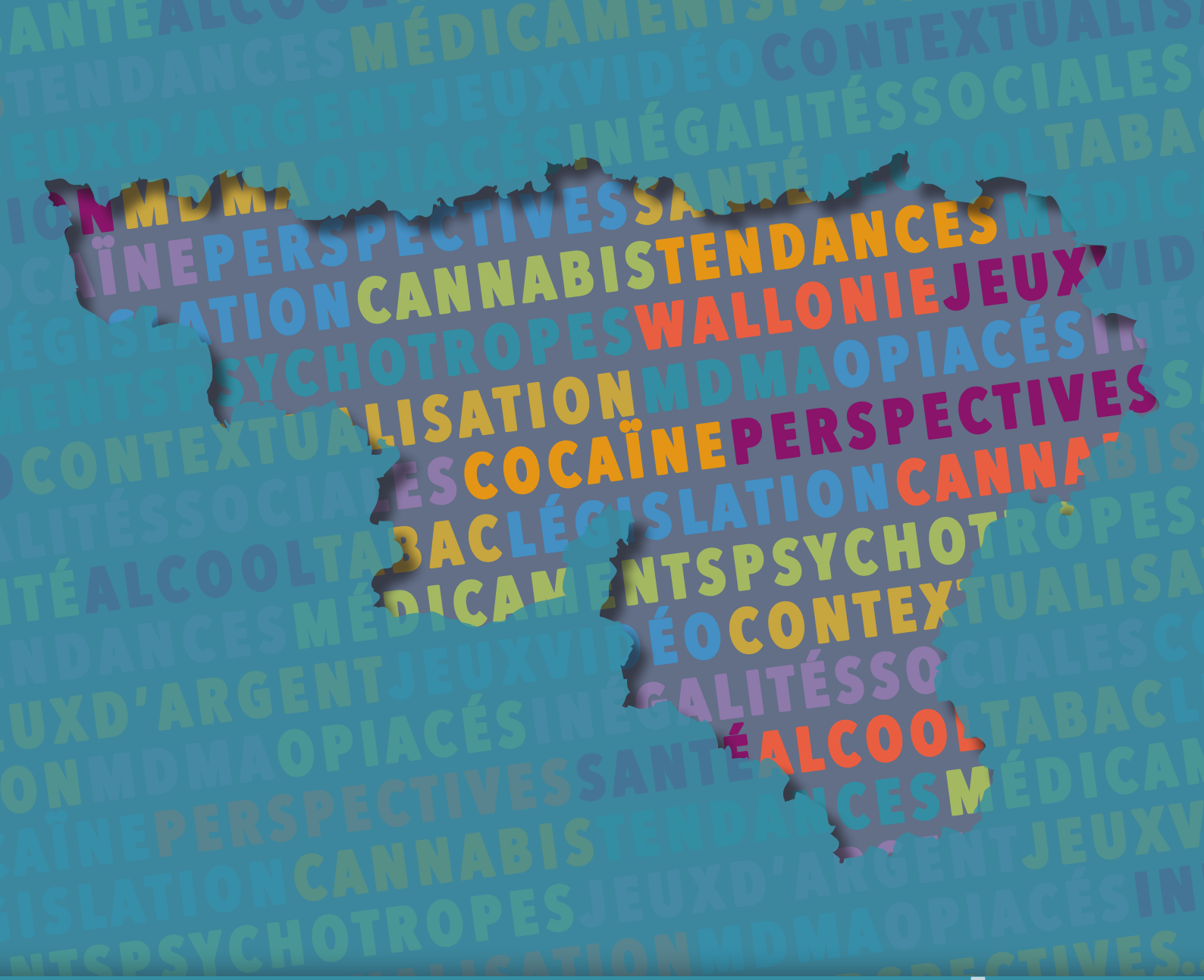


TABLEAU DE BORD DE L'USAGE DE DROGUES ET SES CONSÉQUENCES SOCIO-SANITAIRES EN WALLONIE

2019

Clémentine Stévenot et Michaël Hogge

eurotox

EUROTOX ASBL | OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL-DROGUES | **JANVIER 2020**

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

2019

Auteurs
Clémentine Stévenot et
Michaël Hogge

Sous la coordination de
Lucia Casero

Citation recommandée
Stévenot, C. & Hogge, M. (2020). Tableau de bord de l'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaires en Wallonie. Bruxelles : Eurotox asbl.

Dépot légal
D/2020/10.063/1
Janvier 2020

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

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
1.1.2. Cadre international 9
1.2. DROGUES ILLICITES : LE CADRE LÉGAL ET POLITIQUE FÉDÉRAL 15
1.2.1. Le cadre politique fédéral 15
1.2.2. Le cadre légal fédéral 18
1.2.3. Le système carcéral 23
1.3. LES DÉPENSES PUBLIQUES EN MATIÈRE DE DROGUES 29
1.3.1. Comparaison par pilier 29
1.3.2. Comparaison par substances 30
1.3.3. Les conclusions de l'étude 30
1.4. L'HÉRITAGE DE LA 6E RÉFORME DE L'ÉTAT ET LA COOPÉRATION FRANCOPHONE 31
1.4.1. La 6e réforme et les accords de la «Sainte-Emilie» 31
1.5. MODIFIER LES POLITIQUES «DROGUES» : LES INITIATIVES DE LA SOCIÉTÉ CIVILE 32
1.5.1. La société civile européenne condamne la Belgique pour sa politique drogues 32
1.5.2. Proposition de consultation de la société civile au sein de la Cellule Générale Politique Drogues (CGPD) 33
1.5.3. La campagne internationale Support. Don't punish (Soutenez. Ne punissez pas) 33
1.5.4. La campagne nationale «Stop 1921» 33
1.5.5. La proposition de loi du Centre d'Action Laïque 33
1.6. ÉTAT DES LIEUX DE LA RÉGULATION DU CANNABIS ET DES AUTRES DROGUES ILLICITES DANS LE MONDE 34
1.6.1. Le coût de la prohibition 36
1.6.2. Des contraintes internationales ? 36
1.6.3. Le modèle américain 38
1.6.4. Régulation du cannabis et des autres drogues, une avancée de santé publique 40

2 LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES **42**

2.1. DÉCLARATION DE POLITIQUE DE LA FWB 2019-2024 42
2.2. PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE 42
2.3. LUTTE CONTRE LE DOPAGE 43

3 LE CONTEXTE WALLON 46

3.1. DÉCLARATION DE POLITIQUE GÉNÉRALE POUR LA WALLONIE 2019-2024 46
3.2. L'AGENCE POUR UNE VIE DE QUALITÉ (AVIQ) 47
3.2.1. Subventions facultatives annuelles 47
3.2.2. Contrat de gestion 47
3.2.3. Mise en place du conseil de stratégie et de prospective 49
3.3. LA POLITIQUE WALLONNE DE PROMOTION DE LA SANTÉ 49
3.3.1. Le décret de promotion de la santé 49
3.3.2. Le Plan wallon de prévention et de promotion de la santé (WAPPS) 51
3.3.3. Le dispositif wallon de prévention et de gestion du tabagisme 2018-2030 53
3.3.4. Le Plan wallon alimentation et activité physique 55
3.3.5. Les protocoles d'accord 55
3.3.6. Le Mémorandum des Fédérations bruxelloise et wallonne de promotion de la santé 55
3.4. LE PLAN DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ 2015-2019 57
3.5. DÉCRET «ASSUÉTUDE» DE LA RÉGION WALLONNE 57
3.6. PLAN DROGUES ET ALCOOL DE CHARLEROI 59
3.7. LES DISPOSITIFS DE SANTÉ MENTALE EN WALLONIE 60
3.7.1. Réforme «psy 107» 60
3.7.2. Des repères pour une politique wallonne de santé mentale 61
3.7.3. Modification des dispositions du Code wallon de l'action sociale et de la santé, relatives aux services de santé mentale 61
3.8. CRÉATION DE SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE 62
3.8.1. De l'efficacité des SCMR 63
3.8.2. Des SCMR en Wallonie 63
3.8.3. Conclusion 65

4 L'USAGE DE DROGUES ET LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ 66

4.1. INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ET USAGES DE DROGUES 66
3.1.1. La répartition des risques liés à l'usage de drogue au sein de la population 67
3.1.2. Les conséquences du contexte prohibitionniste 69
4.2. LE CONTEXTE PROHIBITIONNISTE À LA LUMIÈRE DES DROITS HUMAINS 70
4.2.1. Les droits humains des usager·es de drogues 70
4.2.2. Le droit à la santé des usager·es de drogues 72

5 LES PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES 74

5.1. L'ENQUÊTE HIS 74
5.2. L'ENQUÊTE HBSC 75
5.3. LE FLASH EUROBAROMÈTRE 76
5.4. LES DONNÉES PHARMANET 77
5.5. LE RÉSUMÉ PSYCHIATRIQUE MINIMUM 77
5.6. L'INDICATEUR DE DEMANDE DE TRAITEMENT 77
5.7. LE REGISTRE DE LA MORTALITÉ 78
5.8. LES STATISTIQUES POLICIÈRES 79
5.9. L'ENQUÊTE EUROTOX 2019 79

6 ÉTATS DES LIEUX DE LA CONSOMMATION 82

6.1. INTRODUCTION 82

6.2. ÉTAT DES LIEUX PAR PRODUIT 83
6.2.1. L'alcool 83
Le cadre législatif belge 83

Les politiques publiques . . . 84
Les recommandations des expert·e·s . . . 87
La disponibilité et l'offre d'alcool en Belgique . . . 89
L'usage d'alcool dans la population générale . . . 90
L'usage d'alcool chez les élèves de l'enseignement primaire et secondaire . . . 93
L'usage d'alcool chez les jeunes de l'enseignement supérieur . . . 95
Perspectives . . . 96
6.2.2. Le tabac et la cigarette électronique . . . 98
Le cadre législatif du tabac . . . 98
Le cadre législatif de la cigarette électronique . . . 99
Les politiques publiques en matière de tabac . . . 100
Les recommandations des expert·es . . . 102
La disponibilité et l'offre de tabac en Belgique . . . 104
L'usage de tabac et de cigarettes électroniques dans la population générale . . . 104
L'usage de tabac et de cigarettes électroniques chez les élèves de l'enseignement primaire et secondaire . . . 108
Perspectives . . . 110
6.2.3. Les médicaments psychotropes . . . 111
Le cadre législatif belge . . . 111
La disponibilité et l'offre de médicaments psychotropes en Belgique . . . 113
L'usage de médicaments psychotropes dans la population générale . . . 113
L'usage d'opioïdes dans la population générale . . . 115
L'usage de médicaments psychotropes chez les élèves de l'enseignement secondaire . . . 116
L'usage de médicaments psychotropes chez les jeunes de l'enseignement supérieur . . . 116
L'usage de médicaments psychotropes chez les usager·es de drogues en Belgique francophone . . . 117
Perspectives . . . 117
6.2.4. Le cannabis . . . 120
Le cadre législatif belge . . . 120
Le cannabis thérapeutique . . . 124
Les politiques publiques . . . 127
Le contexte associatif . . . 128
La disponibilité et l'offre de cannabis . . . 129
L'usage de cannabis dans la population générale . . . 131
L'usage de cannabis chez les élèves de l'enseignement secondaire . . . 133
Les motivations à l'usage de cannabis en Belgique . . . 134
L'usage de CBD en Belgique . . . 135
Perspectives . . . 135
6.2.5. Les autres drogues illicites (héroïne, cocaïne, amphétamines, MDMA, LSD…) . . . 136
Le cadre législatif belge . . . 136
Naloxone : réduire les overdoses d'opioïdes . . . 137
La disponibilité et l'offre des autres drogues illicites en Belgique . . . 141
L'usage des autres drogues illicites dans la population générale . . . 145
L'usage des autres drogues illicites chez les élèves de l'enseignement secondaire . . . 146
L'usage des autres drogues illicites chez les usager·es de drogues en Belgique francophone . . . 148
Perspectives . . . 149
6.2.6. Les nouvelles substances psychoactives (NSP) . . . 150
Le cadre législatif . . . 150
La disponibilité et l'offre de NSP en Belgique . . . 151
L'usage des nouvelles substances psychoactives dans la population générale . . . 153
L'usage des nouvelles substances psychoactives chez les jeunes . . . 154
L'usage des nouvelles substances psychoactives chez les usager·es de drogues en Belgique francophone . . . 155
Perspectives . . . 156
6.2.7. La polyconsommation . . . 158
La polyconsommation dans la population générale . . . 159
La polyconsommation chez les jeunes . . . 160
6.2.8. Les usages de jeux de hasard et d'argent . . . 161
Le cadre législatif des jeux de hasard et d'argent . . . 161
Le cadre européen . . . 165
Les recommandations des expert·es . . . 165

La disponibilité et l'offre des jeux de hasard et d'argent en Belgique . . . 166
Les usages de jeux de hasard et d'argent dans la population générale . . . 168
Les usages de jeux de hasard et d'argent chez les jeunes . . . 169
Perspectives . . . 170
6.2.9. Les usages des technologies de l'information et de la communication (TIC) : jeux vidéo, smartphone et Internet . . . 172
Le cadre législatif des TIC et des jeux vidéo . . . 173
La disponibilité des TIC en Belgique . . . 176
Les usages compulsifs des TIC dans la population générale . . . 177
Les usages des TIC chez les jeunes . . . 178
Les usages compulsifs des TIC chez les jeunes . . . 181
Perspectives . . . 181

7 CONSÉQUENCES SANITAIRES ET SOCIALES DE L'USAGE DE DROGUES . . . 184

7.1. INTRODUCTION . . . 184
7.2. LES INFRACTIONS LIÉES À L'ALCOOL ET AUX DROGUES . . . 185
7.2.1. Les infractions liées aux drogues . . . 186
7.2.2. Les infractions liées à l'alcool . . . 188
7.2.3. Les infractions de roulage liées à l'alcool et aux drogues . . . 188
7.2.4. La conduite sous influence d'alcool et les accidents de la route . . . 188
7.2.5. Accidents de la circulation sous l'influence d'alcool et de drogues . . . 192
7.3. LES INTOXICATIONS LIÉES À L'USAGE D'ALCOOL ET DE DROGUES . . . 195
7.3.1. Le projet Euro-DEN PLUS . . . 195
7.3.2. Les données de l'Agence intermutualiste . . . 196
7.3.3. Les intoxications à l'alcool, aux drogues et aux médicaments psychotropes chez les nouveau-nés . . . 197
7.4. LES DEMANDES DE TRAITEMENT POUR UN USAGE PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL OU DE DROGUES . . . 198
7.5. LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS . . . 208
7.6. LES PRISES EN CHARGE DANS LES SERVICES DE PSYCHIATRIE AVEC DIAGNOSTIC D'USAGE PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL OU DE DROGUES . . . 210
7.7. L'INFECTION AU VIH ET AUX HÉPATITES B ET C CHEZ LES USAGER·ES DE DROGUES . . . 212
7.7.1. Le registre belge des infections au VIH et des malades du sida . . . 213
7.7.2. La prévalence des maladies infectieuses chez les usager·es de drogues . . . 214
7.7.3. Les données issues du dispositif d'accessibilité au matériel d'injection . . . 214
7.8. LA MORTALITÉ EN RAPPORT AVEC LA CONSOMMATION D'ALCOOL, DE DROGUES ET DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES . . . 217
7.9. LE COÛT SOCIAL DES DROGUES . . . 219
7.10. PERSPECTIVES . . . 221

8 FOCUS THÉMATIQUES . . . 224

8.1. LE PROTOXYDE D'AZOTE (GAZ HILARANT) : PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE OU ÉPOUVANTAIL MÉDIATIQUE ? . . . 224
8.1.1. Qu'est-ce que le protoxyde d'azote et quels sont ses effets ? . . . 224
8.1.2. Quels sont les risques liés à l'usage de protoxyde d'azote ? . . . 225
8.1.3. L'usage détourné de protoxyde d'azote est-il en hausse ? . . . 226
8.1.4. Perspectives et recommandations . . . 229
8.2. LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE . . . 230
8.2.1. Le système d'alerte précoce au niveau européen . . . 230
8.2.2. Le système d'alerte précoce au niveau belge . . . 230
8.2.3. Le système d'alerte précoce en quelques chiffres . . . 232
Les NSP détectées en Belgique et en Europe de 2005 à 2018 . . . 232
Les services de testing de produits à destination des usager·es . . . 232
Les alertes précoces diffusées par Eurotox de 2011 à 2019 . . . 235

BIBLIOGRAPHIE . . . 238

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 et actrices 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 presque 20 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·es 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·es 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 6e réforme de l'État, nous avons également pris la décision de régionaliser cette publication.

L'équipe d'Eurotox a ainsi le plaisir de présenter son second 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 droits humains des usager·es de drogue. 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 deux autres 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 les conséquences socio-sanitaires des différentes substances psychoactives. Enfin, les focus thématiques porteront sur le protoxyde d'azote et le système d'alerte précoce.

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·es, en particulier Stéphane Leclercq (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 (Stéphanie Ovaere, Davy Teunkens & Christiane Ruiz de Arcaute), à l'Institut Vias (Nina Nuyttens), à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Marc de Falleur), au Sciensano (Jérôme Antoine, Peter Blanckaert, Sabine Drieskens, Lydia Gisle & Els Plettinckx), au Service public fédéral (SPF) Santé publique (Ine Alaerts & Delfien Verhelst), 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 (Robin Drevet), au FARES (Caroline Rasson), au CPAS de Charleroi (Philippe Pironet) 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.

Enfin nous remercions les expertes et experts qui ont contribué à enrichir notre tableau de bord : François Dekeyser (SEPT asbl), Dominique Doumont (UCLouvain/IRSS-RESO), Damien Favresse (CBPS et Groupe UpTIC), l'équipe de permanence d'Infor-Drogues, Ingrid Glusmann (CAL/Luxembourg asbl), Ariane Lakaye (Hôpital universitaie de jour La Clé), Philippe Pironet (CPAS Charleroi), Laurence Przylucki (Le Comptoir asbl), et Jochen Schrooten (VAD).

1

LE CADRE INTERNATIONAL ET FÉDÉRAL

1.1

CADRE EUROPÉEN ET INTERNATIONAL

N.B. : Les cadres légaux et politiques spécifiques à certaines drogues (notamment le cannabis) sont répartis dans les chapitres qui leur sont dédiés.

Les Conventions internationales des Nations Unies dessinent depuis le début du 20e siècle les politiques prohibitionnistes des pays signataires. Les stratégies nationales et internationales mises en place ont été largement de l'ordre du contrôle et de la répression depuis lors. Malgré le constat à travers le globe de l'échec de pareil paradigme, la légalisation du cannabis dans plusieurs pays et les avancées de la session spéciale de l'Assemblée générale des Nations-Unies (UNGASS) de 2016, les Conventions internationales et les stratégies des Nations Unies n'ont connu que peu de modifications. La stratégies «drogues» des Nations Unies a d'ailleurs été reconduite jusque 2029, et ce, même son évaluation n'abonde pas en ce sens (voir chapitre 1.1.2).

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·es problématiques, en portant une attention particulière aux communautés vulnérables (détenu·es, LGBT[2], jeunes, migrant·es et réfugié·es, travailleuses et travailleurs du sexe, sans-abris, les personnes séropositives ou vivant avec le SIDA), aux questions de genre, aux usager·es vieillissants, et à la polyconsommation

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.

(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 ;
› 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'implémentation 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.

1.1.2. CADRE INTERNATIONAL

CONVENTIONS INTERNATIONALES

L'identification des drogues comme une problématique sociale est relativement récente et remonte au début du 20e 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).

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).

N.B. : En 2019, l'Organisation mondiale de la santé a invité les Nations-Unies à modifier la classification faite du cannabis et des substances extraites de la plante de cannabis au sein des Conventions internationales de 1961 et 1971. Le vote relatif aux recommandations de l'OMS a été postposé à 2020. Pour davantage de détails, voir chapitre 6.2.4.

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

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).

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) :

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)

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 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 tableau). 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).

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.

AVANCÉES ET LACUNES DU DOCUMENT FINAL DE L'UNGASS 2016

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 de 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

SEGMENT MINISTÉRIEL DE 2019

Dans l'optique de la date butoir de 2019, un segment ministériel a été organisé en mars 2019, lors de la 62e session de la Commission of Narcotic Drugs (CND)[8]. L'objectif central de ce segment ministériel était 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 était 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

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 62e 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. 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.

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 des 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, il était opportun de mener une évaluation des éventuels progrès accomplis depuis 2009 et de l'adéquation de la stratégie des Nations-Unies avec leurs objectifs. Celle-ci s'est notamment basée sur les rapports de l'UNODC portant sur les progrès réalisés par les États membre dans l'application de la Déclaration politique et du Plan d'action de 2009, le Rapport mondial sur les drogues de l'UNODC et les rapports annuels de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (INCB). La société civile internationale a quant à elle procédé à sa propre évaluation (voir ci-après).

Suite au segment ministériel de mars 2019, les États membres ont approuvé et publié leur Déclaration ministérielle 2019 «Renforcement des actions que nous menons aux niveaux national, régional et international, pour accélérer la mise en œuvre de nos engagements communs à aborder et combattre le problème mondial de la drogue». Comme son titre le laisse présager, les Nations Unies ont décidé de poursuivre et réaffirmer les positions et actions prises au cours de la dernière décennie (depuis la Déclaration et le Plan d'action de 2009 jusqu'au document final de l'UNGASS 2016). Les États membres confirment également la place fondatrice des Conventions internationales de 1961, 1971 et 1988 dans l'effort international pour le contrôle des drogues. La Déclaration de 2019 tire plusieurs conclusions des éléments d'évaluation des politiques et actions de lutte contre le «problème mondial des drogues». D'abord, les États membres saluent les «progrès tangibles» dans la mise en œuvre des engagements pris en 2009, y compris une meilleure compréhension du problème, l'élaboration et l'application de stratégies nationales, des échanges d'informations plus intenses et le renforcement des capacités des autorités nationales compétentes.

La Déclaration ministérielle souligne et s'inquiète cependant de nombreux défis persistants et nouveaux liés au problème mondial des drogues, dont :

- L'expansion et la diversification tant de l'éventail des drogues disponibles que des marchés de la drogue
- Les niveaux records atteints par la culture illicite de plantes dont on tire des drogues et la production, la fabrication et l'abus de stupéfiants et de substances psychotropes, ainsi que par le trafic illicite de ces substances et des précurseurs, et l'augmentation de la demande illicite de précurseurs et de leur détournement au niveau national
- Le fait que la disponibilité des substances soumises à contrôle international qui sont destinées à des fins médicales et scientifiques, notamment au soulagement de la douleur et aux soins palliatifs, reste limitée voire nulle dans de nombreuses parties du monde
- L'insuffisance persistante des services de santé et de traitement de la toxicomanie au regard des besoins, et l'augmentation des décès liés à l'usage de drogues
- Les taux toujours élevés de transmission du VIH, du virus de l'hépatite C et d'autres maladies à diffusion hématogène associées à l'usage de drogues, notamment, dans certains pays, à l'usage de drogues par injection
- Le niveau alarmant atteint par les effets sanitaires nocifs et les risques associés aux nouvelles substances psychoactives
- Les risques grandissants que présentent les opioïdes synthétiques et l'usage non médical de médicaments soumis à ordonnance pour la santé et la sécurité publiques, ainsi que les problèmes d'ordre scientifique, juridique et réglementaire qu'ils posent, notamment pour ce qui est du classement des substances
- L'augmentation de l'utilisation abusive des technologies de l'information et de la communication pour mener des activités illicites en rapport avec la drogue
- La nécessité d'accroître la disponibilité de données fiables sur les différents aspects du problème mondial de la drogue et d'en étendre la couverture géographique
- Le défi que les mesures non conformes aux trois conventions internationales relatives au contrôle des drogues et non respectueuses des obligations découlant du droit international des droits de la personne représentent pour la mise en œuvre des engagements communs suivant le principe d'une responsabilité commune et partagée.

La Déclaration ministérielle se clôture sur la décision d'examiner au sein de la CND, en 2029, les progrès accomplis dans la mise en œuvre des engagements pris en matière de drogues ; un examen de mi-parcours devrait être réalisé en 2024, également au sein de la CND.

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

N.B. : La chapitre 1.6.1 fait le point sur le coût et les conséquences sociosanitaires du paradigme prohibitionniste au niveau international. Nous invitons également le lecteur ou la lectrice à se référer au chapitre 7.9 portant sur le coût social des drogues en Belgique.

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[9]. Au-delà de la poursuite du débat international sur la légalisation du cannabis, la polarisation politique de plusieurs pays ne permettait 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

9 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 [10]	› 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·es 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·es 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

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·es de drogues (entre 6.000 et 20.000 exécutions extrajudiciaires ont été perpétrées depuis 2016 aux Philippines, selon les estimations ; IDPC, 2018). 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.

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

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 (voir tableau ci-dessus).

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·es 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·es 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 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 avait donc formulé 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) Refléter les 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·es 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.

Force est de constater cependant que ces recommandations n'ont guère été prises en considération puisque les États membres ont décidé en 2019 de poursuivre les stratégies menées jusque maintenant (voir supra).

STRATÉGIES MONDIALES DU SECTEUR DE LA SANTÉ CONTRE LE VIH ET L'HÉPATITE VIRALE 2016-2021

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié deux documents portant, d'une part, une stratégie mondiale contre le VIH et, d'autre part, une stratégie mondiale contre l'hépatite virale (y compris le VHB et le VHC) sur la période 2016-2021.

Les épidémies de VHC liées à la consommation de drogues par injection touchent toutes les régions du monde et l'OMS estime que 67 % des usager·es de drogues par injection (UDI) sont infectés à travers le monde.

Chaque pays est invité à édifier un programme national comprenant les prestations essentielles de santé afin de réduire voire éliminer les infections au VIH et VHC/VHB. L'OMS estime que les stratégies de prévention, traitement et prise en charge de l'infection au VIH et de l'hépatite virale chez les UDI doivent comprendre :

› Des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues stériles ;

- Des thérapies de substitution des opioïdes et autre traitement de la dépendance (l'OMS appelle à être vigilants envers les usager·es problématiques de cocaïne et de stimulant, puisqu'ils·elles ne peuvent bénéficier de traitements de substitution) ;
- Le dépistage du VIH et conseil ;
- Le traitement antirétroviral pour les personnes vivant avec le VIH ;
- La prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles ;
- La distribution de préservatifs aux personnes qui s'injectent des drogues et à leurs partenaires sexuel·les ;
- L'information, éducation et communication à l'intention des personnes qui s'injectent des drogues et de leurs partenaires sexuel·les ;
- La vaccination, diagnostic et traitement de l'hépatite virale ;
- La prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose ;
- La prévention et prise en charge des overdoses.

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 actuellement.

Le pouvoir fédéral est chargé de plusieurs compétences relatives aux drogues légales et illégales. Si la 6e Réforme de l'État a transféré les compétences en matière de prévention, réduction des risques, soins de santé (y compris mentale) et promotion de la santé, ainsi que certaines compétences en soins de santé vers les Communautés et Régions, le Fédéral conserve des compétences liées à la santé, à la sécurité, à la justice (y compris le système carcéral), à la recherche scientifique et au contrôle des substances psychoactives légales et illégales (y compris les médicaments).

Le niveau fédéral étant compétent en matière de contrôle des substances psychoactives, il édicte les lois et arrêtés royaux auxquels se conforment les entités fédérées (dans le respect de leurs compétences) et les citoyen·nes. Le cadre légal en matière de drogues illégales a connu des changements récents, avec l'adoption de l'arrêté royal du 6 septembre 2017, suivie de la révision de la circulaire du 21 décembre 2015 en 2018, qui comportent leur lot d'insécurité juridique.

1.2.1. LE CADRE POLITIQUE FÉDÉRAL

En 2019 ont eu lieu des élections fédérales et législatives qui ont redessiné le paysage politique régional et risquent fortement d'avoir des répercussions au niveau fédéral, en particulier en matière de drogues ; le Gouvernement fédéral n'a pas encore été formé à l'heure de la rédaction de ces lignes. En vue de la formation du Gouvernement, toutefois, la Cellule générale de politique drogue (CGPD) a formulé une série de recommandations.

