de drogues. Nous présentons brièvement quelques aspects saillants de cette comparaison.

Proportionnellement, les patients primo-demandeurs sont plus fréquemment en traitement pour un usage problématique de cannabis que les patients avec antécédents thérapeutiques, en particulier dans les services spécialisés (32,5 % versus 6 %). Ces derniers y sont à l'inverse plus fréquemment en traitement pour un usage problématique d'opiacés que les patients primo-demandeurs (46,4 % versus 16,6 %). Dans les hôpitaux, les différences entre patients primo-demandeurs et patients avec antécédents thérapeutiques sont nettement moins marquées au niveau du produit à l'origine de la demande de traitement.

Les patients sans antécédents thérapeutiques sont plus fréquemment pris en charge dans les services spécialisés ambulatoires que les patients avec antécédents thérapeutiques (72,6 % versus 46,3 %), lesquels sont davantage pris en charge dans les structures résidentielles (25,2 %).

Le traitement a plus fréquemment été initié sur base d'une initiative propre pour les patients avec antécédents thérapeutiques que pour les patients primo-demandeurs, mais cette différence est beaucoup plus

Tableau 42 : Profil des patients avec antécédents thérapeutiques ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés et les hôpitaux de la Wallonie, 2017

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
N	1.110	322	515	167	67	2.690	1.948	224	201	122
% des patients	100	29,0	46,4	15,0	6,0	100	72,4	8,3	7,5	4,5
Sexe										
Hommes	77,5	73	82,1	72,5	80,6	65,8	65,1	75,4	73,6	73,8
Femmes	22,5	27	17,9	27,5	19,4	34,2	34,9	24,6	26,4	26,2
non-réponses (n)	1	1	0	0	0	2	2	0	0	0
Âge										
Moyenne	38,6	42,4	38,1	36,4	31,4	43,9	46,1	39,1	36	33,1
Médiane	39	43	38	37	30	44	46	39	36	33
non-réponses (n)	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0
Type de traitement (%)										
Bas seuil	28,5	1,6	48,3	23,4	13,4	0	0	0	0	0
Ambulatoire	46,3	66,1	32,4	38,3	77,6	1,2	1,2	0	2	4,1
Résidentiel	25,2	32,3	19,2	38,3	9	98,8	98,8	100	98	95,9
Origine de la demande (%)										
Propre initiative	51,0	36,0	60,4	58,5	32,8	60,4	58,8	72,2	70,1	52,5
Famille/amis	9,8	8,8	11,6	7,9	7,5	9,8	10,0	5,4	10,4	13,9
Réorientation	28,7	45,7	17,3	26,8	37,3	27,5	29,3	21,1	17,9	27,9
Justice	10,3	9,5	10,4	6,1	22,4	1,9	1,6	1,3	1,5	5,7
Autre	0,2	0	0,2	0,6	0	0,3	0,4	0	0	0
non-réponses (n)	16	5	7	3	0	29	24	1	0	0
Logement (%)										
Domicile fixe	66,9	71,1	63,2	67,9	73,1	85,8	88,4	70,9	83,9	82,8
Logements variables	5,6	3,6	7	6,7	4,5	5	3,9	9,9	5,5	3,3
Dans la rue	9,4	3,9	14,8	7,3	0	3,9	2,9	13	5	2,5
Institution	12,3	18,1	8,4	13,9	13,4	4,6	4,4	4	4,5	9
Prison	5,5	3,3	6,2	4,2	9	0,7	0,4	1,8	1	2,5
Autre	0,2	0	0,4	0	0	0,1	0,1	0,4	0	0
non-réponses (n)	24	18	2	2	0	14	7	1	2	0

Tableau 42 : Profil des patients avec antécédents thérapeutiques ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés et les hôpitaux de la Wallonie, 2017

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
Situation de cohabitation										
Seul	51,3	51,8	52,4	44,5	48,1	49,1	51,1	41,6	42,3	45,8
En couple	24,9	26,3	24,9	27	21,2	27,3	29,9	20,1	15,9	16,8
Avec parents/famille	18,9	18,6	16,9	21,9	26,9	18,8	15	28,2	35,4	30,8
Avec amis	4,7	3,2	5,3	6,6	3,8	4,6	3,7	9,6	6,3	6,5
Autre	0,2	0	0,5	0	0	0,3	0,3	0,5	0	0
non-réponses (n)	21	10	7	0	0	29	19	2	1	1
Scolarité (%)										
Non scolarisé	3,1	1,9	3,6	5	0	3,1	2,7	8	3,1	3,4
Primaire	38,5	30,5	43,6	32,1	52,7	24,5	21,7	36,6	27,1	33,9
Secondaire	48,8	51,5	46,3	52,9	40	50,7	50,2	47,4	57,3	51,7
Supérieur	9,2	14,9	6,5	10	5,5	21,3	25,2	7,5	12	9,3
Autre	0,4	1,1	0	0	1,8	0,4	0,2	0,5	0,5	1,7
non-réponses(n)	177	60	70	27	12	156	119	11	9	4
Source de revenu										
Salaire/revenu de travail	7,6	8,5	6,9	9,1	3,2	13,4	15,2	7,7	13,4	5,8
Allocation de chômage	13,4	13,4	12	12,8	24,2	10,2	9,6	10	14,9	15
Bourse d'études	0,1	0,3	0	0	0	0	0	0	0	0
Indemnité pour maladie ou invalidité	38,2	48,5	32	40,2	29	53,7	54,5	49,8	46,4	52,5
Revenu minimum ou CPAS	25,3	17	29,9	26,2	30,6	9,5	7	22,6	13,9	13,3
Allocations familiales	0,3	0	0,4	0	1,6	0,3	0,2	0,5	0	0
Pension de retraite ou de survie	1,1	3,3	0,2	0,6	0	7,8	10,1	0,5	0,5	0
Aucun revenu propre	13,8	8,5	18,3	11	11,3	4,4	2,8	8,6	10,8	10,8
Autre	0,2	0,3	0,2	0	0	0,7	0,6	0,5	0	2,5
non-réponses (n)	52	17	24	3	5	78	57	3	7	2
Traitement de substitution (%)										
Oui	64,5	21,9	97,4	56	17,9	31	20,2	89,8	54,1	34
Non	35,5	78,1	2,6	44	82,1	69	79,8	10,2	45,9	66
non-réponses (n)	63	21	13	17	11	425	352	19	20	16
Comportement d'injection (%)										
Jamais	78,3	91,6	68,3	75,8	93,9	90,2	96	57,1	73,1	93,7
Oui, les 30 derniers jours	6	0,3	9,2	10,8	0	2,4	0,4	10,8	12,7	0
Oui, les 12 derniers mois	2,8	0,3	4,2	5,1	0	0,7	0,3	3,8	1,5	0,9
Oui, il y a plus de 12 mois	11,1	7,4	15,1	7,6	4,5	5,9	3	24,5	12,2	5,4
Oui, non précisé	1,8	0,3	3,2	0,6	1,5	0,7	0,4	3,8	0,5	0
non-réponses (n)	65	11	39	10	1	142	101	12	4	11
Polyconsommation problématique (%)										
Non	52,3	74,2	42,3	40,1	68,7	66,3	78,2	25,4	23,9	47,5
Oui	47,7	25,8	57,7	59,9	31,3	33,7	21,8	74,6	76,1	52,5
Avec alcool	14,8	0	20,4	19,8	16,4	9,6	0	27,2	38,3	28,7
Avec opiacés	8,4	8,4	0	26,3	7,5	6,1	3,4	0	24,9	5,7
Avec cocaïne	21,4	10,6	33,6	0	14,9	12	7,7	46,4	0	21,3
Avec cannabis	21,3	13,4	23,5	32,3	0	17,1	12,2	38,8	43,3	0
Avec hypno-sédatifs	5,7	3,7	5,6	9	1,5	8,6	6,3	15,2	10,4	13,9

Source : Sciensano

Tableau 43 : Profil des patients primo-demandeurs ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés et les hôpitaux de la Wallonie, 2017

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
N	813	225	135	172	264	1.649	1.280	34	88	124
% des patients	100	27,7	16,6	21,2	32,5	100	77,6	2,1	5,3	7,5
Sexe										
Hommes	76,6	69,8	75,6	78,9	82,2	61,8	62,4	55,9	83	63,7
Femmes	23,4	30,2	24,4	21,1	17,8	38,2	37,6	44,1	17	36,3
non-réponses (n)	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Âge										
Moyenne	32	39,7	34,1	32,4	24	43,6	46,3	39,8	30,7	30,3
Médiane	31	39	34	32	22	44	47	40	29	30
non-réponses (n)	6	3	0	2	1	2	2	0	0	0
Type de traitement (%)										
Bas seuil	20,8	2,2	65,2	24,4	11,4	0	0	0	0	0
Ambulatoire	72,6	92,4	27,4	62,8	85,2	0,9	0,6	0	0	4,8
Résidentiel	6,6	5,3	7,4	12,8	3,4	99,1	99,4	100	100	95,2
Origine de la demande (%)										
Propre initiative	25,9	21,4	53,7	31,8	12	51,0	51,1	55,9	67,0	46,7
Famille/amis	21,8	16,8	23,1	28,2	21,2	14,0	13,4	11,8	11,4	18,0
Réorientation	26,6	35,9	16,4	28,2	22,4	32,2	33,8	32,4	14,8	27,9
Justice	19,8	22,7	6,7	10,6	29,7	1,9	1,1	0	4,5	4,9
Autre	6	3,2	0	1,2	14,7	0,9	0,5	0	2,3	2,5
non-réponses (n)	11	5	1	2	3	13	6	0	0	2
Logement (%)										
Domicile fixe	80,4	87,3	61,5	78,9	85,8	92,6	93,5	79,4	92	87,9
Logements variables	3,3	2,8	6,7	3,5	1,9	2,7	2	8,8	6,8	5,6
Dans la rue	5,8	1,4	22,2	4,7	1,5	1,8	1,5	11,8	1,1	1,6
Institution	5,2	1,9	2,2	5,8	8,5	2,6	2,6	0	0	4,8
Prison	5,2	6,1	6,7	7	2,3	0,2	0,2	0	0	0
Autre	0,3	0,5	0,7	0	0	0,2	0,2	0	0	0
non-réponses (n)	17	12	0	1	4	4	2	0	0	0
Situation de cohabitation										
Seul	35,3	42,8	51,2	31,1	24	38,2	39,5	38,2	26,1	34,7
En couple	29,2	35,8	29,3	35,8	19,7	37,2	40,1	29,4	22,7	23,7
Avec parents/famille	32,4	18,9	14,6	29,1	54,1	21,4	17,9	29,4	40,9	35,6
Avec amis	2,5	2	3,3	4,1	1,7	2,8	2	2,9	8	5,9
Autre	0,6	0,5	1,6	0	0,4	0,5	0,5	0	2,3	0
non-réponses (n)	12	7	0	2	3	8	7	0	0	0
Scolarité (%)										
Non scolarisé	3,6	1,8	2,5	7,3	3,3	2,7	2,3	8,8	4,9	1,7
Primaire	38,1	28,7	32,8	25,2	55,5	20,9	18	20,6	35,4	37,2
Secondaire	47,6	50,3	56,6	55,6	36,3	51,2	51,3	55,9	46,3	52,1
Supérieur	10,1	19,3	8,2	11,9	2,9	24,3	27,8	14,7	9,8	5,8
Autre	0,7	0	0	0	2	0,9	0,6	0	3,7	3,3
non-réponses(n)	109	54	13	21	19	68	50	0	6	3

Tableau 43 : Profil des patients primo-demandeurs ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés et les hôpitaux de la Wallonie, 2017

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
Source de revenu										
Salaire/revenu de travail	20,6	29,9	4,8	31,3	13,3	24,4	25,6	9,1	26,7	16,8
Allocation de chômage	16,2	15,9	16,8	17,8	16,1	13,4	12,2	18,2	23,3	21
Bourse d'études	0,5	0	0	0	1,6	0,1	0,1	0	0	0
Indemnité pour maladie ou invalidité	16,4	24,4	15,2	20,9	7,6	37,6	38,2	45,5	26,7	31,9
Revenu minimum ou CPAS	16,4	17,4	35,2	13,5	9,2	8	7,1	12,1	9,3	13,4
Allocations familiales	2,4	1	0	0	6,4	0,2	0,1	0	0	0
Pension de retraite ou de survie	1,2	3	0,8	0,6	0	10,4	12,4	6,1	0	1,7
Aucun revenu propre	24,7	8	24	16	43	5,3	3,7	9,1	12,8	15,1
Autre	1,6	0,5	3,2	0	2,8	0,6	0,6	0	1,2	0
non-réponses (n)	59	24	10	9	15	47	30	1	2	5
Comportement d'injection (%)										
Jamais	97,2	99,5	88,4	97,6	99,6	98,5	99,6	88,2	93,7	98,3
Oui, les 30 derniers jours	0,6	0	2,3	1,2	0	0,4	0,1	2,9	2,5	0
Oui, les 12 derniers mois	0,1	0	0	0	0,4	0,1	0,1	0	1,3	0
Oui, il y a plus de 12 mois	1,5	0,5	7,8	0,6	0	1	0,2	8,8	2,5	1,7
Oui, non précisé	0,5	0	1,6	0,6	0	0	0	0	0	0
non-réponses (n)	22	6	6	8	2	79	55	0	9	7
Polyconsommation problématique (%)										
Non	60,1	79,6	40,7	59,9	55,7	78,8	86,5	52,9	33	54,8
Oui	39,9	20,4	59,3	40,1	44,3	21,2	13,5	47,1	67	45,2
Avec alcool	12,3	0	16,3	16,9	16,3	5,6	0	14,7	38,6	21
Avec opiacés	2,5	0,9	0	6,4	1,5	1,5	0,9	0	3,4	2,4
Avec cocaïne	12,3	9,8	37	0	9,1	6,3	4,3	23,5	0	16,9
Avec cannabis	14,8	14,7	31,1	22,7	0	11,8	8,8	23,5	42	0
Avec hypno-sédatifs	2,6	2,2	4,4	3,5	1,1	3,9	3,3	8,8	2,3	2,4

Source : Sciensano

marquée dans les services spécialisés (51 % versus 25,9 %) que dans les hôpitaux (60,4 % versus 51 %). À l'inverse, les demandes de traitement des patients primo-demandeurs émanent plus fréquemment du secteur de la justice ou de l'entourage (famille, amis) qu'en cas d'antécédents thérapeutiques.

Les patients primo-demandeurs sont un peu moins concernés par la précarité économique et de logement que les patients avec antécédents thérapeutiques. Cette différence est plus marquée dans les services spécialisés que dans les hôpitaux.

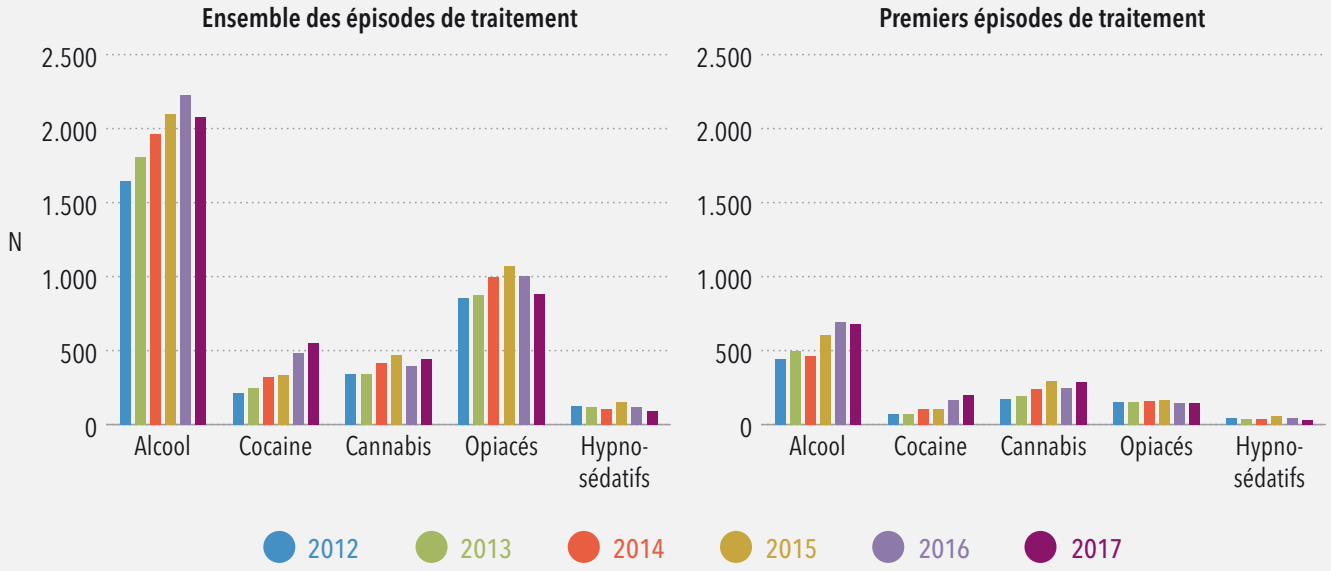
Enfin, les patients avec antécédents thérapeutiques sont proportionnellement plus nombreux à avoir déjà eu recours à l'injection et à déclarer une polyconsommation problématique que ceux sans antécédents thérapeutiques, tant dans les services spécialisés que dans les hôpitaux.

Tableau 44 : Évolution de la récolte des demandes de traitement en Wallonie, 2011-2017

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Services spécialisés (N)	24	28	29	31	30	31	31
N demandes de traitement	1.570	1.581	1.705	2.011	2.224	2.336	2.395
N patients uniques*	1.472	1.497	1.626	1.882	2.044	2.059	2.099
Traitement bas seuil	298	252	276	373	438	486	486
Traitement ambulatoire	607	784	902	1.057	1.135	1.172	1.279
Traitement résidentiel	567	461	448	452	471	401	334
Hôpitaux (N)	6	12	13	26	37	37	37
N demandes de traitement	614	1.748	2.057	3.404	5.229	5.527	5.116
N patients uniques*	584	1.604	1.873	3.042	4.513	4.706	4.437

* après élimination (partielle) des demandes multiples.
Source : Sciensano

Figure 30 : Nombre d'épisodes de traitement par produit principal enregistrés par 34 services en Wallonie, 2012-2017



Source : Sciensano

TENDANCES ET ÉVOLUTION

On constate en Wallonie, sur la période 2011-2017, une augmentation des demandes de traitement enregistrées auprès des centres spécialisés en assuétudes et des hôpitaux[315] (voir tableau 44)[316]. Cette augmentation s'explique en partie par une augmentation du nombre de centres participants. Nous ne sommes pas en mesure de déterminer si l'augmentation résiduelle s'explique par une augmentation de la capacité d'accueil de certains services ou par une réelle augmentation du nombre de personnes en demande de soin.

Actuellement, il est méthodologiquement difficile d'évaluer les évolutions dans le temps du profil des patients dans la mesure où le protocole TDI a été remanié en 2015 et que la couverture de l'enregistrement a considérablement fluctué ces dernières années. Il est toutefois possible de dresser quelques tendances en se focalisant uniquement sur les centres qui ont participé à l'enregistrement chaque année de la période étudiée. En Wallonie, 34 centres répondent à ce critère (24 services spécialisés et 10 services hospitaliers). Ces tendances restent toutefois difficiles à interpréter car elles peuvent être impactées par différents facteurs indépendants de changements de pratique ou de profil au niveau des consommateurs (fluctuation de la capacité d'accueil des services, réorganisation interne du travail dans certains services, etc.).

Comme on peut le voir sur la figure 30, les demandes de traitement liées à l'alcool (en produit principal) ont particulièrement augmenté entre 2012 et 2016. Cette augmentation est également observable au niveau des patients sans antécédents

315 Dans les hôpitaux, le nombre de demandes a toutefois diminué entre 2016 et 2017, alors que le nombre de services participants est identique.

316 La base de données TDI fait l'objet de mises à jour rétrospectives (introduction des encodages tardifs), ce qui explique pourquoi les chiffres portant sur les années antérieures peuvent légèrement varier par rapport au moment où ils ont été analysés et rapportés.

thérapeutiques[317]. On constate également une augmentation du nombre de demandes de traitement où la cocaïne est mentionnée en produit principal, à la fois pour l'ensemble des demandes que pour les primo-demandes. Parallèlement, on observe en 2017 une diminution des demandes de traitement pour un usage problématique d'opiacés. Enfin, on observe une augmentation des primo-demandes relatives au cannabis.

Globalement, ces tendances confirment les signaux émanant des acteurs de terrain, qui font état d'une augmentation inquiétante du nombre d'usager·e·s problématiques de cocaïne (et notamment de crack), y compris chez les usager·e·s d'opiacés. Comme nous l'avons déjà évoqué, cette «montée» de la cocaïne peut s'expliquer par une reprise récente de la culture de coca et de la production de cocaïne en Amérique du sud (UNODC, 2018), occasionnant une augmentation de l'offre en Europe. Mais l'offre de drogues n'explique évidemment pas tout et on assiste peut-être aussi à une pénétration des valeurs du néolibéralisme (compétition, culte de la performance, individualisme…) dans les pratiques d'usage de drogues, les effets des psychostimulants étant particulièrement en adéquation avec ces valeurs.

Globalement, ces tendances confirment les signaux émanant des acteurs de terrain, qui font état d'une augmentation inquiétante du nombre d'usager·e·s problématiques de cocaïne (et notamment de crack), y compris chez les usager·e·s d'opiacés. Cette évolution est probablement favorisée par l'augmentation de la disponibilité et de la pureté du produit en Europe, qui s'explique par différents facteurs (EMCDDA, 2018c) : l'augmentation de la culture de coca en Amérique du Sud (notamment liée à une diminution des opérations de destruction des cultures), l'amélioration et la rationalisation des procédés de transformation des feuilles de coca en cocaïne, l'augmentation de la transformation de la cocaïne en sa forme chorhydrate directement dans les pays européens (ce qui facilite sa dissimulation lors de la phase d'importation), la diversification des modes d'acheminement et d'approvisionnement des consommateurs (cryptomarchés, call-center, applications de cryptage des communications…). Mais l'offre de drogues n'explique certainement pas tout. Il est possible que l'augmentation de la consommation de cocaïne soit également liée à un 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 imprégnées 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 usages récréatifs, et certaines personnes en consomment de manière à améliorer leurs performances scolaires, professionnelles, sportives ou même sociales. Plusieurs professions sont d'ailleurs considérées comme particulièrement à risque, telles que les métiers de la restauration, de la communication ainsi que des arts et spectacles (INPES, 2010).

AVIS DES EXPERT·E·S

Dr Dominique Lamy, Médecin généraliste, Réseau Alto asbl

L'accompagnement d'usager·e·s problématiques de produits, au vu de la fréquence importante de consommation et de consommation problématique au sein de la population voudrait que l'accueil en première ligne de soins soit automatique et bienveillant. La question des consommations trouve sa place dans toute consultation de médecine générale, voire dans toute consultation spécialisée, tant l'impact négatif sur la santé est majeur.

Dans la clinique des assuétudes, le constat actuel est celui de l'explosion des polyconsommations, avec une omniprésence du tabac, de l'alcool et du cannabis. Les usager·e·s, beaucoup plus socialisé·e·s que dans les années 80, jonglent avec les produits pour donner le change au niveau professionnel, social, familial. La question n'est pas de l'ordre du licite ou de l'illicite, il s'agit vraiment d'ouvrir la réflexion à la question du sens.

Alors seulement les outils spécifiques de l'accompagnement psycho-médico-social trouveront place pour un temps, à prévoir plutôt long, et un espace, nécessairement ouvert au réseau interdisciplinaire.

317 Le nombre de patients sans antécédents thérapeutiques est probablement sous-estimé en raison du nombre relativement élevé de non-réponse à la question relative aux antécédents de traitement.

6.5

LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) sont une option thérapeutique pharmacologique fréquemment proposée aux usager·e·s d'héroïne. Ils permettent aux usager·e·s dépendants de modifier leur consommation et leurs habitudes de vie afin de recouvrer une meilleure santé et une meilleure qualité de vie. Ils permettent en effet de réduire voire supprimer l'utilisation d'héroïne en prévenant les symptômes de sevrage et en réduisant le craving et l'appétence pour l'héroïne. Ils ont aussi un impact positif sur la réinsertion sociale, entraînent une diminution de la criminalité et de la mortalité liées à l'usage de drogues, ainsi que de la transmission de maladies infectieuses liées à l'injection (Marsch, 1998).

Les TSO sont des médicaments à base d'opiacés, qui agissent sur les mêmes récepteurs neuronaux que l'héroïne. Généralement administrés par voie orale, ils ont une longue durée d'action, ne sont pas associés à un pic au niveau des effets, et ceux-ci sont peu euphorisants. Ils permettent ainsi aux patients de vivre sans éprouver les signes de manque liés à l'arrêt de l'héroïne et sans être soumis à la tyrannie des effets renforçateurs du produit[318]. Lorsqu'ils sont correctement dosés, les TSO réduisent les effets d'une prise d'héroïne en raison d'une tolérance croisée, facilitant l'abandon progressif de ce produit. Les TSO sont généralement proposés en association avec une prise en charge ou un accompagnement psychosocial ambulatoire, le plus souvent dans le cadre d'un suivi en médecine générale ou dans un centre spécialisé en assuétudes. Ils peuvent être administrés dans le cadre d'un traitement de stabilisation et de maintenance ou, plus rarement (en raison de sa faible efficacité dans ces indications), de désintoxication ou de sevrage dégressif avec visée d'abstinence.

Les TSO sont des médicaments pouvant faire l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale, vendus en pharmacie mais soumis à prescription médicale. Les deux TSO employés en Belgique sont à base de méthadone ou de buprénorphine[319]. La méthadone se présente sous forme de gélules ou de sirop, en préparation magistrale administrable par voie orale une à deux fois par jour. Le pharmacien est tenu d'ajouter un excipient au produit de manière à le rendre insoluble et prévenir ainsi son injection. La buprénorphine se présente sous forme de comprimés à consommer par voie sublinguale, seule (Subutex®) ou en association avec de la naloxone (Suboxone®) de manière à en prévenir l'injection[320].

Les premiers TSO ont été délivrés en Belgique à la fin des années 70, en l'absence de cadre légal. Cette pratique clandestine et punissable a ensuite été encadrée par une conférence de consensus en 1994, mais c'est seulement en 2004 que ces traitements ont été officiellement reconnus par la loi. Actuellement, les modalités et conditions de prescription sont régies par l'Arrêté-Royal du 19 mars 2004, modifié par l'Arrêté-Royal du 6 octobre 2006 (Jeanmart, 2009).

L'INDICATEUR

En Belgique, les délivrances de médicaments en officine publique ayant fait l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale sont compilées dans le système Pharmanet de l'INAMI. Ce système permet de comptabiliser le nombre de personnes ayant bénéficié au moins une fois sur une année civile d'une prescription remboursée de méthadone ou de buprénorphine. Toutefois, cet enregistrement ne couvre pas les prescriptions en milieu hospitalier et en milieu carcéral, ni celles qui ne font pas l'objet d'un remboursement par la mutuelle. En outre, cet enregistrement ne permet pas de faire la distinction entre les traitements prescrits dans le cadre d'une dépendance aux opiacés de ceux prescrits dans le cadre d'un traitement de douleurs chroniques ou de soins palliatifs. Il est toutefois généralement admis que ces derniers traitements sont minoritaires. Enfin, un même patient peut avoir bénéficié à la fois d'un traitement à la méthadone et d'un traitement à la buprénorphine au cours d'une même année civile. Dans ce cas, il sera comptabilisé à la fois dans les traitements à la méthadone et dans ceux à la buprénorphine. En revanche, il ne sera repris qu'une seule fois dans la comptabilisation qui reprend les deux (ligne «Total»). À noter que les personnes dont le TSO a été initié dans un service spécialisé en assuétudes participant au TDI sont également enregistrées dans cet indicateur des demandes de traitement, et ce lors de l'année d'initiation du traitement ou après une interruption d'au moins six mois.

LES CHIFFRES 2017

Le nombre de patients mutualisés résidant en Wallonie et ayant bénéficié au moins une fois d'un traitement de substitution aux opiacés[321] en 2017 s'élevait à 8.874, ce qui correspond à 0,3 % de la population wallonne de 15 ans et plus. Les traitements à base de méthadone sont beaucoup plus fréquemment délivrés que ceux à base de buprénorphine (environ 7 pour 1). Les TSO sont majoritairement prescrits à des personnes ayant un âge compris entre 35 et 54 ans, principalement de genre masculin (les hommes étant davantage consommateurs d'héroïne que les femmes). Cette tranche d'âge est probablement davantage représentée parce qu'il existe un délai important entre l'âge du premier usage d'héroïne (en moyenne vers 22-23 ans) et l'âge du premier traitement (vers 35 ans en moyenne en Wallonie). La prescription des TSO baisse ensuite fortement après 54 ans, probablement en raison de l'espérance de

318 Le peu d'effets euphorisants et renforçateurs des TSO, lesquels effets sont responsables de la prise de plaisir associée à la consommation du produit et façonnent en grande partie la dépendance psychologique, explique aussi, a contrario, pourquoi certains usager·e·s ne parviennent pas à se satisfaire uniquement de ce type de traitement.

319 La buprénorphine est un agoniste partiel des récepteurs opioïdes de type mμ, alors que la méthadone en est un agoniste complet. Cette différence fait que la méthadone a des effets davantage dose-dépendant, pouvant entraîner une dépression respiratoire en cas de surdose, alors que les effets de la buprénorphine n'augmentent plus une fois le plateau atteint. Cette dernière substance réduit donc fortement le risque d'overdose chez les personnes dépendantes aux opiacés, tout en provoquant moins d'analgésie et d'euphorie que la méthadone. Par conséquent, elle est moins indiquée chez les usager·e·s fortement dépendants aux opiacés.

320 La naloxone est inactive par voir orale/sublinguale alors qu'en cas d'injection ou de sniff, elle précipitera des symptômes de sevrage en bloquant les effets de la buprénorphine.

321 Certains patients (n=347) ont à la fois bénéficié d'un traitement à la méthadone et d'un traitement à la buprénorphine en 2017. Nous ne les avons comptabilisés qu'une seule fois dans le calcul du total.

Tableau 45 : Distribution par sexe et par tranche d'âge des personnes ayant bénéficié d'un traitement à base de méthadone et/ou de buprénorphine en Wallonie, 2017

	15-24 ans %	25-34 ans %	35-44 ans %	45-54 ans %	55-64 ans %	65-74 ans %	75 ans et + %	Total %
Méthadone								
Hommes (n=6.139)	0,8	5,5	8,5	7,0	1,4	0,3	0,4	23,9
Femmes (n=1.923)	1,3	12,5	28,7	27,9	5,1	0,5	0,2	76,1
Total (N=8.062)	2,1	18,0	37,2	34,9	6,5	0,8	0,6	100,0
Buprénorphine								
Hommes (n=849)	0,6	6,5	8,6	7,0	3,1	0,8	0,2	26,7
Femmes (n=310)	1,0	15,2	29,2	22,3	4,5	0,8	0,3	73,3
Total (N=1.159)	1,6	21,7	37,8	29,3	7,6	1,6	0,5	100,0
Total								
Hommes (n=6.719)	0,8	5,6	8,5	7,1	1,6	0,4	0,4	24,4
Femmes (n=2.155)	1,2	12,6	28,7	27,4	5,0	0,5	0,2	75,6
Total (N=8.874)	2,0	18,2	37,2	34,5	6,6	0,9	0,6	100,0

Source : INAMI-Pharmanet

vie réduite des usager·e·s d'opiacés, mais aussi parce qu'un certain nombre d'entre eux ont pu évoluer vers l'abstinence.

TENDANCES ET ÉVOLUTION

Le nombre de patients wallons mutualisés ayant bénéficié au moins une fois d'un traitement de substitution à la méthadone est en diminution progressive depuis 2011, l'inverse étant constaté pour la buprénorphine. Mais cette dernière augmentation ne permet pas de compenser et d'expliquer entièrement la baisse de délivrance de méthadone dans la région. À l'heure actuelle, nous ne savons pas si cette diminution est due à une réduction du nombre de consommateurs d'héroïne ou à une raréfaction du nombre de médecins prescripteurs, rendant plus compliquée l'accès à un TSO.

Tableau 46 : Évolution du nombre de patients de 15 ans et plus ayant bénéficié d'un traitement à base de méthadone et/ou de buprénorphine en Wallonie, 2011-2017

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
N total	9.474	9.336	9.157	8.997	9.062	9.026	8.874
N méthadone	8.874	8.708	8.487	8.268	8.288	8.202	8.062
N buprénorphine	892	923	957	1.041	1.099	1.168	1.159

Source : INAMI-Pharmanet

6.6

LES PRISES EN CHARGE DANS LES SERVICES DE PSYCHIATRIE AVEC DIAGNOSTIC D'USAGE PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL OU DE DROGUES

Les estimations de la prévalence des doubles diagnostics sont très variables selon les études, en raison de nombreuses différences entre les méthodologies d'estimation : population sélectionnée (population générale, population psychiatrique, usager·e·s de drogues, usager·e·s en traitement…), niveau de prévalence pris en compte (prévalence sur la vie, sur l'année, au moment de l'étude…), méthodes d'échantillonnage, critères et niveaux de précision/validité des outils diagnostiques. Les cas de double diagnostic semblent toutefois fréquents chez les usager·e·s problématiques de substances psychoactives (Torrens, Mestre-Pintó & Domingo-Salvany, 2015), y compris en Belgique (Bollaerts & Van Bussel, 2013). Les troubles thymiques sont les plus fréquents, mais la prévalence de chaque trouble peut varier en fonction du type d'addiction. Par exemple, les troubles dépressifs sont particulièrement fréquents chez les personnes dépendantes à l'alcool, aux médicaments psychotropes ou aux opiacés, alors que l'on retrouve assez régulièrement des troubles de la personnalité chez les personnes ayant une dépendance aux opiacés. De même, si la prévalence de la schizophrénie est relativement faible chez les usager·e·s de cannabis, un usage problématique de cannabis est à l'inverse très fréquent chez les personnes atteintes de schizophrénie.

L'usage de substances psychoactives peut favoriser ou être favorisé par des états psychiques variés (stress, insomnie, agressivité, tristesse…) pouvant être les symptômes de différents troubles psychopathologiques (troubles dépressifs, anxieux, psychotiques, de la personnalité, de déficit de l'attention, etc.). Qu'une personne entre en consultation pour un problème de santé mentale ou pour un problème de consommation de substances psychoactives, la recherche et l'identification d'un éventuel **double diagnostic**[322] constituent un enjeu majeur par rapport à la prise en charge. En effet, cette cooccurrence de troubles entraîne souvent une aggravation des deux tableaux cliniques ainsi qu'une moins bonne adhésion du patient au traitement proposé. Elle peut aussi favoriser l'émergence de comportements à risque et de conduites déviantes, ainsi que la marginalisation sociale en cas de troubles sévères et persistants (Crawford, Crome & Clancy, 2003). La prise en compte des deux problématiques est donc un déterminant essentiel de l'efficacité de la prise en charge (voir par exemple Judd, Thomas, Schwartz, Outcalt & Hough, 2003). Elle correspond d'ailleurs aux recommandations du modèle bio-psycho-social, selon lequel il faut appréhender la personne dans sa globalité.

Plusieurs hypothèses et modèles ont été formulés pour expliquer cette fréquente comorbidité (voir par exemple Mueser, Drake & Wallach, 1998). Sans entrer dans le détail de ces conceptions, il est généralement admis que l'usage d'une substance psychoactive peut causer des troubles psychiatriques (aigus ou chroniques) ou aggraver des symptômes préexistants. Inversement, certaines pathologies psychiatriques peuvent favoriser le mésusage de substances psychoactives, notamment dans une démarche de coping ou d'automédication. Enfin, les troubles psychiatriques et ceux liés à l'usage d'une substance peuvent être la résultante d'un facteur commun d'origine biologique et/ou environnementale, voire être totalement indépendants sur le plan étiologique. Dans les faits, l'étiologie de cette cooccurrence de troubles variera d'un patient à l'autre. Dans la pratique clinique, il ne sera pas toujours possible d'identifier le(s) facteur(s) explicatif(s) et la chronologie précise d'apparition des troubles, les symptômes des troubles mentaux ainsi que ceux des troubles liés à l'usage de substances psychoactives interagissant et s'influençant mutuellement.

L'INDICATEUR

Le Résumé Psychiatrique Minimum (RPM) est un registre obligatoire effectué dans tous les services de prise en charge psychiatrique belges (hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques, initiatives d'habitations protégées et maisons de soins psychiatriques). Il se compose de différentes informations relatives au diagnostic et à la prise en charge des patients, permettant d'une part de comptabiliser les séjours pour lesquels un diagnostic d'abus ou de dépendance à une ou plusieurs substances a pu être posé, et d'autre part d'estimer la prévalence des doubles diagnostics.

Le volet du diagnostic psychiatrique peut être considéré comme exhaustif puisqu'il est complété sur base d'une évaluation de tous les axes DSM-IV[323]. Les données enregistrées comprennent les informations sociodémographiques du patient, le(s) diagnostic(s) et les problèmes identifiés à l'admission, les données de traitement, et enfin le(s) diagnostic(s) et les problèmes résiduels à la sortie. L'unité d'enregistrement de ce registre et des analyses subséquentes n'est pas le patient mais le séjour, certains patients pouvant avoir été admis à plusieurs reprises au cours d'une même année.

Les analyses suivantes portent sur les séjours clôturés dans les unités psychiatriques de la Wallonie sur la période 2005-2015. Dans un premier temps, nous présenterons l'ensemble des séjours pour lesquels un diagnostic d'abus ou de dépendance à une ou plusieurs substances a été posé, en diagnostic principal ou secondaire, et quel que soit le motif de la prise en charge. Dans un second temps, nous aborderons les séjours lors desquels un double diagnostic a pu être posé à l'admission. À noter que les séjours pour lesquels la demande de prise en charge à l'admission portait sur une problématique d'assuétudes font également l'objet d'un enregistrement dans l'indicateur de demande de traitement (TDI).

322 Dans le domaine des assuétudes, la notion de double diagnostic renvoie à une coexistence, chez une même personne, d'un trouble psychiatrique et d'un trouble lié à l'usage d'une ou plusieurs substances psychoactives (OMS, 1995).

323 Le DSM-IV est un manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux utilisé pour établir les diagnostics psychopathologiques et catégoriser les patients sur base des manifestations cliniques.

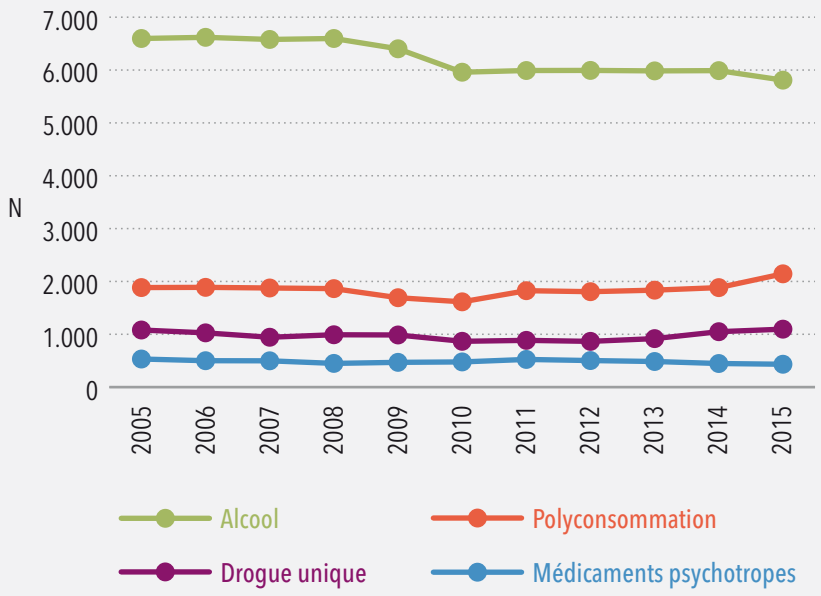
LES CHIFFRES 2005-2015

Sur la période 2005-2015, un total de 309.298 séjours[324] (tous diagnostics confondus) ont été clôturés en Wallonie dans les services offrant une prise en charge psychiatrique, parmi lesquels 104.859 séjours (33,9 %) ont débouché sur un **diagnostic d'abus ou de dépendance à une ou plusieurs substances**, en diagnostic principal ou secondaire. L'alcool est fréquemment identifié comme substance problématique lors des séjours dans les établissements de prise en charge psychiatrique en Wallonie, quel que soit le motif d'admission. En effet, un diagnostic principal ou secondaire d'abus ou de dépendance à l'alcool a été posé dans 22,2 % des séjours comptabilisés sur la période 2005-2015. Ces diagnostics semblent toutefois être en légère diminution sur l'ensemble de la période. Un diagnostic d'abus ou de dépendance à une seule drogue ou à plusieurs produits (polyconsommation) a été posé dans 10 % des séjours enregistrés sur cette même période, les diagnostics de polyconsommation problématique étant plus fréquemment posés que ceux liés à l'usage d'une seule drogue (6,5 % versus 3,5 %). Ces diagnostics sont en augmentation au cours de la période étudiée, en particulier les diagnostics de polyconsommation. Il est donc probable que la diminution observée pour l'alcool soit due au fait qu'une proportion grandissante de diagnostics alcool ne sont plus isolés mais combinés à une autre problématique d'assuétudes. Enfin, un diagnostic pour un problème en lien avec l'usage de médicaments psychotropes a été posé dans 1,7 % des séjours enregistrés en Wallonie sur la période 2005-2015.

En ce qui concerne la **prévalence des doubles diagnostics**, les troubles dépressifs (21,5 %) ainsi que, dans une moindre mesure, les troubles de la personnalité (13,9 %) ont fréquemment été établis lors des séjours en psychiatrie où un diagnostic d'abus ou de dépendance à un ou plusieurs produits a été posé. Ce niveau de prévalence est similaire à ce qui est observé sur ce type de population (i.e. personnes prises en charge dans les services de psychiatrie) dans la plupart des pays européens (Torrens et al., 2015). Mais il est supérieur à ce que l'on observe dans la population des usager·e·s d'alcool et de drogues : dans la mesure où les services de psychiatrie sont nombreux à proposer une prise en charge spécifique des problématiques de double diagnostic, ils «attirent» naturellement ce type de patients.

On observe une prévalence différenciée en fonction des produits. Ainsi, les troubles dépressifs, les troubles de l'adaptation, ainsi que les troubles anxieux sont plus fréquents lors d'un diagnostic d'abus ou de dépendance aux médicaments psychotropes (ou, dans une moindre mesure, à l'alcool, en ce qui concerne les troubles dépressifs) que lors d'un diagnostic d'usage problématique à une drogue unique ou à plusieurs produits. À l'inverse, la schizophrénie et les autres troubles psychotiques sont plus fréquemment établis lors d'un diagnostic d'abus ou de dépendance à une drogue unique que pour les autres types de diagnostic d'usage problématique d'une ou plusieurs substances.

Figure 31 : Nombre de séjours clôturés dans les services psychiatriques de la Wallonie en fonction du type de diagnostic d'usage problématique, 2005-2015



Source : Service Data management du SPF Santé publique

324 Plus précisément, 8.917 (2005), 8.759 (2006), 8.690 (2007), 8.550 (2008), 8.687 (2009), 8.991 (2010), 9.000 (2011), 8.851 (2012), 8.427 (2013), 8.369 (2014) et 9.291 (2015).

Tableau 47 : Prévalence des doubles diagnostics lors des séjours dans les services psychiatriques de la Wallonie, selon le type de diagnostic, 2005-2015

	Alcool	Drogue unique	Médicaments psychotropes	Poly-consommation	Total toutes substances
Nombre de séjours clôturés sur la période 2005-2015 avec diagnostic :	68.519	10.712	5.317	20.311	104.859
	%	%	%	%	%
Troubles dépressifs	24,1	18,4	34,8	11,0	21,5
Troubles de la personnalité	14,8	15,2	13,8	10,0	13,9
Troubles de l'adaptation	7,7	9,5	15,6	4,8	7,8
Schizophrénie	1,9	12,9	2,1	3,9	3,4
Troubles psychotiques	2,1	10,2	2,9	3,7	3,3
Troubles bipolaires	3,9	4,2	5,8	2,3	3,7
Troubles anxieux	3,3	3,8	8,3	1,7	3,3
Troubles du contrôle des impulsions	1,0	1,7	0,9	0,8	1,1
Troubles relationnels ou autistiques	0,3	0,5	0,3	0,2	0,3
Troubles des conduites alimentaires	0,3	0,5	0,8	0,1	0,3
Troubles de déficit de l'attention/hyperactivité	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Source : Service Data management du SPF Santé publique

6.7

L'INFECTION AU VIH ET AUX HÉPATITES B ET C CHEZ LES USAGER·E·S DE DROGUES

L'usage de drogues est responsable de la propagation de certaines maladies infectieuses, en raison de la survenue fréquente du partage de matériel d'injection usagé et de rapports sexuels non protégés chez les usager·e·s (Bollaerts & Van Bussel, 2013 ; Garfein, Galai, Doherty & Nelson, 1996 ; Thomas et al., 1995). Actuellement, les cas d'infection au VIH liés à l'injection sont généralement moins courants dans les pays ayant mis en place des programmes d'accessibilité au matériel stérile d'injection (EMCDDA, 2016) : en Belgique, le pourcentage de cas liés à l'injection est passé d'environ 8 % au début de l'épidémie à environ 1 à 2 % actuellement (voir Sasse, Deblonde, Jamine, Ost, & Van Beckhoven, 2017).

La prévalence des comportements d'injection ne peut évidemment pas être estimée directement à l'aide d'enquêtes par questionnaire dans la population générale, parce que ces usager·e·s sont difficiles à approcher à l'aide des modalités de sélection et de prise de contact classiques. Il est néanmoins possible d'effectuer une estimation indirecte à partir de la méthode multiplicative, qui est une technique d'estimation proportionnelle qui se base sur le croisement de chiffres issus de bases de données distinctes.

Une récente utilisation de cette méthode (voir Ridder, 2015) a permis d'estimer à 25.000 (18.135-34.987) le nombre de personnes ayant déjà eu recours à l'injection sur l'ensemble de la Belgique en 2013. Si on pondère ce nombre en fonction de la taille relative des populations régionales enregistrée en 2013[325], on avoisinerait donc 8.025 personnes (5.822-11.231) ayant déjà eu recours à l'injection en Wallonie.

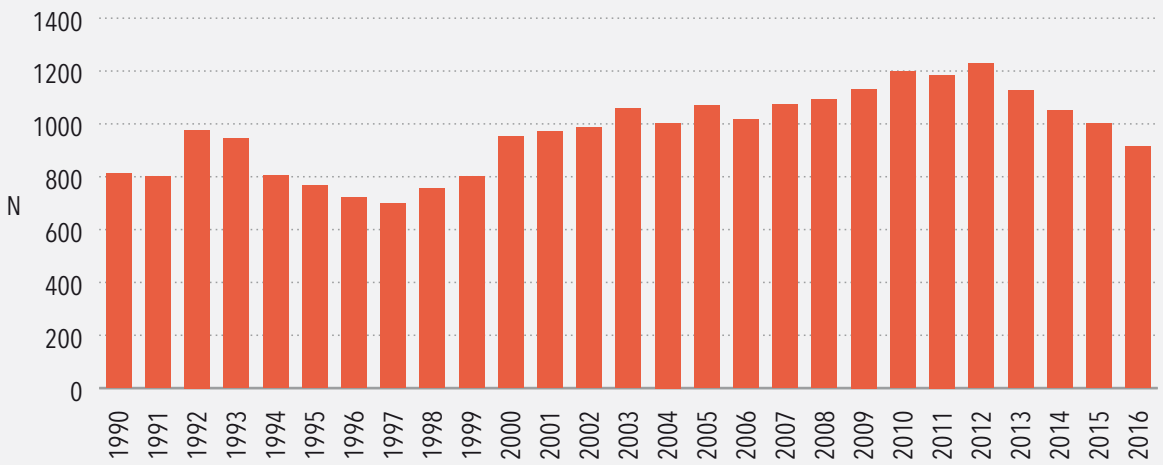
325 Au 1er janvier 2013, la population résidant en Belgique s'élevait à 11.099.554 habitants, la population wallonne à 3.563.060 (soit environ 32% de la population totale) et la population bruxelloise à 1.154.635 (soit environ 10% de la population totale).