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·es 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·es et les usager·es non-problématiques et prévention des nuisances liées à l'usage, 2) réduction des risques, traitement et (ré)intégration des usager·es 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·es ministériel·les 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 6.2.1), le tabac, les jeux de hasard et d'argent, et les salles de consommation à moindre risque (SCMR, voir chapitre 3.8. 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.

Afin d'actualiser la Déclaration conjointe, la CGPD a décidé de financer une évaluation globale de la politique en matière de drogues belge (EVADRUG), par le biais de BELSPO. Cette étude sera menée par l'Université de Gand et celle de Leuven, dès le début de l'année 2019[11].

LA CONFÉRENCE INTERMINISTÉRIELLE SANTÉ PUBLIQUE DU 24 MAI 2019

La CIM Santé publique s'est réunie le 24 mai 2019 et a adopté une série de décisions[12]. En particulier, elle s'est prononcée pour une vision commune des autorités fédérales et fédérées sur la coordination des soins et le *case management*. La coordination des soins est définie comme un processus collaboratif d'évaluation, de planification, d'harmonisation et de défense des intérêts, afin que les options et services répondent aux besoins globaux en soins et aux souhaits de la personne et de son entourage, et ce, par le moyen de la communication et des moyens disponibles.

Lorsque la coordination des soins ne suffit pas, que la personne et son aidant·e proche ne reçoivent pas les soins et le soutien dont ils·elles ont besoin, un·e *case manager* peut être sollicité·e. L'objectif du *case management* est de rétablir et stabiliser la situation de soins du·de la patient·e et la coordination des soins de façon à pouvoir revenir à un processus de soins de qualité. La CIM précise les situations et conditions dans lesquelles il est nécessaire de faire appel à un·e *case manager*, de même que les missions remplies par ce·tte dernier·e.

En matière de réforme des soins de santé en prison, la CIM avait fixé les principes suivants : 1) Équivalence et continuité des soins en milieu carcéral et dans la société libre, 2) Dispensation par des prestataires de soins indépendants de la direction de la prison et de la Justice, et 3) Intégration maximale de la politique de soins de santé pénitentiaires dans une politique de santé plus large et une politique de détention humaine. Des groupes de travail se sont réunis afin de définir les orientations stratégiques ayant pour base ces trois principes ; ces orientations ont été approuvées par la CIM Santé publique. Ces groupes de travail sont désormais chargés d'établir un plan concret.

LES RECOMMANDATIONS DE LA CGPD POUR LA LÉGISLATURE 2019-2024

Lors de la Réunion Thématique Drogues de la CIM Santé publique de 2017, il a été prévu que la CGPD et la Réunion Thématique Drogues formulent des recommandations à l'attention de la prochaine législature, en vue des élections de 2019. Quinze sujets de discussion considérés comme importants dans le contexte d'une future politique globale en matière de drogues ont été épinglés :

1) Poursuivre les travaux pour la mise en place d'une politique globale et intégrée en matière d'alcool, afin de réduire substantiellement la consommation nocive d'alcool

2) Ancrer structurellement dans la législation et les financements existants les unités de crise dans les hôpitaux généraux et psychiatriques pour personnes en situation de crise psychique et/avec un problématique de consommation

3) Ancrer structurellement dans la législation et les financements existants les unités intégrées dans les hôpitaux psychiatriques pour personnes présentant un double diagnostic (consommations de substances et santé mentale)

4) Offrir un cadre plus durable pour les salles de consommation à moindre risque, compte tenu des résultats de l'étude scientifique sur le sujet (i.e. DRUGROOM) et des expériences et résultats de la salle ouverte à Liège

5) Maintenir l'échange d'informations renforcé sur la politique en matière de médicaments psychotropes et développer des synergies entre les services compétents aux niveaux régional et fédéral

6) Élaborer des actions plus ambitieuses et mieux coordonnées ; quelques points méritent une attention particulière, notamment l'âge minimum d'achat, la vente de tabac dans les supermarchés et la meilleure organisation des groupes vulnérables vers des programmes de sevrage tabagique

7) Créer de services provinciaux chargés de tester les drogues illicites, afin notamment d'optimiser le système d'alerte précoce belge

8) Mettre en œuvre une règlementation coordonnée et d'un plan d'implémentation, assorti d'un financement adéquat, en matière de traitements de substitution

9) Analyser d'avantage le problème des jeux de hasard et d'argent, sous toutes ses dimensions, en vue d'une politique plus adéquate répondant à la fois à l'offre et à la demande

10) Élargir les possibilités de prescription et de délivrance de cannabis et de cannabinoïdes à des fins médicales ; définir les conditions préalables à de telles mesures, notamment informer les professionnel·les de santé, les centres spécialisés, les patient·es et la population générale

11) Réviser la politique en matière de cannabis en Belgique, en tenant compte des recherches scientifiques, de l'expertise pratique de tous les secteurs concernés et du contexte international

11 Document «Réalisations 2014-2019 et recommandations pour la prochaine législature» de la CGPD (2019).

12 Voir https://www.health.belgium.be/fr/news/conference-interministerielle-sante-publique-du-24052019

12) Renforcer la politique de prévention, notamment en améliorant l'échange de bonnes pratiques et en investissant des moyens financiers supplémentaires

13) Analyser et optimiser la collecte et l'analyse de données en Belgique en lien avec les indicateurs-clés de la stratégie drogues de l'Union européenne

14) Conserver le Programme fédéral drogues en tant qu'outil efficace pour appuyer les orientations politiques ; renforcer l'implication des entités fédérées dans le choix des thèmes et le cofinancement des études

15) Associer les organisations de la société civile aux travaux de la CGPD.

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·es[13]. Ce dernier a été 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.

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.

13 Du niveau fédéral, des entités fédérées, local, du monde administratif, judiciaire, policier et académique.

LA NOTE-CADRE DE SÉCURITÉ INTÉGRALE 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.

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 :

14 Nous invitons le lecteur ou la lectrice à se référer à notre rapport 2016 pour une analyse critique de la NCSI 2016-2019.

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 mineurs et dans les lieux de vente nocturnes.

- 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·es de drogues et leurs enfants, les minorités ethniques et culturelles, et les détenus. 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

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.

compétence des Communautés et de celle des Régions ;

- Étendre 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 détenus et ex-détenus 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-détenus 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.

1.2.2. LE CADRE LÉGAL FÉDÉRAL

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)		

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

18 Le transfert de la compétence «santé des détenus» 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 détenus et non-détenus. 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.

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 3.8. 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]**	
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**
	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

›

Les circonstances aggravantes
1) Le/la délinquant·e était membre ou dirigeant·e d'une association qui délivre de la drogue ; 2) Les délits ont été commis à l'égard de mineur·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.

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·es 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·es.

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).

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

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 6.2.4)

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).

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. Il faut cependant préciser que l'arrêt royal n'englobe pas ni anticipe toutes substances susceptibles d'être créées ou mises sur le marché ; de plus, la présence de certaines substances dans l'arrêté royal pourrait s'avérer handicapante pour la recherche scientifique ou le bon exercice de la médecine. Certains ajustements, ajouts et retraits, seront dès lors nécessaires à court et long terme.

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. À noter que ce nouvel arrêté royal abroge les arrêtés royaux du 31 décembre 1930 et du 22 janvier 1998.

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.
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·nes 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·es requérant parfois d'importantes quantités pour être stabilisés. Toutefois, le Roi n'est pas compétent pour limiter la liberté de prescrire des médecins.

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 sur le long terme ne serait 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·es 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.

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.
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).

L'arrêté royal de 2017 contient des mesures propres au cannabis, que nous détaillons au chapitre 6.2.4.

Suite à la publication de l'arrêté royal de 2017, un recours en annulation au Conseil d'État a été introduit conjointement par la FEDITO BXL, l'asbl Infor-Drogues, l'asbl Modus Vivendi et deux médecins. Les auteur·es du recours ont soulevé dans un premier temps la non-consultation de la société civile spécialisée lors de l'élaboration de l'arrêté royal, ce qui va à l'encontre des engagements européens de la Belgique. Le recours porte sur plusieurs points d'incertitude, notamment 1) le flou de la législation actuelle en matière de cannabis, qui entraîne une insécurité juridique, 2) l'incertitude quant à la poursuite du dispositif de testing de l'asbl Modus Vivendi (celle-ci n'étant pas reconnue comme laboratoire au sens de l'arrêté royal), et 3) la liberté des professionnel·les de la santé de prescrire des traitements de substitution dans les quantités qu'ils·elles estiment justes (sans devoir se justifier de prescrire des «quantités excessives»). L'audience du Conseil d'État, initialement prévue début 2020, a été reportée ; l'avis du Conseil d'État est donc encore attendu.

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·es 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·es 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·es par colis postal ;
- Les usager·es 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·e) de drogue est toujours criminalisé·e, 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·es, la peur des sanctions pénales et judiciaires, le manque de moyens humains et financiers, et l'assimilation des usager·es 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·es, 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·e magistrat·e ou juge 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 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·rices 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.

L'ARRÊTÉ ROYAL DU 29 JUIN 2003

L'Europe et ses États membres ont mis en place un système d'alerte précoce qui permet le signalement des nouvelles substances psychoactives et/ou de substances en circulation dangereuses pour la santé des usager·es (voir chapitre 8.2 pour davantage de détails). En Belgique, afin d'encadrer la transmission des informations depuis les laboratoires et lieux de soins vers le point focal belge Sciensano (ancien Institut de Santé Publique), puis vers les sous-point focaux régionaux (VAD pour la Flandre, Eurotox pour Bruxelles et la Wallonie), le Gouvernement s'est doté de l'arrêté royal du 29 juin 2003.

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)

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.

Celui-ci a été révisé par la loi dite «sentinelle» adoptée le 7 février 2019 (les modifications de l'arrêté royal du 29 juin 2003 n'étaient pas encore parues au Moniteur belge à l'heure de la rédaction de ces lignes). L'objectif de cette modification est de systématiser et améliorer le rapportage des substances nouvelles et/ou dangereuses en circulation sur le territoire belge.

Dès lors, tout laboratoire disposant d'une autorisation d'activités ou d'une autorisation d'utilisateur final au sens de l'arrêté royal du 6 septembre 2017 a l'obligation de communiquer chaque semaine les résultats des analyses positives révélant la présence de substances stupéfiantes ou de nouvelles substances, et ce, même dans le cadre d'un traitement médical, d'une instruction judiciaire ou d'une enquête judiciaire. De plus, un réseau de signalement des incidents dus à une substance psychoactive devra être créé par arrêté royal, afin de partager les données entre les centres de secours, les services d'urgence, les postes de premiers soins, les laboratoires et le point focal belge. Les échantillons de substances et les incidents seront rapportés via les antennes du point focal (au nombre minimal de quinze).

Cette modification marque une réelle avancée dans le rapportage des substances nouvelles et/ou dangereuses et pourrait constituer une amélioration du système d'alerte précoce. Toutefois, l'arrêté royal, portant sur des compétences fédérales, ne régit pas les relations entre le point focal et les services de testing à l'attention des usager·es qui sont une source centrale d'information[32]. Il ne se prononce pas non plus sur les relations entre le point focal et les sous-points focaux, qui dépendent eux des Communautés et Régions, et sont pourtant des acteurs-clés dans la prévention et réduction des risques puisqu'ils sont les intermédiaires entre le point focal et les intervenant·es de terrain en contact avec les usager·es de drogues.

Pouvoir émettre des alertes précoces à destination des intervenant·es socio-sanitaires et des usager·es est une stratégie de santé publique capitale, dans la mesure où ces alertes permettent d'avertir les usager·es et de réduire le nombre d'intoxications nécessitant une prise en charge aux urgences, ainsi que de réduire le nombre de décès. Pour être utile, il est nécessaire que ce système :
1) soit alimenté de manière rapide et continue par différentes sources, ce qui nécessite d'optimiser le flux d'information (y compris entre les dispositifs de testing, les sous-points focaux et le point focal) ;
2) soit pensé et organisé de manière à ce qu'il puisse remplir efficacement son rôle d'outil de santé publique à destination des intervenant·es de terrain et des usager·es (y compris en renforçant les moyens humains et financiers de dispositifs de prévention et réduction des risques aux niveaux fédéral, régional et local).

32 Actuellement le seul dispositif existant est celui de l'asbl Modus Vivendi.

1.2.3. LE SYSTÈME CARCÉRAL

La Belgique compte actuellement 35 prisons : 17 dans le Nord du pays, 16 au Sud et 2 à Bruxelles[33]. En 2016, la capacité moyenne journalière de l'ensemble de ces établissements s'élevait à 9.231 places. Toutefois, les prisons belges ont accueilli une moyenne journalière de 10.471 personnes (SPF Justice, 2018).

Sur cette moyenne de 10.471 personnes détenues, on compte 35 % de personnes prévenues, 55 % de personnes condamnées, 6 % personnes internées et 1 % d'autres personnes détenues. Le KCE (2017) précise que le nombre de personnes internées a diminué au fil des années et devrait poursuivre dans cette voie avec l'ouverture de nouveaux centres de psychiatrie légale (CPL).

Les prisons enferment notamment les personnes condamnées pour des délits liés aux drogues illicites, dont une grande partie se rapporte à de la simple détention. Tous produits confondus, plus de 70 % des infractions enregistrées (c'est-à-dire les procès-verbaux) au niveau national en 2017 concernent des faits de détention de drogues ; et 20 % se rapportent au commerce et à l'importation/exportation (voir chapitre 7.2). Près d'un tiers de la population carcérale belge est incarcéré pour des faits directement ou indirectement liés aux drogues (10,4 % pour des faits exclusivement de drogue, 20,7 % pour des faits de drogue assortis d'autres infractions en 2010 ; I.Care asbl, 2017).

Les prisons comptent également un certain nombre de personnes internées. En 2017, la population carcérale comptait 6 % de personnes internées répartis dans 19 prisons (SPF Justice, 2018). Bien souvent ces personnes doivent attendre au minimum deux ans dans les annexes psychiatriques des prisons, sans recevoir de soins adéquats et avant qu'une place ne se libère dans un établissement de défense sociale (OIP Belgique, 2016). La Belgique a d'ailleurs été condamnée par la Cour européenne des Droits de l'Homme à plusieurs reprises, en raison de la présence de personnes internées dans ses prisons et du manque de soins adaptés (SPF Justice, 2017).

33 Les prisons de Forest et de Berkendael sont considérées comme un seul établissement pénitentiaire

LE POINT SÉMANTIQUE

Les personnes **prévenues** sont en détention provisoire, en attente d'une décision judiciaire définitive.

Les personnes **condamnées** sont des détenues dans le cadre de l'exécution de peines qui ont force de chose jugée.

Les personnes **internées** sont des détenues sur base d'un internement prononcé en raison de leur état mental.

L'ensemble des «**autres personnes détenues**» désigne les mineur·es non dessaisis, les étranger·es en détention administrative par l'Office des étrangers, les personnes faisant l'objet d'une arrestation provisoire dans le cadre d'une probation ou d'une libération conditionnelle, les personnes mises à disposition du tribunal de l'application des peines, ou encore les vagabond·es.

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 premières 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 :** Le détenu 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 :** Le détenu 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. Il bénéficie d'un examen médical le plus rapidement possible après son entrée en prison et à chaque fois qu'il 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[34]. 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 personnes détenues[35]. 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 personnes détenues. La santé des personnes détenues, 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[36] ; 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 personnes détenues 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 personnes détenues). Dans pareil contexte, certains prestataires se trouvent par exemple impliqués dans les procédures disciplinaires des personnes détenues[37].

Les mauvaises conditions de détention et l'éclatement des compétences contribuent à une mauvaise santé physique et mentale de ces dernières, 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.

LE TRANSFERT DE LA COMPÉTENCE «SANTÉ DES PERSONNES DÉTENUES»

Nos précédents rapports et tableaux de bord 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[38]. Un tel transfert s'avère incontournable afin de garantir une prise en charge optimale de la santé des personnes détenues 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 personnes détenues 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 6e 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. La ministre de la Santé, Mme De Block a demandé en 2017 au KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) de mener une étude qui analyse les besoins réels en soins et l'offre de soins actuelle en milieu carcéral, et de formuler

34 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).

35 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.

36 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 asbl, communication personnelle, 10/12/2018).

37 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).

38 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.

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[39]. Il reviendra toutefois au futur nouveau gouvernement de prendre une décision officielle en la matière. Un groupe de travail piloté par l'administration de la Santé publique a rédigé en 2019 une note de vision de la réforme des soins de santé dans les prisons, qui adresse des lignes directrives à l'attention du prochain ou de la prochaine ministre de la Santé publique[40].

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·es 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 personnes détenues. Conséquemment, les détenus consultent plus fréquemment des prestataires de soins que la population générale. Toutefois, les intervenant·es de terrain attirent l'attention sur le fait que les prestataires de soins font de leur mieux, compte tenu des 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[41]. 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 :

1) Les soins de santé pénitentiaires doivent être réformés en profondeur
2) Les Arrêtés Royaux nécessaires à l'application de la Loi de Principes 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 Service central des Soins de Santé en Prisons (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
5) Pour la délivrance des soins de première ligne, tou·tes les soignant·es 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) Les problématiques de santé mentale légères à modérées doivent être prises en charge par l'équipe interdisciplinaire de première ligne
7) Les soins de santé mentale graves ou complexes doivent être pris en charge par des équipes psychiatriques externes spécialisées
8) Les besoins de formation du personnel soignant et du personnel pénitentiaire doivent être inventoriés
9) Il est nécessaire de développer un programme de formation pour les agent·es pénitentiaires afin qu'ils·elles puissent identifier des problèmes de santé (mentale) aigus et agir en conséquence
10) 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
11) 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
12) Un environnement sain et promoteur de santé doit être créé
13) L'indépendance des professionnel·les de santé doit être garantie
14) 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.

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

39 Question orale de Mme Lambrecht à M. Geens, Compte rendu intégrale, Chambre des représentants, Séance plénière du 19/10/2017.
40 Vinciane Salliez, I.Care asbl, communication personnelle, 06/02/2020.
41 Nous invitons la lectrice ou le lecteur à se référer au chapitre 7.1 de notre Tableau de Bord 2018 pour un résumé davantage détaillé de l'étude du KCE.

consommation problématique des soins sur mesure et adaptés au contexte carcéral[42].

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[43].

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[44].

Le projet-pilote se déroule de décembre 2017 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 soutient 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 personnes détenues 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·es extérieur·es, contribuant ainsi à la continuité des soins[45].

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[46].

Le projet «drogues et prison» semble aborder l'usage de drogue uniquement sous un aspect sanitaire et médical. Or, la santé des personnes détenues 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).

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·es 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 personnes détenues et *in fine* à garantir l'équivalence des soins[47]. 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[48].

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»[49].

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, ont des conséquences résolument négatives sur la santé physique et mentale des personnes détenues 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·es, que les mesures de formation professionnelle et d'aide au logement des ex-détenu·es atténuent, sans les neutraliser.

Il est en effet illusoire d'espérer améliorer les conditions de vie et la santé des personnes les plus fragilisées et précarisées, dont les personnes détenues sont la partie visible de l'iceberg, tout en alimentant la précarisation des travailleurs et travailleuses avec et sans emploi, des aîné·es, des jeunes, des femmes, en nourrissant la stigmatisation des personnes racisées et/ou migrantes, en perpétuant un système raciste et sexiste, en détricotant les droits sociaux et en investissant dans le tout sécuritaire et répressif (voir Wacquant, 2004).

42 Communiqué de presse du cabinet De Block du 20/11/2017, «Des soins supplémentaires pour les détenus avec une problématique de drogues».
43 Article «Maggie De Block va lancer un projet pilote sur l'usage de drogue dans les prisons», RTBF.be, 13/11/2017.
44 Ibidem.
45 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.
46 Communiqué de presse du cabinet De Block du 20/11/2017
47 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
48 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
49 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.

LES ENTITÉS FÉDÉRÉES FRANCOPHONES

LA CONFÉRENCE INTERMINISTÉRIELLE FRANCOPHONE DES POLITIQUES D'INTERVENTION EN LIEN AVEC LE MILIEU CARCÉRAL DE 2018

Les entités fédérées francophones se sont réunies le 17 décembre 2018 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 faire le suivi des mesures déjà mises en place suite à la CIM de 2016, mais aussi de proposer de nouveaux projets concrets concernant le déploiement en prison d'aide et de services à destination des personnes détenues[50].

Tel qu'envisagé par la CIM et dans la perspective de favoriser la réinsertion des personnes détenues et de lutter contre la récidive, l'accompagnement des personnes détenues 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·es en ces matières se rassemblent et formulent une série de propositions pour chacune de ces matières. En 2018, 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[51].

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[52]. 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 femmes détenues, en collaboration avec le personnel pénitentiaire et médical ;
- La diffusion d'une newsletter (MursMurs) afin de sensibiliser et d'informer les professionnels de la santé travaillant avec les (ex-)détenu·es. 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 Tableau de bord 2019 de la Région de Bruxelles-Capitale). Dans ce cadre, l'asbl I.Care a reçu un financement supplémentaire afin d'élargir ses activités à la prison de Forest depuis le début de l'année 2018[53]. Dans le cadre ambulatoire, la COCOF finance deux asbl spécialisées en assuétudes : Ambulatoire-Forest et CAP-ITI.

La RW prévoit de mettre en place un projet-pilote de promotion de la santé afin de mieux informer, sensibiliser et orienter les personnes détenues et les acteur·rices internes et externes en matière de santé (voir ci-dessous)[54].

Ensuite, en matière d'action sociale, la COCOF souhaite soutenir les projets de lutte contre le sans-abrisme des ex-détenu·es et contre les phénomènes d'exclusion sociale lors de la sortie de prison, notamment en soutenant les programmes d'accès au logement[55]. Ceci passerait, d'une part, par l'évaluation du dispositif post-hébergement et de son impact sur le public des ancien·nes détenu·es, 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·es.

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·es de drogues et des usager·es 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·es. 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 personnes détenues» 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·es, et, d'autre part, leur santé globale. En effet, garantir aux (ex-)détenu·es 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 personnes détenues. 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.

LA RÉSOLUTION DU PARLEMENT WALLON VISANT LA PRÉVENTION DE LA SANTÉ, L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ MENTALE ET DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES DÉTENUES

L'ancien ministre de la santé, M. Prévot, avait demandé à la députée Véronique Salvi un rapport parlementaire au sujet de «La santé et la promotion de la santé des

50 Site officiel du ministre des Maisons de Justice de la FWB, M. Madrane ; URL : https://madrane.be/politiques-carcerales-poursuite-des-projets-et-activites-en-prison-visant-a-favoriser-la-reinsertion-des-detenus/

51 Matières au sujet desquelles la Fédération Wallonie-Bruxelles n'a pas de compétences dans ce cadre et n'a donc pas avancé de propositions.

52 Site officiel de la ministre Mme Jodogne, 17/10/2017, URL : http://www.jodogne.be/actualites/aide-femmes-en-milieu-carceral

53 Question orale de M. Van Goidsenhoven à Mme Jodogne, Bulletin des interpellations et des questions, Commission de la Santé du 18/12/2018, Parlement francophone bruxellois.

54 Il semble que la volonté de sensibiliser les personnes détenues 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.

55 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/

personnes détenues en milieu carcéral». Publié en octobre 2016, ce rapport était le résultat d'une enquête à la fois quantitative et qualitative, dont l'ambition était de restituer les différentes réalités de vie des intervenants extérieurs, du personnel pénitentiaire et psycho-médico-social (PMS), et des personnes détenues (Salvi, 2016).

L'étude de Mme Salvi l'avait menée à proposer une série de recommandations, dont le transfert de la compétence «santé des détenus» vers le SPF Santé publique, un meilleur appui aux intervenant·es et projets associatifs, la création et le soutien des collaborations à la fois au sein des établissements pénitentiaires, et entre ceux-ci et les intervenants extérieurs. Elle soulignait la méconnaissance actuelle de l'état de santé des personnes détenues, faute de données épidémiologiques quantitatives et qualitatives. Elle mettait également en évidence l'importance de donner accès à l'information à toutes les personnes détenues, et de soutenir et former le personnel pénitentiaire et PMS. Le rapport déplorait le mauvais état de santé des personnes détenues et les carences en matière de dépistage, encourageant dès lors le développement des dispositifs de prévention et de RdR. Enfin, s'il défendait l'accès aux traitements de substitution à la méthadone comme stratégie de limitation des risques, le rapport se limitait à recommander une meilleure information des détenus quant aux risques que les pratiques sexuelles, d'injection ou de sniff impliquent, sans pour autant encourager un meilleur accès au matériel de RdR (préservatifs, matériel stérile d'injection ou de sniff).

Suite à ce rapport, le Parlement wallon a voté le 14 juin 2017 une résolution visant la prévention de la santé, l'amélioration de la santé mentale et de l'accompagnement des personnes détenues. Cette résolution a notamment engagé l'ancienne ministre wallonne de la santé à annoncer en juillet 2018 un projet spécifique sur base des compétences régionales pour l'ensemble des prisons de Wallonie. L'AVIQ de son côté a mis en place un groupe de travail «prison»[56].

Un budget a donc été dégagé par le Gouvernement wallon afin d'améliorer la promotion de la santé et la prise en charge des troubles en santé mentale et liés aux assuétudes, au sein des 14 prisons wallonnes. L'appel à projets lancé s'adresse aux secteurs de la promotion de la santé, des assuétudes et de la santé mentale. Les projets retenus devront répondre aux recommandations formulées dans la résolution. Le Gouvernement a annoncé qu'il prévoyait d'installer deux personnes par prison, afin d'atteindre les objectifs d'amélioration de la santé des personnes détenues (dans le respect des compétences wallonnes relatives de promotion de la santé, d'accompagnement en matière de santé mentale et d'assuétudes, et de réduction des risques) ; ceci est encore à l'état de projet à l'heure de la rédaction de ces lignes[57].

La Région wallonne a également dégagé en 2017 un budget permettant à la Fédito wallonne de relancer *a minima* le projet «Step By Step», un point de contact d'orientation et d'accompagnement pour les personnes détenues usagères de drogue au sein de la prison de Lantin[58].

ADOPTER DES ALTERNATIVES AUX SANCTIONS COERCITIVES ENVERS LES USAGER·ES DE DROGUES

Les délits liés à la détention et/ou l'acquisition de drogues prohibées sont loin d'être une préoccupation marginale des forces policières et des parquets de justice. Au contraire, ils participent de manière significative à l'engorgement de l'appareil judiciaire et monopolisent une partie non négligeable de l'attention et des moyens de la police.

La prohibition de certaines drogues participe également à la surpopulation carcérale, en y injectant les personnes coupables de ces délits. Or, les délits liés à la détention et/ou l'acquisition et leurs conséquences pénales (en particulier lorsqu'il y a incarcération) ont finalement davantage d'impacts sur les personnes condamnées que sur la société.

En 2018, le Conseil de l'Union européenne (UE) et les États membres ont adopté les conclusions du Conseil invitant à adopter des alternatives aux sanctions coercitives envers les usager·es de drogues, dans le respect des réalités et cadres légaux nationaux[59]. Ces conclusions s'inscrivent dans la lignée de la Stratégie antidrogue 2013-2020 de l'UE et son Plan d'actions anti-drogues 2017-2020 (voir chapitre 1.1. Cadre européen).

Dans cet accord politique, le Conseil de l'UE et les 28 États membres s'accordent sur le fait que le simple usage de drogues illicites et leur consommation problématique est un problème de santé publique qui requiert une réponse socio-sanitaire adéquate et effective centrée sur l'individu. Ils reconnaissent également que les alternatives à l'incarcération pour les usager·es de drogues peuvent réduire le taux de récidive et soulager à la fois le coût social et la charge financière et administrative, tout en améliorant l'inclusion sociale des usager·es de drogues.