En revanche, l'usage de drogues par voie intraveineuse reste le facteur de risque principal de contraction du VHC, dont la prévalence d'infection est très élevée chez les UDI[326]. Cette transmission élevée[327], s'explique essentiellement par la résistance exceptionnelle du VHC au contact de l'air (environ 3 semaines), par son pouvoir de contamination (10 fois supérieur à celui du VIH), par l'absence de vaccin préventif, mais aussi par le partage fréquent du matériel connexe d'injection usagé (cuillère, filtre, eau, etc.), qui peut être contaminé par le sang d'un patient infecté (alors que le VIH périrait rapidement au contact de l'air). Les UDI ont en effet une moins bonne connaissance des risques de transmission du VHC que du VIH et sont relativement nombreux à partager du matériel connexe

326 En Belgique, elle varierait de 47 à 85%, suivant les estimations (Matheï, Robaeys, Van Ranst, Van Damme & Buntinx, 2005).

327 Le VHC peut se transmettre, comme le VIH et le VHB, par voie sanguine, sexuelle ou verticale (de la mère à l'enfant, lors de la grossesse ou de l'accouchement). Les rapports sexuels non protégés restent les modes de transmission les plus fréquents du VIH et du VHB. Mais les transmissions sexuelle et verticale du VHC restent relativement rares puisqu'elles ne peuvent avoir lieu qu'en cas d'échange sanguin. Néanmoins, certaines pratiques sexuelles (rapports brutaux, sodomie, *fisting*) ainsi que la période des menstruations augmentent clairement le risque d'infection au VHC en cas de rapports non protégés.

Figure 32 : Évolution du nombre de nouveaux diagnostics d'infection au VIH en Belgique, 1990-2016



Source : Sasse et al., 2017

d'injection (voir Hagan et al., 2001 ; Médecins du Monde, 2009).

Dans le cas du VHC, il existe aussi un risque de transmission en cas de partage du matériel de consommation par voie nasale (paille, billet, etc.), car les lésions nasales sont assez fréquentes chez les usager·e·s réguliers (voir Martinez & Talal, 2008 ; Tortu, McMahon, Pouget & Hamid, 2004). Il semblerait même que ce risque soit réel même en l'absence de lésions nasales, car on en trouve la présence dans les cavités nasales en l'absence de lésion (Chromy et al., 2018). Enfin, plusieurs études suggèrent qu'une contamination peut aussi se produire en cas de partage du matériel d'inhalation, en particulier chez les consommateurs de crack, souvent sujets aux lésions bucco-labiales (Macías et al., 2008 ; Tortu et al., 2004).

En Belgique, et à fortiori dans les deux régions francophones du pays, il existe quelques sources de données permettant d'étudier ce lien entre usage de drogues et maladies infectieuses. Dans la population générale, la prévalence du contact avec le VHC a récemment été estimée à 0,22 % (IC 95 % : 0,09 %-0,54 %), et la prévalence de l'hépatite C chronique à 0,12 % (IC 95 % : 0,03 %-0,41 %), sur base de plus de 3.000 échantillons de sang collectés sur tout le territoire par 28 laboratoires (Litzroth et al., 2019).

LE REGISTRE BELGE DES INFECTIONS AU VIH ET DES MALADES DU SIDA

En Belgique, sept laboratoires de référence SIDA ont pour mission de réaliser des analyses de confirmation sur les échantillons suspectés séropositifs lors d'un test de dépistage. Ces analyses sont ensuite centralisées afin de monitorer annuellement le nombre et le profil des nouveaux cas d'infection au VIH.

D'après le dernier rapport (Sasse et al., 2017), depuis le début de l'épidémie et jusqu'au 31 décembre 2016, 29.864 personnes ont été diagnostiquées séropositives au VIH en Belgique[328]. Comme le montre la figure 32, après avoir diminué régulièrement de 1992 à 1997, l'incidence de l'infection au VIH a fortement augmenté au cours de la période 1997-2003 (+47 %). Une nouvelle augmentation lente mais régulière est à nouveau constatée entre 2006 et 2012[329]. On notera que la plus haute incidence depuis le début de l'épidémie a été observée en 2012, avec 1.229 nouveaux cas diagnostiqués. En 2016, 915 nouveaux cas ont été diagnostiqués.

En 2016, parmi les modes de transmission les plus fréquemment impliqués dans l'infection, on retrouve[330] les rapports homosexuels (52 %) et les rapports hétérosexuels (45 %), alors que l'injection de drogues par voie intraveineuse n'est impliquée que dans 0,5 % (n=3) des nouveaux cas d'infection. L'importance de ces modes de transmission dans l'évolution de l'épidémie varie toutefois en fonction de la nationalité, de l'âge ou encore du sexe des patients.

On peut voir dans la figure 33 que chaque année quelques cas d'infection semblent encore liés aux pratiques d'injection en Wallonie. Ce nombre a particulièrement chuté les trois dernières années. Néanmoins, toutes les personnes porteuses du virus ne sont bien entendu pas diagnostiquées. Selon les auteurs, il y aurait actuellement en Belgique 2.873[331] [2.210-3.733] personnes

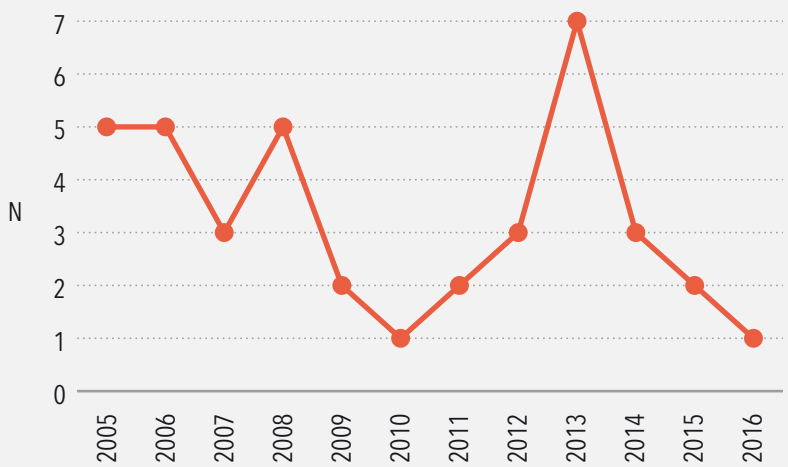
328 Parmi ces personnes séropositives, un total de 4.646 personnes ont été diagnostiquées malades du sida, et 2.493 personnes étaient décédées des suites de la maladie à la fin de l'année 2015.

329 Pour information, les nombres d'infections au VIH identifiées de 2000 à 2016 sont : 953 (2000), 970 (2001), 987 (2002), 1.058 (2003), 1.003 (2004), 1.070 (2005), 1.018 (2006), 1.072 (2007), 1.093 (2008), 1.132 (2009), 1.199 (2010), 1.185 (2011), 1.229 (2012), 1.126 (2013), 1.050 (2014), 1.001 (2015) et 915 (2016). Ces nombres subissent chaque année une mise à jour rétrospective, notamment en raison de l'identification tardive de doublons, c'est-à-dire de personnes ayant été erronément comptabilisées à deux reprises. La survenue de ces doublons est liée au fait que l'enregistrement est anonyme et que plusieurs tests de confirmation sont parfois réalisés pour un même patient, ce qui peut engendrer des erreurs de comptabilisation multiple.

330 Il s'agit du mode probable d'infection, déterminé sur base de l'anamnèse du patient. En 2016, cette information a pu être récoltée chez 71% des patients diagnostiqués.

331 Dont 633 [469-860] en Wallonie et 736 [583-924] à Bruxelles.

Figure 33 : Évolution du nombre de nouveaux cas d'infection au VIH probablement liés à l'injection de drogues par voie intraveineuse en Wallonie, 2005-2016



Source : Sasse et al., 2017

vivant avec le VIH sans être diagnostiquées, dont 47 [24-105] UDI.

De manière générale, ces données confirment que l'infection au VIH est difficile à éradiquer et que certains groupes de personnes (définis sur base de l'âge, du sexe, de la nationalité et du type de comportements à risques) sont plus touchés que d'autres. En outre, le profil des patients infectés évolue également au cours du temps. Par conséquent, il est essentiel que les programmes d'information et de prévention soient maintenus et qu'ils soient régulièrement renforcés au niveau des populations les plus à risques.

LA PRÉVALENCE DES MALADIES INFECTIEUSES CHEZ LES USAGER·E·S DE DROGUES

Dans notre rapport 2013-2014, nous présentions en détail les données de prévalence chez les patients en traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés dans le traitement des assuétudes en Wallonie qui ont participé au TDI sur la période 2006-2011. Ces analyses ont montré que 25,2 % d'entre eux étaient porteurs du VHC, 10,3 % du VHB et 2,6 % du VIH[332]. Ces patients avaient pour la plupart des antécédents de consommation par injection.

L'étude nationale DRID (*Drug-Related Infectious Disease*) financée par le SPF Santé publique a été menée par Sciensano afin d'estimer spécifiquement la prévalence de l'infection au VIH et aux hépatites chez les usager·e·s de drogues par injection vivant en Belgique (voir Bollaerts & Van Bussel, 2013). Cette étude a montré que chez les UDI (N=180) fréquentant majoritairement les Maisons d'accueil socio-sanitaires (MASS), la prévalence de l'hépatite C est de 43,3 % (95 % IC : 34,3 %-52,4 %)[333] ce qui est relativement élevé et confirme au niveau belge l'ampleur de cette problématique chez les usager·e·s de drogues ayant recours à l'injection. Les prévalences du VHB (3,7 % ; 95 % IC : 0,8 %-6,6 %) et du VIH (2,3 % ; 95 % IC : 0,1 %-4,6 %) sont en revanche beaucoup moins élevées. Les résultats de cette étude, qui décrivent également les patterns de polyconsommation par injection, les comportements à risque, la morbidité somatique ou encore la comorbidité psychiatrique, sont rapportés plus en détail dans notre rapport 2013-2014 (pages 102-104).

LES DONNÉES ISSUES DU DISPOSITIF D'ACCESSIBILITÉ AU MATÉRIEL D'INJECTION

Les programmes d'échange de seringues font partie du Dispositif d'Accès au Matériel Stérile d'Injection (DAMSI)[334] qui vise à réduire les risques liés à l'injection (hépatites, VIH, etc.) chez les UDI. Ils prennent la forme de comptoirs fixes ou mobiles mettant gratuitement à disposition des usager·e·s des conseils de réduction des risques, du matériel stérile ou encore des préservatifs, dans un cadre anonyme et non contraignant. Ils sont aussi un lieu d'accueil, d'écoute et de relais d'éventuelles demandes de prise en charge sociale, psychologique ou médicale, et ils peuvent proposer des permanences médicales ainsi que des soins infirmiers. Différentes recherches ont montré qu'ils contribuent à une stratégie efficace ayant un effet préventif sur les comportements à risque entrainant, conséquemment, une diminution de la prévalence et de l'incidence de l'infection au VIH ainsi que, dans une moindre mesure, aux hépatites B et C (pour des revues de littérature, voir Emmanuelli, 1999 ; WHO, 2004). Néanmoins, cette efficacité semble dépendre de la couverture et de l'accessibilité des comptoirs, ainsi que de la présence de dispositifs complémentaires (Strathdee & Vlahov, 2001).

Au niveau mondial, les premiers programmes d'échange de seringues ont été mis en place dans les années 80. En Belgique, ils se sont développés au début des années 90. Il existe actuellement 6 institutions qui effectuent de l'échange de seringues à Bruxelles et 16 en Wallonie. Une même institution peut effectuer de

332 L'échantillon de patients testés était toutefois réduit et non représentatif de l'ensemble des patients fréquentant les centres spécialisés en assuétudes de la Wallonie. En outre, il s'agissait en grande partie d'informations auto-rapportées par les patients. Pour une présentation détaillée de ces données, nous renvoyons le lecteur à notre rapport 2013-2014 (pages 99-102).

333 Les pourcentages et intervalles de confiance estimés à 95% (ces derniers sont censés préciser dans quel intervalle se trouve le pourcentage estimé au niveau de la *population*, au-delà donc de l'*échantillon*) que nous rapportons ici tiennent compte des erreurs de diagnostics susceptibles d'avoir été commises en raison du degré d'imprécision des tests salivaires de dépistage, dont la spécificité et la sensibilité diagnostiques ne sont pas parfaites.

334 En Belgique, les pharmacies font également partie de ce dispositif, et certaines d'entre elles diffusent des pochettes spécifiquement dédiées à l'injection (Stérifix). En 2016, 7.671 pochettes ont été produites et diffusées aux pharmacies partenaires de la Région bruxelloise et de la Wallonie. Chaque pochette est composée de 2 seringues ainsi que du matériel connexe (2 stéricups, 2 flapules d'eau, etc.). Elle est généralement vendue au prix conseillé de 0,5 euro. Enfin, dans certains pays comme la France, l'Allemagne ou les Pays-Bas, le dispositif est complété par des bornes d'échange de seringues permettant aux usager·e·s d'obtenir du matériel près de lieux de consommation 24h/24h.

l'échange de seringues en comptoir fixe et/ou mobile, et certaines peuvent disposer d'antennes. Il existe également quelques structures qui effectuent de la distribution de matériel stérile de manière ponctuelle ou à plus petite échelle sans faire partie du dispositif d'accès au matériel stérile d'injection (DAMSI) coordonné par Modus Vivendi (voir Sacré, Daumas & Hogge, 2010).

L'INDICATEUR

Les comptoirs d'échange de seringues du DAMSI renseignent annuellement différentes informations relatives à leur fonctionnement, telles que le nombre de seringues distribuées et récupérées, le matériel connexe distribué (Stéricups[335], flapules d'eau stérile, tampons alcoolisés, doses d'acide ascorbique[336]), leur file active[337], ainsi que le nombre de contacts effectués. Il s'agit d'indicateurs de processus et non d'efficacité, car on ne peut avoir de certitude sur ce qui sera fait de ce matériel. En effet, l'injection n'est pas un acte anodin mais une pratique invasive qui nécessite des précautions d'asepsie rigoureuses. Il s'agit même d'un acte médical qui ne peut être légalement posé que par une personne qualifiée (médecin ou infirmier). Une injection mal opérée (injection dans une artère, dans une zone sensible, etc.), mal préparée (présence de bulles d'air ou de corps solides dans la seringue), ainsi que l'utilisation de matériel non stérile voire usagé peuvent avoir des conséquences graves et parfois fatales. Enfin, rappelons que les comptoirs d'échange de seringues font partie d'un dispositif plus large incluant notamment les pharmacies.

LES CHIFFRES 2017

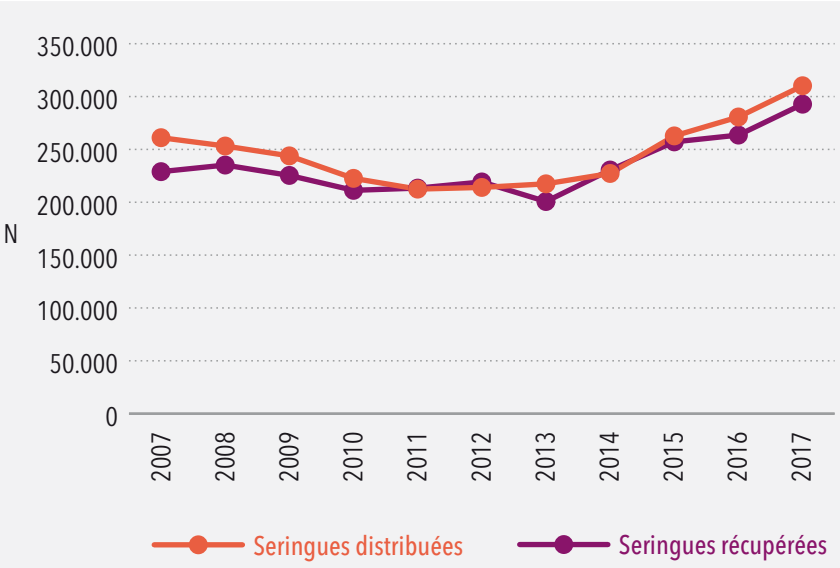
En 2017, 310.231 seringues ont été distribuées par les 16 services qui ont effectué de l'échange de seringues en Wallonie. Ces seringues ont été distribuées lors d'environ 23.000 passages d'UDI. Il n'existe pas de dénombrement précis de la file active dans tous les services, mais ils seraient environ 1.600. Le matériel connexe est moins diffusé parce que les usager·e·s ont la liberté de choisir ce qu'ils souhaitent emporter (or ils emportent davantage de seringues que de matériel connexe, qu'ils tendent davantage à réutiliser). Il n'est toutefois pas garanti que l'équilibre budgétaire du projet puisse se maintenir en cas de diffusion systématique du matériel connexe avec chaque seringue. Ainsi, si on compare, le nombre de Stéricups et le nombre de seringues distribués sur une même année, on avoisine actuellement un rapport de 1 Stéricup pour 2 seringues distribuées (alors qu'idéalement le rapport devrait être de 1 pour 1). Dans ce contexte, il est difficile d'assurer de manière optimale les actions de réduction des risques liés à l'injection, car les usager·e·s sont susceptibles d'échanger ou d'utiliser une cuillère ou un filtre contaminés, même s'ils utilisent une seringue stérile à chaque injection. En outre, le nombre de seringues distribuées est forcément tributaire du nombre de comptoirs présents sur le territoire, lequel est actuellement considéré comme insuffisant. Enfin, rappelons que certains milieux, et notamment le milieu carcéral, ne sont actuellement pas couverts par le DAMSI.

Tableau 48 : Description du DAMSI en Wallonie, 2017

Nombre de services	16
Nombre d'usagers	±1.600
Seringues	310.231
Stéricups[337]	159.659
Flapules d'eau stérile	198.972
Tampons alcoolisés	277.112
Sachets d'acide ascorbique	139.550

Source : Modus Vivendi

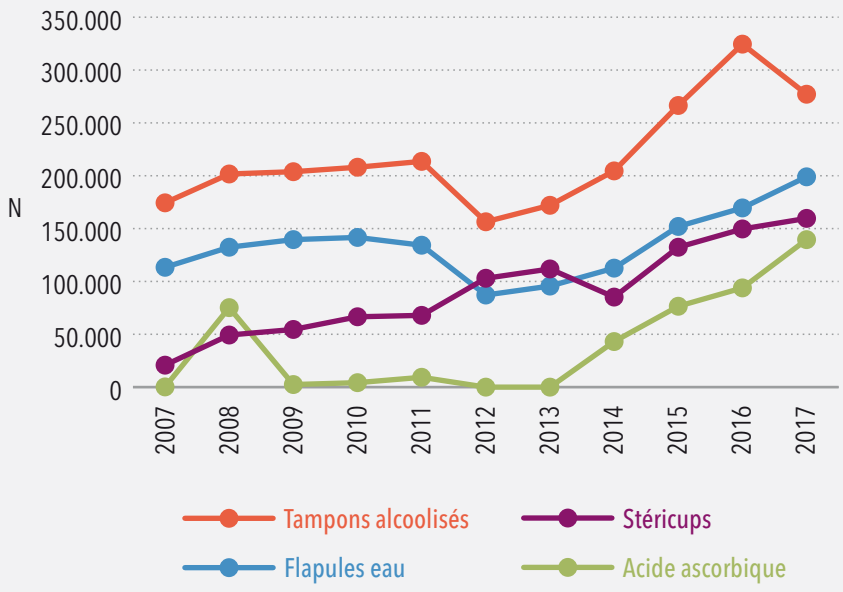
Figure 34 : Évolution du nombre de seringues distribuées et récupérées dans les comptoirs d'échange de seringues en Wallonie, 2007-2017



Source : Modus Vivendi

335 Une petite cuillère stérile accompagnée d'un filtre.
336 Nécessaire pour dissoudre le produit dans l'eau.
337 La file active ne peut être précisément déterminée que de manière intra-institutionnelle, en raison de l'utilisation des systèmes d'enregistrement propres à chaque comptoir. Dès lors, au niveau régional, un·e usager·e qui fréquente plusieurs comptoirs est comptabilisé à plusieurs reprises. En outre, il est fréquent qu'un·e usager·e se procure des seringues à la fois pour lui-même et pour un proche.
338 Petite cuillère stérile dans lequel l'usager·e effectue la dilution de son produit. Elle est accompagnée d'un filtre stérile qui doit être planté au bout de l'aiguille avant le remplissage de la seringue, afin de prévenir l'injection d'impuretés.

Figure 35 : Évolution du nombre de Stéricups, de flapules d'eau et de tampons alcoolisés distribués dans les comptoirs d'échange de seringues en Wallonie, 2007-2017



Source : Modus Vivendi

TENDANCES ET ÉVOLUTION

Le nombre de seringues distribuées en Wallonie via les comptoirs d'échange a progressivement diminué de 2007 à 2011, probablement en raison d'une réduction des heures d'ouverture de certains comptoirs. La distribution et la récupération des seringues a ensuite progressivement augmenté, d'une part en raison d'une plus grande assiduité des usagers qui constituent la file active et d'autre part en raison d'une augmentation du nombre de services impliqués dans l'accessibilité au matériel d'injection.
Le nombre de seringues récupérées est généralement légèrement inférieur à celui des seringues distribuées, les deux courbes évoluant de manière relativement parallèle.

Depuis quelques années, la distribution du matériel connexe d'injection est en amélioration en Wallonie.

6.8

LA MORTALITÉ EN RAPPORT AVEC LA CONSOMMATION D'ALCOOL, DE DROGUES ET DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Le décès peut être une conséquence directe ou indirecte, immédiate ou différée, de l'usage d'alcool et de drogues. Il peut ainsi être occasionné par une overdose pouvant affecter certaines fonctions vitales (respiration, etc.), ou être la conséquence d'une pathologie physique causée par un usage aigu ou chronique (cirrhose, hépatite alcoolique, hépatite virale, VIH, …). Enfin, il peut être la conséquence d'un état psychologique, transitoire ou permanent, induit par la consommation du produit et favorisant certains comportements à risque ou le passage à l'acte suicidaire. L'usage d'alcool et drogues peut également contribuer à l'évolution fatale d'un état morbide préexistant.

La mortalité liée à l'usage d'alcool et de drogues est un indicateur important de l'impact de cet usage sur la santé publique. Selon l'OMS, le mésusage d'alcool est un facteur étiologique dans plus de 200 maladies et traumatismes. Il serait la cause de près de 6 % des décès à l'échelle mondiale (soit plus de 3 millions de personnes par année), ce qui en fait un des principaux facteurs de risque de morbidité, de mortalité et d'invalidité (WHO, 2014). L'usage de drogues serait quant à lui responsable d'un peu moins de 200 milles décès par année (UNODC 2015). Les décès liés à l'usage de drogues sont en bonne partie la conséquence d'une overdose, principalement consécutive à un usage d'opiacés.

L'INDICATEUR

Les données de mortalité sont centralisées sur base des déclarations de décès complétées par les médecins qui en font le constat. Les décès peuvent être filtrés sur

base de la cause initiale[339] et des causes associées[340], identifiées sur base du système de classification internationale des maladies (CIM-10). Dans la partie suivante, nous nous intéresserons aux décès liés à l'usage de drogues, d'alcool et de médicaments psychotropes en cause initiale. Le terme «drogues» couvre l'ensemble des substances suivantes : opiacés (héroïne, méthadone, morphine, etc.), stimulants (cocaïne, amphétamines, MDMA, etc.), hallucinogènes (LSD, mescaline, etc.) et cannabis. La mortalité liée à l'alcool n'inclut que les cas dont la cause initiale est une maladie ou une complication spécifiquement due à la consommation d'alcool (e.g. pancréatite chronique alcoolique, gastrite alcoolique) et non les cas dont la cause initiale est une maladie dans laquelle l'alcool joue un rôle prépondérant mais non exclusif (en l'occurrence certains cancers des voies aérodigestives supérieures). Enfin, le terme «médicaments psychotropes» correspond quant à lui à l'ensemble des produits suivants : hypno-sédatifs (benzodiazépines, hypnotiques, barbituriques, etc.), anti-épileptiques et autres médicaments psychotropes non classés ailleurs.

339 La cause initiale est définie comme «la maladie ou le traumatisme, qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès, ou les circonstances de l'accident ou de la violence, qui ont entraîné le traumatisme mortel».

340 Les causes associées sont définies comme «les états morbides importants ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoqué».