Nous invitons le lecteur ou la lectrice à lire le chapitre 1.6. État des lieux de la régulation du cannabis et des autres drogues illicites dans le monde qui, outre définit les notions de décriminalisation, dépénalisation et légalisation, aborde de multiples sujets tels que le coût de la prohibition et les avancées en termes de santé publique d'une régulation des drogues illicites, s'intéresse au modèle américain et questionne les contraintes légales internationales.

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

57 Compte rendu intégral, Commission de l'action sociale, de la santé et de la fonction publique, séance 05/11/2018.

58 Question orale de Mme Salvi à Mme Gréoli, Compte rendu avancé, Parlement wallon, Commission de l'action sociale, de la santé et de la fonction publique, séance du 08/01/2018.

59 Article "Council adopts conclusions on alternatives to coercive sanctions for drug using offenders" du 08/03/2018, de l'EMCDDA, URL : http://www.emcdda.europa.eu/news/2018/council-adopts-conclusions-on-alternatives-to-coercive-sanctions-for-drug-using-offenders_en

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 conclusion de l'étude la plus récente, en comparaison avec les études précédentes (la plus récente étant actuellement celle de 2018).

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 une intoxication liée à sa consommation de drogue) et les dépenses privées des patient·es.

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 6e 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[60], 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).

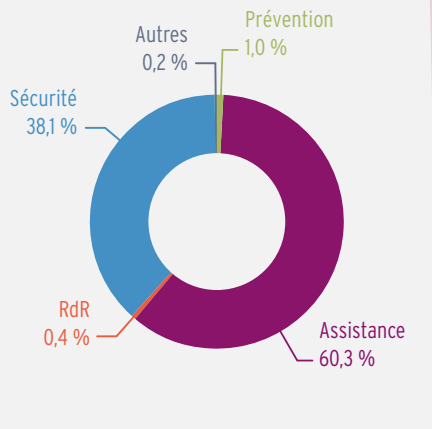
L'étude ne prétend pas non plus à l'exhaustivité et ne couvre dès lors pas l'ensemble des dépenses publiques en matière de drogues, quoiqu'elle estime en recenser la majorité. La coordination permanente de la CGPD rappelle également que le coût social lié à la consommation de substances psychoactives n'est pas repris dans ce monitoring (voir 7.9 dans la présente publication).

1.3.1. COMPARAISON PAR PILIER

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).

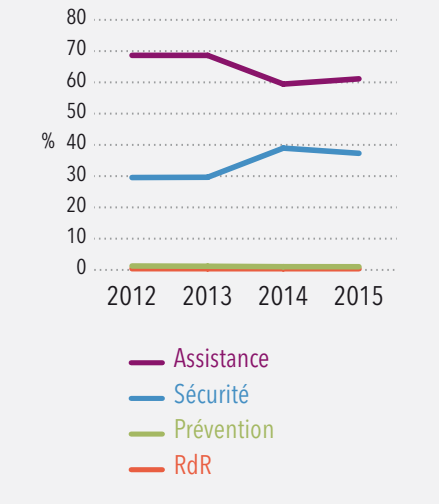
60 Le pilier assistance comprend, entre autres, les conventions de revalidation, le Fonds de lutte contre les assuétudes, les dépenses du secteur hospitalisation, les plans stratégiques de sécurité et de prévention (PSSP), etc.

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)

Les budgets attribués aux piliers prévention[61], RdR[62] et autre[63] 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.

61 1,21 % en 2012-13, 1,02 % en 2014-15.
62 0,39 % en 2012-13, 0,37 % en 2014-15.
63 0,15 % en 2012-13, 0,18 % en 2014-15.

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 €

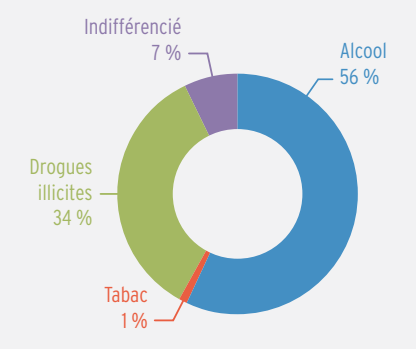
Sources : CGPD (2016 et 2018)

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 **l'hospitalisation**[64] (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, qu'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)[65]



Source : CGPD (2018)[66]

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[67]. Les compétences en matière de

64 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.

65 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.

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

67 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).

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[68] 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.

68 Notamment en termes de financement ou de complexité administrative

1.4

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

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

La 6e 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·es 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-Émilie», 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 citoyen·nes.

Ces décisions ont ensuite été consolidées par l'accord de coopération-cadre du 27 février 2014[69], 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**[70], la volonté de conclure un «**pacte de simplification**» de la vie des citoyen·nes et celle d'ériger un **organe de concertation** permanente entre les entités fédérées.

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

70 Pour davantage de détails, voir notre rapport 2015.

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·es 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·es des secteurs concernés de manière équilibrée et désigné·es pour la durée de la législature. Le décret prévoit que soient représentés les acteurs institutionnels et ambulatoires, les acteurs publics et privés, les professionnel·les, les usager·es 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·es de la FWB (M. Demotte), de la RW (M. Borsus) et de la COCOF (Mme Laanan), le 4 mai 2018[71].

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

Pour la Région wallonne :
› 2 représentant·es des organismes assureurs ;
› 2 représentant·es des organisations professionnelles du secteur de l'aide et des soins ainsi que des organisations représentatives des hôpitaux, établissements, ou services d'aide et de soins ou de leurs gestionnaires ;
› 2 représentant·es du secteur de l'action sociale ;
› 2 représentant·es des organisations représentatives de l'ensemble des employeurs et des organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs indépendants ;
› 2 représentant·es 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·es 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·es ;
› 1 représentant·e des mutuelles ;
› 1 représentant·e des syndicats ;
› 1 représentant·e de la promotion de la santé ;
› 2 représentant·es 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.

71 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

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[72]

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·es de drogue dans une situation d'insécurité juridique.

72 «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·es ministériel·les 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[73].

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[74], le Groupe Pompidou[75] et l'Union européenne (dans sa stratégie drogues 2013-2020).

Les trois organisations coupoles 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[76].

Suite à réunion avec les trois organisations, les membres de la CGPD ont convenu qu'elle organiserait annuellement la consultation avec les représentant·es de la société civile. De plus, les groupes de travail mis en place pour traiter spécifiquement certains dossiers détermineront chacun la manière dont sera consultée la société civile. Enfin, l'ordre du jour de chaque réunion de la CGPD sera envoyé aux trois organisations ; celles-ci auront dès lors la possibilité de participer à la réunion pour un point particulier, après avoir formulé une demande reprenant leurs arguments, avis et commentaires, qui devra être approuvée par la coordination permanente de la CGPD[77].

1.5.3. LA CAMPAGNE INTERNATIONALE SUPPORT. DON'T PUNISH (SOUTENEZ. NE PUNISSEZ PAS)[78]

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·es de drogues, pour la dépénalisation des usager·es 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·es 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

73 La Réunion thématique Drogue se réunit au moins une fois par an.
74 "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
75 «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
76 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.
77 Document «Réalisations 2014-2019 et recommandations pour la prochaine législature» de la CGPD (2019).
78 Site officiel : http://supportdontpunish.org/fr/

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·es sur les centres spécialisés de prévention, de soins et de postcure. Dans l'esprit des rédacteur·rices 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.

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 canadien·nes 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, en théorie, les modalités régissant la légalisation du cannabis récréatif peuvent varier d'une province à l'autre, toutefois il pourrait en être différent en pratique. Par exemple, la loi fédérale autorise la culture à domicile (4 plans maximum), cependant le Manitoba et le Québec ont choisi de l'interdire[79]. Toutefois,

79 «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

TERMINOLOGIE (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 (et régulation)** 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.

en septembre 2019, la Cour supérieure québécoise a jugé que l'interdiction de l'autoculture par le Québec était anticonstitutionnelle ; le Gouvernement québécois a fait appel de ce jugement[80].

Le Pérou a rejoint le Mexique, la Colombie, le Chili et l'Argentine en légalisant le cannabis à usage thérapeutique en novembre 2017. Le Brésil a approuvé en décembre 2019 la délivrance de médicaments à base de cannabis dans les pharmacies sur prescription médicale. 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, la Maine, le Michigan, 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[81].

De l'autre côté de l'Atlantique, l'Irlande considère une décriminalisation des drogues (y compris le cannabis), selon les modalités proches de ce qui se fait au Portugal[82]. En attendant, le Gouvernement irlandais a autorisé en juin 2019 un projet pilote de cinq ans au cours duquel les patient·es éligibles pourront accéder à des traitements à base de cannabis ; seul·es les patient·es souffrant de sclérose en plaque, de nausées et vomissements associés à la chimiothérapie ou d'épilepsie sévère peuvent accéder à ces traitements, et uniquement dans les cas où les autres traitements existants auraient échoué[83].

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[84]. 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·es plutôt que sur leur sanction[85]. 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·nes et entreprises zimbabwéen·nes peuvent demander une autorisation pour posséder, produire, transporter et vendre du cannabis. L'usage récréatif reste cependant illégal[86]. La Nouvelle-Zélande a quant à elle publié une proposition de texte visant la légalisation du cannabis à destination de ses résident·es, en vue d'un référendum sur le sujet en 2020. L'Assemblée législative du Territoire de la Capitale Australienne (c'est-à-dire le territoire de Canberra) a approuvé en octobre 2019 une loi permettant la culture, la détention et l'usage de cannabis à des fins récréatives, considérant que l'approche prohibitionniste ne fonctionne pas.

La situation belge en matière de cannabis est détaillée au chapitre 6.2.4.

Le système de tolérance vis-à-vis de la vente et de la détention de petites quantités de cannabis mis en place par les Pays-Bas depuis les années 1970 pourrait connaître quelques changements dans les prochaines années. En effet, en 2017 le Gouvernement avait décidé de mener une expérience de culture étatique de cannabis, celui-ci étant distribué auprès des coffee shops par les municipalités participantes. L'objectif de cette expérience était de mettre fin à l'ambiguïté voire l'incohérence en termes de santé et sécurité publiques du système actuel qui criminalise la culture de cannabis et l'approvisionnement des points de vente néerlandais, laissant dès lors la production entre les mains du grand banditisme. En 2019, le Gouvernement a annoncé que ce dispositif pourrait connaître un élargissement, ce qui équivaudrait à légaliser le cannabis (probablement en 2021).

Les Pays-Bas pourraient ne pas être les seuls à légaliser le cannabis à usage récréatif dans un futur proche puisque le Luxembourg réfléchit à la question (sachant qu'il autorise déjà le cannabis thérapeutique). Les modalités de cette légalisation et sa date exacte ne sont pas encore connues à l'heure actuelle.

80 «Un tribunal invalide l'interdiction de la culture du cannabis à domicile au Québec», Radio Canada, 04/09/2019, URL : https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1285240/jugement-culture-cannabis-marijuana-domicile-quebec

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

82 Le modèle portugais et le fonctionnement des commissions de dissuasion de la toxicodépendance sont expliqués dans notre Tableau de bord 2018.

83 Voir site du Gouvernement irlandais : https://www.gov.ie/en/collection/fb8912-cannabis-for-medical-use/

84 «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

85 «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

86 «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/

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) 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 ? [87]

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

87 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·es	› Dissuade les usager·es 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·es
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·es 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)

LES CONSÉQUENCES SOCIALES IMPRÉVUES DE LA PROHIBITION	
Mécanismes	Conséquences
Les effets de la stigmatisation des usager·es	
Stigmatisation des usager·es (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·es	
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 des importantes marges bénéficiaires issues de la vente de drogues illégales	
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·es menés à commettre des crimes afin de financer leur consommation de drogue

Source : Pompidou Group, 2017

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 (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. S'il l'on adopte l'angle des droits humains, il existe en effet une espace pour la légalisation[88] de la culture, du commerce et de la détention pour usage récréatif de substances psychoactives actuellement 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[89], 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·nes 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 (voir chapitre 4.2. Le contexte prohibitionniste à la lumière des droits humains). 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)[90].

1.6.3. LE MODÈLE AMÉRICAIN

N.B. : Dans notre Tableau de bord 2018, nous avons décrit le fonctionnement du modèle portugais, qui fait figure de proue en matière d'alternative au sein du modèle prohibitionniste.

L'Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice (INHESJ) et l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) ont mené un projet de recherche international en partenariat. Initié en 2015, le projet Cannalex s'est livré à une analyse comparée des expériences de régulation du cannabis à partir de 2012-2014 dans le Colorado, l'État de Washington et en Uruguay (INHESJ et OFDT, 2017). Les données relatives aux États américains ont été élargies et mises à jour en 2019 (Obradovic, 2019).

L'étude compare donc les processus des réformes dans chaque État, ainsi que les premiers résultats en matière de santé publique, de criminalité et délinquance, et d'effets économiques et fiscaux. Cependant, les chercheur·es précisent que les réformes de régulation sont encore jeunes et que, dès lors, les résultats qu'ils·elles exposent sont préliminaires et susceptibles d'évoluer au cours du temps. De plus, les effets des différents modèles de régulation sont mesurés grâce aux indicateurs des enquêtes statistiques nationales disponibles. Les données exposées ne sont donc pas modelées par les chercheur·es et ne sont pas toujours récentes ni comparables d'un État à l'autre.

Il est difficile d'interpréter les effets négatifs ou positifs des réformes, d'une part parce qu'il est encore trop tôt pour d'ores et déjà estimer ces effets à long terme, d'autre part parce que d'autres facteurs extérieurs aux réformes peuvent intervenir. Les tendances mesurées durant les années qui suivent les réformes ne sont donc potentiellement pas uniquement imputables à ces dernières.

Enfin, étant donné qu'il n'existe pas encore de modèle-type de régulation du cannabis, une sorte de «formule magique» préétablie et sûre, les processus réformistes sont évalués et ajustés au fur et à mesure que des constats sont dressés. Les individus, aussi, doivent apprendre ou réapprendre à consommer et à minimiser les risques liés à l'usage de cannabis. La légalisation et la régulation du cannabis demandent donc une série d'ajustements sur le long terme, tant en matière de législation et de réglementation que d'éducation et d'apprentissage. Il faut également prendre en compte le contexte historique, géopolitique, social, économique et culturel de chaque État afin d'interpréter correctement les premiers résultats rapportés par l'étude.

LES PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE DES RÉFORMES

Les approches de la régulation et les objectifs poursuivis sont fonction des contextes locaux, et des traditions et philosophies politiques et sociales spécifiques à chaque État. On compte désormais dix États fédérés ayant légalisé la culture, la vente, la détention et la consommation de cannabis, dont neuf ont autorisé un marché régulé en confiant la production et la vente à des opérateurs privés (Colorado, État de Washington, Oregon, Alaska, Nevada, Californie, Massachusetts, Maine, Michigan).

Aux États-Unis, l'autorisation d'un marché légal du cannabis thérapeutique (1998 pour l'État de Washington et l'Oregon, 2000 au Colorado, à titre d'exemple) a sans aucun doute été un facilitateur de la légalisation de l'usage récréatif à partir de 2012. La difficulté de réguler le marché du cannabis médical a favorisé l'émergence d'un «marché gris» investi par les usager·es récréatifs.

88 Ou dépénalisation, ou décriminalisation.

89 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).

90 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.

Les questions pratiques soulevées par l'organisation d'un système de distribution du cannabis médical ont initié le processus de légalisation du cannabis récréatif. La légalisation a ainsi été impulsée «par le bas», c'est-à-dire à l'initiative de la société civile qui, forte du recueil de centaines de milliers de signatures, a pu réclamer un référendum auprès des autorités publiques. Au Colorado, le résultat positif du référendum a été assez inattendu et son entrée en vigueur quasi immédiate. L'État de Washington, à l'inverse, a davantage préparé la mise en place et les modalités de la régulation en amont du référendum, ce qui explique certaines différences notables entre les deux États.

Aux États-Unis, l'objectif poursuivi en légalisant le cannabis était avant tout de diminuer les coûts (économiques, sociaux, raciaux) liés à la prohibition et générer des revenus fiscaux propres à lancer une économie nouvelle, sans motivation ni considération d'ordre sanitaire.

Les États fédérés ont opté pour une approche libérale où la production et la commercialisation du cannabis sont confiées à des entrepreneurs privés. Les schémas de régulation partagent un ensemble de règles strictes visant à 1) sécuriser les conditions de production, de vente et d'achat, 2) limiter l'accessibilité du produit afin de garantir la protection des mineur·es, 3) garantir des recettes fiscales à l'État. La possession et la vente sont soumises à des règles qui peuvent varier d'un État à l'autre. L'ensemble des États ont limité l'accès au produit aux personnes de plus 21 ans (en cohérence avec l'âge légal d'accès à l'alcool). La détention est limitée à certaines quantités, le plus souvent une once de cannabis (c'est-à-dire environ 28 grammes) ; dans les cas où la détention dépasse ces limites, une amende et/ou une peine de prison sont possibles. La plupart des États autorisent l'auto-culture[91], tout en limitant le nombre de plants. La consommation est interdite dans les lieux publics et les lieux de vente, sous peine d'une amende. La conduite sous influence de cannabis est prohibée au-delà d'un seuil défini de présence de cannabis dans le sang (le seuil varie d'un État à l'autre).

La vente interpersonnelle est interdite, et seules sont autorisées l'auto-culture et la vente de cannabis en boutique spécialisée. Cette dernière est soumise à un certain nombre de conditions, variables d'un État à l'autre et qui comprennent : l'emplacement des lieux de vente (interdiction de la vente près de lieux fréquentés par des mineur·es ou dans les stations-services ; restriction du nombre de points de vente), les règles de vérification de l'identité des client·es, la gamme de produits autorisés à la vente, les règles de conditionnement, l'interdiction ou non de la publicité et du marketing et l'interdiction de la vente sur Internet.

Contrairement aux régimes plus restrictifs d'autres pays ayant légalisé le cannabis (le Canada et l'Uruguay), les produits à base de cannabis se sont largement diversifiés dans la plupart des États américains ayant légalisé : il s'agit non seulement de cannabis à fumer, mais aussi de nombreuses variétés de cannabinoïdes destinés à être ingérés (confiseries, boissons), inhalés, vaporisés (ou vapotés) ou appliqués sur la peau. L'on trouve dès lors dans le commerce autant des produits alimentaires, des boissons, des concentrés (ou *dabs*, pouvant contenir de fortes concentrations de THC, jusqu'à 80 %), que des cosmétiques ou produits bien-être, des cristaux, des comprimés, etc.

Des instances de régulation sont chargées de l'attribution, de la révocation et du renouvellement des licences professionnelles autorisant la production ou le conditionnement ou la vente. Certains États ont opté pour un contrôle renforcé du marché, en interdisant l'accumulation de licences et/ou l'intégration verticale, c'est-à-dire la propriété des différentes étapes de production et de vente par un seul opérateur. Ces restrictions visent essentiellement à éviter les situations de monopole (elles sont notamment mises en place dans l'État de Washington et en Californie).

De plus, afin de lutter contre le détournement vers le marché noir, un système de traçage a été mis en place dans tous les États, «de la graine au consommateur»[92]. Enfin, les recettes fiscales sont réinjectées dans des programmes d'intérêt public. Selon les cas, elles sont affectées au secteur éducatif, au financement de la régulation du cannabis elle-même, à la rénovation de bâtiments publics et à l'entretien des foyers d'hébergement, aux programmes de santé mentale ou de prise en charge des personnes alcoolodépendantes et toxicodépendantes, aux services d'accompagnement des vétéran·es, aux services de police, à la prévention de la récidive, etc.

L'ÉVALUATION À COURT TERME[93]

La légalisation s'est accompagnée d'un essor industriel et économique rapide et massif, directement lié à trois préoccupations de santé publique : 1) l'offre s'est fortement accrue et diversifiée, visant davantage de profils d'usager·es, incitant à la consommation via des stratégies marketing soulignant les vertus thérapeutiques et socialisantes du cannabis ; 2) l'augmentation des recours aux urgences et des hospitalisations à la suite d'une intoxication aiguë (les demandes de traitement ont quant à elles diminué) ; 3) la baisse de la dangerosité perçue et des prix de vente au détail participent à une plus forte accessibilité du produit et à une normalisation du cannabis.

En effet, la montée rapide du marché du cannabis s'est accompagnée d'une surproduction dans certains États, d'une multiplication des points de vente et d'une diversification de l'offre. La diversification de l'offre s'est notamment traduite par la montée de modes de consommation alternatifs (à la fumette) et de formes fortement concentrées en principe actif. L'extension de l'offre favorise au final l'adoption de comportements à risque. Parallèlement, la publicité et le marketing se sont largement développés et participent, d'une part, à la visibilité et l'attractivité d'une offre diversifiée, d'autre part, à l'élargissement de la demande (en particulier auprès des aîné·es, sous couvert de bien-être et de lutte contre la douleur). Le prix du cannabis connaît une forte baisse depuis la légalisation, augmentant ainsi son accessibilité. Depuis trois ans, le prix au détail a été divisé par deux (de 10 à 14 dollars en 2014, à 5 dollars en 2017) ;

91 Tous, sauf l'État de Washington où seule l'auto-culture à des fins médicales est autorisée.

92 Le traçage se fait au moyen de code-barres qui suivent la plante et ses produits tout au long de leur parcours ; ce système est donc tout à fait contournable. Il permet cependant d'identifier ce qui sort du circuit et à quelle étape.

93 Le rapport final de l'étude Cannalex est bien évidemment plus complet et complexe que les informations que nous avons choisies de mettre en exergue ici.

les prix de gros ont quant à eux atteint un prix plancher (1,33 dollar de gramme dans l'Oregon, 1,93 au Colorado, 2,43 en Californie).

La plupart des États ayant légalisé comptent des niveaux de prévalence supérieurs à la moyenne fédérale, pour tous les indicateurs, dans toutes les tranches d'âge. Depuis la légalisation, la prévalence de l'usage récent a toutefois reculé parmi les jeunes de moins de 18 ans des États du Colorado, d'Alaska et de Washington. Elle a par contre augmenté dans l'Oregon, où la production dépasse largement la demande. Dans tous les États, la consommation des 18-25 ans a connu une augmentation, dans des proportions parfois importantes (notamment dans l'État de Washington). L'augmentation est davantage marquée chez les plus de 25 ans, en particulier chez les aîné·es. L'interprétation de cette augmentation doit toutefois être nuancée puisque la légalisation a pu favoriser la déclaration de comportements d'usage. Ces données s'inscrivent dans une tendance globale à la hausse préexistante aux réformes, initiée par la diffusion légale du cannabis thérapeutique et le développement d'un «marché gris» à partir de 2009. Il faut également souligner que les États n'ont pas connu les mêmes régimes de régulation. Le Colorado, pionnier en la matière, a dû élaborer un système de régulation dans l'urgence tandis que l'État de Washington a pu bénéficier de plusieurs mois de réflexion supplémentaires et tirer des leçons de l'expérience coloradienne.

L'ouverture d'un marché à vocation commerciale dans les États américains a déjà des conséquences sur les modes de consommation et les pratiques à risque. Le cannabis vendu en boutique prend de nombreuses formes (alimentaires, cosmétiques, homéopathiques, etc.) qui attisent la curiosité à la fois des usager·es habituels et des non-initiés. Diverses techniques commerciales incitent à la consommation et invitent les clients à acheter tel ou tel produit selon leur profil ou pour offrir. Le manque d'information quant à la latence d'apparition des effets des formes de cannabis ingérées (qui augmente le risque d'ingestion excessive), ou la consommation de cannabis fortement dosé par des nouveaux·elles ou ancien·nes usager·es participent à une hausse des recours aux urgences pour intoxication aiguë au cannabis dans les États de Washington et du Colorado. De plus, le cannabis étant toujours légalement interdit au niveau fédéral, les produits du cannabis mis sur le marché ne sont pas contrôlés (par l'organe fédéral *Food and Drug Administration*). La composition, le dosage et la qualité du cannabis vendu, ainsi que la présence de pesticides, sont donc souvent incertains voire inconnus.

De manière assez mécanique et prévisible, les infractions liées à la possession, à l'usage et au trafic ont diminué dans les États de Washington, du Colorado et de l'Oregon. Les interpellations ont toutefois augmenté parmi les mineur·es et les personnes précarisées ou marginalisées (en particulier les personnes racisées). Et de fait, la légalisation n'a pas participé à réduire les disparités raciales dans les interpellations. Les tendances en matière de délinquance et de criminalité sont toutefois plus difficiles à interpréter et à relier à la légalisation du cannabis. La «petite délinquance» (vols avec violence, cambriolages) et la criminalité liée au cannabis sont restées stables. Les activités des groupes criminels n'ont pas connu de grand bouleversement non plus, d'autant que les organisations criminelles américaines ont trouvé leur compte dans l'épidémie fulgurante d'héroïne et d'opioïdes.

Le marché noir du cannabis reste important et attractif (notamment pour les personnes ayant un revenu modeste, les mineur·es et les usager·es des États n'ayant pas légalisé). Le cannabis illégal continue en effet à être moins cher que le cannabis légal (taxé), et ce malgré la diminution du prix de ce dernier. Une grande proportion des usager·es de cannabis s'approvisionne donc encore sur le marché noir. Cela pourrait cependant évoluer à l'avenir puisque l'écart de prix entre les deux marchés tend à se résorber.

Au final, le modèle américain, principalement régi par les lois du marché, souligne plusieurs éléments essentiels dans la mise en œuvre d'une régulation propice à la santé publique, notamment : réguler l'offre tant en termes quantitatifs (production, lieux de vente, prix, éviter les monopoles) que qualitatifs (concentration en principe actif, pesticides, avertissements sanitaires, etc.), mettre en place des autorités de contrôle, encadrer strictement voire interdire le marketing et la publicité, informer les usager·es sur les produits, les modes de consommation, les risques et les vertus liés à la consommation de cannabis, promouvoir les comportements à moindre risque, investir et faciliter la recherche scientifique sur les effets des cannabinoïdes (y compris sur le long terme).

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·es. 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·es (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·es, 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 4.1. Inégalités sociales de santé et usages de drogues).

La régulation devrait s'accompagner d'un meilleur accès aux traitements de la douleur et 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. De plus, les données des études épidémiologiques et la représentativité des enquêtes menées sur l'usage de drogues devraient bénéficier d'une baisse de l'auto-censure des répondant·es.

Les Conventions internationales de 1961 et 1971 classent les substances psychoactives et stupéfiantes contrôlées en plusieurs tableaux (I à IV), statuant notamment que :

- Le cannabis est une drogue «aux propriétés particulièrement dangereuses» et sans valeur thérapeutique notable, au même titre que l'héroïne (tableau IV de la Convention de 1961) ;
- Le LSD, la MDMA et la cathinone sont des drogues au potentiel d'abus élevé présentant un risque grave pour la santé publique et à faible valeur thérapeutique (Tableau I de la Convention de 1971).

Ces classifications s'accompagnent évidemment d'engagements de la part des États signataires, en particulier interdire leur usage médical et seulement autoriser de petites quantités pour la recherche scientifique. Obtenir les autorisations pour mener une recherche sur les substances contrôlées considérées comme dangereuses et sans intérêt thérapeutique par les Conventions internationales demande beaucoup de temps et d'énergie, coûte très cher, et requiert de grandes dépenses en termes d'équipements de sécurité[94]. Or, la distinction entre drogues légales et illégales opérée par les Conventions ne repose pas sur une objectification scientifique, elle n'est fondée ni sur la pharmacologie, ni sur l'économie, ni sur l'analyse coûts-avantages[95]. Elle ignore les recherches scientifiques qui épinglent le potentiel thérapeutique du cannabis (pour apaiser la douleur, certaines formes d'épilepsie, etc. voir chapitre 6.2.4), de la MDMA (notamment dans le cadre de thérapies avec des personnes souffrant de stress post-traumatique) ou du LSD (aussi dans un cadre thérapeutique) ; et freine considérablement la délivrance de diacétylmorphine auprès des usager·es problématiques d'héroïne. La recherche scientifique et les avancées en santé publique piétinent depuis plus de 50 ans, malgré des preuves encourageantes. Cette distinction ignore également le fait que l'évaluation de la dangerosité des drogues ne tient pas compte de l'influence du contexte prohibitionniste sur le développement d'un usage problématique (stigmatisation, pureté des produits, etc. voir ci-dessus). Ces classifications sont d'autant moins cohérentes lorsqu'on prend en compte les dangers sociosanitaires et les coûts humains et financiers liés à des substances en libre circulation comme l'alcool et le tabac. Les usages culturels, cérémoniels, hédonistes, spirituels des substances contrôlées ne sont pas non plus considérés par les Conventions internationales[96].