Les décès répertoriés couvrent à la fois les cas d'intoxications létales intentionnelles et accidentelles, mais également les cas de décès imputables à des troubles mentaux ou comportementaux induits par la consommation de ces produits. Néanmoins, ils n'incluent pas les décès liés aux accidents de la circulation ou à une mauvaise manipulation d'une machine ayant pu être causés par l'usage d'un produit dans le cas des drogues et des médicaments psychotropes (mais bien dans le cas de l'alcool), car dans ces cas l'usage du produit est mentionné en cause associée (or, nous ne rapportons ici que les décès pour lesquels l'usage d'un produit est mentionné en cause initiale).

Il est généralement admis que les décès liés aux drogues illégales font l'objet d'une sous-déclaration, et ce pour deux raisons. D'une part, parce que les médecins qui en font le constat choisissent parfois de ne pas mentionner une cause «drogue illégale» afin de préserver les familles. En effet, les décès liés aux drogues sont considérés comme des morts violentes, ce qui déclenche une procédure judiciaire qui peut être péniblement vécue en période de deuil. D'autre part, établir la cause des décès est une procédure qui peut s'avérer complexe. Or un examen médico-légal ainsi que des analyses toxicologiques ne sont pas systématiquement entrepris pour identifier précisément la cause du décès. Nous ne sommes actuellement pas en mesure de quantifier l'ampleur de la sous-estimation des décès liés aux drogues sur base du registre de la mortalité.

Les données que nous rapportons ici portent sur les décès enregistrés sur le territoire wallon, indépendamment du lieu de résidence des personnes, sur la période 1998-2013. En raison du petit nombre de décès rapportés, nous avons regroupé les données de l'ensemble de cette période avant de ventiler les données par âge et par genre.

LES CHIFFRES SUR LA PÉRIODE 2000-2013

En 2013, l'alcool aurait été directement responsable d'environ 1,3 % des décès en Wallonie, et les drogues de 0,15 %.

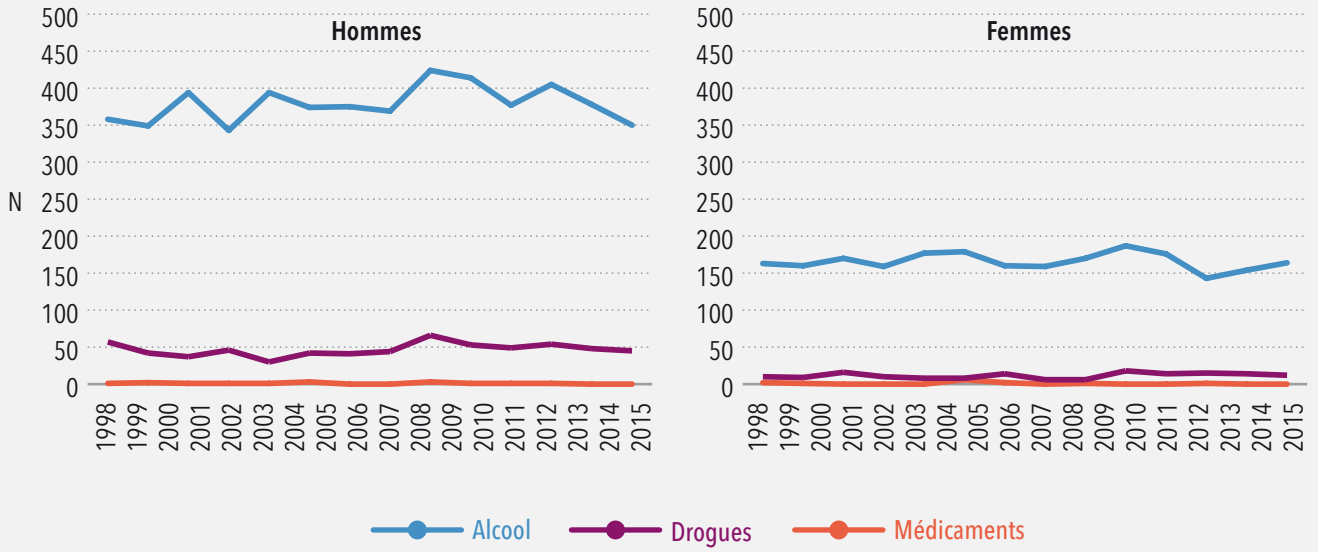
La mortalité directement liée à l'alcool est environ 9 fois plus élevée que celle liée aux drogues illégales en Wallonie. La mortalité liée à l'alcool et aux drogues est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, mais la différence de genre est plus marquée pour les drogues illégales. Les décès liés aux médicaments psychotropes sont autant observés chez les femmes que chez les hommes. Les décès directement liés à l'alcool surviennent principalement entre 45 et 74 ans (78,9 % des cas sur la période 2000-2013), alors que ceux liés aux drogues sont le plus souvent observés chez les personnes âgées de 25 à 44 ans (68,3 % des cas).

Tableau 49 : Distribution par sexe et par tranche d'âge des personnes décédées suite à l'usage de drogues, de médicaments psychotropes et d'alcool en Wallonie, 2000-2013

	15-24 ans %	25-34 ans %	35-44 ans %	45-54 ans %	55-64 ans %	65-74 ans %	75 ans et + %	Total %
Décès liés à l'alcool								
Hommes (n=4.954)	0,2	1,1	6,8	21,1	22,8	11,6	6,1	69,7
Femmes (n=2.157)	0,0	0,4	2,8	8,6	9,9	5,0	3,6	30,3
Total (N=7.111)	0,2	1,5	9,6	29,6	32,7	16,6	9,7	100,0
Décès liés aux drogues								
Hommes (n=651)	11,0	30,3	25,3	10,0	1,6	0,9	1,4	80,5
Femmes (n=158)	1,5	6,7	5,9	2,5	0,5	0,6	1,9	19,5
Total (N=809)	12,5	37,0	31,3	12,5	2,1	1,5	3,2	100,0
Décès liés aux médicaments psychotropes								
Hommes (n=15)	0,0	3,6	17,9	17,9	3,6	7,1	3,6	53,6
Femmes (n=13)	3,6	7,1	3,6	14,3	3,6	0,0	14,3	46,4
Total (N=28)	3,6	10,7	21,4	32,1	7,1	7,1	17,9	100,0

Source : Cellule Naissance-Décès de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Figure 36 : Évolution du nombre de décès liés à l'usage de drogues illégales, de médicaments psychotropes et d'alcool en Wallonie, par sexe, 2000-2013



Source : Cellule Naissance-Décès de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Le fait que les décès liés aux drogues et à l'alcool sont globalement plus nombreux chez les hommes que chez les femmes est à mettre en relation avec le fait que les hommes sont plus enclins que les femmes à consommer des substances psychoactives et à développer un usage problématique, ce qui les expose davantage aux risques de mortalité. La situation n'est pas la même en ce qui concerne les décès liés aux médicaments psychotropes, probablement parce que les femmes en sont de plus grandes consommatrices que les hommes (voir 5.2.3). Ce *pattern* pourrait aussi en partie s'expliquer par le fait que les femmes ont davantage tendance que les hommes à avoir recours à ce type de produits lorsqu'elles envisagent de mettre un terme à leur existence (e.g. Raja & Azzoni, 2004 ; Rhodes et al., 2008 ; Värnik et al., 2008). Les décès liés aux médicaments psychotropes sont plus fréquents entre 35 et 44 ans (53,5 % des cas) et un pic est également observé chez les 75 ans et plus (17,9 % des cas).

TENDANCES ET ÉVOLUTION

Les décès liés aux drogues illégales et aux médicaments psychotropes sont relativement stables dans le temps, tant chez les hommes que chez les femmes, mais ils subissent de légères variations en dents de scie. On constate en 2012 et 2013 une diminution du nombre de décès directement liés à l'alcool chez les hommes, alors qu'une légère tendance inverse s'observe chez les femmes.

6.9

LE COÛT SOCIAL DES DROGUES

Financée par la Politique scientifique fédérale (Belspo) et menée conjointement par l'Université de Gand et la Vrij Universiteit Brussel (VUB), l'étude SOCOST a permis de dresser une estimation du coût social des drogues licites et illicites (alcool, tabac, drogues illicites et médicaments psychoactifs) en Belgique pour l'année 2012 (Lievens et al, 2016). Trois sortes de coûts ont été comptabilisées : les coûts directs, les coûts indirects et les coûts intangibles. Les **coûts directs** désignent les moyens mobilisés pour gérer les conséquences de la consommation de drogues, c'est-à-dire les mauvais états de santé, les accidents et les coûts induits par ceux-ci (hospitalisation, consommation de médicaments, visites médicales, etc.), ainsi que les délits attribuables à la consommation de produits et leurs conséquences (enquête policière, incarcération, etc.).

Les coûts directs comprennent :

- Les services de soins liés aux troubles et maladies causés ou associés à la consommation (abusive) de toutes les substances, qui représentent 69 % des coûts directs ;
- Les forces de l'ordre et le système judiciaire mobilisés en cas de délits liés aux drogues (c'est-à-dire les coûts liés à l'investigation, la poursuite, le jugement et l'application des peines), qui représentent 27 % des coûts directs ;
- Les accidents de la route sous l'emprise de substances et l'IBSR (c'est-à-dire les hospitalisations suite à un accident, les tests d'haleine effectués par la police, les campagnes de prévention, etc.), qui représentent 4 % des coûts directs.

Les **coûts indirects** représentent les pertes de productivité dues à la dépendance ou aux autres conséquences de l'usage sur la santé, aux décès prématurés causés par le produit, ou aux incarcérations liées au produit.

Parmi les coûts indirects :

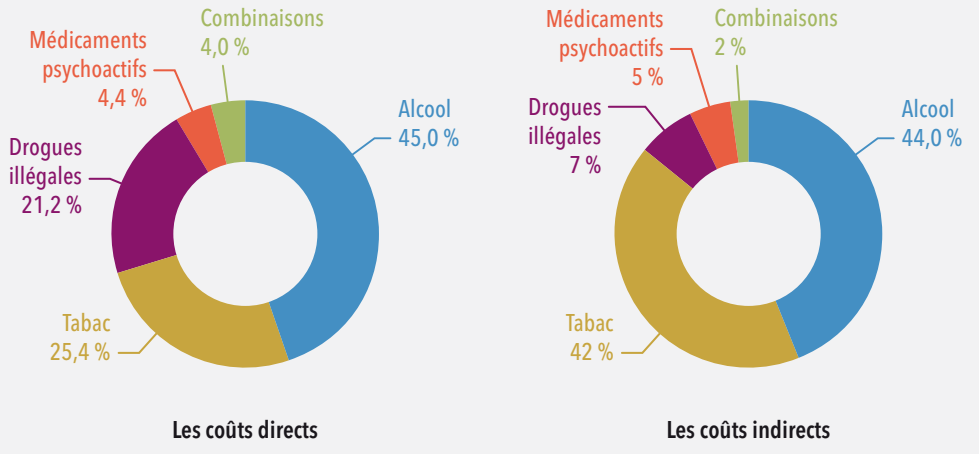
- 85 % sont liés à la santé, c'est-à-dire à la perte de productivité due à l'incapacité, l'invalidité ou la mortalité prématurée associée à la maladie ;
- 5 % à la criminalité, c'est-à-dire la perte de productivité liée à l'incarcération suite aux délits liés aux drogues et la mortalité prématurée provoquée par un homicide, sachant que la mortalité prématurée due à d'autres délits (agression, crimes sexuels, vol à main armée) n'est pas prise en compte, faute de données ;
- 10 % aux accidents de la route, c'est-à-dire la perte de productivité associée à une mortalité prématurée.

Enfin, les **coûts intangibles** sont les coûts de bien-être non financiers qui pèsent sur les personnes, c'est-à-dire la douleur, la souffrance ou la perte de qualité de vie. Ces derniers ont été calculés à l'aide du concept des années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI, *Disability Adjusted Life Years*). Cette méthode permet de quantifier le poids de la morbidité et de la mortalité en prenant en compte, d'une part, les années de vie en bonne santé perdues (lorsque l'individu vit avec une maladie ou un mauvais état de santé) et, d'autre part, les années de vie perdues (dans le cas d'un décès prématuré, c'est-à-dire avant d'avoir atteint une espérance de vie de référence).

Selon cette étude, les **coûts sociaux** liés à la consommation d'**alcool** en Belgique sur l'année 2012 s'élèvent à 2,1 milliards d'euros. Les couts directs pour ce produit représentent 45 % des coûts directs dévolu aux conséquences sociales de l'ensemble des substances psychoactives, et s'élèvent à 1.290 millions d'euros. Les coûts «indirects» de l'alcool s'élèvent à 778 millions d'euros, soit 44 % des coûts indirects toutes substances confondues. Enfin, l'alcool serait également responsable de la perte de 175.100 années de vie en bonne santé pour cette même année.

Les coûts sociaux liés à la consommation de **tabac** en Belgique sur l'année 2012 s'élèvent quant à eux à 1,5 milliards d'euros. Les couts directs pour ce produit représentent 25,4 % de l'ensemble des coûts directs toutes substances confondues, et s'élèvent à 727 millions d'euros. Les coûts «indirects» du tabac s'élèvent à 746 millions d'euros, soit 42 % des coûts indirects toutes substances confondues. Enfin, le tabac

Figure 37 : Les coûts directs et indirects selon le type de substance (2012)



Les coûts directs — Les coûts indirects

Source : Lievens et al, 2016

serait également responsable de la perte de 293.550 années de vie en bonne santé pour cette même année.

Les coûts sociaux liés à la consommation de **médicaments psychotropes** en Belgique sur l'année 2012 s'élèvent à 215 millions d'euros. Les coûts directs pour ces médicaments représentent 4,4 % de l'ensemble des coûts directs toutes substances confondues, et s'élèvent à 125 millions d'euros. Les coûts «indirects» des médicaments psychotropes s'élèvent à 90 millions d'euros, soit 5 % des coûts indirects. Enfin, les médicaments psychotropes sont responsables de la perte de 51.500 années de vie en bonne santé en 2012 en Belgique.

Enfin, les coûts sociaux liés à la consommation de **drogues illégales** en Belgique sur l'année 2012 s'élèvent à 726 millions d'euros. Les coûts directs pour les drogues illégales représentent 21,2 % de l'ensemble des coûts directs toutes substances confondues, et s'élèvent à 606 millions d'euros. Les coûts «indirects» des drogues illégales s'élèvent à 120 millions d'euros, soit 7 % des coûts indirects toutes substances confondues. Enfin, les drogues illégales seraient également responsables de la perte de 36.050 années de vie en bonne santé pour cette même année.

Les **coûts directs et indirects en matière de santé** sont majoritairement générés par la consommation (abusive) d'alcool et de tabac. Le plus gros des dépenses se répartit entre les soins hospitaliers (76,9 %) et les soins ambulatoires (21,7 %). Les soins en milieu hospitalier peuvent être dispensés soit en hôpital général, soit en hôpital psychiatrique. Cependant, le manque de données disponibles rend impossible la distinction entre les coûts des soins de santé «purement mentale» et les coûts de soins somatiques. Les dépenses liées à la prévention et celles liées à la RdR ne représentent respectivement que 0,4 % et 0,11 % des coûts de santé directs.

Les auteurs de l'étude SOCOST recommande dès lors de renforcer le rôle de détection, de diagnostic, d'intervention précoce et de soins de santé des services ambulatoires, afin de réduire le recours aux soins résidentiels. Cela implique notamment de soutenir le travail des médecins généralistes, leur formation et leur collaboration avec les médecins du travail. De manière générale, l'étude – appuyée par une autre étude européenne – soutient qu'une première ligne de soins forte permet une meilleure santé publique et réduit les admissions en hôpital évitables (Kringos et al, 2013). De plus, la première ligne de soins, en collaboration avec les autres services de santé ainsi que les services d'accompagnement social, a un véritable rôle à jouer dans la détection précoce, la prévention et la prise en charge des consommations problématiques de substances. Parvenir à des prestations de soins intégrés et pluridisciplinaires exige cependant un financement approprié (Mistiaen et al, 2015).

Les résultats de l'étude encouragent également à investir davantage dans les programmes de réduction des risques et de prévention de l'usage et de l'abus de drogues, qui ont fait leurs preuves en termes d'efficacité (Strang et al, 2012 ; Wilson, Donald, Wilson et Fraser-Hurt, 2015 ; Rhodes et Hedrich, 2010) et permettent d'éviter des dépenses dans des secteurs plus coûteux comme les traitements ou la répression (Vander Laenen, 2012).

En matière de criminalité, les coûts directs représentent 783 millions d'euros et les coûts indirects 81 millions d'euros[341]. Les auteurs de l'étude SOCOST invite dans leurs recommandations à investir davantage dans la prévention de la criminalité (notamment celle attribuable aux substances) plutôt que dans le système pénal[342]. Sur le long terme, en effet, la première est moins coûteuse que le second. La prévention est également davantage bénéfique à la société puisque la première prévient les délits, épargnant à la seconde d'en payer et de réparer les dégâts et conséquences (notamment judiciaires). Les actions de soutien à l'emploi, la prévention dès le plus jeune âge et le traitement des consommations problématiques de drogues licites et illicites, s'ils ne sont pas *per se* de l'ordre de la prévention de la criminalité, agissent indirectement sur celle-ci en influençant les racines socioéconomiques de la criminalité liée aux substances psychoactives. Apporter des solutions aux problèmes de criminalité ne se fera pas sans des politiques globales, à la fois sociales et économiques. Les centres de soins de jour comme de nuit et les salles de consommation à moindre risques, tout en améliorant la santé des usager·e·s, sont des initiatives particulièrement efficaces pour réduire les nuisances et délits liés à la consommation de drogues (Bayoumi et Zaric, 2008 ; Zurhold, 2003 ; Enns et al, 2015).

341 Ces chiffres sont une moyenne des estimations minimales et maximales.

342 46% des dépenses publiques sont liées à la l'application des peines.

6.10

PERSPECTIVES

Les données relatives aux **infractions liées aux drogues** confirment l'importante répression des comportements liés à l'usage de drogues, en Belgique et a fortiori en Wallonie, puisqu'environ 75 % des délits concerne une simple détention (de cannabis dans la plupart des cas). Le commerce représente quant à lui 13 % des délits constatés, et le cannabis apparaît à nouveau comme étant la substance la plus concernée par ce type de délit. Malgré sa longue histoire et son renforcement régulier, la prohibition des drogues n'impact pas l'offre de drogues. En effet, Werb et ses collaborateurs ont analysé différentes bases de données internationales de manière longitudinale, et ont mis en évidence qu'entre le début des années 90 et la fin des années 2000, la pureté des produits s'est continuellement améliorée et que leurs prix ont progressivement diminué (lorsque l'on tient compte de l'inflation et de l'évolution de leur pureté). Parallèlement, les saisies ont été relativement stables voire en augmentation, alors que les moyens répressifs alloués à la diminution de l'offre n'ont cessé de croître. Globalement, l'analyse longitudinale de ces indicateurs invalide l'efficacité de l'approche prohibitionniste, qui devrait logiquement entraîner une diminution de la disponibilité des produits et de leur pureté, ainsi qu'une augmentation de leur prix. La prohibition n'engendre pas non plus d'effet sur la prévalence de l'usage : il apparait même que les pays les plus répressifs, à l'instar de la France, enregistrent les taux de prévalence les plus importants (EMCDDA, 2017b ; Hogge, 2015 ; Kopp et al, 2014). Enfin, la prohibition, malgré son coût élevé, a un effet contre-productif sur la criminalité en raison des importants et juteux attraits financiers associés aux marchés illégaux (Decorte et al, 2013 ; Werb et al, 2011). Pourtant des alternatives encourageantes existent, telle que la décriminalisation de l'usage (modèle portugais) ou la mise en place de marchés réglementés, comme de nombreux pays le font actuellement pour le cannabis à usage récréatif ou thérapeutique.

Actuellement, il n'existe pas de dénombrement exhaustif des personnes en **traitement** pour une problématique d'assuétudes en Wallonie, ni a fortiori en Belgique. Le TDI n'enregistre en effet que les nouvelles demandes de traitement, et il ne couvre que les services spécialisés en assuétudes ainsi que les hôpitaux, alors que des traitements ont bien entendu cours dans d'autres types de structure (maisons médicales, services de santé mentale, etc.) ainsi qu'en pratique libérale (auprès d'un médecin, d'un psychologue ou encore d'un psychiatre). Malgré son caractère incomplet, le TDI nous révèle pourtant qu'en 2017 plus de 6.500 personnes ont introduit une demande de traitement pour une problématique d'assuétudes. Face à l'importance de la demande de soin, les intervenants spécialisés sont confrontés à diverses difficultés liées à la saturation de leurs services, qui se répercutent sur la disposition des usager·e·s à intégrer ou demeurer en trajectoire de soin. Pour des raisons liées aux difficultés que peut avoir un·e usager·e à identifier et accepter son problème de consommation, et à passer à l'action et solliciter une aide professionnelle une fois le problème reconnu, la latence entre le début de la consommation et la première demande de traitement est longue et prend souvent de nombreuses années. Il y a donc aussi nécessité d'améliorer la détection et l'intervention précoces auprès des usager·e·s, car au cours de ces années, la problématique de consommation et ses répercussions socio-sanitaires risquent bien souvent de s'aggraver. Les intervenants généralistes occupent une place de choix pour améliorer cette situation. Mais il est nécessaire d'améliorer leur formation sur cette thématique car différentes études montrent que ces pratiques ne sont pas suffisamment répandues dans les services généralistes, et que les intervenant·e·s ne sont pas assez outillé·e·s. Ce constat participe au phénomène de détection tardive des conduites addictives. Le manque de temps, d'automatismes et de formation des intervenant·e·s, l'organisation des services médicaux, l'absence de travail en réseau, la saturation des services ou la peur de fragiliser l'alliance thérapeutique en abordant des questions taboues restent actuellement des freins à leur développement dans les structures non spécialisées en assuétudes, qui sont pourtant quotidiennement en contact avec des personnes ayant développé un usage à risque voire un usage addictif.

Le **monitoring des intoxications et des décès** liés à l'usage de drogues est actuellement difficile à réaliser en raison d'un manque de données (dans le cas des intoxications) ou de leur caractère imprécis ou incomplet (dans le cas des décès). Le projet de mise en place d'un système d'enregistrement sentinelle au niveau de services d'urgence et d'autres dispositifs de prise en charge médicale des usager·e·s est une initiative qui permettra de combler en partie ce déficit de données, et qui permettra d'alimenter utilement le système d'alerte précoce. Ce type de dispositif est indispensable si on veut se donner les moyens de pouvoir identifier et localiser rapidement les phénomènes de morbidité/mortalité émergents afin d'y répondre précocement et adéquatement.

En ce qui concerne les **maladies infectieuses** liées à l'usage de drogues, les quelques données disponibles confirment néanmoins qu'en Wallonie, comme dans la plupart des pays européens (voir EMCDDA, 2016), la prévalence de l'infection au VIH est en baisse chez les UDI par rapport à ce que l'on observait il y a 10 ans et plus. En revanche, la prévalence de l'hépatite C est très élevée dans cette population. Il est donc nécessaire de renforcer les programmes de sensibilisation, de prévention et de réduction des risques liés à l'usage de drogues. En effet, même si les risques liés au partage de seringues sont généralement mieux connus des usager·e·s, et les prises de risque moins fréquentes, un nombre encore élevé de ceux-ci ne sait pas que le partage du matériel connexe d'injection (cuillère, filtre, coton, eau, et même garrot) comporte également des risques de contamination. Ceci concerne en particulier les groupes qui sont peu en contact avec les services d'aide et d'accompagnement, tels que les jeunes, les femmes et les migrant·e·s (Sacré et al., 2010). Mais les données à disposition relatives à l'hépatite C sont éparses. Il parait donc nécessaire d'améliorer la collecte et la centralisation des données sur la séroprévalence des usager·e·s de drogues aux hépatites et au VIH. La mise en place d'un réel monitoring des maladies infectieuses liées à l'usage de drogues est d'autant plus nécessaire que l'OMS promeut l'objectif d'éradication de cette maladie à l'horizon 2030. La réalisation de cet objectif doit avant tout passer par une amélioration du dépistage, car même si les tests rapides d'orientation diagnostique (TRODs) ont permis de démédicaliser le dépistage, en Belgique la moitié des personnes infectées l'ignorent, selon les estimations. Mais elle doit aussi passer par une amélioration de l'accès au traitement. On peut donc se réjouir que la ministre de la santé Maggie De Block ait récemment pris la décision d'étendre

la remboursabilité des traitements à tous les patients. Enfin, il faut aussi reconnaître que la couverture géographique et horaire du dispositif d'accessibilité au matériel d'injection n'est que partielle, ce qui peut pousser ou contraindre les usager·e·s à réutiliser du matériel usagé. Les déterminants de l'épidémie du VHC chez les UDI sont donc multiples et il conviendra d'agir conjointement sur tous ces facteurs si on espère pouvoir un jour la juguler.