Force est de constater que la science n'est pas écoutée et que les preuves de l'intérêt thérapeutique des nombreuses substances, du coût social considérable et de l'inefficacité du paradigme prohibitionniste ne font actuellement pas encore le poids face à des considérations morales et des représentations sociales erronées.

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)[97], 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'encadrement strict du marketing et de la publicité, d'offre de soins adéquats et de promotion de la santé, qui comprend le soutien financier adéquat et récurrent de la recherche et des divers services (Paquin, 2017 ; Decorte et al, 2017 ; INHESJ et OFDT, 2017). 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 6.2.4 au sujet du cadre légal du cannabis).

En attendant la régulation, les États peuvent bien évidemment choisir de reclasser les substances contrôlées dans des catégories moins restrictives, d'assouplir les conditions d'accès auxdites substances à des fins thérapeutiques et de soutenir la recherche scientifique.

94 Article "The war on drugs is holding science back", Naomi Burke-Shyne, Open Society Foundation, 04/08/2017.

95 Commission des sciences et techniques de la Chambre des Communes (2006) *Drug classification : making a hash of it ?* Londres : United Kingdom. House of Commons, Présentation devant le Parlement du ministre de l'Intérieur sur ordre de Sa Majesté. URL : https://publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmselect/cmsctech/1031/1031.pdf.

96 À noter que l'OMS a recommandé aux Nations-Unies de reclasser le cannabis, voir chapitre 6.2.4.

97 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 LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

N.B. : Les élections législatives de 2019 ont abouti à la formation d'une coalition entre le Parti socialiste (PS), le Mouvement réformateur (MR) et Ecolo.

La Fédération Wallonie-Bruxelles est compétente pour la promotion de la santé à l'école et dans l'enseignement supérieur, hors universités. Elle est également compétente pour la lutte contre le dopage sportif.

2.1 DÉCLARATION DE POLITIQUE DE LA FWB 2019-2024

Suite aux élections de 2019, un nouveau Gouvernement s'est formé et a rendu publique sa déclaration politique pour la législature 2019-2024 le 17 septembre 2019. Il s'engage à soutenir les services de promotion de la santé à l'école (PSE) afin de garantir une offre de service uniforme. Il souhaite également renforcer l'axe «prévention» de l'aide à la jeunesse, dont la priorité sera de lutter contre les causes de l'exclusion sociale et familiale. Pour cela, les actions de prévention seront renforcées dans les quartiers défavorisés et le Gouvernement s'appliquera à développer des politiques territoriales de prévention en collaboration avec les autres secteurs.

La question des assuétudes et de l'usage de drogues est abordée en premier lieu dans le cadre de l'aide à la jeunesse, où le Gouvernement entend : 1) diversifier et renforcer les possibilités de prise en charge afin de mieux répondre aux besoins et problématiques propres à chaque jeune (soupçonné d'avoir commis une infraction, ou ayant commis une infraction) ; 2) renforcer la formation continue du personnel des IPPJ (institutions publiques de protection de la jeunesse), notamment en matière de détection des comportements liées à «la radicalisation violente, aux assuétudes et aux risques de suicide». En second lieu, en matière de médias, le Gouvernement souhaite interdire la publicité pour les jeux et paris, les alcools forts et les médicaments sur l'ensemble des supports de la RTBF.

2.2 PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE

La promotion de la santé à l'école est organisée par le décret du 14 mars 2019 relatif à la promotion de la santé à l'école et dans l'enseignement supérieur hors universités[98]. Elle est exercée par les Centres PMS (psycho-médico-sociaux) pour les établissements organisés par la FWB et par les Services PSE (Promotion de la santé à l'école) pour les établissements subventionnés par la FWB. Le décret spécifie que les services sont gratuits. De plus, une commission promotion de la santé à l'école est créée ; elle a pour mission de donner au Gouvernement son avis sur tout projet de décret, d'arrêté, de texte à portée générale en lien avec la promotion de la santé à l'école, ou sur les modalités de leur mise en œuvre. Elle donne également au Gouvernement ou à l'Office de la Naissance et de l'Enfance des avis sur toute question relative à la promotion de la santé à l'école, sur demande ou de leur propre initiative.

Le Pacte d'excellence est un chantier débuté en 2015, dont le but est de réformer l'enseignement afin qu'il corresponde davantage à la société actuelle et ses enjeux. Dans son axe stratégique 5, le Pacte d'excellence entend assurer à chaque enfant une place dans une école de qualité, et faire évoluer l'organisation scolaire afin de rendre l'école plus accessible, plus ouverte sur son environnement et mieux adaptée aux conditions du bien-être de l'enfant.

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

Dans cette perspective, un des objectifs poursuivis sera de «Développer la qualité de vie à l'école dans ses différents dimension (santé, alimentation, intégré et bien-être des personnes, conditions matérielles…) dans une démarche d'éducation». Développer la qualité de vie à l'école comprend à la fois :

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

En matière de renforcement de la prévention en matière de santé, les écoles primaires sont encouragées, avec le soutien des services de promotion de la santé et les associations de parents, à développer un plan de promotion de la santé propre à l'école, qui soit global, réfléchi et annexé (le cas échéant) à la stratégie de promotion de la santé du plan de pilote de l'école. Le Groupe central du Pacte d'Excellence (qui regroupe les principaux acteurs du monde enseignant) se prononce en faveur de la possibilité d'offrir en enseignement secondaire des programmes de lutte contre les assuétudes, sous forme d'accompagnement médical et psychologique, sur le temps scolaire. Dans cette perspective, les écoles et les institutions spécialisées pourront fixer un cadre de partenariat. Ces programmes sont mis en œuvre depuis la rentrée 2018[99].

Dans ce cadre, un appel à candidatures a été lancé au moyen de la circulaire n°6923 le 19 décembre 2018. Il avait pour objectif de permettre à 40 écoles secondaires de bénéficier d'un accompagnement à l'intégration d'un programme de prévention global. La vision de la prévention comprend la réduction des inégalités sociales de santé, l'action sur les déterminants des comportements à risque, la responsabilisation individuelle et le développement durable. Elle vise à renforcer la capacité des élèves à prendre des décisions favorables à leur santé.

Le dispositif de la FWB comporte trois axes :

› À partir de février 2019 : accompagnement de l'établissement scolaire dans une démarche de réflexion par rapport aux différentes consommations des élèves, évaluation de la demande et élaboration des actions formant le programme de prévention. Cet accompagnement est proposé par le FARES (Fonds des Affections Respiratoires) et ses partenaires spécialisés en assuétudes.

› À partir de septembre 2019 : mise en place d'un·e référent·e «assuétudes» au sein de l'école, qui a pour mission d'initier le programme d'actions à tous les niveaux (individu, groupe, institution) et en adéquation avec l'établissement scolaire. Pour cela le·la référent·e peut mobiliser les élèves dans une réflexion par rapport à leurs consommations, identifier les ressources internes et externes à l'école, renforcer une approche collective avec les partenaires et initier des démarches de prévention en collaboration avec l'équipe éducative et des services extérieures spécialisés si nécessaire, etc.

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

Suite à cet appel à projet, 38 établissements ont été sélectionnés pour bénéficier de ce dispositif à partir de la rentrée 2019[100]. Il conviendra d'être vigilant à ce que la mise en place de ce projet se fasse effectivement dans une démarche de promotion de la santé, et que les interventions mises en place s'appuient effectivement sur les bonnes pratiques en la matière, sans hygiénisme ni stigmatisation des élèves.

2.3

LUTTE CONTRE LE DOPAGE

En 2005, les États parties de l'UNESCO (Conférence générale de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture) ont adopté la Convention internationale contre le dopage dans le sport[101]. Les États considèrent en effet que le sport a un rôle important dans la protection de la santé, dans l'éducation morale, culturelle et physique, et dans la promotion de la compréhension internationale et de la paix. Les pratiques liées au dopage mettant en danger les principes éthiques du sport et ses valeurs éducatives, il est dès lors central de prévenir et lutter contre le dopage dans le sport. Les États parties s'engagent à limiter la disponibilité des substances et méthodes interdites et à lutter contre leur trafic auprès des sportif·ves ; ils devront également prendre des mesures, y compris des sanctions et des pénalités, à l'encontre des personnes violant les règles antidopage. Les États signataires s'engagent à soutenir le contrôle antidopage sur leur territoire et à l'échelle internationale ; pour cela, ils doivent encourager la coopération entre les organisations antidopage, les pouvoirs publics et les organisations sportives (à l'échelle nationale et internationale) et veilleront à coopérer entre eux. La Convention prévoit que les États soutiennent, conçoivent ou mettent en œuvre des programmes d'éducation et de formation sur la lutte contre le dopage, ainsi qu'un programme national de contrôles dans toutes les disciplines sportives. Ils doivent enfin encourager et promouvoir la recherche antidopage.

La Convention liste les différentes substances et méthodes interdites. Les agents anabolisants, les hormones et substances apparentées, les béta-2 agonistes, les antagonistes et modulateurs hormonaux, et les diurétiques et autres agents masquant sont interdits en permanence (c'est-à-dire en et hors compétition). Les méthodes interdites en permanence regroupent : l'amélioration

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

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

101 La Convention est consultable à l'adresse : http://portal.unesco.org/fr/ev.php-URL_ID=31037&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

du transfert d'oxygène, la manipulation chimique et le dopage génétique.
Les stimulants, les narcotiques, les cannabinoïdes, et les glucocorticoïdes sont des substances uniquement interdites *en compétition*. Enfin, certaines substances sont interdites en compétition *seulement* pour certains sports ; c'est le cas de l'alcool et des béta-bloquants.

Des autorisations d'usage thérapeutique des substances et méthodes interdites peuvent être délivrées par un Comité pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT). La demande d'autorisation doit cependant dépondre à certaines conditions :

- La demande est soumise au moins 21 jours avant d'avoir besoin de l'autorisation ;
- Le·la sportif·ve subirait un préjudice de santé significatif si l'autorisation n'était pas délivrée ;
- L'usage thérapeutique de la substance ou de la méthode ne doit pas produire une amélioration de la performance autre que celle attribuable à un retour à un état de santé normal ;
- Il n'existe pas d'alternative thérapeutique autorisée ;
- La nécessité d'utiliser la substance ou la méthode interdite ne doit pas être une conséquence partielle ou totale de l'utilisation antérieure non thérapeutique desdites substances.

Afin d'appliquer cette Convention, la FWB, dont les compétences comprennent la lutte contre le dopage dans le sport, a adopté le décret relatif à la lutte contre le dopage du 20 décembre 2011. Le décret s'applique aussi bien aux sportif·ves amateurs que professionnels, mais ne s'adresse pas aux activités physiques et/ou sportives organisées par les écoles, dans le cadre familial ou dans un cadre privé non accessible au public. La violation des règles antidopage peut entraîner plusieurs types de conséquences : l'annulation des résultats d'une compétition ou d'une manifestation, la suspension pour une durée déterminée, des conséquences financières et la divulgation publique.

Dans ce décret, le Gouvernement s'engage à élaborer un plan de compagnes d'éducation, d'information et de prévention relatives à la lutte contre le dopage, en veillant à sensibiliser aux effets néfastes du dopage sur la santé. Il devra notamment diffuser une brochure d'information à destination des sportif·ves professionnels et amateurs. Le Gouvernement s'engage à réaliser ou faire réaliser les procédures de contrôle antidopage, en et hors compétition. La Direction de la lutte contre le dopage du Ministère de la Communauté française est l'organisation nationale antidopage (ONAD) pour la FWB ; elle adopte et met en œuvre les règles antidopage, assure la gestion des prélèvements d'échantillons et celle des résultats de contrôles et tient audience[102]. Le décret décrit les infractions punissables et crée la Commission de la Communauté française pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT). Le décret donne compétence aux organisations sportives pour appliquer et organiser les procédures disciplinaires en cas de violation des règles antidopage.

Le décret s'est accompagné d'un accord de coopération entre la Communauté flamande, la Communauté française, la Communauté germanophone et la Communauté communautaire commune, conclu le 9 décembre 2011. Cette coopération a pour objectif «d'améliorer l'efficacité de la lutte antidopage sur le territoire de la Belgique par une collaboration renforcée entre les parties contractantes, par des échanges réguliers d'informations, de spécialistes et de services, ainsi que par le lancement de campagnes de prévention et de sensibilisation conjointes».

Un arrêté ministériel établissant la liste des substances et méthodes interdites pour l'année 2019 complète le décret. Il précise que les cannabinoïdes sont interdits en compétition, à l'exception du cannabidiol (CBD)[103].

Les gouvernements fédéral, communautaires et régionaux se sont accordés pour financer conjointement une étude portant l'usage problématique d'anabolisants dans une perspective de dopage. L'étude a débuté en 2019.

102 À noter que les contrôles ne sont pas le seul apanage de l'ONAD, et d'autres organisations peuvent organiser des contrôles antidopage sur le territoire de la FWB, notamment l'Agence Mondiale Antidopage, toute Fédération Internationale organisant un évènement sportif ou souhaitant contrôler un sportif de son groupe cible hors compétition, toute autre organisation antidopage souhaitant effectuer un contrôle sur un sportif faisant partie de son groupe cible, les organisateurs de grands évènements sportifs, etc.

103 L'arrêté en question est disponible sur le site de l'ONAD : http://www.dopage.cfwb.be/index.php ?id=5659.

3 LE CONTEXTE WALLON

N.B. : Les élections législatives de 2019 ont abouti à la formation d'une coalition entre le Parti socialiste (PS), le Mouvement réformateur (MR) et Ecolo.

Suite à la 6e Réforme de l'État, la Wallonie a hérité de nombreuses compétences, notamment en promotion de la santé, prévention, assuétudes, soins de santé et santé mentale. La Région poursuit la mise en œuvre de son Plan de prévention et promotion de la santé 2018-2030 et a entamé la révision de son décret «assuétudes» et des services de santé mentale.

3.1 DÉCLARATION DE POLITIQUE GÉNÉRALE POUR LA WALLONIE 2019-2024

Suite aux élections de 2019, un nouveau Gouvernement s'est formé. Dans sa déclaration de politique générale, il a annoncé nourrir trois grandes ambitions ; une ambition sociale, une ambition écologique et une ambition économique. L'ambition sociale vise à réduire la pauvreté et à garantir aux citoyen·nes une vie décente.

Le Gouvernement entend poursuivre **la lutte contre la pauvreté et la réduction des inégalités**. Il compte évaluer l'ancien plan afin de l'adapter et ainsi adopter un nouveau plan stratégique qui sera élaboré en concertation avec les acteurs de terrain et les personnes précarisées. Le Gouvernement s'engage à analyser la pertinence de mener des études d'impact d'appauvrissement pour chaque politique publique prise, dans quel que domaine que ce soit. Une attention particulière sera accordée aux discriminations multiples et aux familles monoparentales, afin de prévenir le basculement dans la pauvreté. L'une des priorités du Gouvernement sera la lutte contre le sans-abrisme et l'insertion par le logement ; les mécanismes de *housing first* et de capteurs logement seront notamment renforcés). Il s'agira également de renforcer l'accès aux soins et à la santé et d'assurer l'autonomisation des droits sociaux.

En matière de **santé**, le Gouvernement fait part de sa volonté de participer à une coordination permanente avec les autres entités fédérées et le pouvoir fédéral de façon à tendre vers des politiques d'aide et de soins cohérentes et efficaces. Il souhaite mettre en place un organe de conseil et d'orientation de la stratégie rassemblant l'autorité fédérale, les Communautés et les Régions, dans la perspective d'élaborer des objectifs de santé interfédéraux et préparer les accords de coopération.
Le Gouvernement s'engage à veiller à l'accessibilité financière et géographique des soins.

La politique de soins menée en Wallonie reposera sur une articulation entre le secteur d'aide et soutien social et le secteur des soins. Le Gouvernement sera attentif à ce que l'offre d'aide et de soins soit répartie sur l'ensemble du territoire et à la cohérence entre la première ligne et les soins spécialisés. Il portera également une attention particulière à soutenir les métiers de la santé et du social et à assurer des conditions de travail satisfaisantes.

La participation des citoyen·nes-patient·es sera assurée à plusieurs niveaux : dans la relation entre patient·e et prestataire, dans les institutions de soins, la formation des (futurs) professionnel·les, dans les organes de concertation des politiques de santé, et dans l'analyse et l'évaluation territoriale de la santé.

Le financement et les modalités des services de **santé mentale** seront revus afin de répondre à l'augmentation de la demande de prise en charge en première ligne. Le Gouvernement entend évaluer la réforme «107» des soins de santé mentale et sa capacité à rencontrer les besoins des populations concernées.

La **promotion de la santé et la prévention** seront renforcées ; le Gouvernement poursuivra la mise en œuvre du Plan wallon de prévention et de promotion de la santé horizon 2030 et joindra les acteurs de terrain à son pilotage. Le Gouvernement veillera à porter une attention particulière aux populations précarisées.

En ce qui concerne spécifiquement les **drogues illicites**, le Gouvernement entend élaborer une politique innovante en matière de prise en charge de la toxicomanie, à partir notamment de l'évaluation de la salle de consommation à moindre risque.

Le Gouvernement prévoit de donner suite à l'évaluation du décret du 3 décembre 2015, effectuée en 2017, afin d'améliorer le fonctionnement des instances de l'AViQ. Les organes de l'AViQ seront simplifiés pour une meilleure efficacité, en particulier :

- Le Conseil général sera chargé d'une mission stratégique globale à long terme, avec l'appui du Conseil de Stratégie et de Prospective de l'AViQ. De cette façon, le Conseil général pourra définir, en concertation avec le Gouvernement, les lignes directrices pour les actions de l'AViQ et une vision à long terme de l'organisation de l'aide et des soins de santé ;
- Les comités de branche seront chargés d'une fonction consultative et pourront

proposer des avis d'initiative sur des thématiques spécifiques et proposer au Conseil général des études sur des thématiques les concernant ;

› Le Conseil de monitoring budgétaire et financier devra développer des outils stratégiques de suivi régulier des dépenses, lisibles par domaine de compétence.

Enfin, le Gouvernement s'engage à lutter contre les **inégalités, violences et discriminations** sur base du genre (notamment envers les femmes), de l'orientation sexuelle (à l'égard des personnes LGBTQI, c'est-à-dire lesbiennes, gay, bisexuel·les, transgenres, queer et intersexes), de l'origine et la couleur de peau.

3.2 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 6e 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.

3.2.1. 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[104].

3.2.2. 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[105]. Celui-ci fixe les objectifs et priorités de l'Agence pour les cinq ans à venir[106].

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 1re 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 :

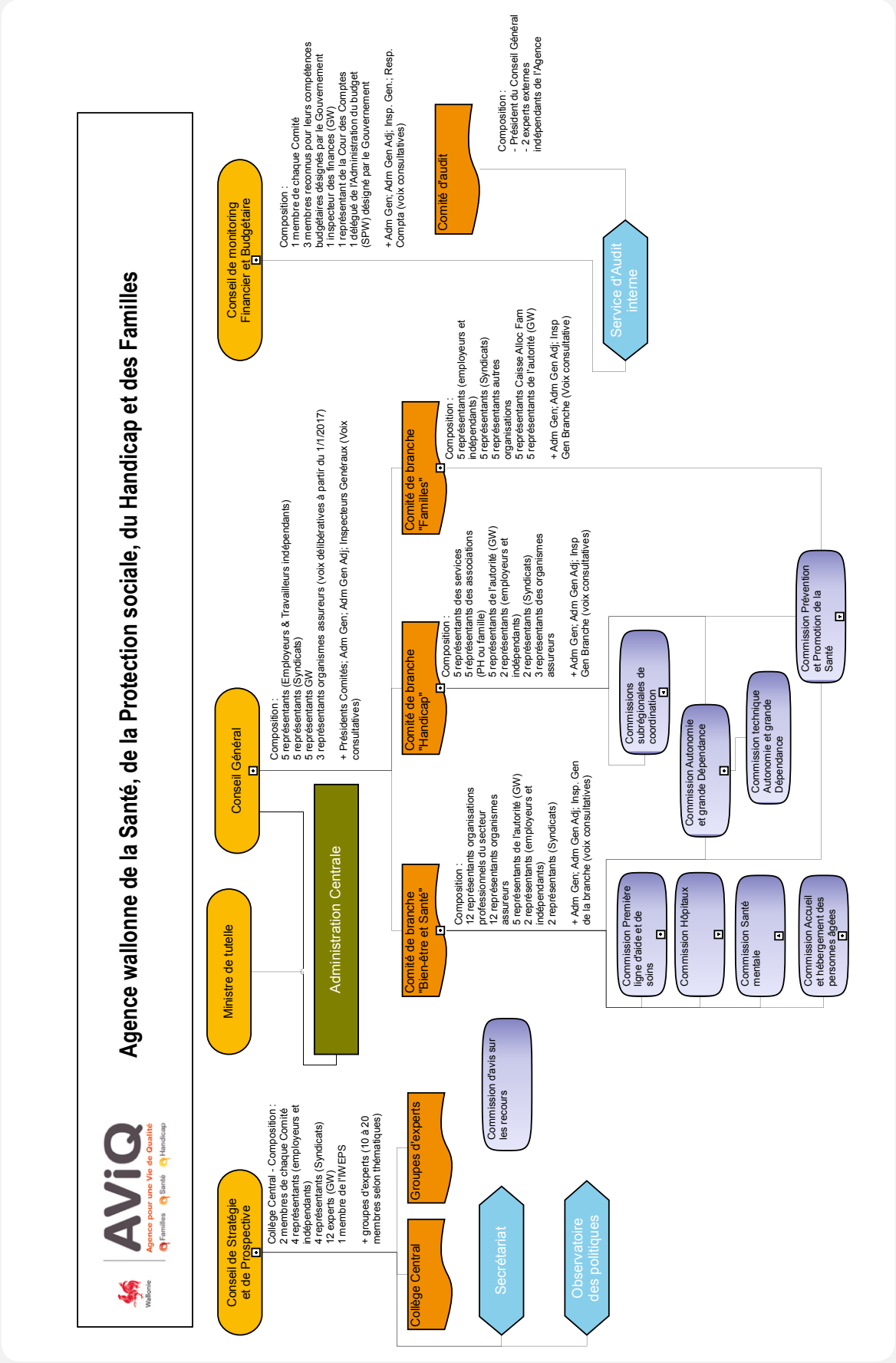
1) Assurer la continuité du service aux publics et la mise en place du transfert des compétences issues de la Réforme de l'État ;
2) Préparer, mettre en place, suivre et soutenir les réformes du Gouvernement ;
3) Soutenir le choix des personnes et l'autonomie et améliorer l'équité d'accès à l'information, 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

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

105 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.

106 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

Figure 4 : Organigramme de l'AViQ



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

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 ;
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.

3.2.3. 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·es (de 10 à 20 selon les thématiques) choisi·es 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. Le ministère wallon de la santé 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. Un appel à candidature a été lancé en septembre 2019.

3.3

LA POLITIQUE WALLONNE DE PROMOTION DE LA SANTÉ

3.3.1. LE DÉCRET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Suite à la 6e 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 avait fait l'objet d'avis de la part 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[107]. Le projet de décret a été adopté le 2 mai 2019 par le Parlement wallon et sanctionné par le Gouvernement[108].

Le décret organise le secteur et prévoit un plan de promotion de la santé pour une durée de cinq ans. L'ancien 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 sa successeuse, la 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 ;

107 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.
108 https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl ?language=fr&la=F&cn=2019050286&table_name=loi

- 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.

Le décret règle les différents dispositifs de prévention et de la promotion de la santé, ainsi que leurs missions respectives (voir tableau). Il complète les missions de l'Observatoire des politiques au sein de l'AViQ, qui doit :

- Faciliter les collectes et la centralisation des données socio-sanitaires ;
- Analyser ces données de façon épidémiologique et en y appliquant une analyse de genre ;
- Réaliser des analyses d'impact en santé.

Le décret prévoit l'évaluation du plan au moins tous les cinq ans, organisée par le comité de pilotage. L'évaluation du plan a pour objectifs de 1) rendre compte de la mise en œuvre du plan par les acteurs de prévention et promotion, 2) mesurer l'impact par genre, âge et niveau socio-économique de ces actions sur la santé, et 3) proposer des ajustements pour une nouvelle version du plan. Le comité de pilotage stratégique est au minimum composé de :

- Représentant·es de l'AViQ ;
- Représentant·es du comité de concertation des centres locaux de promotion de la santé (CLPS) ;
- Représentant·es du comité de concertation des centres d'expertise ;
- Représentant·es des centres d'opérationnalisation ;
- Représentant·es des opérateurs en promotion de la santé ;
- Représentant·es des écoles publiques francophones ;
- Représentant·es du monde académique ;
- Représentant·es des pouvoirs locaux ;
- Représentant·es des professionnel·les de soins de première ligne.

Il a pour missions de 1) superviser la mise en œuvre du plan au moins une fois par an, 2) transmettre au Gouvernement tous les cinq ans une évaluation de la politique de prévention des maladies et de promotion de la santé, et 3) proposer au Gouvernement une version actualisée et concertée du plan. Le décret prévoit également la constitution de fédérations de prévention et de promotion de la santé.

Les arrêtés d'application accompagnant ce décret et définissant les modalités de mise en œuvre de celui-ci seront rédigés en 2020. 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.

DISPOSITIFS PRÉVUS PAR LE DÉCRET DE PROMOTION DE LA SANTÉ DE 2019

Dispositifs	Missions	Durée de l'agrément
Centres locaux de promotion de la santé	› Soutenir la mise en œuvre du plan › Accompagner les acteurs de leur territoire dans le développement de la promotion de la santé dans leurs projets › Promouvoir la mise en œuvre de programmes de médecine préventive › Initier ou participer au développement de réseaux, partenariats et intersectionnalités › Soutenir la collaboration entre les acteurs de promotion de la santé › Sensibiliser et accompagner les autorités locales dans l'intégration de la promotion de la santé dans leurs politiques ou plans territoriaux › Valoriser les bonnes pratiques locales et les diffuser afin de valoriser leur transférabilité › Réunir régulièrement les opérateurs en vue d'évaluer l'implémentation du plan › Assurer l'interface au niveau local et régional › Collecter et transmettre les données relatives à l'exécution du plan ainsi qu'à son évaluation	Durée indéterminée
Centres d'expertise en promotion de la santé	› Favoriser la recherche en prévention et promotion de la santé et l'utilisation de l'information et de la documentation scientifique › Fournir l'information scientifique utile à la mise en œuvre du plan › Soutenir l'évaluation sous différentes formes dans le secteur › Assurer que la communication entre les acteurs et vers le grand public soit de qualité, dans le secteur › Contribuer à l'élaboration du plan, à son évaluation, à son ajustement et à son renouvellement	Durée indéterminée
Centres d'opérationnalisation en médecine préventive	› Veiller à la réalisation des différentes étapes d'un protocole de médecine préventive › Collaborer avec les autres services agréés, les opérateurs de promotion de la santé et avec les établissements et les personnes de droit public et privé concernés par le programme de médecine préventive	Durée indéterminée
Opérateurs en promotion de la santé	› Mettre en œuvre les actions qui contribuent à la réalisation du plan	Cinq ans, renouvelable

3.3.2. 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.

Le plan a été élaboré selon lee concept «Santé dans toutes les politiques» (*Health in all Policies*), conformément aux recommandations de l'OMS (2013). Ce qui implique notamment 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[109].

Des contacts ont été établis avec la FWB, la COCOF et l'ONE afin de définir leur articulation avec la Région wallonne[110]. De plus, des partenaires du secteur de la santé et des secteurs connexes avaient été consultés, au sein d'une dizaine de groupes thématiques. D'après sa DPR 2019-2024, le nouveau Gouvernement wallon poursuivra la mise en œuvre du Plan wallon de prévention et de promotion de la santé horizon 2030 et joindra les acteurs de terrain à son pilotage.

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).

109 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

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

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[111] ;
2) Adapter les stratégies pour faire face aux inégalités sociales de santé (voir chapitre 4. 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[112] ;
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[113]) ;
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[114] ;
12) Tenir compte de la dimension genre.

111 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.

112 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.

113 Voir chapitre 1.2.3. au sujet de la santé des personnes détenues.

114 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 6.2.1 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)

La FWPS avait publié un avis au sujet du projet de WAPPS en septembre 2018 et soulevé plusieurs points qui semblent encore d'actualité. La Fédération rappelle que les objectifs du plan 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.

La FWPS attirait également 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.

La FWPS soulignait encore l'importance d'articuler 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·es, ainsi que pour le pouvoir organisateur (en termes de qualité des actions, d'économie, de capacités de couverture, etc.).

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

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·les, ainsi que les groupes de parole.

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

Suite à la 6e 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»).

Le dispositif s'intègre au Plan de prévention et de promotion de la santé du Gouvernement wallon[116]. 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·ses de l'exposition à la fumée de tabac ou de vape.

Le 22 mai 2018, 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, a été présenté.

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·es afin d'accroître la cessation et réduire les risques, et à mobiliser les décideurs·ses afin de réduire l'exposition[117].

Pour cela, il entend renforcer les stratégies développées depuis 2004, à savoir la formation des professionnel·les, 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[118].

116 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.

117 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

118 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[119]	
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·les de la santé, de l'éducation, du social, de l'associatif ainsi que les adultes relais (y inclues 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·les 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·ses (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·ses et des non-fumeur·ses à la fumée de tabac/vape	› Favoriser l'accès à l'information pour les décideur·ses locaux et les professionnel·les (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, 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. De telles mesures de réduction de l'offre se retrouvent dans la Convention-Cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac, ratifiée par la Belgique en 2005[120].

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

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

3.3.4. 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[121].

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[122].

3.3.5. 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 entre les ministres en charge de la santé de la Wallonie, de la FWB et de la COCOF[123]. De plus, des protocoles d'accord ont été et devraient être encore conclus entre l'État fédéral et les entités fédérées[124].

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[125]. 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[126].

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[127]. Des accords devraient donc être conclus avec la FWB, l'ONE et la COCOF[128].

3.3.6. LE MÉMORANDUM DES FÉDÉRATIONS BRUXELLOISE ET WALLONNE DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Les Fédérations bruxelloise et wallonne de promotion de la santé ont édité leur mémorandum en 2019, réédité en 2020, dans lequel elles formulent sept recommandations à l'intention des acteurs et actrices politiques afin de tendre vers une meilleure santé globale de toutes et tous.

121 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.

122 «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

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

124 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).

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

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

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

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

MÉMORANDUM DES FÉDÉRATIONS BRUXELLOISE ET WALLONNE DE PROMOTION DE LA SANTÉ		
	Recommandations	**Propositions d'action**
1	Renforcer et soutenir la participation des citoyen·nes dans l'élaboration des politiques publiques	› Garantir les moyens pour organiser des lieux de collaboration entre les acteurs agissant sur la santé et la population › Soutenir des projets/acteurs qui développent la participation citoyenne › Tenir compte de manière systématique de l'avis des experts du vécu dans l'élaboration des politiques publiques › Diversifier les formes de participation citoyenne › Reconnaître et valoriser les processus communautaires et d'organisation citoyenne
2	Créer des environnements favorables à la santé dans les différents milieux de vie	› Favoriser l'accessibilité (financière, géographique et culturelle) aux services de promotion de la santé, de réduction des risques, de prévention, et aux structures d'aide et d'accompagnement › Renforcer les pratiques communautaires de santé › Soutenir les projets pour le développement d'environnements favorables à la santé › Impulser une dynamique de type «Région en Santé» qui permette, notamment, de replacer la santé au centre des préoccupations de l'ensemble des ministres régionaux › Intégrer un volet santé et en particulier promotion de la santé dans les contrats de quartier durable, les plans de cohésion sociale, les plans communaux de développement rural, etc. › Garantir aux consommateurs une information claire sur les produits ayant un impact nocif sur la santé et l'environnement (comme l'alcool, les produits alimentaires transformés, etc.)
3	Inscrire systématiquement la dimension santé et la lutte contre les inégalités sociales, y compris celles de santé, dans l'ensemble des politiques publiques	› Intégrer systématiquement la question des publics vulnérables et des territoires prioritaires lors de l'élaboration de politiques publiques › Attribuer aux collèges des pouvoirs locaux la responsabilité d'assurer la prise en compte de la santé et de l'équité lors de l'élaboration de toutes les politiques publiques › Se reposer sur l'expertise du secteur de la promotion de la santé et des secteurs agissant sur les déterminants de la santé › Veiller à ce que toutes mesures politiques soient soumises à des commissions interministérielles transversales ayant pour objet la santé dans toutes les politiques › Réaliser systématiquement des évaluations d'impact sur la santé des politiques menées par l'ensemble des secteurs › Soutenir et renforcer l'implication des acteurs sur la réduction des inégalités sociales de santé › Récolter, analyser et diffuser les données sur les inégalités sociales de santé de manière pérenne et harmonisée
4	Garantir l'accès et le respect des droits sociaux et de santé, en particulier pour les publics fragilisés	› Soutenir les associations qui répondent aux préoccupations en matière de droits sociaux et de santé › Mettre en place des procédures d'accès aux droits sociaux et de santé qui soient individualisées, harmonisées et automatiques › Assurer la gratuité des soins pour les populations fragilisées › Assurer une communication ciblée, adaptée et accessible en matière de droits sociaux et de santé › Augmenter les minimas sociaux des revenus de remplacement
5	Assurer la cohérence et l'articulation entre les politiques de santé et de promotion de la santé	› Améliorer la transparence des travaux et points de discussion de la Conférence Interministérielle de Santé › Élargir les thématiques abordées lors de la Conférence Interministérielle de Santé à des sujets transversaux ayant un impact sur la santé › Mettre en place des protocoles de collaboration sur des thématiques entre les entités fédérées › Assurer l'existence d'outils cofinancés (par les différents niveaux de pouvoir) mettant à disposition de l'ensemble de la population des informations concertées, validées et accessibles sur les thématiques de santé prioritaires › Mutualiser les ressources entre entités fédérées pour financer des campagnes de promotion de la santé et de prévention et des outils de communication destinés à un large public
6	Adapter et pérenniser les moyens alloués à la promotion de la santé et à la prévention	› Privilégier un système de financement par agréments pour les acteurs de promotion de la santé › Soutenir les pratiques d'évaluation qui impliquent de manière concertée l'ensemble des parties prenantes › Financer des recherches en promotion de la santé pour faire progresser les pratiques et les connaissances
7	S'appuyer sur l'expertise des acteurs du secteur de la promotion de la santé et de leurs fédérations	› Reconnaître aux Fédérations bruxelloise et wallonne de promotion de la santé un rôle d'experts-ressources pour les décideurs politiques › Encourager la mise en place de concertations entre les secteurs de la promotion de la santé, de la santé et les autres secteurs › Développer dans les cursus de formations sociales/pédagogiques/ médicales/paramédicales une vision intégrée, globale et positive de la santé et de ses déterminants › Garantir aux acteurs impliqués dans tous les milieux de vie l'accès à des formations continuées › Stimuler les pratiques innovantes et développer des repères de pratiques adaptés aux contextes

3.4

LE PLAN DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ 2015-2019[129]

Conformément à sa DPR 2019-2024, la législature actuelle poursuit le travail du Gouvernement précédent en donnant priorité à la lutte contre la pauvreté et les inégalités d'accès aux soins de santé entre les différentes strates de la population. Le plan de lutte contre la pauvreté avait été adopté par le Gouvernement wallon le 10 septembre 2015 et élaboré en concertation avec les acteur·rices du secteur, notamment avec le Réseau wallon de lutte contre la pauvreté dans la définition des priorités du plan. Il a été a été actualisé en 2018 et structuré en trois axes : sortir de la pauvreté, agir contre la pauvreté au quotidien et des mesures transversales.

Le plan a été évalué par l'Institut wallon de l'évaluation de la prospective et de la statistique, sur de demande du Gouvernement wallon, afin de l'adapter. L'évaluation a été rendue publique en mai 2019 et portait sur les projets pilote de sécurisation du paiement des loyers, les collaborations logistiques locales organisant l'aide alimentaire, et l'impact des maisons médicales sur l'accès aux soins de santé pour les personnes précaires.

Grâce à ce plan, 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[130]. 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 1re 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 entend également davantage automatiser des droits dérivés wallons, dont le tarif social pour l'énergie ; l'octroi des suppléments aux allocations familiales pour les familles à bas revenus, via le modèle wallon d'allocations familiales ; et bientôt les droits dérivés des personnes en médiation de dettes et en règlement collectif de dettes[131].

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.

3.5

DÉCRET «ASSUÉTUDE» DE LA RÉGION WALLONNE

La Ministre wallonne de la santé sous l'ancienne législature, Mme Gréoli, avait invité 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'accueil et l'information des bénéficiaires
- 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. Douze zones de soins ont ainsi été déterminées et chacune bénéficie d'un réseau[132]. Dans la perspective d'améliorer la qualité des soins et de l'aide

129 Nous invitons le/la lecteur·rice à lire le chapitre 4. L'usage de drogues et les inégalités sociales de santé.

130 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).

131 Communiqué de presse «Le Gouvernement wallon évalue son Plan wallon de lutte contre la pauvreté» du 13/05/2019, Gouvernement Wallon.

132 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

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 avait 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 avait 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·es et à leurs proches. Par ailleurs, la Fédération avait 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'était toutefois pas encore à l'ordre du jour en 2018. Mme Gréoli avait en effet exprimé le souhait de se concentrer en premier lieu sur l'élaboration du décret «Promotion de la santé», et avait reporté la question du décret «assuétudes» à début 2019[133].

En septembre 2019, la Fédito wallonne a finalement publié un plaidoyer «Pour un plan wallon 'assuétudes'» dans lequel elle formule plusieurs propositions et recommandations qui font échos aux recommandations internationales et aux précédents plans élaborés par le secteur spécialisé[134] :

1) Améliorer l'accessibilité aux dispositifs spécialisés, afin de répondre aux besoins divers et étendus des publics, de leurs proches et de la population générale. Ceci passe notamment par :
   - Augmenter la capacité d'accompagnement et d'accueil des différents services
   - Organiser une structure d'accueil d'urgence bas seuil accessible 24h sur 24 sans condition avec possibilité d'hébergement en urgence en l'articulant sur l'existant (résidentiel, maison d'accueil, *housing first*…)
   - Favoriser le soutien et l'aide spécialisée à domicile en matière de sevrage et de suivi
   - Soutenir la collaboration entre le résidentiel et l'ambulatoire
   - Augmenter la capacité de prise en charge dans les zones moins desservies par l'offre spécialisée et favoriser l'outreach
   - Soutenir et développer les interventions de réduction des risques en milieu festif (y compris le testing) par les acteurs «assuétudes»
   - Renforcer et généraliser le dispositif d'échange de seringues et l'accès au matériel de réduction des risques dans toutes les zones (urbaines et rurales)
   - Déployer et renforcer la mise en œuvre des traitements de substitution dans le milieu de vie et en centres spécialisés
   - Soutenir et développer la mise en place et la continuité des salles de consommation à moindre risque
   - Travailler sur les représentations des professionnel·les en vue de déstigmatiser l'usager·e et faciliter son accessibilité aux différents dispositifs d'intégration

2) Développer et soutenir les dispositifs spécifiques d'aide et d'insertion sociale pour des publics-cibles, avec une attention particulière pour les personnes détenues, les jeunes ayant une consommation problématique, les personnes souffrant de comorbidité ou des situations de vie difficiles, les femmes avec ou sans enfants, les personnes demandeuses d'asile et réfugiées, les personnes vivant en milieu rural

3) Mettre en œuvre une politique globale et cohérente, reposant sur la concertation entre les différents niveaux de pouvoir. Il s'agirait notamment de :
   - Créer une conférence interministérielle drogues au niveau de la Wallonie
   - Mettre en œuvre avec un plan régional «assuétudes» intégré et articulé à un plan fédéral «drogues» et élaborer une nouvelle déclaration interministérielle «Drogues»
   - Mettre en œuvre un plan national alcool, dans la perspective d'interdire toute publicité, d'élaborer une loi compréhensible, de renforcer la prévention, la réduction des risques et les soins
   - Modifier la loi de 1921 en vue de la décriminalisation de la détention de drogues et d'entamer un processus légalisation protégeant les usager·es
   - Soutenir les dispositifs de réduction des risques (testing, salles de consommation à moindre risque, traitements à la diacétylmorphine, système d'alertes précoces)
   - Autoriser et encadrer l'usage de cannabis à des fins thérapeutiques
   - Intégrer l'expertise de la société civile et renforcer la place des pairs aidant
   - Renforcer le monitoring et la collecte de données en lien avec l'usage de

Mons Borinage), et le Réseau Assuétudes des Fagnes.

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

134 Nous pensons notamment aux Stratégies concertées de prévention et de réduction des risques en matière de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles (Eurotox asbl), au Plan bruxellois de réduction des risques liés à l'usage de drogues (Modus Vivendi asbl), le Plan Drogues 2016-2019 (Fédito bruxelloise), aux recommandations en matière de politique alcool de la Fédito bruxelloise et de groupe «Jeunes, Alcool & Société» (voir chapitre 6.2.1).

drogues afin d'évaluer ses évolutions et d'orienter les politiques publiques

4) Améliorer le décret «assuétudes» afin qu'il corresponde au mieux à la réalité du continuum prévention-réduction des risques-soins, pour cela la Fédito recommande de :

- Préciser la mission d'accueil, qui traverse toutes les activités spécialisées
- Ajouter une mission prévention-promotion de la santé et articuler le décret «assuétudes» avec le décret «prévention et promotion de la santé»
- Redéfinir la mission d'accompagnement
- Définir une mission «soins» reflétant la pluralité et diversité des services proposés et des milieux dans lesquels ils sont exercés
- Préciser la mission de réduction des risques
- Financer les services et réseaux en adéquation et en cohérence avec les missions qui leur sont confiées.

3.6

PLAN DROGUES ET ALCOOL DE CHARLEROI

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 des principaux piliers (réduction des risques, promotion de la santé, prévention, soin, sécurité), d'identifier des problématiques à traiter et imaginer des pistes de solution, 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, de la réduction des risques et de promotion de la santé, de la police et du secteur judiciaire. Il rassemble des représentant·es 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 ont été mis en place autour des thématiques identifiées, notamment le vivre ensemble, la prévention et la promotion de la santé, l'insertion socio-professionnelle, l'accueil à bas-seuil et la transversalité entre les secteurs «social» et «judicaire». Ces groupes participent à l'élaboration de réponses adéquates et novatrices à l'échelle de Charleroi.

Les objectifs du comité de pilotage sont triples :

- Coconstruire un plan drogues sur le territoire de Charleroi, avec les acteurs institutionnels et associatifs concernés ;
- Établir un cadastre des actions sur le territoire ;
- 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 tou·te·s les citoyen·nes carolorégien·nes en visant leur insertion, par l'articulation et la transversalité des actions entre les opérateurs[135].

Différentes actions concrètes ont déjà été évoquées au sein des GT thématiques, notamment : un kit de sortie de prison facilitant l'accès à un réseau d'accompagnement adapté et renforcé, 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, d'autres idées sont en attente[136].

Le Plan Drogues est un outil construit et alimenté par et pour ses partenaires, il est évolutif afin de s'adapter aux évolutions rencontrées et résolument orienté vers un processus collaboratif[137].

135 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

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

137 Philippe Pironet, CPAS de Charleroi, Communication personnelle, 07/01/2020.

UNE CHAMBRE DE TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE EN 2020

Le parquet de Charleroi entend lancer un projet pilote de chambre de traitement de la toxicomanie à partir de 2020. Le projet semble s'inspirer du modèle portugais puisque plutôt qu'une peine de prison, le ou la prévenu·e aura la possibilité d'édifier un plan de réinsertion dans la société, avec l'aide de plusieurs associations et des maisons de justice. Le ou la juge opérerait le suivi dudit plan lors des audiences.

AVIS DES EXPERT·ES

Philippe Pironet, Chargé de projet Plan Drogues pour le CPAS de Charleroi

La thématique des assuétudes est transversale. De nombreux acteurs institutionnels et associatifs sont concernés et apportent des réponses variées aux conséquences diverses liées aux consommations de produits psychotropes. L'accompagnement, le soin, la prévention, la réduction des risques mais aussi le secteur sécuritaire et répressif, la Justice, l'Aide à la Jeunesse, l'insertion sociale et socio-professionnelle,… s'impliquent dans des actions touchant aux assuétudes.

Une approche intégrale et intégrée en cette matière consiste à :
- Mobiliser toutes ces ressources pour réaliser un diagnostic le plus complet possible de la situation sur un territoire donné grâce aux regards croisés ;
- Imaginer ensemble des réponses concertées et complémentaires aux difficultés objectivées ;
- Articuler et coordonner les interventions de chacun pour gagner en cohérence sur le terrain.

Développer une vision globale et intersectorielle est nécessaire à la mise en place de réponses systémiques susceptibles d'induire des améliorations durables sur le territoire défini. Ne dit-on pas «l'union fait la force» ? Décloisonner les actions et travailler ensemble peut permettre de faire plus au bénéfice des différents publics concernés et ce dans un contexte socio-économique où il est souvent difficile d'avoir plus.

3.7

LES DISPOSITIFS DE SANTÉ MENTALE EN WALLONIE

3.7.1. RÉFORME «PSY 107»

Lors de la Conférence interministérielle Santé publique de 2010, les différents niveaux de pouvoir se sont accordés sur la nécessité de réformer les services de santé mentale. S'en est suivi ladite «réforme 107» qui tient son nom de l'article 107 de la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008. Cet article donne la possibilité aux établissements hospitaliers de réorienter une partie des fonds destinés aux établissements hospitaliers vers des circuits et réseaux de soins ambulatoires, grâce au gel de lits psychiatriques. Les moyens ainsi dégagés sont réinjectés dans des soins longitudinaux dispensés dans le milieu de vie des patient·es, notamment des équipes ambulatoires de traitement intensif, des équipes de réhabilitation, ainsi que des unités intensives de traitement résidentiel lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable.

La réforme s'articule autour de 5 objectifs :
- Désinstitutionalisation : remplacement de l'hospitalisation (prise en charge résidentielle) par des formes de soins ambulatoires intensifs et spécialisés
- Inclusion : les processus de revalidation et de réadaptation nécessitent une collaboration avec l'enseignement, la culture, le travail le logement social, etc.
- Décatégorisation : collaboration entre les soins de santé mentale, les soins aux personnes âgées, le secteur des personnes handicapées et le pouvoir judiciaire grâce aux réseaux et circuits de soins
- Intensification : intensification des soins dans les hôpitaux
- Consolidation : régularisation des différents projets pilotes, au niveau fédéral, communautaire et régional, dans une perspective de globalisation des soins de santé mentale.

Les évaluations effectuées entre 2010 et 2018 ont tirés plusieurs constats, notamment 1) les projets 107, même si destinés à l'ensemble de la population adulte belge, concernent surtout les personnes gravement malades, 2) les prestataires de soins sont satisfaits, 3) les aidant·es proches sont moins satisfait·es et se plaignent d'être soumis·es à de fortes pressions et de manquer de soutien, 4) l'accessibilité des soins, la liberté de choix des patient·es, la formation des prestataires, la coordination/collaboration entre les différents acteurs et l'implication des médecins généralistes sont insuffisants, et 5) la réforme semble n'avoir eu que peu d'impact sur les résultats des patient·es (Mistiaen et al, 2019).

3.7.2. DES REPÈRES POUR UNE POLITIQUE WALLONNE DE SANTÉ MENTALE

À l'invitation de l'ancienne 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·es issu·es du secteur de la santé mentale, des secteurs connexes (y compris les assuétudes), des universités, des administrations et de la société civile, usager·es et professionnel·les. 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·es 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[138].

3.7.3. MODIFICATION DES DISPOSITIONS DU CODE WALLON DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA SANTÉ, RELATIVES AUX SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Le Code wallon de l'action sociale et de la santé organise les services de santé mentale et les centres de référence en santé mentale. Il précise les missions des services de santé mentale : 1) l'accueil de la demande relative aux difficultés psychiques ou psychologiques, 2) l'organisation d'une réponse, selon les ressources disponibles et les particularités de la demande, en posant un diagnostic et en instaurant un traitement, selon les situations psychiatrique, psychothérapeutique ou psychosociale des individus, au moyen d'une concertation pluridisciplinaire, 3) l'organisation d'activités au bénéfice d'autres professionnel·les, sous la forme d'information, de supervision ou de formation, et la réalisation d'expertises, liées à leurs activités de dispensation des soins.

La promotion de la santé mentale et du bien-être global tient une place à part entière dans le Plan wallon de prévention et promotion de la santé, et comprend la prévention des usages addictifs et la réduction des risques. Parallèlement, le ministère wallon de la santé est chargé de préparer un décret relatif aux soins de santé mentale, modifiant le Code wallon de l'action sociale et de la santé et attendu dans le courant de la nouvelle législature (probablement 2021).

Avant le changement de Gouvernement, le projet de décret approuvé en 3e lecture avait fait l'objet de plusieurs critiques de la part du secteur spécialisé[139]. Depuis, la FéWaSSM (Fédération wallonne des services de santé mentale) a envoyé une proposition de texte au nouveau cabinet de Mme Morreale, dans la perspective de collaborer à l'édification dudit décret et de répondre aux enjeux actuels de refinancement et à l'augmentation de la charge de travail[140].

138 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

139 Les critiques portaient notamment sur la psychiatrisation du secteur et une approche trop administrative du travail en santé mentale (voir https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/une-petition-contre-la-reforme-des-services-de-sante-mentale.html).

140 Catherine Dungelhoeff, vice-présidente du FéWaSSM, communication personnelle, 04/12/2019.

3.8

CRÉATION DE SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE

La mise en place de salles de consommation à moindre risque en Wallonie (et à Bruxelles en 2020) a été un travail de longue haleine, mobilisant à la fois le secteur spécialisé et nombre de député·es.

Il y a quelques années d'ici, 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 avaient 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 avait 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 avait rendu un avis favorable aux deux propositions début 2016.

Parallèlement, la présidente de la Commission Santé d'alors, Muriel Gerkens, avait 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 avaient exprimé le souhait d'avoir les avis des Communautés et des Régions. La Commission Santé de la Chambre avait donc, par l'intermédiaire du Président de la Chambre, demandé aux entités fédérées leurs avis sur ces propositions[142]. Le Ministre-président de la RBC Rudi Vervoort ainsi que les deux derniers ministres wallon·nes de la santé s'étaient tous prononcés en faveur des propositions de loi. Début 2017, de nombreux avis ont ainsi été remis à la Commission Santé par des expert·es 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, l'ancienne présidente de la Commission Santé Muriel Gerkens a rendu un avis positif à celle-ci. De son côté, 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.

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 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, Vander Laenen et al, 2018) 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).

En 2018, le ministre de la Justice M. Geens avait sollicité l'avis du Collège des procureurs généraux. Celui-ci a estimé 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 avait 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·es 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[143].

Ceci étant, compte tenu du contexte politique actuel et l'absence de majorité fédérale, tout changement de la loi de 1921 semble improbable. Les entités francophones et certaines autorités locales, encouragées par les multiples études scientifiques favorables[144], 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.

LES SCMR : UNE COMPÉTENCE RÉGIONALE ?

Avec la 6e 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)[141].

141 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.

142 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.

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

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

3.8.1. DE L'EFFICACITÉ DES SCMR

L'étude 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[145]» .

La population cible des SCMR sont les usager·es de drogues illicites les plus à risque, en particulier les usager·es par injection et celles et ceux qui consomment dans la rue. Les SCMR permettent d'entrer en contact avec des usager·es 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 environnements 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·es, dealers, policier·es et/ou habitant·es du quartier).

Des preuves scientifiques substantielles de l'efficacité des SCMR tant sur le plan individuel que social ont été obtenues au cours des trente dernières années, et ce, dans plusieurs pays d'Europe[146] et d'Amérique du Nord. Elles montrent des effets positifs auprès des usager·es et de la population générale, d'autant plus lorsqu'elles sont intégrées à un ensemble de dispositifs d'assistance sociale (Vander Laenen et al, 2018) :

- 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'usager·es de drogue et maintien du taux de rechute ;
- Point d'entrée vers les services de soins et autres services sociaux pour usager·es ;
- 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.

Les SCMR sont des dispositifs indispensables à une approche globale et intégrée de la problématique «drogues». Elles participent à la réduction des risques sanitaires et sociaux, ainsi qu'à la (ré)insertion sociale d'usager·es souvent marginalisé·es et à la création d'un réseau d'aide et d'accompagnement autour d'eux·elles. 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.

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 travailleur·ses et de leurs usager·es.

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

145 L'étude est davantage détaillée dans notre Tableau de bord 2018, consultable sur notre site internet.

146 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.

3.8.2. DES SCMR EN WALLONIE

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»[147] a été adoptée à l'unanimité le 24 avril 2018 par le Parlement wallon. Bien que non contraignante pour le Gouvernement wallon, cette proposition a reçu le soutien de l'ancienne ministre wallonne de la santé Mme Gréoli.

Lors de la discussion accompagnant le vote de la résolution, certain·es 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 usager·es, qui peut être dramatique. À la fin du projet TADAM[148], notamment, les usager·es 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 ministère de la Justice, les parquets d'instance, les parquets d'appel et le parquet fédéral puisse être trouvé[149].

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 a demandé au Gouvernement wallon :

1) D'intervenir auprès du Gouvernement fédéral en suite de l'étude du 6 février 2018 sur la faisabilité de SCMR en

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

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

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

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 professionnel·les compétent·es 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[150].

Le Parlement et le Gouvernement wallons ont ainsi marqué 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 professionnel·les de la santé formé·es aux usages de consommateurs de rue, les riverain·es, les autorités communales et la police). Une SCMR a donc ouvert à Liège au début du mois de septembre 2018. La Ville de Charleroi pourrait bien emboîter le pas ; la majorité communale s'est en effet prononcée en 2019 en faveur de la création d'une SCMR dans le centre-ville de Charleroi[151].

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 afin d'ouvrir la première SCMR en Belgique, à titre de recherche-action[152]. 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[153].

M. Demeyer a successivement rencontré l'ancienne ministre wallonne de la santé Mme Gréoli, qui a marqué son soutien, ainsi que la ministre fédérale de la santé Mme De Block, qui l'a renvoyé vers le ministre de la Justice[154]. 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[155].

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[156].

La SCMR de Liège baptisée Såf Ti («Protège toi») a ouvert le 5 septembre 2018 et accepte tout·e usager·e de plus de 18 ans qui ne vient pas pour une première expérience. Entièrement financée par la 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[157,158].

Le bilan de la SCMR de Liège, 6 mois après son ouverture, montre que le dispositif remplit ses objectifs. D'abord, Såf Ti atteint bien son public cible puisque la salle compte 363 usager·es inscrit·es pour 6.292 passages en salle[159]. Son existence permet de réduire les risques et d'améliorer les conditions d'hygiène de la consommation de drogues : les travailleur·ses ont en effet dispensé plus de mille conseils de réduction des risques ; le lavage des mains s'est également amélioré suite aux formations des usager·es ; de plus, 44 injecteur·rices sont passé·es à l'inhalation après avoir été sensibilisé·es au sein de la SCMR. La SCMR contribue à réduire la morbidité et la mortalité associée à l'usage de drogues : de fait, seuls deux cas d'overdoses ayant nécessité une réanimation ont eu lieu et 10 appels aux services d'urgence ont été passés.