La prévalence des **doubles diagnostics** n'est pas connue dans la population des usager·e·s de drogues de la Wallonie. En revanche, les chiffres relatifs aux prises en charge dans les services de psychiatrie de la Région montrent que l'association entre troubles de santé mentale et addiction est relativement fréquente. La recherche et l'identification d'un éventuel double diagnostic constituent un enjeu majeur par rapport à la prise en charge de ce type de problématique. Pourtant, tous les services spécialisés en assuétudes ne disposent pas forcément des ressources permettant d'assurer la phase diagnostique et/ou la phase de prise en charge en proposant une prise en chargée intégrée des deux problématiques. Une étude réalisée en 2011 portant sur un échantillon de 105 unités psychiatriques montrait que seulement 57,1 % des unités interrogées disposent d'une offre de soins spécifiques pour les patients présentant un double diagnostic (voir De Hert, Roos, Gillain, Detraux, Sweers, et al., 2010). Plus précisément, alors que les hôpitaux psychiatriques disposent habituellement d'une offre de ce type (81,6 % des répondants), cette offre semble peu courante dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux (20 % des répondants). La prise en compte des deux problématiques est pourtant un déterminant essentiel de l'efficacité de la prise en charge. Elle correspond d'ailleurs aux recommandations du modèle bio-psycho-social, selon lequel il faut appréhender la personne dans sa globalité. Il est donc important d'améliorer l'identification et la prise en charge de ces troubles, car les troubles concomitants constituent un obstacle majeur à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être du patient. Si, pour des raisons de manque de moyens, tous les services spécialisés en assuétudes ne peuvent pas forcément proposer ce type de traitement, il est recommandé qu'ils puissent au moins disposer d'un intervenant permettant de faire la liaison entre ces deux domaines. Si cela n'est pas possible, il conviendra alors de développer des partenariats afin que la prise en charge des troubles concomitants puisse au minimum se faire via un travail en réseau ou une réorientation du patient.

AVIS DES EXPERT·E·S

Dr Marie-Eve Janssen, Coordinatrice médicale au Centre START-MASS, membre fondatrice du réseau hépatites Liège

Près d'un usager de drogue sur deux est porteur de l'hépatite C, qu'ils soient injecteurs actuellement ou l'ayant été par le passé. Il s'agit d'une maladie chronique, très contagieuse via les modes de consommation, avec un virus très résistant en dehors du corps humain, ce qui explique ce fort taux de prévalence. Ce sont souvent des patients éloignés des soins de santé primaires, même s'ils voient très régulièrement le médecin qui les suit pour leur traitement de substitution. On est face à des patients qui savent qu'ils sont porteurs mais qui ont entendu depuis plus de 10 ans que le traitement était long, difficile à supporter, peu efficace, on parlait au début de 10 à 30 % de guérison. Cela entraîne un découragement, une résignation et un désintérêt pour ce problème majeur de leur santé. Toutes ces informations sont obsolètes !

Depuis trois ans, l'arrivée des nouveaux traitements, courts, ayant peu d'effets secondaires et surtout des taux de guérison de plus de 90 %, a bouleversé ce paysage ! Tout l'enjeu actuel est de réintégrer ces usagers dans un circuit de soins adapté à leur situation : un dépistage (TROD ou bilan sanguin) et la réduction des risques dans les centres bas seuil, une mise au point diagnostique rapide et accessible (fibroscan, détermination de la charge virale), via ces centres ou les intervenants de première ligne et enfin une accessibilité simplifiée aux hépatologues afin de commencer le traitement rapidement. Ce circuit de soin nécessite une coordination et un accompagnement que les réseaux hépatites en place peuvent fournir et pour cela le soutien des autorités de santé est fondamental.

On est face à une opportunité d'éradication d'une maladie infectieuse, opportunité qu'il serait dramatique de ne pas saisir !

7.1 LA SANTÉ DES PERSONNES DÉTENUES

Dans les lettres, le contexte législatif belge n'établit pas de distinction entre les personnes détenues et les personnes vivant extramuros en matière d'accès aux soins de la santé, et les permier·e·s devraient bénéficier de soins équivalents. Ceci est vrai dans la Constitution, dans la loi relative aux droits du patient du 22 août 2002 et dans la loi de Principes du 12 janvier 2005 (dite aussi Loi Dupont).

La loi de Principes de 2005 édicte trois principes fondamentaux :

- **L'équivalence des soins :** la personne détenue a droit à des soins de santé qui sont équivalents aux soins dispensés dans la société libre et qui sont adaptés à ses besoins spécifiques ;
- **La continuité des soins :** la personne détenue a droit à ce que les soins de santé dispensés avant son incarcération continuent à l'être de manière équivalente pendant son parcours de détention. Elle bénéficie d'un examen médical le plus rapidement possible après son entrée en prison et à chaque fois qu'elle le demande au cours de son incarcération ;
- **L'indépendance clinique des prestataires de soins.**

Dans la pratique cependant, la loi de Principes ne bénéficie pas d'arrêtés royaux et n'est dès lors pas mise en œuvre. La privation de liberté s'accompagne en effet trop souvent d'une privation des services en matière de santé ou d'une obstruction de l'accès à ceux-ci[343]. D'une part, les acteurs (santé, prévention, promotion de la santé, RDR) *intra* et *extramuros* manquent de moyens humains et financiers suffisant pour mener leurs missions à bien ; la continuité des soins est mal assurée et les services psycho-médico-sociaux sont non-adaptés par rapport aux besoins des détenu·e·s[344]. Les conditions de détention sont mauvaises et l'accès aux traitements est limité (hépatite C, traitements de substitution ; Caraël, 2012 ; EMCDDA, 2012). D'autre part, l'éclatement des compétences entre moult ministres et niveaux de pouvoir est un obstacle majeur à une politique globale, cohérente, concertée et intégrée en matière de santé des détenu·e·s. La santé des détenu·e·s, en effet, repose non seulement sur les soins de santé mais également sur l'accès à la prévention et à la réduction des risques. Or, ces dernières à la fois sont des compétences régionales et dépendent des établissements pénitentiaires eux-mêmes en termes d'autorisation et parfois de financement[345] ; chaque prison établit ses priorités en matière de promotion de la santé et de prévention, et donc les moyens qu'elle est prête à investir dans des programmes internes ou externes (Salvi, 2016).

De plus, le principe d'indépendance clinique des prestataires de soins est difficilement applicable en l'état actuel des choses. Dans la pratique en effet, le corps médical se trouve régulièrement dans une situation de dissonance cognitive, entre d'une part la volonté de veiller sur la santé des détenu·e·s et d'autre part les desseins de leur ministère de tutelle (c'est-à-dire le SPF Justice, dont la mission première n'est pas la santé des détenu·e·s). Dans pareil contexte, certains prestataires se trouvent par exemple impliqués dans les procédures disciplinaires des personnes détenues[346].

Les mauvaises conditions de détention et l'éclatement des compétences contribuent à une mauvaise santé physique et mentale de ces dernier·e·s, qui sont dès lors en moins bonne santé que la population générale (Rouillon et al, 2007 ; OMS, 2007 ; Mistiaen et al, 2017). Cet inégal accès aux soins de santé ne s'arrête cependant pas aux murs de la prison puisqu'à leur sortie de prison, les personnes détenues se retrouvent dans un vide sanitaire, ayant perdu l'accès aux soins gérés par le SPF Justice et n'ayant pas encore droit aux soins régis par le SPF Santé publique. Aussi, la continuité et l'équivalence des soins exigent avant tout le transfert de la compétence «santé des personnes détenues» vers le SPF Santé publique et le SPF Sécurité sociale (voir ci-après).

343 La Cour européenne des Droits de l'Homme a fait jurisprudence en statuant par l'arrêt du 1er septembre 2016 que le déni d'accès au traitement de méthadone pour une personne détenue dépendante de l'héroïne depuis de longues années constitue un traitement inhumain et dégradant. La Cour base son jugement sur les études scientifiques qui prouvent que le traitement à la méthadone est efficace, davantage que les «traitements» reposant sur l'abstinence. Ces études reconnaissent également le caractère standard du traitement au sein de la société civile ; dès lors, celui-ci ne peut être refusé à une personne détenue, en vertu du principe d'équivalence des soins (Swiss Society of Addiction Medecine, 2016).

344 Il s'agit notamment de l'accessibilité problématique aux soins, du manque de moyens et de personnels, du manque de formation/sensibilisation du personnel pénitentiaire en matière de prévention/RdR.

345 Les prisons peuvent allouer une partie de leur budget à des programmes de prévention, bien que celui-ci ne soit pas normalement prévu à cet effet (Vinciane Saliez, I.Care, communication personnelle, 10/12/2018).

346 Par exemple, dans le cadre d'une mise en isolement, la direction de la prison doit demander l'avis préalable d'un·e médecin, qui est parfois aussi le ou la médecin traitant·e de la personne incarcérée (Mistiaen et al, 2017).

7.1.1. LE TRANSFERT DE LA COMPÉTENCE «SANTÉ DES PERSONNES DÉTENUES»

Nos précédents rapports relayaient l'appel en faveur d'un transfert des compétences relatives aux soins des personnes détenues depuis le ministère de la Justice vers le ministère de la Santé publique ou celui de la Sécurité sociale[347]. Un tel transfert s'avère incontournable afin de garantir une prise en charge optimale de la santé des détenu·e·s et de pérenniser à la fois les récoltes de données et les projets de prévention et de RdR. Le transfert de cette compétence vers le SPF Santé publique est l'une des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), pour qui les soins de santé aux détenu·e·s doivent faire partie intégrante du système de soins de santé publique.

En plus du transfert de compétences, les acteurs de terrain exigent une autre réforme essentielle : l'allocation d'un budget suffisant à la réalisation des missions des différentes associations actives en prison. Avec la 6ème Réforme de l'État, chaque entité fédérée a l'opportunité de négocier la répartition des compétences en matière de santé et de soins, et donc de se saisir de la compétence «santé des personnes détenues» sur leur territoire.

Il semblerait que les recommandations de l'OMS et l'appel des acteurs de terrain aient finalement trouvé une oreille attentive auprès du pouvoir fédéral. Fin 2015, un organe de concertation baptisé «Groupe de pilotage soins et détention» a été mis en place afin de se pencher sur la question du transfert de compétence. La ministre de la Santé publique avait d'ailleurs souligné l'importance d'une collaboration étroite avec les entités fédérées et les organisations de terrain[348].

D'autre part et sous l'impulsion du fédéral, le KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) a mené en 2017 une étude qui analyse les besoins réels en soins et l'offre de soins actuelle en milieu carcéral, et formule des recommandations concrètes pour l'organisation future des soins de santé et l'assurance soins de santé des personnes en détention. Suite aux conclusions et recommandations de cette étude, le ministre fédéral de la Justice, M. Geens, a déclaré que la compétence «santé des personnes détenues» serait transférée vers le ministère de la Santé publique pour 2018-2019[349].

7.1.2. LES RECOMMANDATIONS DU KCE (CENTRE FÉDÉRAL D'EXPERTISE DES SOINS DE SANTÉ) (MISTIAEN ET AL, 2017)

Dans la perspective de transférer la compétence «santé des personnes détenues» depuis le ministère de la Justice vers celui de la Santé publique, les ministres compétent·e·s ont constitué conjointement un groupe de pilotage. Ce groupe de pilotage a demandé au KCE de mener une étude afin, d'une part, d'analyser l'organisation des soins en milieu pénitentiaire et, d'autre part, de formuler des propositions de réforme.

Le KCE a identifié plusieurs problèmes de santé chez les personnes détenues. D'abord, les personnes incarcérées ont une consommation élevée de médicaments, proportionnellement à la population générale. De plus, une large proportion des prescriptions concerne des médicaments actifs sur le système nerveux (notamment des antidépresseurs ou des anxiolytiques). Nombre d'études montrent que la population carcérale est en moins bonne santé que la population générale. Certains maux, notamment les maladies infectieuses, les troubles psychiques et un usage problématique de substances psychoactives, sont davantage fréquents au sein des détenu·e·s. Conséquemment, les personnes détenues consultent plus fréquemment des prestataires de soins que la population générale. Toutefois, les intervenant·e·s de terrain attirent l'attention sur le fait que les prestataires de soins font de leur mieux, compte tenu que les moyens mis à leur disposition sont insuffisants et inadaptés. De plus, ils soulignent que les consultations ne portent pas systématiquement sur des besoins strictement médicaux, mais peuvent concerner des demandes matérielles (par exemple, un matelas) ou remplir une fonction sociale voire thérapeutique.

L'étude a également relevé une série de problèmes au niveau des soins de santé pénitentiaires qui rendent difficile l'application concrète de la loi de Principe (voir ci-après) :

347 Appel lancé par la Concertation Assuétudes-Prison de Bruxelles (CAPB) en mars 2014, avec le soutien de la Fédito bruxelloise et de la Fédito wallonne.

348 Question écrite de M. Massin à Mme De Block «Le possible transfert des soins de santé des détenu·e·s vers le SPF Santé publique» du 29/12/2015.

349 Question orale de Mme Lambrecht à M. Geens, Compte rendu intégrale, Chambre des représentants, Séance plénière du 19/10/2017.

PROBLÈMES AU NIVEAU DES SOINS DE SANTÉ PÉNITENTIAIRES

Problèmes généraux

- Insuffisance de gestion centralisée des soins de santé pénitentiaires par le Service central des Soins de Santé en Prisons (SSSP)
- Difficulté de trouver des prestataires de soins désireux de travailler dans les prisons ainsi que sur l'importante rotation du personnel
- En raison de cette pénurie des prestataires de soins, l'offre de soins est inférieure à la demande, ce qui entraîne de longs temps d'attente, surtout pour les soins spécialisés
- Retard de paiement des prestataires de soins indépendants
- Manque de réelle communication entre les prestataires de soins et les gardiens, qui ont des priorités différentes (santé VS. Sécurité)
- Manque de coordination et de communication entre les prestataires de soins à l'intérieur et à l'extérieur des prisons
- Manque de formations spécifiques en matière de dispensation des soins en milieu carcéral
- Equipements TIC non-performants et modèle de dossier électronique des patients obsolète
- Absence de système formel de contrôle de qualité des soins
- Absence de guidelines relatifs à la dispensation et à l'organisation des soins pénitentiaires
- La continuité des soins n'est pas assurée ; le service de santé n'est pas averti de la sortie imminente d'un prisonnier et les traitements ne font plus l'objet de suivi après la libération.

Problèmes spécifiques aux soins de première ligne

- La confidentialité n'est pas respectée : les détenus doivent généralement demander une consultation chez le médecin à l'aide d'un formulaire qu'ils doivent remettre à un agent pénitentiaire
- Absence de système de garde médicale uniforme pour les problèmes de santé urgents
- L'offre en matière de promotion de la santé et de prévention est très fragmentée
- Les services de santé sont insuffisamment coordonnés à l'échelon local
- Le check up d'entrée n'est pas assez approfondi
- Il n'y a pas de dépistage systématique des maladies infectieuses

Problèmes spécifiques aux soins de deuxième ligne

- Le transport des détenu·e·s vers des hôpitaux ou vers le Centre médico-chirurgical (CMC) de Saint-Gilles, de Lantin ou de Bruges est difficile à organiser. Sa planification prend beaucoup de temps et s'avère coûteuse, car elle exige la coordination et l'intervention de la police, du personnel de sécurité pour le transport et des agents pénitentiaires locaux. Par conséquent, l'organisation d'une consultation peut prendre jusque 2 semaines et de nombreux rendez-vous doivent être annulés en raison de problèmes de logistique et de transport
- L'équipement diagnostique et thérapeutique est souvent obsolète et il est difficile de le maintenir à un niveau correspondant aux normes de qualité du monde extérieur
- Les détenus sont réticents et hésitent parfois à faire appel aux soins de seconde ligne. Ils craignent de perdre leur cellule habituelle et leur éventuel travail pénitentiaire, ou de ne pas pouvoir recevoir de visite s'ils sont transférés vers un CMC. Certains détenus ne font pas non plus confiance aux prestataires de soins du CMC
- Certains problèmes complexes sont dus au vieillissement de la population carcérale, qui nécessite des soins gériatriques

Problèmes spécifiques aux soins de santé mentale

- En dépit des besoins élevés en santé mentale, la disponibilité de professionnels de la santé mentale est insuffisante et fragmentée
- Les 'urgences psychiatriques' ne sont pas prises en charge de manière adéquate. Il n'y ni psychiatre, ni médecin généraliste de garde pour accueillir les éventuels cas d'urgence, mais uniquement les agents pénitentiaires
- La consommation de drogues est importante

Problèmes relatifs à l'utilisation des médicaments

- La distribution des médicaments manque de rigueur, ce qui engendre parfois des problèmes médicaux
- Il n'existe pas de liste standardisée des produits pharmaceutiques pouvant être délivrés sans prescription et les magasins des prisons ne disposent pas toujours des mêmes produits
- Il n'existe pas de guidelines cliniques au sujet des approches pharmacologique ou non pharmacologique des problèmes
- Il n'y a pas de contrôle de l'automédication chez les détenus

À partir de ses constats, le KCE a formulé plusieurs recommandations à l'attention des différentes instances concernées par les soins de santé aux personnes détenues, notamment :[350]

RECOMMANDATIONS DU KCE AUX INSTANCES CONCERNÉES PAR LES SOINS AUX PERSONNES DÉTENUES[357]

1 **Les soins de santé pénitentiaires** doivent être réformés en profondeur sur base des principes suivants :
- › La responsabilité des soins de santé doit être transférée du Ministre de la Justice à la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique. Il convient également de prendre les mesures budgétaires appropriées pour ce transfert et pour l'optimisation / la réorganisation des soins.
- › Les soins de santé aux personnes détenues doivent reposer sur une approche intégrée et interdisciplinaire
- › Les soins de santé aux personnes détenues doivent être partie intégrante du système de santé général.

2 **Les Arrêtés Royaux** nécessaires à l'application de la Loi de Principes de 2005 concernant l'administration pénitentiaire et le statut juridique des personnes détenues doivent être préparés et exécutés.

3 **Les soins dans les prisons** doivent être harmonisés, coordonnés et pilotés par le SSSP, via le développement de guidelines cliniques et organisationnels. Un système performant de collecte de données relatives aux diagnostics, aux interventions et à leurs résultats, à la qualité, aux moyens humains et aux dépenses doit également être mis sur pied, avec les indicateurs de qualité nécessaires.

4 **Une nouvelle fonction de coordination de soins de santé doit être créée et implantée dans chaque prison, avec comme missions :**
- › Veiller à ce que tous les acteurs jouant un rôle dans les soins se voient attribuer des tâches claires et participent à un bon échange d'informations
- › Coordonner l'équipe de soins de première ligne en collaboration avec le médecin généraliste, coordinateur médical de l'équipe
- › Se concerter régulièrement avec la direction de la prison
- › Coordonner les recours aux soins de deuxième ligne dispensés dans les hôpitaux (y compris la sécurité)
- › Se concerter régulièrement avec les autres instances en charge de la coordination des soins, du support et des services
- › Veiller à l'implémentation et au suivi du plan de gestion des urgences médicales
- › Rencontrer régulièrement et référer au SSSP.

5 **Pour la délivrance des soins de première ligne**, tous les soignants doivent former, dans chaque prison, une équipe interdisciplinaire placée sous la coordination médicale d'un médecin généraliste et œuvrer à une approche intégrée de la santé des détenus.

6 **Pour la délivrance des soins de deuxième ligne :**
- › Le SSSP doit établir, pour chaque prison (ou regroupement de prisons), un contrat avec un hôpital proche
- › Les CMC de Bruges et Saint-Gilles doivent être reconvertis en lits de réadaptation et/ou de gériatrie. Les lits sécurisés du CHR de la Citadelle de Liège peuvent être maintenus et réservés pour les soins de deuxième ligne des détenus considérés comme très dangereux.

7 **Concernant les soins de santé mentale,**
- › Les problématiques de santé mentale légères à modérées doivent être prises en charge par l'équipe interdisciplinaire de première ligne
- › Les soins de santé mentale graves ou complexes doivent être pris en charge par des équipes psychiatriques externes spécialisées Pour les soins d'urgence, un plan standardisé doit être développé en concertation avec la Direction Générale des Établissements Pénitentiaires et ensuite être adapté au contexte local.

8 **Concernant la formation du personnel :**
- › Les besoins de formation du personnel soignant et du personnel pénitentiaire doivent être inventoriés. Sur cette base une offre de formation sera mise en place
- › Il est également nécessaire de développer un programme de formation pour les agents pénitentiaires afin qu'ils puissent identifier des problèmes de santé (mentale) aigus et agir en conséquence.

9 **Aux autorités en charge de la prévention en santé, de la promotion de la santé et de la lutte contre les assuétudes :**
- › Les organisations actives dans et autour des prisons, notamment dans les domaines de la promotion de la santé, prévention et de la lutte contre les assuétudes doivent être renforcées, recevoir un ancrage juridique et bénéficier d'un financement structurel
- › Les concertations entre les ministres fédéraux de la Justice et de la Santé Publique et les entités fédérées en vue de proposer une approche commune et systématique de lutte contre les assuétudes et les affections transmissibles dans les prisons doivent se poursuivre.

10 **Aux directions de prisons**
- › Un environnement sain et promoteur de santé doit être créé
- › L'indépendance des professionnels de santé doit être garantie
- › La direction de la prison doit informer sans délai et sans conditions l'équipe de soins de première ligne de la libération ou du transfert imminents d'une personne détenue, de sorte que l'équipe puisse préparer la sortie sur le plan médical.

350 Nous ne reprenons ici qu'une partie des recommandations du KCE et invitons le lecteur ou la lectrice à se référer au rapport pour une vue d'ensemble de celles-ci.

7.1.3. LE NIVEAU FÉDÉRAL

LES PROJETS PILOTES «DROGUES ET PRISON»

La ministre fédérale de la santé Maggie De Block a annoncé vouloir élaborer un plan pour améliorer les soins de santé pour les personnes détenues ces prochaines années. Elle souhaite notamment, avec le concours du Ministre de la Justice, offrir à toutes les personnes détenues ayant une consommation problématique des soins sur mesure et adaptés au contexte carcéral[351].

D'une part, Mme De Block a demandé à la Cellule générale de politique drogues de mener une étude afin de relever les meilleures pratiques locales, notamment en matière de réinsertion professionnelle et de logement à la sortie. L'étude devra également proposer des améliorations visant à une meilleure collaboration entre les différents acteurs de la réinsertion des personnes détenues. Les résultats permettront au Gouvernement de prioriser les bonnes pratiques à mettre en place[352].

D'autre part, le SPF Santé publique a lancé fin de l'année 2017 un projet-pilote «drogues et prison» dans trois prisons belges : Hasselt, Lantin (Liège) et Saint-Gilles/Berkendael (Bruxelles). Selon Mme De Block, la consommation de drogue et de médicaments en prison est trop élevée et l'offre en termes de soins en santé mentale et de désintoxication est insuffisante[353].

Le projet-pilote se déroulera de décembre 2018 jusque avril 2020, avec pour objectif d'élaborer un modèle de soins pour des personnes en détention présentant des problèmes liés aux drogues. Dans ce cadre, les associations financées devront offrir un soutien en matière d'expertise et de formation, ainsi qu'un soutien organisationnel (en matière de personnel) aux prisons. Madame De Block a annoncé en octobre 2018 le financement de temps de travail supplémentaires au sein d'associations actives dans chacune des trois prisons. Ainsi, la consommation des détenu·e·s devrait être systématiquement dépistée dès leur entrée en prison, afin de pouvoir les orienter vers des services d'aide, si nécessaire. Mme De Block a également affirmé que les prestataires de soins *intramuros* travailleront en étroite collaboration avec les intervenant·e·s extérieurs, contribuant ainsi à la continuité des soins[354].