150 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.

151 Article «'Salle de shoot' à Charleroi : le projet se concrétise», guidesocial.be, 02/07/2019.

152 «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/

153 «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/

154 «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

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

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

157 «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)

158 «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/

159 Le public cible de la SCMR est définit comme «les usager·es à haut risque, spécialement consommateur·rices régulier·es et de longue date d'héroïne et/ou de cocaïne, principalement injecteur·rices ou qui l'ont été, consommateur·rices de rue marginalisé·es et échappant aux circuits de soins généraux ou spécialisés».

LE POINT À BRUXELLES

Au cours de l'année 2018, la Région bruxelloise, la COCOM et la COCOF ont marqué leur soutien pour la mise en place de SCMR à Bruxelles[161]. Par ailleurs, le Parquet de Bruxelles avait annoncé avoir conclu un protocole d'accord et qu'il ne poursuivrait ni les travailleurs·ses ni les médecins si une SCMR venait à ouvrir à Bruxelles. Le premier substitut du procureur du Parquet de Bruxelles avait toutefois précisé que ce protocole d'accord ne protégeait pas de l'éventuelle constitution d'une partie civile devant un·e juge d'instruction[162].

Le 26 avril 2019, le Parlement francophone bruxellois a adopté la proposition de décret déposée conjointement par les députés Julien Uyttendaele, André du Bus de Warnaffe et Fabian Maingain. Il modifie le décret relatif à l'offre de services ambulatoire de 2009, autorisant ainsi la mise en place de SCMR à Bruxelles. Pour être agréé comme service ambulatoire organisant une SCMR, le service doit suivre certaines finalités et mettre en œuvre certaines activités (voir le Tableau de Bord dans sa version bruxelloise pour davantage de détails). Parallèlement, le parti Ecolo a déposé une proposition d'ordonnance auprès de la COCOM pour instituer la réduction des risques avec une diversité de dispositifs dont faisait partie les SCMR[163].

Deux projets de SCMR pourraient aboutir à Bruxelles. D'abord, le projet de centre intégré régional financé dans le cadre du Plan global de sécurité et de prévention et confié aux asbl Transit, Médecins du Monde et Projet Lama, soutenu par la Ville de Bruxelles et son CPAS. En effet, le bourgmestre de la Ville de Bruxelles, M. Philippe Close, s'est déclaré favorable à l'ouverture d'une SCMR sur le territoire de sa commune[164]. Un accord de majorité 2018-2024 a été conclu en décembre 2018, dans lequel la Ville de Bruxelles, en partenariat avec le CPAS, projette de créer une SCMR sur son territoire[165]. Un autre projet sera mis en place prochainement, M. Close souhaitant une SCMR sur sa commune en 2020[166].

161 Article «Salles de consommation à moindre risque : une réponse efficace en termes de santé et de sécurité publique» du 9 février 2018, site officiel de Madame la ministre Cécile Jodogne.

162 Intervention de Bernard Michielsen, premier substitut du Parquet de Bruxelles, 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 ?»

163 Proposition d'ordonnance relative la réduction des risques liés aux usages de drogues.

164 Article «Le bourgmestre Philipe Close veut ouvrir une «[salle de consommation à moindre risque]» à Bruxelles en 2019» sur RTBF.be, URL : https://www.rtbf.be/info/regions/bruxelles/detail_le-bourgmestre-philippe-close-veut-ouvrir-une-salle-de-shoot-a-bruxelles-en-2019 ?id=10004691

165 Accord de la majorité 2018-2024 de la Ville de Bruxelles, URL : https://www.bruxelles.be/sites/default/files/bxl/Accord_de_majorite_Ville_de_Bruxelles_2018-2024.pdf

166 Article «Deux salles [de consommation à moindre risque] à Bruxelles, dont une proche du centre «dès 2020» : «On veut changer de paradigme»» sur rtl.be, URL : https://www.rtl.be/info/regions/bruxelles/deux-salles-de-shoot-a-bruxelles-dont-une-proche-du-centre-des-2020-on-veut-changer-le-paradigme--1165642.aspx

Enfin, Såf Ti permet de stabiliser et améliorer l'état de santé des usager·es ; ceci se décline notamment en 85 consultations médicales, 428 soins infirmiers, 69 distributions de traitement, 15 dépistages de tuberculose, 93 entretiens thérapeutiques et 126 démarches sociales/accompagnement[160].

3.8.3. 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·es souvent marginalisé·es 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.

Pour ce faire, cependant, il est nécessaire d'implanter un cadre légal et juridique suffisant pour garantir aux travailleur·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·es.

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

160 Document «Fréquentation Såf Ti – SCMR – Bilan par objectifs à 6 mois» de la Fondation privée TADAM.

4 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.

4.1 INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ET USAGES DE DROGUES[167]

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[168]. 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·es, école, travail, religion, littérature scientifique, classe politique, médias, etc.

167 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.

168 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.[169] 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·es 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, le racisme structurel, 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·es 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 travailleur·ses sociaux, les professionnel·les de la santé, les représentant·es de la justice, etc. qui sont chacun·e garant·es de la santé globale, de l'accès aux droits, de la participation citoyenne et du sentiment d'appartenance de ces personnes.

169 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.

4.1.1. 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 développer d'un usage problématique[170].

170 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[171] (Les éléments des colonnes ne sont pas à mettre en opposition)	
Facteurs protecteurs	**Facteur de risque**
Individu	
Facteurs neurologiques et génétiques	Facteurs neurologiques et génétiques
Coping (aptitude à faire face) et résilience	Troubles du comportement
Pratique pieuse de la religion	Esprit de rébellion
Certains traits de personnalité (tempérance, sociabilité, etc.)	Certains traits de personnalité (recherche de sensations, faible estime de soi, etc.)
Estime de soi	Échecs scolaires et rupture scolaire
Compétences psycho-sociales (résilience, esprit critique, capacité à résoudre des problèmes, etc.)	Éducation genrée (masculine)[172]
Sentiment d'appartenance à une communauté ou une société et adhésion à ses valeurs	Précocité du premier usage
Accès à la parentalité	Comorbidités psychiatriques
	Marginalisation, rupture sociale
	Exposition prolongée au stress
	Traumas liés à une situation d'exil ou de migration
Milieu familial	
Attachement émotionnel «sûr et sécurisant» au sein de la famille	Contexte familial conflictuel
Présence d'un adulte important ou d'un pair aidant	Violences intra-familiales
	Abus de substances psychoactives au sein de la famille et des pairs
	Problèmes de santé mentale des parents
Réseaux sociaux et communautaires	
Participation à la vie de quartier	Voisinage ou environnement de vie défavorisé
Insertion sociale (école, pairs, communauté) ou professionnelle	Discriminations basées sur le genre, l'orientation sexuelle, la religion ou l'appartenance ethnique
Engagement dans des activités structurées (sport, musique, quartier, etc.)	Pression sociale à la conformité
Réseau social fort (soutien)	Exclusion sociale/marginalisation
	Pairs consommateurs
	Conditions de travail difficiles (stress, pénibilité physique)
Statut socio-économiques	
Situation d'emploi	Situation de chômage
Niveau d'enseignement élevé	Faible niveau d'éducation
SSE élevé (moindres dommages et conséquences)	SSE faible (davantage de dommages et conséquences)
	Précarité du logement
Contexte socioéconomique, culturel et environnemental	
Disponibilité restreinte des substances	Disponibilité forte des substances
Interdiction du marketing et publicité (alcool)	Marketing et publicité (alcool)
Culture dévalorisant la consommation	Faible coût des substances
Politiques publiques veillant à ne pas renforcer les inégalités sociales (y compris de genre)	Banalisation de la consommation
	Société inégalitaire et discriminante
Etc.	Etc.

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.

171 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

172 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). Des études estiment qu'entre 60 et 70 % des usager·es injecteurs ont expérimenté une overdose non-fatale.

Alain Origer calcule le *Score d'Accumulation d'Inégalités Socio-économiques* (SAIS) des usager·es de drogues victimes d'overdose et survivants. Il en ressort que la mortalité par overdose suit le gradient social : les usager·es 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.

4.1.2. 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·es. 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·es 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 (professionnel·les du soin, scientifiques, médias, politiques, usager·es de drogues, etc.). Or, de telles représentations sociales motivent et impulsent des sanctions sociales négatives, notamment la marginalisation et la stigmatisation des usager·es (problématiques ou non), d'autant plus fortes pour les femmes (surtout si elles sont mères)[173]. 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·es marginalisé·es risquent en effet d'éviter tout contact avec les services de soin ou d'accompagnement de peur d'être mal accueilli·es, jugé·es, renvoyé·es vers la justice, de perdre la garde de leurs enfants, etc. Les professionnel·les du soin, la police ou encore la justice, quant à eux, risquent de perpétuer un ensemble de violences symboliques et institutionnelles envers les usager·es.
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[174] 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·es 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 producteur·rices, les consommateur·rices et les acteur·rices 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 vendeur·ses (particulièrement de 1re ligne) et les acheteur·ses 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·se et du vendeur·se. En effet, les ressources pour échapper à l'appareil policier et judiciaire, ou pour en minimiser les conséquences, ne sont pas équitablement réparties au sein de la population : le contrôle au faciès, le bagou, la présomption de l'innocence, 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·es 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·es 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·es de drogues, c'est aussi investir dans le travail à long terme de la promotion de la santé,

173 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.

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

modifier en profondeur les représentations et comportements, soutenir les dispositifs de prévention et de réduction des risques, investir dans la recherche scientifique et modeler les lois afin qu'elles répondent à des impératifs de santé publique.

N.B. : Nous invitons chaleureusement la lectrice ou le lecteur à se référer au Tableau de bord 2018 pour un focus sur les inégalités sociales de santé basées sur le genre.

4.2

LE CONTEXTE PROHIBITIONNISTE À LA LUMIÈRE DES DROITS HUMAINS

4.2.1. LES DROITS HUMAINS DES USAGER·ES DE DROGUES

Les droits humains se composent d'un corpus de textes internationaux et européens qui édictent un ensemble de droits, libertés et obligations, que les États doivent protéger et respecter. Ce corpus compte bien évidemment la Déclaration universelle des droits humains de 1948 (DUDH), mais également la Convention européenne des droits humains de 1950, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques de 1966, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966 et la Convention relative aux droits de l'enfants de 1989, pour ne citer que ceux-ci. Les droits humains sont intimement liés, interdépendants et indivisibles.

Le système prohibitionniste actuel, la répression et la criminalisation de l'usage de drogues qu'il suppose et l'ensemble des représentations négatives à l'égard des usager·es de drogues qu'il véhicule, entrent régulièrement en concurrence avec le respect et la protection des droits humains. Or les États signataires sont soumis à l'obligation de protéger et garantir ces droits fondamentaux[175].

De plus, le non-respect des droits humains a des effets sur la santé de la population générale (notamment en limitant l'accès à certains traitements, y compris de la douleur, ou en ne permettant pas une lutte efficace contre les épidémies de VIH et hépatites) et sur celle des usager·es de drogue. En effet, la santé mentale et physique des usager·es, y compris leur vulnérabilité aux infections transmissibles par le sang, est impactée par les violations de leurs droits, que ce soit par le biais de la stigmatisation, la répression policière, le traitement de la justice, les obstacles dans l'accès aux soins, aux traitement adaptés, à l'information et aux outils de réduction des risques, etc.

Au-delà des textes, le droit comprend également un ensemble de principes qui régulent l'édification et l'application des lois, ainsi que les actions étatiques. Ces principes sont consacrés par la jurisprudence européenne (notamment la Cour européenne des droits humains), le Traité de l'Union européenne et le Conseil d'État de la Belgique. Le principe de proportionnalité est particulièrement intéressant en matière de drogues illicites. Il suppose en effet que les États cherchent à établir une balance juste entre les exigences liées à l'intérêt général de la communauté et la protection des droits fondamentaux des individus (dixit la Cour européenne des droits humains). Le système prohibitionniste actuel, ses

175 Même en cas d'état d'urgence, certains droits ne peuvent souffrir d'aucune restriction, notamment l'interdiction de la torture, de l'esclavage et du génocide.

176 Article "Cannabis control and the right to privacy", 03/01/2019, EMCDDA, URL : http://www.emcdda.europa.eu/news/2019/cannabis-control-and-the-right-to-privacy_en

CONTRÔLE DU CANNABIS ET DROIT À LA VIE PRIVÉE[176]

Au cours de l'année 2018, plusieurs cours se sont prononcées sur le caractère inconstitutionnel de la pénalisation de la culture, de la possession ou de l'usage de cannabis à des fins personnelles ou privées. En juillet 2018, la Cour constitutionnelle de la Géorgie et celle du Mexique ont jugé que punir l'usage de cannabis dans un cadre privé viole l'article de la Constitution garantissant à chacun·e le droit au développement libre de sa personnalité. La Cour constitutionnelle géorgienne a également statué que les objectifs de santé ou de sécurité publiques ne pouvaient pas justifier la punition de l'usage privé de cannabis. La Cour constitutionnelle d'Afrique du Sud, quant à elle, a jugé que les lois pénalisant la culture, l'usage ou la possession de cannabis ne respectent pas le droit constitutionnel à la vie privée, qui comprend le droit de ne pas voir ses possessions saisies.

LES DROITS HUMAINS DES USAGER·ES DE DROGUES (MORCEAUX CHOISIS)		
Droits humains	**Textes de référence**	**Commentaire**
Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits	DUDH	Les droits humains sont universels. Or, les usager·es de drogues voient régulièrement leurs droits fondamentaux bafoués.
Chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés proclamés dans la [DUDH], sans distinction aucune… (non-discrimination)	DUDH, Pacte international relatif aux droits civils et politiques, Constitution belge	Les dispositifs de contrôle et de répression impactent disproportionnellement certains groupes, notamment les personnes précarisées et les personnes racisées. De plus, les personnes incarcérées sont souvent lésées en matière de soins, de traitement des dépendances et d'accès aux outils de réduction des risques.
Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sureté de sa personne. Nul ne peut être arbitrairement arrêté, détenu ni exilé	DUDH, Pacte international relatif aux droits civils et politiques	La criminalisation des drogues et des usager·es les rend davantage vulnérables aux interpellations et fouilles policières, aux arrestations ; la peur de la police pousse les usager·es à se cacher, à éviter le contact avec les institutions (soins, justice), à adopter des comportements à risque (consommer rapidement, ne pas appliquer des conseils de réduction des risques, etc.).
Toute personne a droit, en pleine égalité, à ce que sa cause soit entendue équitablement et publiquement par un tribunal indépendant et impartial	DUDH, Pacte international relatif aux droits civils et politiques	Une personne ne doit pas être traitée différemment par la justice sous couvert qu'elle est usagère de drogues illicites.
Nul ne sera l'objet d'immixtions arbitraires dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes à son honneur et à sa réputation. Toute personne a droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou de telles atteintes	DUDH, Pacte international relatif aux droits civils et politiques, Convention relative aux droits de l'enfants, Convention européenne des droits humains, Constitution belge	Du fait de la stigmatisation des usager·es de drogue, ils·elles sont souvent perçu·es comme de mauvais parents par défaut. La peur de se voir retirer la garde ou d'une ingérence de la justice et des services sociaux dans la relation parent-enfant peut dissuader les usager·es d'entrer en contact avec les services d'aide et de soins. Ce droit comprend également le droit à la vie privée et celui de ne pas voir ses possessions saisies (sauf dans le cadre de la loi, et dans le respect du principe de proportionnalité, notamment dans le cas de l'autoculture).
Droit de tout être humain de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'il est capable d'atteindre	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, Constitution de l'Organisation mondiale de la santé	Voir la section 4.2.2
Toute personne a le droit de prendre part librement à la vie culturelle de la communauté, de jouir des arts et de participer au progrès scientifique et aux bienfaits qui en résultent + Droit à l'autodétermination	DUDH, Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, Constitution belge	Ce droit s'applique également aux personnes ayant un usage de drogue récréatif, celles ayant un usage culturel, spirituel ou religieux, les personnes qui ont besoin de substances contrôlées à des fins thérapeutiques, et celles pour lesquelles la culture de plantes contrôlées est un mode de vie traditionnel.
Tout individu a droit à la liberté d'opinion et d'expression, ce qui implique le droit de ne pas être inquiété pour ses opinions et celui de chercher, de recevoir et de répandre […] les informations et les idées par quelque moyen d'expression que ce soit	DUDH, Pacte international relatif aux droits civils et politiques, Convention relative aux droits de l'enfants	Ce droit comprend celui d'avoir des opinions sur les drogues et les politiques publiques, et celui de chercher, recevoir et communiquer des informations au sujet des drogues et leur consommation. Ceci concerne aussi bien les adultes que les enfants.
Toute personne a le droit de prendre part à la direction des affaires publiques de son pays, soit directement, soit par l'intermédiaire de représentants librement choisis	DUDH, Pacte international relatif aux droits civils et politiques	Les individus ont le droit de prendre part aux décisions concernant leur santé et de participer à l'élaboration des politiques publiques relatives à la santé et aux drogues. Ceci comprend donc la consultation et l'implication des personnes usagères de drogues.

politiques publiques et ses textes législatifs, doivent dès lors trouver une balance entre, d'une part, les objectifs de santé et sécurité publiques qu'ils poursuivent et, d'autre part, le respect des droits fondamentaux de chacun·e. La question, notamment, se pose de savoir si la criminalisation de la possession de drogues pour usage personnel et ses conséquences (notamment pénales) sont proportionnelles aux objectifs de protection de la santé, des enfants et de l'ordre public poursuivis (Barrett, 2018). Car, bien souvent, la consommation et la détention personnelles n'engagent que la santé de l'usager·e.

4.2.2. LE DROIT À LA SANTÉ DES USAGER·ES DE DROGUES

Le droit à la santé est consacré, d'une part, par la DUDH qui statue que «Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires» et, d'autre part, par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) et la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (1946) qui reconnaissent le droit de tout être humain de «jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'il est capable d'atteindre».

Le droit à la santé ne correspond pas au droit d'être en bonne santé, mais regroupe plutôt un ensemble de droits qui participent à atteindre le meilleur état de santé possible. Le droit à la santé est inclusif, et comprend dès lors l'accès aux soins de santé, ainsi qu'un ensemble de déterminants de la santé, tels que l'accès à l'eau potable, une alimentation saine, un logement salubre, de bonnes conditions de travail, l'égalité de genre, etc. Il englobe le droit d'accéder à un système de santé égalitaire et impartial, le droit à la prévention, au traitement et contrôle des maladies, l'accès aux médicaments essentiels, l'accès à l'éducation et l'information relatives à la santé, et le droit de chacun·e de participer aux décisions qui concernent sa santé. Comme tout droit humain, le droit à la santé doit être appliqué sans discrimination aucune.

Les services, biens, institutions et dispositifs liés à la santé ou ses déterminants doivent être disponibles, accessibles, acceptables et de qualité. Ceci signifie notamment que les barrières matérielles ou morales entre les patient·es et les soins de santé doivent être levées et que les soins de santé doivent être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité. De fait, les États ont l'obligation de respecter et faire respecter le droit à la santé, notamment en n'interférant pas avec la jouissance de celui-ci, en le protégeant et en mettant en place les politiques permettant de le réaliser. Ils ont donc l'obligation de procurer les biens et services qui permettent d'atteindre le meilleur état de santé physique et mentale possible. Il est important de noter que le manque de ressources d'un État ne constitue pas une excuse suffisante pour justifier le manque d'action ou le refus d'investir dans les soins de santé. Les États ont en effet l'obligation de tout mettre en œuvre afin d'améliorer les droits de l'homme et le bien-être de leurs citoyen·nes, notamment en luttant contre les discriminations (OMS, 2008).

Le droit à la santé est complété par le droit de bénéficier des progrès scientifiques et de leurs applications (DUDH), qui comprend l'accès aux nouveaux traitements des maladies et de la douleur, aux vaccins, etc.

Le contexte prohibitionniste ne permet actuellement pas aux États de respecter leurs engagements et obligations vis-à-vis du droit à la santé et du droit de bénéficier des progrès scientifiques. En effet, d'abord, le contrôle des substances psychoactives par les Conventions internationales freine considérablement le développement de la recherche scientifique et médicale qui profiterait à l'ensemble de la population. En conséquence, les vertus thérapeutiques du cannabis, du LSD ou encore de la MDMA (pour ne citer que ceux-ci) sont encore grandement méconnues, malgré des preuves encourageantes (voir chapitre 6.2.4 au sujet du cannabis thérapeutique). Ensuite, le droit à la santé des usager·es de drogues est encore souvent bafoué dans le contexte actuel. De fait, le contrôle des substances, ainsi que la stigmatisation et discrimination des usager·es de drogues (et des personnes porteuses du VIH) constituent des obstacles dans l'accès aux soins, aux traitements de substitution (en particulier à base de diacétylmorphine), aux services de réduction des risques et de prévention, et aux services légaux. Or, ces dispositifs sont essentiels à la poursuite du meilleur état de santé atteignable pour les usager·es de drogue. La répression des usager·es, en particulier par injection, les isole de la société et des services pouvant profiter à leur santé ; ils·elles n'ont dès lors pas accès aux moyens de se protéger du VIH, des hépatites, de la tuberculose, et d'autres infections.

De fait, le contexte légal et politique belge ne permet pas une couverture suffisante des dispositifs d'échange de matériel stérile d'injection, de testing, ni des salles de consommation à moindre risque. De plus, les usager·es de drogues ne bénéficient pas de l'ensemble des traitements et médicaments qui pourraient contribuer à leur bonne santé. La délivrance de traitement de substitution à base de diacétylmorphine n'est pas autorisée en Belgique, malgré les résultats positifs des projets-pilotes en la matière. Parallèlement, l'accès à la naloxone est extrêmement restreint ; or, son efficacité en termes de réduction des overdoses mortelles d'opiacés n'est plus à prouver (voir chapitre 6.2.5 ; Jurgens et al, 2010 ; UNAIDS, 2016).

Il est également important de souligner le cas particulier des personnes détenues, notamment usagères de drogues, auxquelles s'appliquent bien évidemment l'ensemble du corpus présenté ici. De plus, les Principes fondamentaux relatifs au traitement des personnes détenues adoptés par les Nations Unies en 1990 statuent que celles-ci ont le droit d'être traitées avec dignité et humanité, et doivent avoir accès à des services de santé équivalents à ceux disponibles à l'extérieur, sans discrimination. Les Règles minima pour le traitement des prisonniers des Nations Unies (adoptées en 1955 et révisées en 2015) édictent quant à elles que les soins de santé à destination des personnes détenues doivent être gratuits et dispensés sans discrimination, en étroite coopération avec le système de santé du pays afin de garantir la continuité des soins (UNAIDS, 2016).

Le droit à la santé requiert des États qu'ils mettent en œuvre une véritable politique nationale de réduction des risques à destination des usager·es de drogues, sans discrimination aucune, et qui soit à même de délivrer l'ensemble des services et dispositifs essentiels à la possession du meilleur état de santé atteignable. Une telle

politique doit comprendre : les programmes d'échange de matériel stérile d'injection, les traitements de substitution aux opiacés (y compris par diacétylmorphine), l'accès à la naloxone, les traitements du HIV, des hépatites et de la tuberculose, les salles de consommation à moindre risque, l'accès aux informations relatives aux drogues (y compris le testing) et la consultation des usager·es au sujet des politiques publiques les concernant. Et ceci doit exister dans un environnement où les usager·es de drogues ne risquent pas des problèmes avec la police ou la justice dans leurs démarches de soins et de réduction des risques.

5

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 ou cinq 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.

5.1 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 2018. 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 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

ENQUÊTE HIS	
Années de collecte de données	2001-2004-2008-2013-2018
Type d'étude	Enquête
Objet primaire	Étude de l'état de santé de la population vivant en Belgique
Population cible	Population générale de 15 ans et plus pour les volets sur l'alcool, le tabac, la cigarette électronique et les médicaments psychotropes et les jeux de hasard et d'argent ; population générale de 15 à 64 ans pour le volet sur les drogues illicites
Méthode d'échantillonnage	Aléatoire (stratifié et par grappe)
Échantillon d'étude	En 2018, en Wallonie, environ 2.100 personnes pour le volet sur les «drogues illicites» et environ 2.900 personnes pour les volets sur l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes et les jeux de hasard et d'argent
Taux de réponse	50,6 %
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, de tabac et de drogues)

(10 euros par ménage) : en 2018, 37,4 %[177] des ménages contactés (en ce compris les 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, par crainte que l'anonymat de l'enquête soit transgressé, ou parce qu'ils ne sont pas en état de recevoir un·e enquêteur·trice à leur domicile.

Nous ne disposons pas encore des autorisations d'accès à la base de données de l'enquête réalisée en 2018. Les résultats auxquels nous référons sont extraits des publications suivantes ainsi que du module statistique en ligne :

Gisle, L. & Drieskens, S. (2019). Enquête de santé 2018 : Usage des drogues. Bruxelles : Sciensano. Numéro de rapport : D/2019/14.44/68.

Gisle, L. Demarest, S. & Drieskens, S. (2019). Enquête de santé 2018 : Consommation d'alcool. Bruxelles : Sciensano. Numéro de rapport : D/2019/14.440/65.

Gisle, L. Demarest, S. & Drieskens, S. (2019). Enquête de santé 2018 : Consommation de tabac. Bruxelles : Sciensano. Numéro de rapport : D/2019/14.440/66.

Gisle, L., Braekman, E. & Drieskens, S. (2019). Enquête de santé 2018 : Usage de la cigarette électronique. Bruxelles : Sciensano. Numéro de rapport : D/2019/14.440/67.

Gisle, L. & Drieskens, S. (2019). Enquête de santé 2018 : Pratique des jeux de hasard et d'argent. Bruxelles : Sciensano. Numéro de rapport : D/2019/14.440/69.

Gisle, L., Drieskens, S., Demarest, S., & Van der Heyden, J. (2020). Santé mentale. Enquête de santé 2018. Bruxelles : Sciensano.Numéro de rapport : D/2020/14.440/3.

177 En outre, dans 12 % des cas, le ménage n'était pas joignable.

5.2

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.

178 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 4e 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.

ENQUÊTE HBSC	
Années de collecte de données[178]	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 (5e et 6e) 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 primaire et 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

5.3

LE FLASH EUROBAROMÈTRE

Les résultats de l'enquête 2018 ne sont pas encore disponibles à l'heure où nous écrivons ces lignes. 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). *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 Education 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/

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 leurs 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.

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 Eurobaromètres 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)

5.4 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

5.5 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)[179]. 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[180]. 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

179 Depuis le 01/01/2019, suite à la réforme des soins de santé, le RPM n'est enregistré que dans les hôpitaux psychiatriques et dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux.

180 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.

5.6 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 Sciensano. 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[181]. 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[182] 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 enregistrés, ni ceux dispensés en maison

181 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.

182 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.

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

5.7 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[183] selon le système de classification internationale des maladies (CIM-10)[184]. Les bases de données sont ensuite transmises à la DG Statistique du SPF Économie 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#figures

183 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».

184 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.

5.8 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/tableau-par-zone-de-police/

5.9 L'ENQUÊTE EUROTOX 2019

D'avril à septembre 2019, nous avons proposé une enquête en ligne sur l'usage de drogues légales et illégales, qui s'adressait explicitement aux consommateur·rices (occasionnels ou réguliers). Elle a bénéficié d'une large diffusion par le biais d'associations actives dans le secteur des assuétudes ainsi que via les réseaux sociaux, certains forums francophones spécialisés sur les drogues (Psychoactif.org et Psychonaut.com) ou encore la presse (DH, La Libre, VICE). L'échantillon est constitué d'une majorité d'usager·es vivant en Belgique francophone. En l'absence de méthode d'échantillonnage stricte, les résultats de cette enquête doivent être extrapolés avec prudence et ne peuvent être considérés comme représentatifs des usager·es de drogues vivant en Belgique francophone, notamment parce que les usager·es marginalisés sont très peu nombreux à y avoir participé. Ils fournissent toutefois un éclairage utile sur les comportements des usager·es socialement intégrés.