Trois partenaires associatifs ont été désignés pour superviser la mise en place du projet dans chaque prison : les asbl CAD Limburg (pour Hasselt), Fédito Wallonne (pour Lantin) et I.Care (pour Saint-Gilles/Berkendael). Parallèlement, une équipe scientifique de recherche devra être désignée pour évaluer et accompagner le projet-pilote[355].

Quelques éléments restent actuellement encore flous. Nous pouvons notamment nous interroger sur les collaborations entre le projet et l'ensemble des services et intervenant·e·s internes et externes déjà actifs en prison. L'objet des dépistages à l'entrée en prison est également incertain : concernent-ils la simple consommation de drogue ou la consommation problématique ? De plus, le projet «drogues et prison» semble aborder l'usage de drogue uniquement sous un aspect sanitaire et médical. Or, la santé des détenu·e·s et l'accompagnement de ceux et celles ayant un usage (problématique) de drogue dépasse largement les simples soins de santé et la mise en œuvre de traitement ; la prévention et la RDR sont également indispensables à une approche intégrée et globale de la santé et de l'usage de drogues. Celles-ci continuent pourtant à dépendre de l'assentiment de chaque prison et à être confrontées à un manque systémique des moyens humains et financiers qui leur permettraient de mener à bien leurs missions (et sur le long terme).

Certaines matières, qui font partie des bonnes pratiques recommandées à l'échelle internationale (OMS, 1999 ; UNODC, s.d.), ne sont pas abordées par les communiqués de presse de Mme De Block et restent pour le moment incertains : la participation des détenu·e·s au projet et leur entrée en traitement se feront-elles sur base volontaire ? La détection des consommations de drogues illicites sera-t-elle exemptée de toute sanctions à l'encontre des détenu·e·s ?

LA TASKFORCE DE LA CONFÉRENCE INTERMINISTÉRIELLE SANTÉ PUBLIQUE

Suite aux recommandations du rapport du KCE et dans la lignée des recommandations internationales (notamment de l'ONU), la CIM Santé publique a décidé, le 26 mars 2018, la mise en place d'une Taskforce en vue d'une réforme des soins de santé pénitentiaire. La Taskforce fait partie de la CIM Santé publique et rassemble l'ensemble des ministres chargé·e·s de la santé des entités fédérale et fédérées et le ministre de la Justice. Sa mission est de développer une vision et un plan d'implémentation visant à améliorer les soins aux détenu·e·s et *in fine* à garantir l'équivalence des soins[356]. Elle devrait également permettre d'assurer une certaine cohérence dans la politique des soins de santé en prison, en améliorant la coordination entre les divers intervenants[357].

Quatre groupes de travail ont été créés au sein de cette Taskforce : «soins», «technique et financier», «politique, coordination et contrôle de qualité» et «conditions préalables»[358].

PERSPECTIVES

Les mesures menées de concert par Mme De Block et Koen Geens sont certes nécessaires et devraient permettre l'adoption de bonnes pratiques en matière de soin en prison, ainsi qu'une meilleure coordination entre les services. L'on peut toutefois regretter qu'elles n'agissent sur, ni ne prennent en compte les mauvaises conditions de détention qui, le secteur spécialisé le souligne régulièrement,

351 Communiqué de presse du cabinet De Block du 20/11/2017, «Des soins supplémentaires pour les détenus avec une problématique de drogues».
352 Article «Maggie De Block va lancer un projet pilote sur l'usage de drogue dans les prisons», RTBF.be, 13/11/2017.
353 Ibidem.
354 Communiqué de presse du cabinet De Block du 04/10/2018, «Soins sur mesure pour les détenus avec une problématique de drogues» ; Vinciane Saliez, I.Care, communication personnelle, 10/12/2018.
355 Communiqué de presse du cabinet De Block du 20/11/2017
356 Article «Conférence interministérielle Santé publique du 26 03 2018», site du SPF Santé publique, 27/03/2018, URL : https://www.health.belgium.be/fr/news/conference-interministerielle-sante-publique-du-26-03-2018#d%C3%A9marrage
357 Article «Les soins de santé en prison doivent être réformés», Guide social, 29/03/2018 ; URL : https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/les-soins-de-sante-en-prison-doivent-etre-reformes.html
358 Question orale de M. Ikazban à Mme Jodogne «La lettre ouverte des membres de la Commission de surveillance des prisons dénonçant le manque d'accès aux soins de santé des détenus», Parlement francophone bruxellois, séance plénière du 15/06/2018.

ont des conséquences résolument négatives sur la santé physique et mentale des détenu·e·s et sur leur réinsertion sociale.

Enfin, de telles initiatives interviennent en «fin de parcours», un parcours de désaffiliation et de précarisation. Prévenir la criminalité et l'incarcération requiert d'abord de s'intéresser et d'agir sur les facteurs sociaux, économiques et politiques qui nourrissent la criminalité, stigmatisent une partie de la population et favorisent la reproduction des inégalités et le développement de consommations problématiques de drogues et d'alcool. Ce sont ces mêmes facteurs qui handicapent la réinsertion des ex-détenu·e·s, que les mesures de formation professionnelle et d'aide au logement des ex-détenu·e·s atténuent, sans les neutraliser.

7.1.4. LES ENTITÉS FÉDÉRÉES FRANCOPHONES

LA CONFÉRENCE INTERMINISTÉRIELLE FRANCOPHONE DES POLITIQUES D'INTERVENTION EN LIEN AVEC LE MILIEU CARCÉRAL DE 2017

Les entités fédérées francophones se sont réunies le 16 octobre 2017 à l'occasion de la Conférence interministérielle (CIM) francophone des politiques d'intervention en lien avec le milieu carcéral. L'objectif de cette concertation est de pouvoir formuler un projet politique concret concernant le déploiement en prison d'aide et de services à destination des détenu·e·s[359].

Tel qu'envisagé par la CIM et dans la perspective de favoriser la réinsertion des détenu·e·s et de lutter contre la récidive, l'accompagnement des détenu·e·s comprend non seulement la santé, mais aussi le droit à l'éducation, à la formation, aux activités sportives et culturelles au sein des prisons. L'ensemble des ministres francophones (FWB, COCOF et RW) compétent·e·s en ces matières se rassemblent et formulent une série de propositions pour chacune de ces matières. En 2017, les entités francophones ont principalement confirmé et précisé les mesures qu'elles avaient annoncées lors de la CIM 2016. Nous reprendrons ici celles qui concernent la santé et l'action sociale[360].

En matière de santé, la COCOF a décidé de financer le programme de promotion de la santé au sein de la prison pour femmes de Berkendael de l'asbl I.Care . Ce projet comprend :

- Un·e éducateur·rice spécialisé·e en promotion de la santé et un·e infirmier·e dont la mission est d'apporter un soutien individuel et collectif aux détenues, en collaboration avec le personnel pénitentiaire et médical ;
- La diffusion d'une newsletter afin de sensibiliser et d'informer les professionnels de la santé travaillant avec les (ex-)détenu·e·s. Son objectif est aussi d'encourager les collaborations entre professionnels ;
- La mise en place de concertations entre les différents professionnels actifs en milieu carcéral dans le but de récolter leurs constats au sujet de la santé des détenues.

La promotion de la santé en milieu carcéral fait également partie des priorités du plan bruxellois de promotion de la santé 2018-2022 de la COCOF (voir chapitre 2.2).

La RW prévoit de mettre en place un projet-pilote de promotion de la santé afin de mieux informer, sensibiliser et orienter les détenu·e·s et les acteurs internes et externes en matière de santé (voir le tableau de bord 2018 dédié à la Wallonie)[361].

Ensuite, en matière d'action sociale, la COCOF souhaite soutenir les projets de lutte contre le sans-abrisme des ex-détenu·e·s et contre les phénomènes d'exclusion sociale lors de la sortie de prison, notamment

359 Site officiel du ministre des Maisons de Justice de la FWB, M. Madrane ; URL : http://madrane.be/les-ministres-francophones-renforcent-la-coherence-des-services-proposes-aux-detenus-pour-preparer-leur-reinsertion/

360 Matières au sujet desquelles la Fédération Wallonie-Bruxelles n'a pas avancé de propositions.

361 Il semble que la volonté de sensibiliser les détenu·e·s et le personnel encadrant à une alimentation saine et équilibrée et encourager l'activité physique, formulée par l'ancien ministre wallon de la santé M. Prévot, n'ait pas été réitérée en 2017.

AVIS DES EXPERT·E·S

Hélène De Viron (chargée de projet) et Sabine Scruel (directice) du Service Éducation pour la Santé asbl

La prison affecte lourdement la santé physique et mentale des personnes qui y vivent. Une réforme des soins de santé en prison, la revisite et l'application de la loi de Principes, l'amélioration des conditions de détention, l'organisation d'un accès à une nourriture de qualité et adaptée, la continuité et la pertinence des formations, le développement des compétences psycho-sociales, la mise en place d'actions de promotion de la santé, de prévention et de Réduction des Risques (RdR), sont autant de facteurs qui participent ou participeraient au maintien et/ou à l'amélioration de l'état de santé des personnes détenues. C'est d'ailleurs avec enthousiasme que nous accueillons les engagements et réflexions des différents niveaux de pouvoirs concernant la santé des personnes en milieu carcéral. Cependant, nous regrettons l'absence de perspectives concernant l'accessibilité aux matériels de RdR. En effet, aucune mise à disposition de seringue, eau, cuillère, filtre, paille à snif, ni de programme de tatouages ou de piercings sécurisés n'est envisagée à ce jour. Ces outils seraient pourtant nécessaires pour préserver de la santé des personnes. La RdR ne peut se résumer à la mise à disposition de matériels de prévention, mais elle en constitue un élément essentiel qui nécessite des engagements politiques forts. Le chemin vers la diminution de l'impact néfaste de la prison sur la santé des personnes est encore long mais il est, humainement et définitivement, indispensable.

en soutenant les programmes d'accès au logement[362]. Ceci passerait, d'une part, par l'évaluation du dispositif post-hébergement et de son impact sur le public des ancien·ne·s détenu·e·s, et, d'autre part, par le renforcement des projets de type *housing first* qui permettent et facilitent l'accès au logement pour les ex-détenu·e·s.

Malgré le fait que les drogues soient une réalité indéniable de la vie en milieu carcéral, les mesures proposées par la CIM francophone ne font pas mention des usager·e·s de drogues et des usager·e·s sous traitement de substitution. Il n'est question ni de prévention, ni de RdR, qui sont pourtant des compétences des entités fédérées et qui participent à la santé globale des (ex-)détenu·e·s. La CIM ne semble pas non plus se saisir de la problématique de l'équivalence et de la continuité des soins, ni n'appuie le transfert de la compétence «santé des détenu·e·s» du SPF Justice vers le SPF Santé publique.

De fait, même si les entités fédérées se saisissent de ces matières, cela ne sera clairement pas suffisant pour améliorer, d'une part, la réinsertion sociale des (ex-) détenu·e·s, et, d'autre part, leur santé globale. En effet, garantir aux (ex-)détenu·e·s des conditions de détention décentes et l'accès aux soins de santé est une condition essentielle à la santé de ceux-ci et à leur (ré)insertion sociale. Les établissements pénitentiaires ne devraient pas être des lieux d'où l'on sort en moins bonne santé physique et mentale qu'en y entrant. Et si la CIM francophone n'aborde pas ces problématiques, c'est sans doute parce qu'elles restent de la compétence du fédéral, grand absent de la Conférence.

Tant la mise en place d'initiatives en promotion de la santé, en prévention et en RdR, que l'amélioration des conditions de vie, en passant par l'équivalence des soins de santé, sont des conditions *sine qua non* à la santé des détenu·e·s. Or, garantir le maintien du bon état de santé physique et mental de ceux-ci est indissociable de la lutte contre la marginalisation et la précarisation de ceux qui sortent.

362 Site officiel du ministre des Maisons de Justice de la FWB, M. Madrane ; URL : http://madrane.be/les-ministres-francophones-presentent-de-nouveaux-projets-concrets-visant-a-favoriser-la-reinsertion-des-detenus/

7.2

LE CHEMSEX

7.2.1. QU'EST-CE QUE LE CHEMSEX ?

Le chemsex (à prononcer [kem.seks]) trouve ses origines au sein de la communauté gay du Royaume-Uni. Le mot chemsex est la contraction des mots «sex» et «chemicals/chems» (qui désignent en anglais les produits psychoactifs illicites) et pourrait se traduire par «sexe sous produits». Le chemsex désigne donc littéralement l'usage de produits psychoactifs illicites en contexte sexuel.

Si la définition large peut s'appliquer tant aux relations hétérosexuelles qu'homosexuelles, le chemsex désigne toutefois un phénomène beaucoup plus spécifique et propre aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH). C'est un phénomène essentiellement urbain qui concernait jusque récemment surtout des hommes de plus de trente ans et séropositifs. Les profils des chemsexers ont cependant évolués et le chemsex concerne de plus en plus des hommes jeunes et séronégatifs (RESPADD, 2016).

Il s'agit donc de consommer des produits psychoactifs dans le cadre de sessions sexuelles. Celles-ci sont le plus souvent planifiées et organisées et peuvent se dérouler à domicile, en privé, ou dans des lieux de consommation sexuelle. Certains pratiquent le chemsex en couple, cependant les sessions sont souvent orientées vers le sexe en groupe et/ou vers des pratiques dites «hard», comme le fist fucking ou le bareback (voir le «petit dictionnaire»). Les sessions peuvent durer plusieurs heures voire plusieurs jours (RESPADD, 2016).

LE PETIT DICTIONNAIRE DU CHEMSEX

Backroom/darkroom
Salle obscure dans un bar ou un sauna, le plus souvent gay, où les clients se rendent pour avoir des rapports sexuels

Bareback
Rapport sexuel volontairement non protégé par le préservatif (essentiellement entre hommes séropositifs)

Fist fucking* ou *fisting
Pénétration anale par la main et/ou l'avant-bras

HSH
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Plugging* ou *booty bumping
Consommation par insertion dans l'anus au moyen d'une seringue non-sertie ou d'une poire de lavement

Slam
Consommation par injection dans un contexte de chemsex

De nombreux produits peuvent être consommés dans le cadre de sessions de chemsex, y compris l'alcool et les médicaments favorisant l'érection (Viagra®, Cialis®, Levitra®). Les tendances actuelles sont la consommation de cathinones de synthèse (méphédrone, 3-MMC, etc.), de méthamphétamines, de GHB/GBL, de cocaïne et de kétamine (RESPADD, 2016 ; OFDT, 2017 ; Stuart, 2017). Plusieurs produits peuvent être associés au cours d'une session. Les produits stimulants ont généralement pour effet de provoquer des sentiments d'euphorie et d'augmenter l'excitation et l'endurance sexuelles. Les dépresseurs (comme le GHB/GBL, les poppers) ou les dissociatifs (la kétamine) ont des effets relaxants qui visent également à améliorer la qualité des relations sexuelles.

7.2.2. ÉPIDÉMIOLOGIE : LES «PREUVES ANECDOTIQUES»

Les données en matière de prévalence des pratiques «chemsex» sont fragmentaires. Il existe des «preuves anecdotiques», c'est-à-dire des études portant sur des cohortes qui ne sont pas assez nombreuses ou représentatives pour tirer des conclusions définitives. Si la pratique du chemsex et le slam restent minoritaires au sein des HSH (EMIS Network, 2013), ces quelques études, quantitatives et qualitatives (notamment ethnographiques), tirent toutefois la sonnette d'alarme et identifient le chemsex comme un problème de santé public pour lequel il faut développer des réponses adaptées et efficaces (Stuart, 2016a ; Ex Aequo, 2018 ; OFDT, 2017).

Les pratiques de chemsex sont rendues visibles auprès des professionnels du soin (en hôpital, centres de soins, pharmacies) par des cas d'intoxication, de dépendance ou de contraction de maladies infectieuses, ainsi que par des demandes importantes de kits d'injection par des hommes qui ne correspondent pas aux profils d'usager·e·s de drogues habituellement rencontrés (OFDT, 2016). Il est difficile d'estimer les overdoses mortelles parmi les personnes pratiquant le chemsex. Leur nombre est très certainement sous-estimé, la violence des disparitions conduisant souvent à ne pas mentionner la cause du décès ou à la déguiser.

LE CHEMSEX EN BELGIQUE : UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE SUR BRUXELLES[363]

En Belgique, une recherche exploratoire sur le chemsex à Bruxelles, menée par l'Observatoire du Sida et des sexualités, fournit un premier éclairage sur les pratiques chemsex parmi un échantillon (non représentatif) de personnes qui s'y prêtent à une fréquence variable (Van Acker, 2017). Le questionnaire a été complété par 362 personnes, dont 62 % ont déclaré avoir pratiqué le chemsex au cours de 12 derniers mois (40 % à Bruxelles). Les chemsexers sont majoritairement des hommes (95,6 %) et se déclarent homosexuels (85,8 %) ou bisexuels (8,4 %). Au sein de l'échantillon, 33,3 % étaient séropositifs et 92 % avaient une charge virale indétectable. De plus, 55 % ont déclaré avoir eu des problèmes liés à la pratique du chemsex (relatifs à la santé physique, à la santé mentale, au travail, etc.)

En ce qui concerne le nombre de partenaires déclarés lors du dernier plan chem, 41 % des répondants ont eu un seul partenaire, 34 % entre 2 et 4 partenaires, et environ 25 % 5 partenaires ou plus. Les plans chems auxquels les répondants ont participé les 12 derniers mois se déroulaient le plus souvent à la maison avec un partenaire régulier ou occasionnel (70 %), à la maison avec plusieurs partenaires réguliers ou occasionnels (44 %) ou dans un club privé (44 %). Le premier plan chemsex était le plus souvent motivé par la recherche de nouvelles sensations (61,3 %), la réalisation de fantasmes sexuels (41,3 %), une demande d'un partenaire (25,8 %) ou encore par l'envie de se redonner confiance (13,3 %).

En termes de consommation, le poppers (81,8 %), l'alcool (71,6 %) et le viagra (63,6 %) sont les produits les plus consommés lors des plans chem, suivi par la cocaïne (56,4 %), le GHB (51,1 %) et l'ecstasy (51,1 %). Les psychostimulants habituellement associés dans la littérature à la pratique du chemsex (méphédrone, speed, méthamphétamine) sont consommés lors des plans chem par environ un quart voire un tiers des chemsexers.

Lors des plans chem ayant eu lieu les 12 derniers mois, les produits sont le plus souvent sniffés (71 %), ingérés (65 %) ou inhalés (56 %). Le recours au *plugging* (voie anale) et à l'injection sont nettement moins fréquents (16 % et 15 % respectivement). Les *slammeurs* ne se distinguent pas des autres chemsexers sur le plan socioéconomique, mais la proportion de personnes séropositives y est plus importante (60 % contre 33 % de l'ensemble des chemsexers). Le partage de matériel d'injection (seringues, aiguilles, etc.) au cours des plans chem concerne 18 % des répondants ayant recours à l'injection.

7.2.3. LES FACTEURS PARTICIPANT AUX ÉVOLUTIONS RÉCENTES DU CHEMSEX

La visibilité et la diffusion des pratiques chemsex se sont accrues depuis une dizaine d'années (de 2007 jusqu'à maintenant ; ODFT, 2017). Deux phénomènes parallèles expliquent les évolutions récentes du chemsex. D'une part, le développement de l'usage des applications mobiles (géolocalisées) et des sites de rencontre en ligne facilitent les rencontres, les échanges et l'organisation de sessions de chemsex. Les applications ont été rapidement adoptées par les HSH et les communautés gay comme un moyen de rencontres amoureuses et sexuelles. Ces nouveaux moyens de communications ont également participé à la diffusion du chemsex auprès d'un public élargi dont une partie n'avait pas de passé d'usage de drogues illicites et peu de connaissances en matière de réduction des risques. D'autre part, la circulation accrue de nouvelles substances psychoactives (NSP), facilitée par Internet, dépasse désormais les cercles d'usages festifs et rend l'accès aux substances psychoactives plus aisé (Stuart, 2016b ; OFDT, 2017).

363 Les données exploratoires recueillies par l'Observatoire du Sida et des sexualités diffèrent de celles des recherches menées en France ou en Angleterre. Cette différence tient peut-être de divergences en termes de méthodologie, qui ne favorisent pas la comparabilité entre les différentes recherches (la (petite) taille de l'échantillon, la méthode de recrutement des participant·e·s, etc.). Elle peut également découler de possibles différences de pratiques entre la Belgique et ses pays voisins, ou encore du manque de consensus autour de la définition-même du chemsex et des chemsexers.

7.2.4. LES EFFETS ET MOTIVATIONS

Les motivations à pratiquer le chemsex sont assez similaires à celles de l'usage de drogue en général et varient d'une personne à l'autre et selon le moment et le contexte. Il peut s'agir de vouloir se sentir sexuellement plus libre, s'affirmer, dépasser des problèmes liés à l'intimité ou la sexualité, de surmonter une peur du rejet, un sentiment de honte, des problèmes passés ou une homophobie/sérophobie sociale et intériorisée. Ce peut être aussi la performance sexuelle, une envie de «connecter» avec les autres, de faire partie d'une communauté, ou la pression des normes «en ligne» ou celle des pairs. Ainsi, d'une part, la consommation de drogue dans un contexte sexuel est perçue comme un moyen de réaliser les relations sexuelles désirées, en augmentant la libido et l'endurance et en levant les inhibitions. D'autre part, elle semble améliorer la qualité des relations sexuelles, rendant le(s) partenaire(s) plus attractifs ou accentuant les sensations, par exemple (ODFT, 2017 ; Stuart, 2014).

Les principales drogues consommées en contexte de chemsex (c'est-à-dire les différents stimulants, le GHB/GBL, la kétamine) ont essentiellement un effet désinhibiteur. Les usager·e·s peuvent se sentir invulnérables, extrêmement confiants, sexuellement audacieux, expérimenter des sensations accrues et posséder une résistance et une endurance qui les gardent éveillés pendant plusieurs jours. La consommation de ces drogues peut cependant se traduire par une baisse de la vigilance, une attention réduite en matière de pratiques de réduction des risques (sexuels et liés à la consommation de drogues), ainsi que des relations avec plusieurs partenaires sexuels sur une courte période. Elle peut également s'accompagner d'effets indésirables, comme des comportements agressifs ou violents, des hallucinations ou une impression de persécution, des accès paranoïaques, des overdoses (mortelles ou non), etc. (Stuart, 2016b ; OFDT, 2017).

7.2.5. LES RISQUES ET DOMMAGES LIÉS AUX PRATIQUES CHEMSEX

Le chemsex ne conduit pas forcément à des dommages ou des prises de risques sexuels et liés à la consommation de drogue. Ceux-ci dépendent de facteurs multiples, aussi bien sociaux, contextuels, que liés à des dispositions psychologiques (Melendez-Torres et Bourne, 2016 ; Race et al., 2016 ; Rhodes, 1996).

Le chemsex peut tout à fait s'inscrire dans un cycle court d'expériences, sans poser de problèmes particuliers. De plus, dans un contexte global de recrudescence des comportements sexuels à risques et de recul de l'utilisation du préservatif parmi les HSH, les prises de risques sexuels en session chemsex ne peuvent pas uniquement être attribuées aux consommations de substances psychoactives (Bozon et Doré, 2007 ; Drumright et al., 2006 ; Ndeikoundam-Ngangro et al., 2016).