L'enquête abordait différentes thématiques telles que la fréquence d'usage actuelle et passée de nombreuses substances légales et illégales (alcool, drogues illicites, médicaments stimulants, médicaments antidouleurs, kétamine, protoxyde d'azote…), l'usage de nouvelles substances psychoactives (modes d'acquisition, types de substance, motivations à l'usage…), les pratiques d'achat de drogues sur le *Deepweb*, les comportements à risque et les comportements de réduction des risques, les contextes de consommation, les pratiques de polyconsommation, les modes d'accès à l'information sur les drogues (effets, risques…), l'utilisation des forums d'usager·es et autres ressources numériques, ou encore la recherche d'aide par rapport à une éventuelle problématique de consommation.

Au total, 2831 personnes ont participé à l'enquête. Après suppression des questionnaires avortés (abandon rapide) ou aberrants, 2608 questionnaires se sont révélés exploitables, dont 2601 complétés par des usager·es de drogues légales ou illégales ; 2479 personnes ont déclaré avoir déjà consommé une drogue illégale au cours de leur vie, dont 1747 Belges (1028 Wallon·nes et 678 Bruxellois·es)[185].

Les résultats de cette enquête feront l'objet d'une publication spécifique. Néanmoins nous en présenterons ici quelques données lorsque cela s'avère particulièrement utile, en nous centrant sur les répondant·es belges.

185 De nombreux usager·es francophones, provenant principalement de France, ont également répondu à l'enquête et y était cordialement invités, dans la mesure où l'enquête a bénéficié du soutien de deux forums en ligne pour les usager·es francophones (Psychonaut.com et Psycoactif.org). Les résultats relatifs aux personnes fréquentant ces forums feront l'objet d'une analyse spécifique.

AVIS DES EXPERT·ES

Dominique Doumont, UCLouvain/IRSS-RESO

L'utilisation des données, qu'elles soient issues de la littérature scientifique ou de la littérature professionnelle, est indispensable aux acteurs de santé publique et aux acteurs politiques.

Ces données éclairent et améliorent les pratiques professionnelles, elles viennent également en appui aux décisions politiques dans l'élaboration et la mise en place de politiques de santé publique (information et identification des problèmes, planification, mise à l'agenda, mise en œuvre, évaluation d'impact des politiques, etc.). Les politiques publiques se doivent d'être construites sur les données les plus récentes, collectées avec rigueur, afin de correspondre au mieux aux réalités des populations concernées.

Ces recueils de données ne peuvent toutefois pas faire l'impasse d'une nécessaire mise en contexte (à l'échelle locale, régionale, nationale, populationnelle, législative, etc.).

Enfin, il est important de veiller à 'l'appropriation' de ces données tant par les professionnels que par les décideurs, voire par le public. Dans cette perspective, des efforts de vulgarisation et d'interprétation des données sont à poursuivre et un travail de concertation entre le monde scientifique, ceux qui collectent et produisent des données, et les intervenants qui utilisent les données est à encourager.

6

ÉTATS DES LIEUX DE LA CONSOMMATION

6.1 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 répondant·es 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 répondant·es 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 ou la lectrice 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. Mais il conviendra de garder à l'esprit que les niveaux de prévalence ne constituent que des approximations de la réalité.

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 «consommateur·rices», 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·es. 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.

6.2

ÉTAT DES LIEUX PAR PRODUIT

6.2.1. L'ALCOOL

LE CADRE LÉGISLATIF BELGE

L'INTERDICTION DE VENTE AUX MINEUR·ES D'ÂGE

La législation actuelle interdit de vendre, servir ou offrir toute boisson dont le taux d'alcool dépasse 0,5 % aux mineur·es 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 du 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).

La ministre fédérale en charge de la santé, Mme De Block, s'est prononcé sur l'interprétation de la loi, afin de la clarifier et d'en améliorer l'application. Ainsi, 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) qui sont autorisés aux jeunes de plus 16 ans (voir ci-après).

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·es 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).

Le Jury d'éthique publicitaire
Le JEP est un organe d'autorégulation financé par le Conseil de la publicité, dont l'objectif est la promotion de la publicité. Ses 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 1re instance et d'appel sont composés depuis 2008 de manière paritaire par le secteur de la publicité et la société civile. Il est important toutefois de noter que les membres censés représenter la société civile ont de fait davantage des intérêts dans la publicité que dans la santé publique. Suite à une plainte émanant de la société civile, 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.

Afin d'actualiser et renforcer les compétences du JEP, la ministre fédérale de la santé Mme De Block a pris plusieurs dispositions au printemps 2019. Désormais, le SPF Santé publique sera consulté lors du traitement des plaintes concernant la publicité pour l'alcool reçues par le JEP. De plus, la Fédération des brasseurs et le secteur des vins devront demander l'avis du JEP pour leurs campagnes audiovisuelles nationales (uniquement en radio, télévision et cinéma) ; l'avis préalable ne concerne cependant pas l'ensemble des supports publicitaires (affiches, internet, réseaux sociaux, etc.). Le JEP a également la possibilité nouvelle de réclamer des amendes en cas de récidive au cours d'une même année ; les amendes peuvent monter jusqu'à 10.000€, ce qui est relativement peu, surtout compte tenu des enjeux économiques liés à la publicité d'alcool. Malgré ces changements, l'on ne peut toujours pas parler de réelles obligations de soumettre une publicité au JEP avant sa diffusion et les possibilités du JEP pour sanctionner pénalement ou financièrement sont extrêmement limitées. Il faut également noter que la vigilance envers les publicités repose entièrement sur les consommateurs et donc la société civile ; et si porter plainte est gratuit, les actions en appel sont payantes (100€), ce qui peut être rédhibitoire pour la société civile, mais sans doute moins pour les alcooliers. De plus, les temps de traitement des plaintes et d'application des sanctions n'est pas suffisamment court pour réellement empêcher la diffusion de campagnes publicitaires ne respectant pas la Convention ; il faut en effet tenir compte que dans une société hyper-connectée où l'information se propage très rapidement, même un délai de quelques jours est largement suffisant pour qu'une campagne soit vue des (centaines de) milliers de fois et fasse le «buzz».

Parallèlement à ces mesures, et depuis le 2 septembre 2019, le JEP applique la nouvelle version du Code de la Chambre de Commerce Internationale, dont la révision entend répondre à la croissance de la communication numérique et des réseaux sociaux. Ainsi, les contenus publicitaires, quels qu'en soient le support de diffusion ou la forme, doivent désormais être clairement identifiés comme tels. Le

caractère publicitaire et commercial d'une publicité doit être évident et transparent (une publicité ne peut pas se faire passer pour autre chose, par exemple une étude de marché, une enquête auprès des consommateur·rices, une publication privée sur les médias sociaux, etc.). Le champ d'application du Code est élargi et concerne désormais tous les supports et plateformes (y compris les médias sociaux, les communications mobiles, virtuelles et marketing utilisant l'intelligence artificielle), ainsi que tous les acteurs et actrices de l'écosystème du marketing (y compris les influenceurs, les blogueurs, les vlogueurs, les réseaux d'affiliés, les sociétés d'analyse de données et de technologies publicitaires)[186,187]. Si cet élargissement de la compétence du JEP est une avancée non négligeable, il est bon de rappeler que 1) les publicités actuellement diffusées (tous supports confondus) contournent déjà les mesures d'autorégulation et 2) toutes les techniques de marketing ne sont pas couvertes (streetmarketing, advergaming, etc.).

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·es, 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[188]. 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·es, 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.

186 Article «La nouvelle version du Code de la Chambre de Commerce Internationale (ICC) désormais appliquée par le JEP en Belgique», Communiqué de presse du JEP du 21/06/2019 ; URL : https://www.jep.be/fr/nouvelles/la-nouvelle-version-du-code-de-la-chambre-de-commerce-internationale-icc-desormais

187 Si, dans son arrêt du 29 mai 2019, le JEP considère bien que les posts Instagram faisant la promotion de produits alcoolisés sont des publicités, il *n'est cependant pas d'avis qu'ils sont à destination des mineur·es. Or, si les mineur·es ne représentent pas la majorité des utilisateur·rices de ce réseau social, ils·elles en font pourtant bien partie. Il faut également considérer que les jeunes personnes représentent une partie non négligeable des utilisateur·rices de plusieurs réseaux sociaux majeurs, notamment Instagram, Snapchat et YouTube.*

188 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).

PROPOSITION DE LOI POUR RÉDUIRE LA DISPONIBILITÉ D'ALCOOL ET LIMITER LA PUBLICITÉ

Le 11 septembre 2019, plusieurs représentant·es à la Chambre ont introduit une proposition de loi modifiant la loi du 24 janvier 1977. La proposition de loi entend :

- Interdire la vente de boissons spiritueuses dans les magasins de nuit (entre 22h et 7h)
- Interdire la vente de boissons alcoolisées dans les stations-services et les points de vente le long des autoroutes
- Interdire la vente de boissons alcoolisées dans les distributeurs automatiques
- Interdire la publicité visant les mineur·es d'âge et donner un caractère réglementaire et contraignant à la Convention en matière de publicité et de commercialisation des boissons contenant de l'alcool du 25 janvier 2013 ; les sanctions (y compris les amendes) devront être adaptées.

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[189]. 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»[190], 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.

189 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).

190 Site officiel de la ministre De Block.

LES RECOMMANDATIONS DU SECTEUR NON-MARCHAND

Les propositions du groupe «Jeunes, alcool et société»[191] et de la Fédito bruxelloise[192] 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·es 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 (voir encadré ci-dessous)
- 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

- Étendre 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·es

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·les spécialisé·es 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·es, 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. Lesdites mesures sont les suivantes[193,194] :

- 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) qui sont autorisés 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. Le SPF sera désormais consulté lors du traitement des plaintes adressées au JEP ; les campagnes audiovisuelles nationales diffusées à la radio, à la télévision et au cinéma devront être préalablement soumises à l'avis du JEP ; enfin, le JEP a la possibilité de réclamer des amendes en cas de récidive au cours d'une même année ; les amendes peuvent monter jusqu'à 10.000€ ;
- L'augmentation du contrôle des distributeurs automatiques de boissons alcoolisées, notamment afin de vérifier

191 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

192 Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes.

193 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.

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

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·les de la santé afin de les outiller pour aborder la problématique des risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse (la campagne a été lancée en 2018) ;
- 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·es ministres régionaux en charge de la santé, ainsi que du secteur associatif[195]. 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·es 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[196]. 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 et de réelles sanctions sont donc indispensables[197].

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[198].

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'Organisme Mondial de la Santé (voir ci-dessous).

Enfin, l'ancienne ministre de la santé auprès de la COCOF 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[199].

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 la 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[200]. Madame la ministre a également communiqué sur le renforcement des contrôles de la vente d'alcool aux mineur·es, rapportant que le nombre d'amendes infligées avait doublé en 2017[201].

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 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[202].

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

196 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/

197 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.

198 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·es sont parfaitement susceptibles de se trouver en possession à une telle carte d'identité.

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

200 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.

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

202 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

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·es ne peuvent pas acheter de l'alcool quand la loi reste floue et que des distributeurs automatiques sont à leur portée ?

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·ES

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 :

- Élaborer 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·es d'en consommer ;
- Diminuer l'impact du marketing, notamment sur les jeunes et les adolescent·es, 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 (OMS), 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» [203]. 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 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.

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 ministre wallonne en charge de la santé suivant, 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.

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

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[204].

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, voir ci-après) 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[205] et assurer une formation de base et continue en alcoologie suffisante pour tou·tes 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.

L'ÉTUDE ALMOREGAL

L'étude est une évaluation des modèles alternatifs pour la régulation de la publicité relative à l'alcool en Belgique, publiée en 2019 et financée par BELSPO. Les chercheur·es épinglent le fait que les études longitudinales autant que les études expérimentales à court terme indiquent une relation positive entre les opérations marketing et la consommation précoce d'alcool, les quantités consommées, la poursuite de la consommation d'alcool chez les jeunes, et l'envie accrue de boire chez les personnes dépendantes abstinentes ou en traitement de réduction de leur consommation.

L'étude précise également que l'interdiction de la publicité fait partie des mesures les plus rentables pour réduire l'usage nocif d'alcool. À partir des connaissances scientifiques actuelles, les chercheur·es ont formulé une série de recommandations à l'attention des autorités publiques, notamment :

1. Interdire totalement le marketing alcoolier

2. Si l'interdiction totale n'est pas possible, restreindre le volume et le contenu afin de minimiser l'exposition des mineur·es au marketing de l'alcool
   - Appliquer une interdiction totale au sein des médias traditionnels (télévision, radio, journaux, magazines et panneaux publicitaires) quand une part importante de leur public est composée de mineur·es
   - Réguler strictement, voire interdire, le sponsoring des évènements sportifs et culturels
   - Éviter le placement de produits et de marques d'alcool, en particulier lorsque le public comprend des mineur·es
   - Interdiction générale des promotions temporaires (par exemple les *happy hours*)
   - Inclure dans les régulations toutes les formes digitales de marketing
   - Inclure dans les régulations le marketing pour des boissons non-alcoolisées de la même marque ou portant les mêmes caractéristiques que des boissons alcoolisées
   - Éviter l'implication de l'industrie de l'alcool dans les campagnes de prévention
   - Limiter le contenu des messages de marketing à des informations relatives au produit et lister ce qui est autorisé de manière exhaustive

3. Élaborer un cadre réglementaire clair et englobant, ce qui comprend notamment :
   - Établir un organe de monitoring indépendant qui veille à la bonne application de la réglementation
   - Implanter un système de plainte accessible à tout individu et transparent
   - Établir un comité de surveillance indépendant, responsable de l'analyse des plaintes
   - Quand cela est autorisé, soumettre les pratiques marketing à un contrôle préalable opéré par un comité indépendant
   - Mettre en place des sanctions dissuasives, y compris financières

204 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

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

4. Analyser et évaluer systématiquement l'efficacité des régulations mises en œuvre

5. Conduire des recherches scientifiques au sujet des effets du marketing alcoolier auprès des citoyen·nes belges

6. Intégrer la régulation du marketing alcoolier à un plan national alcool plus global et intégral.

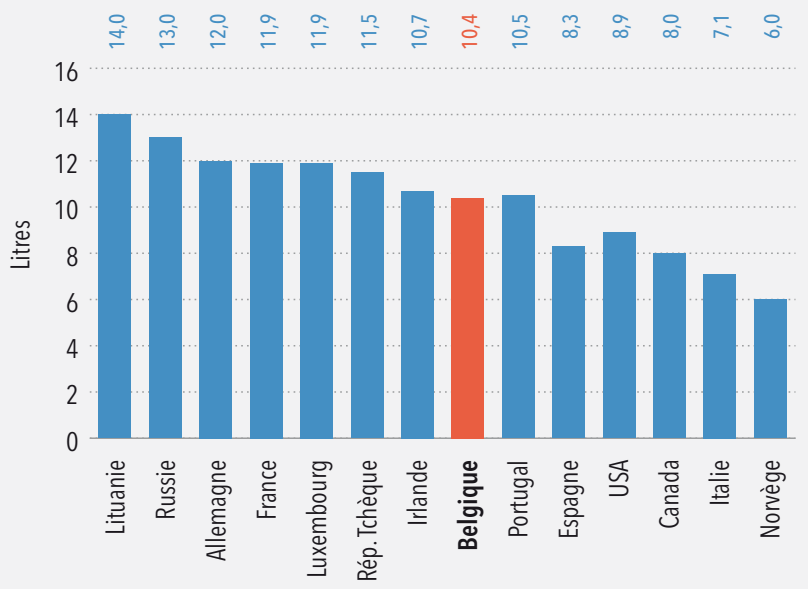
LA DISPONIBILITÉ ET L'OFFRE D'ALCOOL EN BELGIQUE

L'alcool est une substance psychoactive particulièrement disponible en Belgique, puisqu'on la trouve dans les établissements du secteur de l'Horeca[206], 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 légèrement supérieur à celui de la moyenne des pays de l'Union Européenne (Eurostat, 2019). 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*[207]) 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), le nombre de litres d'alcool pur vendu annuellement en Belgique par habitant de 15 ans ou plus est de 10,4 litres. Ce nombre abstrait correspond à 200 litres de bière à 5,2° (soit 800 verres de 25cl par an, ce qui correspond à 2,2 verres par jour), ainsi qu'à 86,7 litres de vin à 12° (soit 115 bouteilles de 75cl ou encore 690 verres de 125cl par an, ce qui correspond à un peu moins 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. Elle 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-consommateur·rices ou de consommateur·rices occasionnel·les. À l'inverse, les chiffres relatifs à certains pays sont surestimés (par exemple ceux du Luxembourg, dont les chiffres de vente sont surestimés en raison des achats des transfrontaliers).

Figure 5 : Nombre de litres d'alcool pur vendu chaque année par habitant de 15 ans et plus en Belgique et dans d'autres pays du monde, 2015



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

Le succès de l'alcool dans les pays occidentaux et a fortiori en Belgique 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 l'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.

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

207 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.

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 2018. 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), 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) l'hyperalcoolisation 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 *binge drinking*[208] hebdomadaire (consommation d'au moins 6 verres d'alcool en 2 heures maximum au moins une fois par semaine pour les hommes, et 4 verres d'alcool en 2 heures maximum au moins une fois par semaine pour les femmes), 6) l'usage problématique d'alcool sur la vie[209] dans l'ensemble de la population et chez les consommateur·rices actuels (les personnes qui en ont consommé au cours des 30 derniers jours) et 7) l'usage problématique au cours des 12 derniers mois dans l'ensemble de la population. 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.

LA SITUATION EN 2018

En 2018, l'**âge moyen de la première consommation** de boissons alcoolisées est de 17,6 ans pour les hommes et de 19 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 15,7 ans chez les femmes de la même tranche d'âge. L'âge moyen de la première consommation est influencé par le niveau d'instruction : il est plus bas chez les répondant·es les plus instruits (niveau études supérieures ou secondaires supérieures : 18 ans) alors qu'il est de 18,9 ans chez les répondant·es ayant un diplôme du secondaire inferieur et de 20 ans chez ceux ayant uniquement un diplôme primaire.

Globalement, 18 % des Wallon·nes âgés de 15 ans et plus n'ont jamais consommé de boissons alcoolisées. L'**abstinence sur la vie** est beaucoup plus élevée chez les femmes (25,8 %) que chez les hommes (9,4 %) et, sans surprise, elle diminue de manière relativement linéaire avec l'âge des répondant·es. 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 6,6 % chez les Wallon·nes âgés de 15 ans et plus. Malgré la définition genrée de l'indicateur, 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 45-64 ans. Elle évolue en forme de U avec le niveau d'instruction des répondant·es : elle est un peu plus élevée chez les individus les moins instruits (7,1 %) ainsi que chez ceux qui sont le plus instruits (8,7 %).

La prévalence de la **consommation quotidienne** d'alcool (au cours des 12 derniers mois) augmente fortement avec l'âge des répondant·es, et est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, quelle que soit la tranche d'âge (sauf chez les 35-44 ans). Elle explose littéralement à partir de 45 ans. En Wallonie, 14 % des hommes et 5,9 % 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, l'enquête HIS a récemment introduit un indicateur de **consommation quotidienne à risque** (au cours des 12 derniers mois), qui prend en compte le nombre de verres consommés. La prévalence de la consommation quotidienne à risque augmente également avec l'âge des répondant·es mais, contrairement aux autres indicateurs, elle ne diffère pas en fonction du sexe, parce que les seuils utilisés sont genrés (plus de 4 verres quotidiens pour les hommes et plus de 2 verres pour les femmes). En Wallonie, 4,9 % des femmes et 5,6 % des hommes consomment quotidiennement une quantité d'alcool considérée comme excessive. La consommation quotidienne à risque évolue également en forme de U avec le niveau d'instruction des répondant·es : 5,9 % (niveau primaire), 3,5 % (secondaire inférieur), 3,1 % (secondaire supérieur) et 7,2 % (niveau d'études supérieures).

La prévalence de l'**hyperalcoolisation hebdomadaire** s'élève à 7,5 % chez les Wallon·nes de 15 ans et plus. Elle est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (11,2 % *versus* 4,1 %). Ce comportement est un peu plus fréquent entre 25 et 44 ans. Il n'est pas impacté par le niveau d'instruction.

La prévalence du ***binge drinking* hebdomadaire** concerne 4,9 % des Wallon·nes. Il est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (6,8 % *versus* 3,1 %). Contrairement aux idées reçues, ce comportement apparaît finalement comme étant plus fréquent chez les adultes que chez les jeunes. Ce constat ne veut pas dire que les jeunes ne *«binge drink»* pas, mais qu'ils le font de manière moins fréquente que les adultes : 12,9 % des garçons de 15-24 ans et 14,3 % des filles du même âge le font au moins une fois par mois (données non visibles dans le tableau). Les personnes les plus à risque par rapport au *binge drinking* hebdomadaire semblent être les hommes de 35-44 ans (10,2 %). Ce comportement ne varie pas en fonction du niveau d'instruction.

Les prévalences d'**usage problématique** d'alcool **sur la vie ou au cours des 12 derniers mois** sont plus élevées chez les hommes que chez les femmes. Elles

208 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.

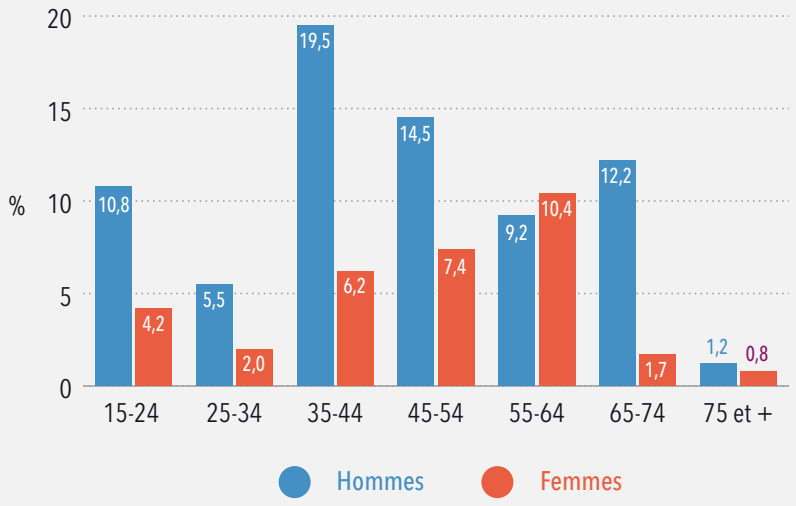
209 Cet indicateur est estimé à l'aide du test de screening CAGE, qui se compose des 4 questions suivantes : *Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ? ; Vous êtes-vous déjà senti(e) irrité(e) par des critiques à propos de votre consommation d'alcool ? ; Vous êtes-vous 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.

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 dans la population générale en Wallonie, par genre et par tranche d'âge, 2018

	15-24 ans % (n=307)	25-34 ans % (n=339)	35-44 ans % (n=430)	45-54 ans % (n=551)	55-64 ans % (n=540)	65-74 ans % (n=401)	75 ans et + % (n=317)	Total % (N=2.885)
Prévalence de l'abstinence sur la vie								
Hommes	19,6	8,5	11,7	7,5	7,0	4,7	5,9	9,4
Femmes	36,3	24,8	28,3	19,9	17,6	25,1	35,9	25,8
Total	27,7	17,1	20,2	13,9	12,6	15,3	23,9	18,0
Prévalence de la surconsommation hebdomadaire d'alcool au cours des 12 derniers mois								
Hommes	7,0	8,4	6,2	11,7	12,1	6,0	4,5	8,5
Femmes	2,5	1,8	5,7	6,4	10,0	4,4	0,0	4,9
Total	4,8	4,9	5,9	9,0	11,0	5,1	1,8	6,6
Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool au cours des 12 derniers mois								
Hommes	2,4	2,7	3,8	20,1	19,8	26,5	30,0	14,0
Femmes	0,1	0,6	3,8	7,5	13,7	5,8	7,2	5,9
Total	1,3	4,9	3,8	13,6	16,5	15,8	16,3	9,8
Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool à risque au cours des 12 derniers mois								
Hommes	4,7	2,8	5,0	7,2	8,1	5,5	4,4	5,6
Femmes	2,5	1,8	5,7	6,4	10,0	4,4	0,0	4,9
Total	3,6	2,3	5,3	6,8	9,1	4,9	1,8	5,2
Prévalence de l'hyperalcoolisation hebdomadaire au cours des 12 derniers mois								
Hommes	8,4	17,5	16,8	11,0	10,8	6,0	2,8	11,2
Femmes	5,9	3,6	4,5	5,1	4,8	1,1	3,1	4,1
Total	7,2	10,2	10,4	8,0	7,7	3,5	3,0	7,5
Prévalence du *binge drinking* hebdomadaire au cours des 12 derniers mois								
Hommes	3,8	7,4	10,2	8,2	7,4	6,2	0,4	6,8
Femmes	1,7	0,8	2,3	2,7	9,4	2,5	0,3	3,1
Total	2,8	3,9	6,1	5,4	8,5	4,3	0,4	4,9
Prévalence de l'usage problématique d'alcool sur la vie								
Hommes	10,9	11,9	29,0	19,2	17,8	17,8	7,9	17,4
Femmes	4,2	6,8	10,3	11,0	16,2	6,3	0,8	8,7
Total	7,6	9,3	19,4	15,0	17,0	12,1	3,7	12,9
Prévalence de l'usage problématique d'alcool au cours des 12 derniers mois								
Hommes	10,8	5,5	19,5	14,5	9,2	12,2	1,2	11,3
Femmes	4,2	2,0	6,2	7,4	10,4	1,7	0,8	5,2
Total	7,5	3,7	12,7	10,9	9,8	6,9	0,9	8,1
Prévalence de l'usage problématique d'alcool sur la vie chez les consommateurs actuels								
Hommes	13,7	13,3	35,5	21,6	17,5	18,3	5,4	19,1
Femmes	6,7	6,1	12,7	13,9	20,4	7,5	1,7	11,3
Total	10,6	10,0	24,8	17,9	18,9	13,8	3,8	15,5

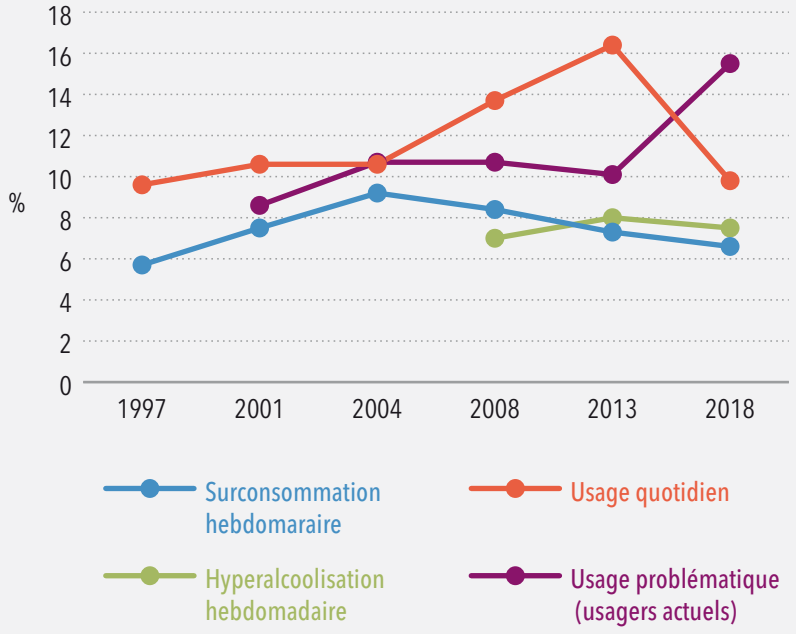
Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

Figure 6 : Prévalence l'usage problématique d'alcool (estimé à l'aide du CAGE) au cours des 12 derniers mois dans la population générale en Wallonie, par genre et par tranche d'âge, 2018



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

Figure 7 : Évolution de la surconsommation hebdomadaire, de la consommation quotidienne, du *binge drinking* hebdomadaire et de l'usage problématique sur la vie dans la population générale en Wallonie, 1997-2018



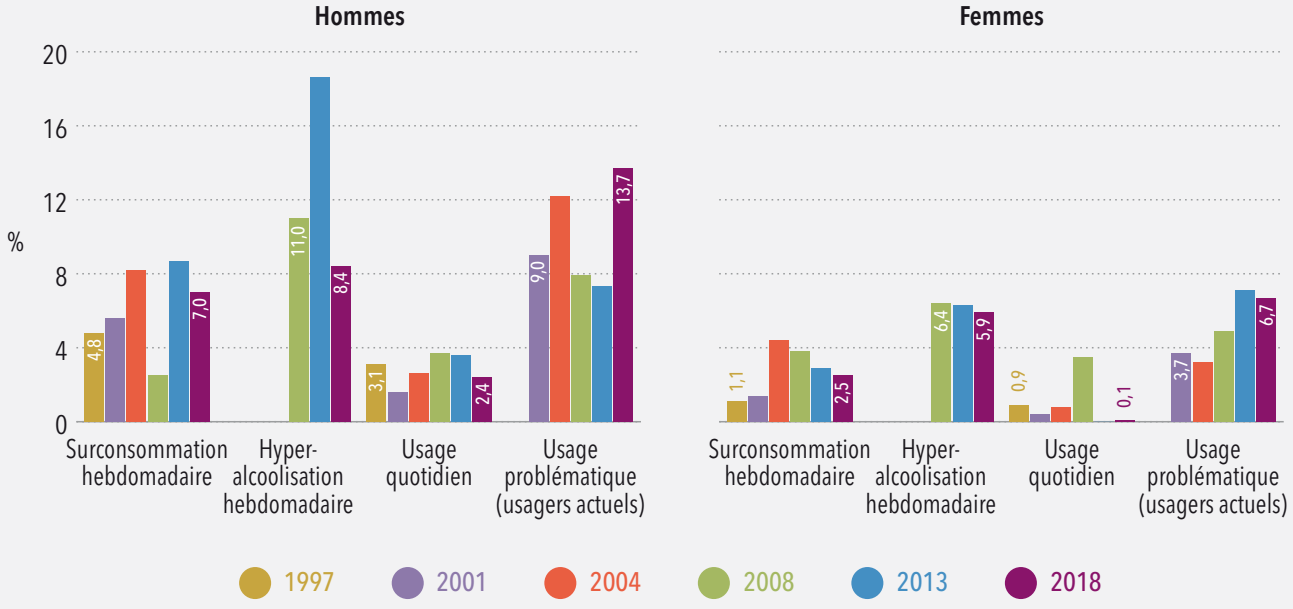
Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

augmentent avec l'âge, en particulier la prévalence sur la vie, probablement parce que la probabilité de survenue sur la vie d'un trouble ou d'un épisode problématique, quel qu'il soit, augmente avec l'âge des individus, mais aussi parce que les adultes sont les plus gros consommateur·rices d'alcool. En Wallonie, 12,9 % de la population aurait déjà eu un épisode d'usage problématique d'alcool au cours de la vie, et 8,1 % au cours des 12 derniers mois. Les hommes de 35-44 ans seraient les plus concernés par l'usage problématique au cours des 12 derniers mois (19,5 %). La prévalence de l'usage problématique au cours de la vie chez les usagers actuels d'alcool s'élève à 15,5 %. La prévalence d'usage problématique sur la vie augmente avec le niveau d'instruction et est particulièrement élevée chez les individus ayant atteint le niveau des études supérieures (20,2 %). Ces estimations doivent bien entendu être considérées avec prudence, dans la mesure où il s'agit d'un usage problématique auto-déclaré et qu'une échelle à 4 items est forcément approximative.