Cependant, certains comportements à risque sont plus ou moins fréquemment pratiqués par une partie des HSH lors de session chemsex, notamment le *bareback*, ou le partage ou la réutilisation du matériel de sniff ou d'injection. Et un certain nombre de facteurs de vulnérabilité, liés à la fois à la consommation de drogues et à certaines pratiques sexuelles interviennent dans ces prises de risques. Il s'agit aussi bien de l'inexpérience des participants en matière de consommation de drogue et de réduction des risques (méconnaissance des produits consommés, des risques ou des techniques de réduction des risques notamment liées à l'injection ou au sniff), que de la baisse de la vigilance et de la perception des risques à mesure que la session avance ou de la consommation de produits psychoactifs. Et ces risques sont d'autant accrus par ceux inhérents à la circulation de nouvelles substances psychoactives

LES DOMMAGES POSSIBLES LIÉS AU CHEMSEX

À court terme

- Overdoses (mortelles ou non)
- Mauvaises descentes (maux de tête, dépression, grande fatigue, palpitations, anxiété, etc.) ou bad trip
- Abcès et plaies dus à la pratique de l'injection
- Contamination ou co-infections (VIH, VHC, VHB, autres IST)
- Interactions entre les différentes drogues consommées (par exemple, entre l'alcool et le GHB/GBL)
- Interactions entre drogues et médicaments, notamment antirétroviraux dont une grande partie augmentent les effets de drogues et donc le risque d'overdose
- Interactions entre les drogues et les traitements hormonaux
- Vulnérabilité chimique qui peut rendre difficile le consentement, ou risque d'être moins vigilant au consentement du ou des partenaires et d'être auteur de violences

À moyen et long terme

- Perte de contrôle de la consommation, syndrome de manque, tolérance, addiction
- Désocialisation, restriction des champs d'intérêt et du champ social
- Moindre qualité de vie, perte de stabilité
- Dommages sur les notions d'excitation, d'intimité, de relation affective
- Absences injustifiées et perte d'efficacité professionnelle
- Impacts sur la santé psychique : états délirants, troubles cognitifs (mémoire, attention, prise de décision), décompensation de maladies psychiatriques (dépression, troubles anxieux, troubles bipolaires, etc.)
- Moins bonne observance des traitements antirétroviraux, anti VIH et VHC, et des autres traitements en général

Sources : RESPADD (2016), OFDT (2017) et Stuart (2014)

(NSP)[364] et à l'inexpérience d'une partie des chemsexers[365]. La situation affective des personnes et le caractère de plus en plus privé des sessions chemsex sont également des facteurs de vulnérabilité (OFDT, 2017).

L'un de enjeux centraux du chemsex en termes de santé publique est la contamination ou la réinfection (VIH, VHC, VHB, et autres IST). Les risques infectieux peuvent être liés à la consommation de drogue et/ou aux pratiques sexuelles (voir ci-dessous).

LES PRATIQUES À RISQUES INFECTIEUX (SOURCE : OFDT, 2017 ; RESPADD, 2016)…

… liées à la consommation de drogues
- Partage et/ou réutilisation de la seringue
- Partage et/ou réutilisation du matériel d'injection
- Partage du matériel de sniff

… liées aux pratiques sexuelles
- Rapports sexuels non protégés
- Rapports et partenaires multiples
- *Fist fucking* ou *fisting*
- *Plug* ou *booty bumping*

364 Les profils pharmacologique et toxicologique des NSP sont souvent inconnus. De plus, ces produits sont vendus sans notice d'utilisation, vu qu'ils ne sont soi-disant pas destinés à la consommation humaine. Il existe également un risque important et avéré d'erreur d'étiquetage, de dosage variable et approximatif, de mélange de molécules ou encore de contamination bactérienne. Ces substances font courir des risques supplémentaires au consommateur lorsqu'elles sont vendues sur le marché noir à la place de drogues classiques, sans que l'usager·e en soit informé. Enfin, elles sont souvent consommées dans un contexte de polyconsommation, ce qui augmente les risques de bad trip ou d'overdose, en particulier lorsque l'usager·e ne connait pas la composition, le dosage, les effets, les contre-indications et les interactions médicamenteuses des produits.

365 Nous invitons le lecteur ou la lectrice à se référer à notre livret «Bonnes pratiques en réduction des risques» pour davantage d'information en matière de réduction des risques liés au chemsex.

AVIS DES EXPERT·E·S

Sandrine Detandt, Docteure en Psychologie, Chercheuse à l'Observatoire du sida et des sexualités

Les pratiques de "chemsex" relèvent d'un nouveau champ d'intérêt qui, même si les consommations de substances psychoactives parmi les HSH n'est pas un phénomène récent, suscite des craintes parfois légitimes (voire une panique morale) et ce pour au moins trois raisons. D'abord, l'émergence de consommations et pratiques dans des réseaux où elles étaient rares, ensuite l'apparition de nouveaux produits de synthèse et la résurgence de l'injection (SLAM), enfin, les effets, parfois dramatiques, que ces pratiques peuvent impliquer.

Cependant, ce phénomène nécessite d'être appréhendé avec la plus grande finesse afin de ne pas réifier cette pratique et de ne pas perdre de vue qu'elle s'inscrit dans un contexte historique, social, technologique, communautaire et individuel tout à fait spécifique. On peut par exemple noter que la scène gay est marquée non seulement par le chemsex mais aussi par les nouveaux traitements prophylactiques efficaces (TasP[366], PrEP[367] et TPE[368]) qui suscitent tous deux de nouvelles négociations dans le rapport à une sexualité médiatisée par le biomédical et par les substances, qu'elles soient licites ou illicites, promues ou délégitimées. En outre, la définition ne pouvant pas se limiter à des pratiques ou des produits spécifiques, nous constatons un flou pour la Belgique (les diverses définitions étant principalement importées du Royaume-Uni) ainsi que des particularités territoriales. Certaines régions voient ainsi émerger des pratiques qui semblent se rapprocher du chemsex mais que les usager·e·s ne définissent pas comme tels, voire ne connaissent même pas le vocable, ceci posant notamment des questions au niveau des dispositifs d'accompagnement de ces personnes-là, si elles en ressentent le besoin.

Il s'agira donc, pour la Belgique, d'obtenir des données non seulement épidémiologiques mais aussi individuelles et sociales afin de mieux cerner ce champ. À cette fin, une étude qualitative, menée par l'Observatoire du sida et des sexualités, débute en janvier 2019 dans différents centres hospitaliers, lieux communautaires et par bouche à oreille.

366 TasP : Treatment as prevention (Traitement comme prévention)
367 PrEP : Pre-exposure prophylaxis (Prophylaxie pré-exposition)
368 TPE : Traitement post-exposition

BIBLIOGRAPHIE

Ahmed SA, Ross SA, Slade D, Radwan MM, Zulfiqar F, Matsumoto RR, Xu YT, Viard E, Speth RC, Karamyan VT, ElSohly MA. (2008) "Cannabinoid ester constituents from high-potency Cannabis sativa", *J Nat Prod*., Apr; 71(4): 536-42.

Al-Imam, A., & AbdulMajeed, B.A. (2017). The NPS Phenomenon and the Deep Web: Internet Snapshots of the Darknet and Potentials of Data Mining. *Global Journal of Health Science*, 9, 86-101.

Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies.

Barbier, C. (2008). Les inégalités socio-économiques de santé. *Éducation Santé*, 238, octobre.

Beck F., Obradovic I., Palle C., Brisacier A.-C., Cadet-Taïrou A., Díaz-Gómez C., Lermenier-Jeannet A., Protais C., Richard J.-B., Spilka S. (2017). «Usages de drogues et conséquences : Quelles spécificités féminines ?», Tendances n°117, OFDT, 8 pages. URL : http://www.ofdt.fr/index.php?cID=918

Bird, S. M., McAuley, A., Perry, S., and Hunter, C. (2016). "Effectiveness of Scotland's National Naloxone Programme for reducing opioid-related deaths: a before (2006–10) versus after (2011–13) comparison», *Addiction*, 111: 883–891. doi: 10.1111/add.13265.

Binde, P. (2014). *Gambling advertising: A critical research review*, London: The Responsible Gambling Trust, URL : https://about.gambleaware.org/media/1165/binde_rgt_report_gambling_advertising_2014_final_color_115p.pdf

Blanckaert, P., van Amsterdam, J.G.C., Brunt, T.M., van den Berg, J.D.J., Van Durme, F., Maudens, K., & van Bussel, J.C.H. (2013). 4-Methyl-amphetamine : A health threat for recreational amphetamine users. *Journal of Psychopharmacology*, 27, 817-822.

Bollaerts, K. & Van Bussel, J. (2013). *Développement et validation d'un protocole d'étude sérologique et lié au comportement des infections par VHB, VHC et VIH chez les toxicomanes ayant consommé des drogues par injection dans un passé récent (DRID).* Bruxelles : Institut de Santé Publique.

Borsari, B., Murphy, J.G., & Barnett, N.P. (2007). Predictors of alcohol use during the first year of college: Implications for prevention. *Addictive Behaviors*, 32, 2062-2086.

Bozon M., Doré V. (2007) Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins. Un nouveau rapport au risque. Paris, ANRS, coll. Sciences sociales et sida, 106 p.

Cadet-Taïrou, A., Gandilhon, M., Martinez, M., Néfau, T., & Milhet, M. (2016). *Substances psychoactives, usagers et marchés : les tendances récentes* (2015-2016). Paris : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.

Calado, F., & Griffiths, M.D. (2016). Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000–2015), *Journal of Behavioral Addictions*, 5, 592-613.

Caraël, E. (2012). *Stratégies concertées de prévention et de réduction des risques en matière de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles*. Bruxelles : Eurotox.

Castaño-Perez, G.A., & Calderon-Vallejo, G.A. (2014). Problems associated with alcohol consumption by university students, *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22, 739-746.

CCNPPS (2016). «L'utilisation d'opioïdes au Canada : prévenir les surdoses grâce à des programmes d'éducation et à la distribution de naloxone», *Note documentaire pour des connaissances en matière de politiques publiques favorables à la santé*, Institut national de santé publique du Québec, URL : http://www.ccnpps.ca/docs/2016_OBNL_NGO_OpioidesSurvol_Fr.pdf

CGPD (2013). *L'impact négatif de la guerre contre la drogue sur la santé publique : l'épidémie cachée d'hépatite C*. Genève : Commission Globale de Politique en matière de Drogues.

Cellule Générale de Politique Drogues (2016a). *Monitoring des dépenses publiques en matière de drogues. Exercices 2012 et 2013*.Bruxelles.

Cellule Générale de Politique Drogues (2016b). Jeux *de hasard et d'argent*, Note de synthèse, octobre, Bruxelles.

Cellule Générale de Politique Drogues (2018a). *Monitoring des dépenses publiques en matière de drogues. Exercices 2014 et 2015*.Bruxelles.

Cellule Générale de Politique Drogues (2018b). *Politique en matière de jeux de hasard en Belgique*, Note de vision, mai, Bruxelles.

CESW (2018) Avis A1388 concernant l'avant-projet de décret modifiant le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé en ce qui concerne la prévention et la promotion de la santé en Région wallonne, adopté par le Bureau du CESW le 8 octobre 2018.

Chapman J., Fowler A., Mackenzie B., Mullins G., Nelles B., Shaver L., et Tom C. (2017). "Patients helping patients understand opioid substitution treatment", Centre for Addictions Research of British Columbia.

Chromy, D. et al., (2018). HCV-RNA is readily detectable in nasal and rectal fluids of HCV patients with high viremia. San Francisco: AASLD Liver Meeting.

CHUV (2012). «20 réponses sur les troubles liés aux jeux vidéo et à internet», Centre

du jeu excessif, Département psychiatrie, Suisse.

CIUSSS (2016). «Naloxone communautaire : 5 étapes pour sauver une vie. Guide à l'intention des intervenants communautaires visant l'offre d'une intervention brève aux personnes utilisatrices d'opioïdes», Direction régionale de santé publique de Montréal du CIUSSS, Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Clark, M. (2015). *The gender dimension of non-medical use of prescription drugs in Europe and the Mediterranean region*. Council of Europe.

CNCT (s.d.). *Premières caractéristiques du lobbying contre le paquet neutre*, Comité National Contre le Tabagisme, Url : http://www.cnct.fr/pression-sur-la-decision-politique-69/premieres-caracteristiques-du-lobbying-contre-le-paquet-neutre-1-127.html

Conseil consultatif bruxellois francophone – Section promotion de la santé (2017). Avis d'initiative concernant le futur plan de promotion de la santé de la Commission Communautaire Française, *Éducation Santé*, 331, mars.

Conseil Wallon de l'Egalité entre Hommes et Femmes (2018) Avis n°63 du 17 septembre 2018 Du Conseil Wallon de l'Egalité entre Hommes et Femmes sur l'avant-projet de décret modifiant le Code Wallon de l'Action Sociale et de la Santé en ce qui concerne la prévention et la promotion de la santé – 1 ère lecture, URL : http://www.cesw.be/uploads//Conseils/Avis/CWEHF_63.pdf

Coppel, A. & Doubre, O. (2012). Drogues : sortir de l'impasse. Expérimenter des alternatives à la prohibition. Paris : La Découverte.

Conseil Supérieur de la Santé (2017). Jeu pathologique. Bruxelles: CSS, Avis n° 9396.

Corey-Bloom J., Wolfson T., Gamst A., Jin S., Marcotte T.D., Bentley H. and Gouaux B (2012). "Smoked cannabis for spasticity in multiple sclerosis: a randomized, placebo-controlled trial", CMAJ May 14, cmaj.110837; DOI: https://doi.org/10.1503/cmaj.110837

Crawford, V., Crome, I.B., & Clancy, C. (2003). *Co-existing Problems of Mental Health and Substance Misuse (Dual Diagnosis): a literature review*. Drugs: Éducation, Prevention and Policy, 10, 1-74.

Custers, S., Coteur, K., & Boonen, H. (2017). Gokgedrag van jongeren in België. Een studie naar prevalentie, preventie en vroeginterventie. Diepenbeek: UC Leuven-Limburg

Decorte, T., De Grauwe, P., & Tytgat, J. (2013). *Cannabis : bis ? Plaidoyer pour une évaluation critique de la politique belge en matière de cannabis*. Université de Gand et Université de Louvain.

Decorte, T., De Grauwe, P., & Tytgat, J. (2017). *Le cannabis sous contrôle. Comment ?*. LannooCampus, 152p.

De Lagasnerie, G. (2017). Guerre aux drogues, guerre aux Noirs. *Libération*, [en ligne] consulté le 12/12/2017.

Dillon, L., Chivite-Matthews, N., Grewal, I., Brown, R., Webster, S. et al. (2007). Risk, protective factors and resilience to drug use: identifying resilient young people and learning from their experiences. Home Office Online Support.

Downey, L.A., King, R., Papafotiou, K., Swann, P., Ogden, E., Boorman, M., & Stough, C. (2013). The effects of cannabis and alcohol on simulated driving: Influences of dose and experience. Accident Analysis & Prevention, 50, 879-886.

Drieskens, S., Charafeddine, R., Demarest, S., Gisle, L., Tafforeau, J. & Van der Heyden, J.

Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussels: WIV-ISP.

Dean, H. D., & Fenton, K. A. (2010). Addressing social determinants of health in the prevention and control of HIV/AIDS, viral hepatitis, sexually transmitted infections, and tuberculosis.

Decorte, T., De Grauwe, P., & Tytgat, J. (2013). *Cannabis : bis ? Plaidoyer pour une évaluation critique de la politique belge en matière de cannabis*. Université de Gand et Université de Louvain.

Decorte, T., De Grauwe, P., & Tytgat, J. (2017). *Le cannabis sous contrôle. Comment ?*. LannooCampus, 152p.

De Lagasnerie, G. (2017). Guerre aux drogues, guerre aux Noirs. *Libération*, [en ligne] consulté le 12/12/2017.

Devinsky O., Cross H., Laux L. Marsh E. Miller I., Nabbout R., Scheffer I., Thiele E.A., Wright S. (2017). "Trial of Cannabidiol for Drug-Resistant Seizures in the Dravet Syndrome 2017", *New England Journal of Medicine*

Drumright L.N., Patterson T.L., Strathdee S.A. (2006) Club drugs as causal risk factors for HIV acquisition among men who have sex with men: A review. Substance Use and Misuse, Vol. 41, n° 10-12, pp. 1551-1601.

Dryburgh, L.M., Bolan, N.S., Grof, C.P.L., Galettis, P., Schneider, J., et al. (2018). Cannabis contaminants: sources, distribution, human toxicity and pharmacologic effects. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 84, 2468-2476.

Dubois, S., Mullen, N., Weaver, B., & Bédart, M. (2015). The combined effects of alcohol and cannabis on driving: Impact on crash risk. *Forensic Science International*, 248, 94-100.

EMCDDA (2012). *Prisons and drugs in Europe: the problem and responses*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2002). *Time trends and incidence of problem drug use*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lisbon.

EMCDDA (2015a). *New psychoactive substances in Europe: an update from the EU Early Warning System*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2015b). *Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone*, EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (2016). "Preventing opioid overdose death with take-home naloxone", Insight, 20, Luxembourg : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2017a). *New legislation published today to bring faster response to new drugs*, novembre, Url : http://emcdda.europa.eu/news/2017/16/new-legislation-response-new-psychoactive-drugs_en

EMCDDA (2017b). *Cannabis legislation in Europe: an overview*, Publications Office of the European Union, Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2017c). *Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions*.

Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2017d), *Health and social responses to drug problems: a European guide*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (2017e). Les cannabinoïdes de synthèse en Europe. Perspectives sur les drogues, Luxembourg : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2018a). *Rapport européen sur les drogues 2018 : Tendances et évolutions*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.

EMCDDA (2018b), *Fentanils and synthetic cannabinoids: driving greater complexity into the drug situation. An update from the EU Early Warning System*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (2018c). Recent changes in Europe's cocaine market. Results from an EMCDDA trendspotter study. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMISS Network (2013). *EMIS 2010: The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Findings from 38 countries*, Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.

Emmanuelli, J. (1999). *Caractéristiques et efficacité des programmes d'échange de seringue à travers le monde : état des lieux et mise en perspective*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire.

Ennett, S.T., Foshee, V.A., Bauman, K.E., et al. (2008). The social ecology of adolescent alcohol misuse. *Child Development*, 79, 1777-1791.

Eurostat, 2018. Comparative price levels for food, beverages and tobacco. Statistics Explained. (http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/)

Eurotox, 2015. *L'indicateur de demande de traitement lié à l'usage de drogues ou d'alcool en région de Bruxelles-Capitale*. Bruxelles : Eurotox asbl.

Ex Aequo (2018). «De la rechute au ré-apprentissage, notes du deuxième forum européen sur le Chemsex à Berlin», URL : http://www.modusvivendi-be.org/spip.php?article338

FARES (2016). *La cigarette électronique*, Bruxelles, URL : https://www.fares.be/static/upload/1/2/Ecigarette.pdf

Fédération Addiction (2016). *Femmes & Addictions*. Accompagnement en CSAPA et CAARUD, Repères, Paris : Fédération Addiction.

Fédito Bruxelles (2018). *Les overdoses sont (toujours) en hausse. Une crise sanitaire guette. La Belgique reste passive*, 4 juin, URL : https://feditobxl.be/fr/2018/06/les-overdoses-sont-toujours-en-hausse-une-crise-sanitaire-guette-la-belgique-reste-passive/

Ferguson C. (2010) «Introduction to the special issue on video games», *Review of General Psychology*, 14 : 66-67.

Ferguson C. et Rueda S. (2010). "The Hitman study: Violent video game exposure effects on aggressive behavior, hostile feelings, and depression", *European Psychologist*, 15 : 99-108

Fernandez L. et al (2004) «Tabagisme et états métamotivationnels chez des adolescents lycéens», *Psychotropes*, 2 (Vol. 10), p. 19-46. DOI 10.3917/psyt.102.0019

Focant, N. (2016) *Boire et conduire : le faisons-nous trop souvent ? Mesure nationale de comportement "Conduite sous influence d'alcool"* 2015. Bruxelles : Institut Belge pour la Sécurité Routière – Centre de connaissance.

Fondation contre le cancer (2016). *Coalition Nationale contre le tabac : introduire immédiatement les paquets neutres et interdire totalement la publicité*, 18 mai, Url : http://www.cancer.be/nouvelles/coalition-nationale-contre-le-tabac-introduire-immdiatement-les-paquets-neutres-et

Frischer, M. and Baldacchino, A. (2012). *Preventing opioid overdoses in Europe: a critical assessment of known risk factors and preventative measures*. URL : http://www.emcdda.europa.eu/ scientific-studies/2012/preventing-overdoses

Gandilhon, M. (2014). Les précurseurs chimiques, dimension méconnue du marché mondial des drogues illicites. *Drogues, enjeux internationaux* N° 7. Paris : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.

Garfein, R. S., Galai, D., Doherty, M. C., & Nelson, K. E. (1996). Viral infections in short-term injection drug users: the prevalence of the hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency, and human T-lymphotropic viruses. *American Journal of Public Health*, 86, 655-661.

GfK (2018). Enquête tabac 2018. Un rapport pour la Fondation contre le cancer, menée par GfK Belgium.

Gibb G., Bailey J., Lambirth T., Wilson W. (1983). "Personality differences in high and low electronic video game users", *Journal of Psychology*, 114 : 159-165

Gisle, L. (2014). L'usage de drogues. In Gisle L, Demarest S (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 2: *Comportements de santé et style de vie*. Bruxelles: WIV-ISP.

Global Commission on Drugs (2017). «Des voies pour des politiques efficaces en matière de drogues. Répondre aux besoins des individus et des sociétés», URL : http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2017/06/WEB_GCDP-Five-Pathways-Brochure-2017-FR.pdf

Goriounova, N. A., et Mansvelder, H. D. (2012). «Short- and long-term consequences of nicotine exposure during adolescence for prefrontal cortex neuronal network function". *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*, 2(12), a012120. doi:10.1101/cshperspect.a012120

Government of Australia, National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research. Return on Investment 2: Evaluating the Cost-effectiveness of Needle and Syringe Programs in Australia. Canberra, 2009.

Guillain C. (2003) «La politique pénale du gouvernement arc-en-ciel en matière de drogues», *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 11 (n°1796), p. 5-49. DOI 10.3917/cris.1796.0005

Guillain C. (2009) «Les facteurs de criminalisation et les résistances à la décriminalisation de l'usage des drogues en Belgique. Du contrôle international aux préoccupations sécuritaires», *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, 2 (Volume 63), p. 119-132. DOI 10.3917/riej.063.0119

Hagan, H., Thiede, H., Weiss, N. S., Hopkins, S. G., Duchin, J. S., & Alexander, E. R. (2001). Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. *American Journal of Public Health*, 91, 42-46.

Hartley, D.E., Elsabagh, S., & File, S.E. (2004). Binge drinking and sex: effects on mood

and cognitive function in healthy young volunteers, *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 78, 611-619.

Hébert E. et al (2017) "Exposure and Engagement With Tobacco- and E-Cigarette-Related Social Media", *Journal of Adolescent Health* 1-7

Hogge, M. et Walewyns, E. (2016). *Consommation d'alcool en milieu étudiant bruxellois : un projet de réduction des risques*. Bruxelles : Modus Vivendi.

Hogge, M. (2015). L'usage de cannabis en Europe: Etude comparative des systèmes législatifs et de la prévalence d'usage. *Prospective Jeunesse: Drogues, Santé et Prévention*, 72, 4-9.

Hogge, M. (2014). Euphorisant légaux et nouvelles drogues de synthèse: enjeux et risques sanitaires. *Psychotropes*, 20, 81-100.

Hogge, M. & Stévenot, C. (2017). *L'usage de drogues en Wallonie et à Bruxelles. Rapport 2016*. Bruxelles: Eurotox asbl.

IDPC (2018) "Taking stock: a decade of drug policy. A civil society shadow report". *International Drug Policy Consortium Publication*.

Ingold et al, (2015) Contribution à une exploration des propriétés thérapeutiques du cannabis. *Ann Med Psychol*, Paris.

INHESJ et OFDT (2017). *Cannalex, Une analyse comparée des expériences de régulation du cannabis (Colorado, État de Washington, Uruguay) : Une étude de l'INHESJ en partenariat avec l'OFDT pour le compte du CSFRS. Rapport final synthétique*, 76 pages, octobre.

Iñiguez SD, et al. (2009) "Nicotine exposure during adolescence induces a depression-like state in adulthood", *Neuropsychopharmacology*, mai, 34 (6) : 1609-24.

INPES (2010). Baromètre santé 2010. Paris : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

INPUD (2018) «Is decriminalisation enough? Drug user community voices from Portugal», London.

INSERM (2012). Médicaments psychotropes : consommation et pharmacodépendance. Paris: Les éditions INSERM.

INSERM (2014). «Pratique des jeux vidéo/Internet», *Conduites addictives chez les adolescents – Usages, prévention et accompagnement*.

INSERM (2016). *Genre et santé. Prendre en compte les différences, pour mieux combattre les inégalités*, novembre, Url : https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/genre-et-sante

Insulza, J. M. (2013). *The drug problem in the Americas*. Washington: Organization of American States General Secretariat.

Jeanmart, C. (2009). Les pratiques de substitution des médecins généralistes belges face aux politiques publiques. *Drogues, santé et société*, 8, 233-265.

Judd, P. H., Thomas, N., Schwartz, T., Outcalt, A., & Hough, R. (2003). A dual diagnosis demonstration project: treatment outcomes and cost analysis. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35, 181-192.

Keall, M., Frith, W., & Patterson, T. (2004). The influence of alcohol, age and number of passengers on the night-time rate of driver fatal injury in New Zealand. *Accident Analysis and Prevention*, 36, 169-178.

Klein, A., De Cock, R., Rosas, O., Vangeel, J., Minotte, P., & Meerkerk, G.J. (2013). CLICK. *Compulsive Computer use and Knowledge needs in Belgium: A multimethod approach*. Gent : Academia Press.

Klemenc, S. (2000). Noscapine as an adulterant in illicit heroin samples. *Forensic Science International*, 108, 45-49.

Kmetonyová, D., & Pažitný, M. (2015). I-Trend Workstream 2. Monitoring online shops. Final report.

Kopp, P. et al (2014) *Cannabis : Réguler le marché pour sortir de l'impasse*. Terra Nova.

Krcevski-Skvarc et al (2018) Availability and approval of cannabis-based medicines for chronic pain management and palliative/supportive care in Europe: A survey of the status in the chapters of the European Pain Federation, in European Journal of Pain, n°22.

Lannoy, S. & Maurage, P. (2015). La consommation d'alcool chez les étudiants de l'UC. Université Catholique de Louvain.

Lievens, D., Vander Laenen, F., Verhaegen, N., Schils, N., Putman, K., Pauwels, L., Hardyns, W. & Annemans, L. (2016). *The social cost of legal and illegal drugs in Belgium*. IRCP Research Series, vol. 51. Antwerpen: Maklu.

Litzroth, A., Suin, V., Wyndham-Thomas, C., Quoilin, S., Muyldermans, G. et al., (2019). Low hepatitis C prevalence in Belgium: implications for treatment reimbursement and scale up. *BMC Public Health*, 19, 1-7.

Litzroth, A., Suin, V., Wyndham-Thomas, C., Quoilin, S., Muyldermans, G. et al., (2019). Low hepatitis C prevalence in Belgium: implications for treatment reimbursement and scale up. *BMC Public Health*, 19, 1-7.

Lorant, V., Nicaise, P., Soto, V.E. & d'Hoore, W. (2013). Alcohol drinking among college students: college responsibility for personal troubles. *BMC Public Health*, 13, 1-9.

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

Lotan I. et al (2013). «Medical marijuana (cannabis) treatment for motor and non-motor symptoms in Parkinson's disease. An open-label observational study», MDS, URL : https://www.medpagetoday.com/meetingcoverage/mds/39933

McCabe Center (s.d.). *The High Court of Justice Decision Upholding the UK's Standardized Packaging Laws: Key Points for Other Jurisdictions*, Url : http://www.mccabecentre.org/downloads/McCabe_Centre_-_Key_Points_on_UK_plain_packaging.pdf

McCambridge, J, McAlaney, J, Rowe, R. (2011). Adult Consequences of Late Adolescent Alcohol Consumption: A Systematic Review of Cohort Studies, *PLoS Med*, 8:e1000413.

Macías, J., Palacios, R. B., Claro, E., Vargas, J., Vergara, et al., (2008). High prevalence of hepatitis C virus infection among noninjecting drug users: association with sharing the inhalation implements of crack. *Liver International*, 28, 781-786.

Marsch, L.A. (1998). The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. *Addiction*, 93, 515-532.

Martinez M., Néfau T., Cadet-Taïrou A. (2018) «Nouveaux produits de synthèse. Dix ans de recul sur la situation française», *Tendances*,

n°127, OFDT, URL : https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxmmya.pdf

Martinez, A. & Talal, A.H. (2008). Noninjection drug use: an under-appreciated risk factor for hepatitis C virus transmission. *Liver International*, 28, 757-760.

Matheï, C., Robaeys, G., Van Ranst, M., Van Damme, P., & Buntinx, F. (2005). The epidemiology of hepatitis C among injecting drug users in Belgium. *Acta Gastroenterology Belgica*, 68, 50-54.

Mayo Clinic (s.d.) *Prescription drug abuse*, URL : https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/prescription-drug-abuse/symptoms-causes/syc-20376813

Médecins du Monde (2009). *Epidémie d'hépatite C chez les usagers de drogue : oser prendre de vraies mesures*. Dossier de presse publié à l'occasion de la Journée Mondiale des Hépatites : Paris.

Melendez-Torres G.J., Bourne A. (2016) Illicit drug use and its association with sexual risk behaviour among MSM: more questions than answers? Current Opinion in Infectious Diseases, Vol. 29, n° 1, pp. 58-63.

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

Miele, G.M., Carpenter, K.M., Cockerham, M.S., Trautman, K.D., Blaine, J., & Hasin, D.S. (2000). Substance Dependence Severity Scale (SDSS): reliability and validity of a clinician-administered interview for DSM-IV substance disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 59, 63-75.

Migard C. (2016). «L'e-cigarette : état des lieux», *La Revue de la Médecine Générale*, n°333, mai, URL : https://www.ssmg.be/images/ssmg/files/RMG/333/RMG333_06-10.pdf

Milhet, M. (2015) «Usages détournés de médicaments psychotropes par les adolescents et jeunes adultes», Note n°2015-08, OFDT, Saint-Denis. URL : https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxmmvc.pdf

Miller W.R., & Rollnick, S. (2013) *L'entretien motivationnel – Aider la personne à engager le changement*, Paris, InterEditions, p.12.

Mistiaen P., Dauvrin M., Eyssen M., Roberfroid D., San Miguel L., Vinck I. (2017). «Soins de santé dans les prisons belges : situation actuelle et scénarios pour le futur – Synthèse», Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2017. KCE Reports 293Bs. D/2017/10.273/64.

Montaner, J. et Debeck, K. (2017). To win the fight against AIDS we must end the war on drugs. *Macleand's*, 4 août, Url : http://www.macleans.ca/opinion/to-win-the-fight-against-aids-we-must-end-the-war-on-drugs/

Moreau N., Lebacq T., Dujeu M., de Smet P., Godin I., & Castetbon K. (2017). *Comportements, bien-être et santé des élèves. Enquête HBSC 2014 en 5e-6e primaire et dans le secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles. Tableau de bord Tableaux de bord des résultats en Région Bruxelles-Capitale*. Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES), École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles.

Mueser, K.M., Drake, R.E., & Wallach, M.A. (1998). Dual diagnosis: A review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23, 717-734.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2017). *The health effects of cannabis and cannabinoids: Current state of evidence and recommendations for research*. Washington, DC: The National Academies Press.

Ndeikoundam-Ngangro N., Viriot D., Fournet N., De Barbeyrac B., Goubard A., Dupin N., Janier M., Alcaraz I., Ohayon M., Spenatto N., Vernay-Vaisse C., Référents des Cire, Pillonel J., Lot F. (2016) Les infections sexuellement transmissibles bactériennes en France : situation en 2015 et évolutions récentes. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 41-42, pp. 738-744.

Novak, S.P., Håkansson, A., Martinez-Raga, J., Reimer, J., Krotki, K., & Varugheseet, S. (2016). Nonmedical use of prescription drugs in the European Union. *BMC Psychiatry*, 16, 1-12.

Nuyttens, N. (2018). *Communication personnelle*. Bruxelles : Institut Belge pour la Sécurité Routière – Centre de connaissance.

OFDT (2017). Chemsex, slam. Renouvellement des usages de drogues en contextes sexuels parmi les HSH. Théma Trend, Paris

OFDT (2018). *Synthèse thématique : médicaments psychotropes*, URL : https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/medicaments-psychotropes/

Obradovic, I. (2010). L'influence du genre ? Les usages féminins de cannabis au sein du public des «consultations jeunes consommateurs». Psychotropes, vol. 16,(2), 85-105. doi:10.3917/psyt.162.0085.

Obradovic I. (2016). «Législations relatives à l'usage et à la détention de cannabis : définitions et états des lieux en Europe», Note n°2016-01, OFDT, Saint-Denis, URL : http://www.mondialisations.org/medias/pdf/legislationcannabiseurope.pdf

Obradovic I. (2018) «La légalisation du cannabis au Canada. Genèse et enjeux de la réforme», Note n°2018-04, OFDT, Saint-Denis. URL : https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxioya.pdf

Obradovic, I. et Beck, F. (2013). Jeunes femmes sous influence : Une féminisation du public reçu pour usage de cannabis dans les dispositifs d'aide ?. *Travail, genre et sociétés*, 29,(1), 105-127. doi:10.3917/tgs.029.0105.

Observatoire Belge des Inégalités (2015). Vivre pauvre, c'est aussi vivre moins longtemps, 7 décembre, Url : http://inegalites.be/Vivre-pauvre-c-est-aussi-vivre

Observatoire de la santé et du social de Bruxelles (2017). *Baromètre social. Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté*. COCOM : Bruxelles.

OMS (s.d.). "Management of substance abuse. Cannabis", who.int, URL : https://www.who.int/substance_abuse/facts/cannabis/en/

OMS (1999). *WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons*. Geneva: Organisation mondiale de la santé.

OMS (2007). *Health in prisons : a WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

OMS (2013). *Health 2020 : Un cadre politique européen à l'appui des actions pangouvernementales et pansociétales en faveur de la santé et du bien-être*. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.

OMS (2014a). "Community management of opioid overdose", Geneva.

OMS (2014b). *Aspects économiques des déterminants sociaux de la santé et des*

inégalités en santé. Genève : Organisation mondiale de la santé.

OMS et UNODC (2013). "Opioid overdose : preventing and reducing opioid overdose mortality", *Discussion paper UNODC/WHO*, New York.

OMS, UNODC, and UNAIDS (UN Joint Programme on HIV/AIDS) (2004) "Substitution Maintenance Therapy in the Management of Opioid Dependence and HIV/AIDS Prevention", Geneva. URL : http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Position%20Paper%20sub.%20maint.%20therapy.pdf

Open Society Foundations (2016) "The economics of the drug war: unaccounted costs, lost lives, missed opportunities", New York.

Origer, A. (2016). *Surdoses et inégalités sociales. Mieux comprendre les décès liés à l'usage de drogues pour mieux agir*. Academia – L'Harmattan : Louvain-la-Neuve.

Paquin, P. (2017) «La légalisation du cannabis, une avancé en santé publique», AIDQ.org, URL : https://aidq.org/blogue/legalisation-cannabis-avancee-sante-publique

Parada, M., Corral, M., Mota, N., Crego, A., Holguín, S.R., & Cadaveira, F. (2012). Executive functioning and alcohol binge drinking in university students, *Addictive Behaviors*, 37, 167-172.

Pergolizzi Jr., J.V., LeQuang, J.A., Taylor Jr., R., Raffa, R.B. (2018). «Going beyond prescription pain relievers to understand the opioid epidemic: the role of illicit fentanyl, new psychoactive substances, and street heroin», *Postgrad Med*. 130 (1): 1–8.

Phua J. et al (2017) "Celebrity-endorsed e-cigarette brand Instagram advertisements: Effects on young adults' attitudes towards e-cigarettes and smoking intentions", *Journal of Health Psychology*, 1–11

Pieters J. Italiano P., Offermans A.-M. et Hellemans S. (2010). *Les expériences des femmes et des hommes en matière de violence psychologique, physique et sexuelle*, Institut pour l'égalité des femmes et des hommes.

Pisanti, S., Malfitano, A.M., Ciaglia, E., Lamberti, A., Ranieri, R., et al., (2017). Cannabidiol: State of the art and new challenges for therapeutic applications. *Pharmacology & Therapeutics*, 175, 133-150.

Pompidou Group (2017). «Costs and unintended consequences of drug control policies. Report by the expert group on possible adverse effects and associated costs of drug control policies», Council of Europe.

Race K., Lea T., Murphy D., Pienaar K. (2016) The future of drugs: recreational drug use and sexual health among gay and other men who have sex with men. Sexual Health, doi :10.1071/SH16080.

Radwan MM, ElSohly MA, El-Alfy AT, Ahmed SA, Slade D, Husni AS, Manly SP, Wilson L, Seale S, Cutler SJ, Ross SA. (2015) "Isolation and Pharmacological Evaluation of Minor Cannabinoids from High-Potency Cannabis sativa", *J Nat Prod*, Jun26; 78(6): 1271-6.

Raedemaeker, A.-F. et Van Cutsem, M. (2012). *Rapport final du 22 mai 2017. Elaboration d'indicateurs contextuels, d'indicateurs d'activité de services, d'un rapport d'activité et d'un dossier individuel standardisé du bénéficiaire*, 22 mai, Url : http://www.pfb.irisnet.be/documents/compte-rendu-de-la-seance-pleniere-du-6-octobre-2017-annexe-1

Raja, M. & Azzoni, A. (2004). Suicide attempts: differences between unipolar and bipolar patients and among groups with different lethality risk. *Journal of Affective Disorders*, 82, 437-442.

Ravert, R.D., Schwartz, S.J., Zamboanga, B.L., Kim, S.Y., Weisskirch, R.S., & Bersamin, M. (2009). Sensation seeking and danger invulnerability: Paths to college student risk-taking, Personality and Individual Differences, 47, 763–768.

Rehm, J., Room, R., van den Brink, W., & Kraus, L. (2005). Problematic drug use and drug use disorders in EU countries and Norway: An overview of the epidemiology, *European Neuropsychopharmacology*, 15, 389-397.

RESPADD (2016) Chemsex. Livret d'information pour les professionnel[le]s et les intervenant[e]s de santé. Paris, 16 p.

Rhodes, A., Bethell, J., Spence, J., Links, P., Streiner, D., & Jaakkimainen, L. (2008). Age-sex differences in medicinal self-poisonings: A population-based study of deliberate intent and medical severity. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 642-652.

Ridder, K. (2015). Usager de drogues à haut risques. In Plettinckx, E., Antoine, J., Blanckaert, P., De Ridder, K., Vander Laenen, F., Laudens, F., Casero, L. & Gremeaux, L. (2014). Rapport national sur les drogues 2014. Tendances et évolutions. WIV-ISP, Bruxelles.

Ronay, R., & Kim, D.Y. (2006). Gender differences in explicit and implicit risk attitudes: A socially facilitated phenomenon. *British Journal of Social Psychology*, 45, 397-419.

Rouillon, F., Duburcq, A., Fagnani, F. & Falissard, B. (2007). Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison. *Audition publique, textes des experts, Expertise psychiatrique pénale*, 99.

Sacré, C., Daumas, C. & Hogge, M. (2010). *Besoins et offre de services à disposition des usagers de drogues par injection en Région wallonne*. Bruxelles : Eurotox et Modus Vivendi.

Salvi, V. (2016). *La santé et la promotion de la santé des personnes détenues en milieu carcéral*, rapport parlementaire à la demande du Ministre des Travaux publics, de le Santé, de l'Action sociale et du Patrimoine, Monsieur Maxime Prévot. Namur. Url : https://fr.scribd.com/document/330419946/Rapport-parlementaire-de-la-Deputee-Veronique-SALVI

SAMHSA (2016). *Preventing prescription drug misuse. Understanding who is at risk*, Department of Health & Human Services, United States of America, URL : https://www.samhsa.gov/capt/sites/default/files/resources/preventing-prescription-drug-misuse-understanding.pdf

Sapienza, P., Zingales, L., & Maestripieri, D. (2009). Gender differences in financial risk aversion and career choices are affected by testosterone, PNAS, 106, 15268-15273.

Sasse, A., Deblonde, J. Jamine, D., Ost, C., & Van Beckhoven, D. (2017). *Epidémiologie du SIDA et de l'infection au VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2016*. Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique.

SCENIHR (2010). Addictiveness and Attractiveness of Tobacco Additives. Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks.

Shipton, E. A., Shipton, E.I., Shipton, A. J. (2018). «A Review of the Opioid Epidemic: What Do We Do About It?». Pain and Therapy. Springer Healthcare : 1–14.

Simoni-Wastila L. et Strickler G. (2004) «Risk factors associated with problem use of prescription drugs, *American Journal of Public Health*, vol. 94, n°2, URL : https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.94.2.266

Single et al. (2004) "International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse", 2nd ed. Geneva: World Health Organization.

SPF Economie (2018). Baromètre de la société d'information 2018. Bruxelles : Service public fédéral Economie.

Spigner, C., & Hawkins, W.E. (1993). *Gender differences in perception of risk associated with alcohol and drug use among college students*. Women & Health, 20, 87-97.

Spilka et al (2018) «Tabagisme et paquet de cigarettes : opinions des adolescents de 17 ans», *Tendances*, n°125, OFDT.

Spooner, C. (1999). Causes and correlates of adolescent drug abuse and implications for treatment. *Drug and Alcohol Review*, 18,453-475.

Spooner, C. et Hetherington, K. (2004). *Social determinants of drug use*. National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales.

Strang, J., Bird, S. M. and Parmar, M. K. (2013). "Take-home emergency naloxone to prevent heroin overdose deaths after prison release: rationale and practicalities for the N-ALIVE randomized trial", *Journal of Urban Health* 90, pp. 983–996.

Strathdee, S.A., & Vlahov, D. (2001). The effectiveness of needle exchange programs: A review of the science and policy, *AIDScience*, 1, 1-11.

Stuart D. (2014). "Chemsex; a working definition", 56 Dean Street multidisciplinary approach, URL : https://www.academia.edu/12231143/ChemSex_a_working_definition

Stuart D. (2016). "Chemsex deserves a non-alarmist, but proportionate health response", Abbildung 1:56 Dean Street multidisciplinary approach.

Stuart D. (2016). "A chemsex crucible: the context and the controversy", *J Fam Plann Reprod Health Care*,0:1–2. doi:10.1136/jfprhc-2016-101603

Stuart D. (2017). "Polu drug use, chemsex drug use, and associations with sexual risk behaviour in HIV-negative men who have sex with men attending sexual health clinic", *International Journal od Drug Policy*, 43, 33-43.

Swiss Society of Addiction Medecine (2016). *Déni de méthadone en prison : Contribution cruciale de la cour européenne des droits de l'homme à l'accès aux soins des personnes détenues dépendantes des opioïdes*. Url: http://www.ssam.ch/SSAM/fr/node/841.

Szalavitz, M. (2016). *Addictions are harder to kick when you're poor. Here's why*, Theguardian.com, 1er juin, Url : https://www.theguardian.com/commentisfree/2016/jun/01/drug-addiction-income-inequality-impacts-recovery

Thomas, D. L., Vlahov, D., Solomon, L., Cohn S., Taylor, et al. (1995). Correlates of hepatitis C virus infections among injection drug users. *Medicine*, 74, 212-220.

Thompson, B.L., Levitt, P., & Stanwood, G.D. (2009). Prenatal exposure to drugs: effects on brain development and implications for policy and education. *Nature Review Neurosciences*, 10, 303-312.

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

Tomida I., Azuara-Blanco A., House H., Flint M., Pertwee R.G., Robson P.J. (2006). "Effect of sublingual application of cannabinoids on intraocular pressure: a pilot study", *J Glaucoma*, Oct;15(5):349-53.

Toro F. (1998) «L'évacuation du plaisir : une question de rentabilité ?», *Les Cahiers de prospective jeunesse*, vol. 3, n° 4, p. 20.

Torrens, M., Mestre-Pintó, J.-I., & Domingo-Salvany, A. (2015). *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Tortu, S., McMahon, J. M., Pouget, E. R., & Hamid, R. (2004). Sharing of noninjection drug-use implements as a risk factor for Hepatitis C. *Substance Use and Misuse*, 39, 211-224.

Union nationale des mutualités socialistes (2014). *Accessibilité financière aux soins de santé*. Bilan et priorités de Solidaris, 18 février.

UNODC (n.d.), *Drug dependence treatment. Interventions for drug users in prison*.

UNODC (2004). Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned. New York: United Nations.

UNODC (2011). *World drug report 2011*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.

UNODC (2013). The challenge of new psychoactive substance – A report from the Global SMART Programme. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime.

UNODC (2015). *World drug report 2015*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.

UNODC (2018). *World drug report 2018*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.

UNODC (2016). Guidelines on drug prevention and treatment for girls and women, Vienna.

Valenzuela, C.F. (1997). Alcohol and neurotransmitter interactions. *Alcohol health & Research World*, 21, 144-148.

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

Van Acker J. (2017). «Plan chem? Plan slam? Les plans "sous prod". Une recherche exploratoire sur le chemsex par les gays, bisexuels et autres HSH dans la Région de Bruxelles-Capitale», Observatoire du sida et des sexualités, Université de Saint Louis.

Van Kempen, P.H.M.C. et Fedorova, M. (2016). *International recht en cannabic. Regulering van cannabisteelt en -handel voor recreatief gebruik: positieve mensenrechtenverplichtingen versus VN-drugsverdragen*. Wolters Kluwer.

Vander Laenen, F., De Ruyver, B., Christiaens, J, & Lievens, D. (2011). *Drugs in cijfers III, Onderzoek naar de overheidsuitgaven voor het drugbeleid in België*. Gent: Academia Press.

Vander Laenen F., De Ruyver B, Decorte, T. Nicaise, P., De Maeyer, J., Smith P., van Puyenbroek L., et Favril L., (2017) «Etude de faisabilité des salles de consommation de drogues à moindre risque en Belgique (DRUGROOM) : résumé. Bruxelles : Politique scientifique fédérale.

Van der Linden, T., Antoine, J., Blanckaert, P., van Bussel, J.C.H. (2012). *Les nouvelles substances psychoactives en Belgique :*

Analyse des données d'enregistrement du système belge d'alerte précoce relatif aux drogues (Early Warning System for Drugs). Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique.

Van Kempen, P.H.M.C. et Fedorova, M. (2016). *International recht en cannabic. Regulering van cannabisteelt en -handel voor recreatief gebruik: positieve mensenrechtenverplichtingen versus VN-drugsverdragen*. Wolters Kluwer.

Van Oyen, H., Deboosere, P., Lorant, V., & Charafeddine, R. (2010). *Les inégalités sociales de santé en Belgique*. Gent : Academia Press.

Värnik, A., Kõlves, K., van der Feltz-Cornelis, C. M., Marusic, A., Oskarsson, H. et al. (2008). Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the «European Alliance Against Depression". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 545-551.

VIAS (2019). Enquête nationale d'insécurité routière. Bruxelles: Institut VIAS.

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

Wells, L.E., & Weisheit, R.A. (2004). Patterns of rural and urban crime: A county level comparison, *Criminal Justice Review*, 29, 1-22.

Werb, D., Rowell, G., Guyatt, G., Kerr, T., Montaner, J., Wood, E. (2011). Effect of drug law enforcement on drug market violence: A systematic review. *International Journal of Drug Policy*, 22, 87-94.

Werb, D., Kerr, T., Nozik, B., Strathdee, S., Montaner, J., Wood, E. (2013). The temporal relationship between drug supply indicators: an audit of international government surveillance systems. *British Medical Journal Open*, 3, 1-9.

WHO (2017). Cannabidiol (CBD). Pre-Review report. Luxembourg: World Health Organization.

WHO (2004). Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Evidence for action technical papers. Geneva: World Health Organization.

WHO (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. Luxembourg: World Health Organization.

Wicki, M., Kuntsche, E., & Gmel, G. (2010). Drinking at European universities? A review of students' alcohol use. *Addictive Behaviors*, 35, 913-924.

Winstock, A., R. (2014). Global Drug Survey 2014. https://www.globaldrugsurvey.com/past-findings/the-global-drug-survey-2014-findings/

Winstock, A., R., Ferris, J., Maier, L., & Barratt, M. (2017). Global Drug Survey 2016. Early results of the headline findings from Belgium.

WIV-ISP (2013). *Enquête de santé 2013. Rapport 3 : utilisation des services de soins de santé et des services sociaux*, Url : https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/AC_FR_2013.pdf

Wood, M.D., Read, J.P., T.P., Palfai & Stevenson, J.F. (2001). Social influence processes and college student drinking: the mediational role of alcohol outcome expectancies. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 32–43.

Yee, N. (2007). "Motivations of Play in Online Games", *Journal of CyberPsychology and Behavior*, 9, 772-775., URL : http://www.nickyee.com/pubs/Yee%20-%20Motivations%20(2007).pdf

Zinberg, N. E. 1984, *Drug, Set and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. Yale University Press, New Haven.

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

EUROTOX ASBL | OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL-DROGUES | **JANVIER 2019**

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

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

eurotox

AVEC LE SOUTIEN DE LA WALLONIE

Wallonie
familles santé handicap
AVIQ