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 jusqu'en 2013, mais elle a ensuite fortement diminué en 2018. La surconsommation hebdomadaire a également légèrement diminué ces dernières années, alors que l'hyperalcoolisation hebdomadaire paraît stable. À l'inverse, l'usage problématique sur la vie chez les consommateur·rices actuel·les, qui est resté relativement stable entre 2001 et 2013, est désormais en augmentation en 2018. L'âge moyen de la première consommation de boissons alcoolisées est stable chez les hommes entre 2008 et 2018 (environ 17,5 ans), et chez les femmes il est passé de 19,2 ans en 2008, à 19,9 ans en 2013 et enfin 19 ans en 2018.

Figure 8 : Évolution de la surconsommation hebdomadaire, de l'hyperalcoolisation hebdomadaire, de l'usage quotidien et de l'usage problématique sur la vie chez les 15-24 ans en Wallonie, 1997-2018



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

L'USAGE D'ALCOOL CHEZ LES ÉLÈVES 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 suivant : 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 (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 7e 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.

LA SITUATION EN 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 9.

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 wallon·nes 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

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 d'alcool 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

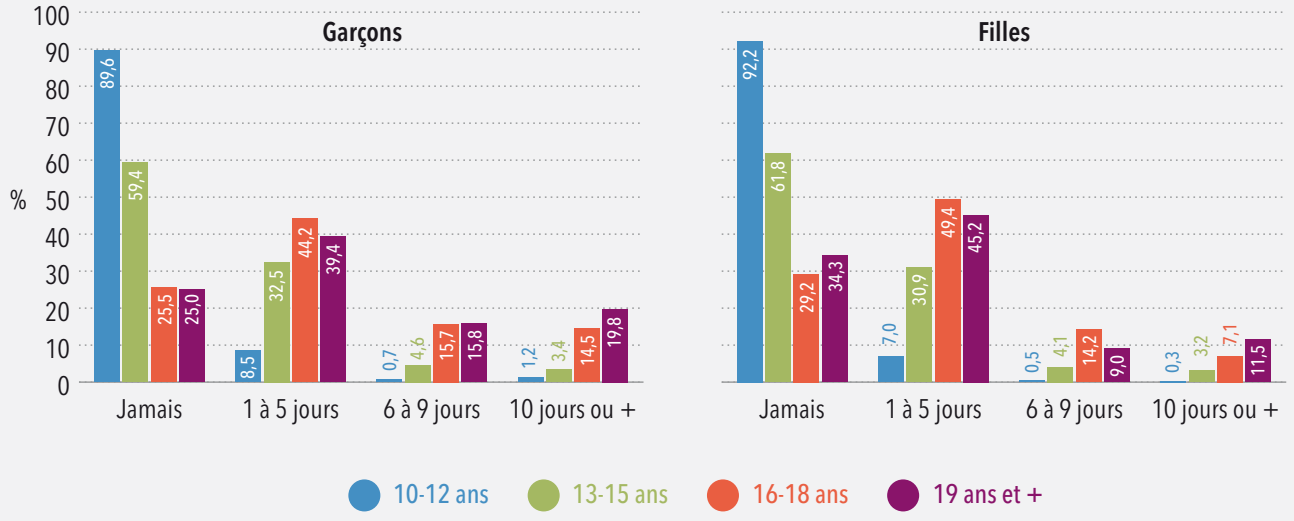
	10-12 ans %	13-15 ans %	16-18 ans %	19 ans et + %	Total %
Consommation d'alcool sur la vie*					
Garçons (n=4.885)	24,5	61,4	85,2	85,8	62,1
Filles (n=5.046)	17,1	57,1	85,2	82,0	59,0
Total (N=9.931)	20,8	59,2	85,2	84,1	60,5
Consommation d'alcool les 30 derniers jours*					
Garçons (n=4.844)	10,4	40,6	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 5e et 6e 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)

Figure 9 : 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)

moins 5 verres lorsqu'ils en consomment, recherchant probablement l'ivresse.

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

LES INDICATEURS

En 2015, l'asbl Univers Santé, épaulée par une équipe de chercheur·es de l'UCL, a réalisé une enquête sur les habitudes de consommation d'alcool d'environ 4.500 étudiant·es de l'UCL, faisant suite à une première étude réalisée en 2010 ayant mobilisé près de 7.000 étudiant·es. En 2010 comme en 2015, les données ont été récoltées au printemps à l'aide d'une enquête en ligne largement diffusée auprès des étudiant·es 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 étudiant·es 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 étudiant·es.

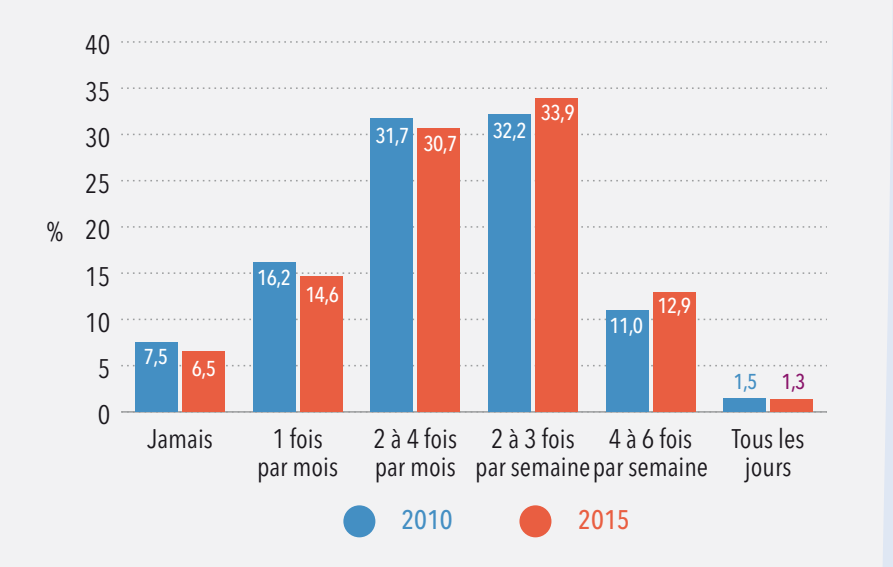
Les indicateurs relatifs à l'usage d'alcool que nous avons retenus sont les suivants : 1) fréquence de consommation d'alcool au cours de l'année académique ; 2) fréquence du *binge drinking*[210] au cours de l'année académique ; 3) fréquence de l'ivresse au cours de la vie ; 4) fréquence de l'ivresse au cours des 12 derniers mois et 5) fréquence de l'ivresse au cours des 30 derniers jours.

210 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.).

LA SITUATION EN 2010 ET 2015

Les résultats indiquent (voir figure 10) qu'en 2015, près de la moitié des étudiant·es 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·e étudiant·e sur huit (14,2 %) au moins quatre fois par semaine. La fréquence de consommation est relativement similaire à celle observée en 2010.

Figure 10 : Fréquence de consommation d'alcool au cours de l'année académique parmi les étudiant·es 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 étudiant·es 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 étudiant·es 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 : Lannoy & Maurage, 2015

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 étudiant·es, et tous les jours par 1,9 % d'entre eux (voir tableau 4). L'ampleur de cette pratique est similaire à celle observée en 2010, quoiqu'en très légère hausse (+ 2 % pour le *binge drinking* plusieurs fois par semaine).

Enfin, la fréquence des comportements d'ivresse rapportés par les étudiant·es interrogés en 2015 est décrite dans le tableau 5. La grande majorité d'entre eux (88,9 %) ont déjà été ivres, et la moitié (50,4 %) l'ont été au cours des 30 derniers jours. Enfin, 20,6 % des étudiant·es ont été ivres au moins à trois reprises au cours des 30 derniers jours et 7,9 % au moins à six reprises.

PERSPECTIVES

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. L'expérimentation et la consommation régulière s'initient 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 de l'usage qui est fait de ce produit, elle peut avoir des conséquences nocives[211].

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, de la fréquence de consommation, ainsi que du capital socio-économique des individus (voir chapitre 4.1. Inégalités sociales de santé et usage de drogues).

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, même si certaines évolutions sont rassurantes (en particulier en ce qui concerne l'usage quotiien). 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 les jeunes filles sont désormais tout autant concernées que les jeunes hommes. 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 un facteur de risque d'une consommation d'alcool problématique ultérieure (dont la dépendance), et des épisodes de consommation à risque tels que le *binge drinking* (Wicki et al., 2010).

L'entrée aux études supérieures constitue quant à elle une période d'initiation pour beaucoup d'étudiant·es, 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 étudiants s'exposent davantage que les ainé·es 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.

On constate néanmoins en 2018 une diminution au niveau de certains indicateurs de consommation, en particulier au niveau de l'usage quotidien. Il est difficile d'attribuer une cause précise à cette diminution, mais il est possible qu'elle soit liée à une meilleure pénétration des messages de prévention dans la population générale (via les campagnes telles que «tournée minérale», les publications des associations spécialisées sur les réseaux sociaux, les articles de presse, etc.). Conséquemment, il est possible que les représentations liées à la consommation d'alcool soient en cours de restructuration, et deviennent moins favorables dans certaines tranches de la population. Certain·es

211 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.

chercheur·es épinglent aussi la possibilité que l'investissement sur les réseaux sociaux ait déplacé les activités socialisantes loin de l'alcool[212] (Pennay et al, 2015 ; Törrönen et al, 2019).

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 et peuvent mener à blesser autrui (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, 2011). Enfin, la consommation répétée de quantités excessives d'alcool, et plus particulièrement la pratique du *binge drinking*[213], peut avoir chez les étudiant·es un effet nuisible sur des fonctions cognitives telles que l'attention soutenue et la mémoire 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), qui s'expliquerait par la socialisation genrée.

Malgré cet effet de genre, il apparait clairement que les femmes wallonnes ne sont pas épargnées par la consommation excessive d'alcool, et que chez les plus jeunes, les différences de genre sont parfois ténues.

Dans l'ensemble, cet état des lieux témoigne de la nécessité de développer une stratégie globale et cohérente au niveau fédéral, agissant à la fois sur l'offre et sur la demande d'alcool. La promotion de l'alcool reste extrêmement libérale et insidieuse, dès les plus jeunes âges et tout au long de la vie, malgré les réglementations visant à protéger les mineur·es. Ce cadre culturel 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.

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 et 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).

212 Davantage de recherche est évidemment requise ; certaines études indiquent parallèlement que les réseaux sociaux peuvent être un facteur de risque augmentant la consommation d'alcool (notamment via la publicité pour l'alcool et les stories partagées qui relatent des "histoires de boisson").

213 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.

6.2.2. 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)[214] ;
- Il est interdit de vendre du tabac aux moins de 18 ans (la loi du 24 janvier 1977 a été modifiée par la loi du 12 juillet 2019, relevant ainsi l'âge minimum légale de 16 à 18 ans) ;
- 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 des produits à base 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 transposée par l'arrêté royal du 26 avril 2019 modifiant l'arrêté royal du 5 février 2016) ;
- Les unités de conditionnements et les emballages extérieurs des produits à base de tabac sont d'une seule nuance de couleur (paquet neutre), tout en respectant les dispositions de l'arrêté royal du 5 février 2016 (arrêté royal du 13 avril 2019). Cet arrêté entre en vigueur le 1er janvier 2020, excepté pour les détaillant·es pour lesquel·les le présent arrêté entre en vigueur le 1er janvier 2021 ;
- Il est interdit d'ajouter des arômes aux produits à base de tabac et produits à fumer à base de plantes conférant une saveur reconnaissable ou caractéristique à un produit (directive européenne du 3 avril 2014 transposée par l'arrêté royal du 5 février 2016) ;
- Il est interdit de mettre sur la marché des produits à base de tabac contenant certains additifs, c'est-à-dire 1) des vitamines ou autres additifs créant l'impression qu'un produit à base de tabac a des effets bénéfiques sur la santé, 2) la caféine ou la taurine ou d'autres additifs et stimulants associés à l'énergie et à la vitalité, 3) les additifs qui confèrent des propriétés colorantes aux émissions, 4) les additifs qui facilitent l'inhalation ou l'absorption de nicotine, et 5) les additifs qui, sans combustion, ont des propriétés cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (arrêté royal du 5 février 2016) ;
- 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 transposée par l'arrêté royal du 5 février 2016) ;
- 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 transposée par l'arrêté royal du 5 février 2016) ;
- La vente des produits à base de tabac par internet est interdite (directive européenne du 3 avril 2014 transposée par l'arrêté royal du 5 février 2016) ;
- Un système d'identification et de suivi pour la production et la distribution des produits à base de tabac, et une protection visible et invisible des produits, serviront à combattre le commerce illégal (directive européenne du 3 avril 2014 transposée par l'arrêté royal du 5 février 2016) ;
- 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 6e réforme de l'État, la matière «Sevrage tabagique» est transférée aux Régions.

Plusieurs propositions et projets de loi ont été étudiés au cours de l'année 2019, dont certains ont été adoptés :

- La proposition de loi du 14 juin 2016 déposée par des représentantes du CD&V, introduisant l'interdiction de mettre en vente du tabac ou des produits à base de tabac au moyen d'appareils automatiques de distribution, sauf aux caisses des commerces de détail non spécialisées. Cette loi a été adoptée en février 2019 et n'entrera pas en vigueur avant trois ans à partir de sa publication au moniteur belge (ce qui n'est pas le cas à l'heure de la rédaction de ces lignes) ;
- La proposition de loi du 3 février 2016 interdisant de fumer dans les véhicules couverts en présence d'enfants âgés de moins de 16 ans a été adoptée en avril 2019. Cette loi est entrée en vigueur le 18 août 2019 ;
- La proposition de loi du 24 octobre 2019 interdisant de fumer dans les véhicules automobiles en présence de mineur·es de moins de 18 ans, dans les airs de jeux et dans les lieux ouverts situés dans l'enceinte des lieux où des jeunes de moins de dix-huit ans sont accueilli·es, logé·es et/ou encadré·es. Cette proposition de loi a été adoptée le 14 février 2020 ;
- La proposition de loi du 5 août 2019 interdisant totalement la publicité pour le tabac. La proposition a été adoptée le 14 février 2020, abrogeant les exceptions prévues jusque là par la loi du 24 janvier 1977, et entrera en vigueur 6 mois après sa publication au Moniteur belge (ce qui n'est pas le cas à l'heure de la rédaction de ces lignes). «

214 Des exceptions existaient encore récemment, à savoir : 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. Ces exceptions ont été abrogées par la proposition de loi du 5 août 2019, adoptée le 14 février 2020.

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·es et de leur bonne réputation (à l'international).

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[215].

215 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

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[216]. 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 18 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-fumeur·ses 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 20 mg/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-fumeur·ses doivent être protégé·es[217]. 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 fumeur·ses qui souhaitent arrêter[218].

216 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.

217 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

218 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

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·es. 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·es fumeur·ses (Fernandez et al, 2004).

Actuellement en Belgique, avant toute mise sur le marché, les fabricants d'e-liquide doivent notifier et soumettre au SPF Santé publique la liste des ingrédients des produits destinés à la vente. Mais l'évaluation des risques sanitaires liés aux substances contenues dans les e-liquides incombe aux fabricants, importateurs et/ou distributeurs[219]. Et seuls les e-liquides contentant de la nicotine bénéficient d'une liste officielle de substances interdites (additifs cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques). Dans la mesure où le contrôle de la qualité et de la dangerosité des e-liquides commercialisés dépend des seules initiatives des fabricants, certains sont donc susceptibles de contenir des substances dangereuses pour la santé.

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[220].

En mars 2017, une audition relative à la problématique du tabac s'était 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 avaient été discutés et des expert·es du terrain avaient présenté leurs arguments. Il en était notamment ressorti la nécessité d'interdire de fumer en voiture en présence de mineur·es, de relever de l'âge minimum d'achat et d'introduire les paquets neutres[221].

MESURES ET AVANCÉES DU PLAN ANTI-TABAC DE LA MINISTRE FÉDÉRALE DE LA SANTÉ

	Mesures prévues[222]	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 et certains additifs sont interdits
3	Interdiction de la vente de tabac par internet	La vente à distance de produits du tabac est interdite
4	Introduction du paquet neutre pour 2018 pour les cigarettes et le tabac à rouler	Le paquet neutre entre en vigueur le 1er janvier 2020 ; les détaillant·es ont jusqu'au 1er janvier 2021 (voir ci-après pour davantage de détails)
5	Meilleur remboursement du kit de sevrage et des traitements de sevrage afin d'aider davantage de personnes à arrêter de fumer	Le ministère fédéral de la santé publique a annoncé le remboursement partiel du *starter pack* (avant à charge totale des personnes qui devaient débourser 49,95€ ; seuls 14,80€ sont désormais à leur charge) ; il est prévu d'augmenter le nombre de traitements remboursés à trois tous les cinq ans (contre deux en tout actuellement)[223,224]
6	Promesse de soutenir toute proposition de loi portant sur l'interdiction de fumer en voiture en présence d'enfants	Fumer dans un véhicule automobile en présence mineur·es de moins de 18 ans est interdit
7	Engagement de 12 contrôleurs «tabac et alcool» du SPF Santé publique supplémentaires afin d'augmenter la fréquence des contrôles	12 contrôleur·ses ont été engagé·es

219 L'évaluation est censée porter sur les substances et sur le mélange de ces substances, et aboutir à une classification en différentes catégories de danger. Le caractère dangereux des substances doit être signalé sur l'emballage ou l'étiquette des e-liquides.

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

221 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

222 Communiqué de presse du 9 avril 2016, site officiel de 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

223 Communiqué de presse du 29 décembre 2018, site officiel de Mme De Block, URL : https://www.deblock.belgium.be/fr/sevrage-tabagique-m%C3%A9dicaments-bient%C3%B4t-mieux-rembours%C3%A9s

224 De plus, 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).

Parallèlement, Mme De Block avait 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[225]. 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 avait 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)[226,227,228]. 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[229].

Le parquet neutre a donc fait l'objet d'un arrêté royal du 13 avril 2019 et entrera en vigueur le 1er janvier 2020, excepté pour les détaillant·es pour lesquel·les le présent arrêté entre en vigueur le 1er janvier 2021. L'interdiction de fumer en voiture en présence de mineur·es, quant à elle, a d'abord été effective en Flandre puis en Wallonie, avant d'être finalement adoptée par la loi du 25 avril 2019. Enfin, la loi du 24 janvier 1977 a été modifiée en 2019 afin de relever l'âge minimum légal d'achat à 18 ans (contre 16 ans auparavant).

Certain·es 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 particulier, 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[230].

POLITIQUES PUBLIQUES WALLONNES

Voir le chapitre 3.3.3 consacré au dispositif wallon de prévention et de gestion du tabagisme sur la période 2018-2030.

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 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[231] et par la Coalition nationale contre le tabac/Alliance sans tabac[232].

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·rices (et de jeunes consommateur·rices) australien·nes 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.)[233]. 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

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·es français·es (fumeur·ses et non-fumeur·ses) 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. 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·es 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.

225 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

226 Question écrite de M. Scourneau à Mme de Block «La directive européenne sur les produits du tabac» du 01/06/2016.

227 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

228 Communiqué de presse du 29 septembre 2017, site officiel de la Mme De Block, URL : http://www.deblock.belgium.be/fr/mesures-anti-tabac

229 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

230 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

231 Plan drogue 2016-2019 de la Fédito bruxelloise.

232 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).

233 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

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[234].

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).

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)[235] et le Conseil Constitutionnel français (21 janvier 2016)[236], 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[237].

235 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

236 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

237 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

234 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

LES RECOMMANDATIONS DES EXPERT·ES

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 fumeur·ses (et fumeur·ses passif·ves) 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 fumeur·ses 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-fumeur·ses, et en particulier les jeunes, à s'initier à l'acte de fumer et à les mettre en contact avec la nicotine.

L'AVIS DE L'OMS SUR LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE DÉLIVRANT DE LA NICOTINE

En 2019, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié son rapport 2019 sur l'épidémie globale de tabac, dans lequel elle se prononce sur l'utilisation de la cigarette électronique délivrant de la nicotine[238]. L'OMS estime que la recherche scientifique n'a pas atteint le consensus quant aux risques sanitaires liés à la cigarette électronique. Il existe en effet une large palette d'appareils, dont les caractéristiques et contenus sont potentiellement fort différents (forme de nicotine, composition chimique, source de chaleur, mode de délivrance, arôme, etc.) et peuvent avoir des effets divers sur la santé des usager·es. L'Organisation considère dès lors que les e-cigarettes sont dommageables pour la santé et souligne l'importance de réguler leur existence. En particulier, l'OMS recommande que les États adoptent des régulations afin 1) d'empêcher la promotion et l'usage de l'e-cigarette auprès des non-usager·es, des femmes enceintes et des jeunes, 2) de réduire les risques potentiels pour les usager·es et non-usager·es, 3) interdire la promotion d'effets sanitaires bénéfiques sans fondement scientifique, 4) protéger les efforts existants en matière de contrôle des produits du tabac des intérêts (notamment commerciaux) de l'industrie du tabac.

L'OMS estime également que le potentiel des cigarettes électroniques en tant qu'outil d'arrêt de la consommation de tabac manque de preuve scientifique ; elle n'est dès lors actuellement pas dans la capacité de recommander pareille utilisation des e-cigarettes.

L'OMS met enfin en garde contre les stratégies marketing des e-cigarettiers (qui se confondent souvent avec l'industrie du tabac) qui présentent leurs produits comme «à moindre risque» ou des «alternatives saines» aux produits du tabac «traditionnels», non pas spécifiquement pour séduire les fumeur·ses de tabac, mais plutôt pour cibler les jeunes personnes.

238 Rapport consultable à l'adresse https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326043/9789241516204-eng.pdf

LES ÉTUDES SCIENTIFIQUES SUR L'EFFICACITÉ DES CIGARETTES ÉLECTRONIQUE EN TANT QU'OUTIL D'ARRÊT DE LA CONSOMMATION DE TABAC

Deux études britanniques (pour ne citer que celles-ci), publiées en 2019, montrent que les cigarettes électroniques sont un outil d'arrêt de la consommation de tabac plus efficaces que des substituts nicotiniques (patch, gomme, comprimés à sucer, etc.). La première (Hajek et al, 2019) porte sur 886 personnes choisies de manière randomisée et suivies pendant un an. Les participant·es ont soit reçu des substituts nicotiniques (de leur choix), soit une cigarette électronique (avec les arômes et délivrance de nicotine de leur choix). Dans les deux cas, le traitement comprenait 4 semaines de soutien comportemental. Au bout d'un an, 18 % du groupe «e-cigarette» étaient abstinents contre 9,9 % du groupe «substituts nicotiniques».

La deuxième étude (Jackson et al, 2019) se base sur l'interview en face à face de 18.929 participant·es. L'échantillon est représentatif de la population britannique tant en termes socio-économiques que de prévalence de la consommation de tabac. Les chercheur·es concluent que les chances d'être abstinent·e sont significativement plus élevées en ayant recours aux cigarettes électroniques, à un traitement à base de varénicline (notamment Champix®) ou aux substituts nicotiniques sur prescription (par ordre décroissant de probabilité).

AVIS DES EXPERT·ES

François Dekeyser, Service d'Étude et de Prévention du Tabagisme de l'asbl SEPT

La cigarette électronique, en tout cas chez nous, pour l'instant*, n'a pas justifié les craintes émises à l'endroit d'une épidémie potentielle et du rebond de *l'industrie de la nicotine* : adoptée comme objet transitionnel par un fumeur en intention d'arrêt, lui délivrant sa dose au gré d'inhalations de nicotine et de vapeur, l'e-cigarette électronique est là dans un rôle adéquat.

Transitionnel… et transitoire, dans la mesure où les effets de l'usage à long terme, en tous cas, sont absolument redoutables. Le choix du fumeur, le choix du patient tenté par l'agrément de ce dispositif s'impose aux tabacologues, aux soignants qui, donc, en prennent acte aujourd'hui, sans le recommander : les *traitements nicotiniques de substitution* restent, en première intention, le choix du clinicien rigoureux. Détournée, sa destination peut mettre en danger l'usager : des *chipotages* et des ajouts de produits sont possibles et c'est pourquoi nous préférons les dispositifs dits *fermés*.

Second problème : à rêver le sevrage *agréable*, en tablant sur la plus-value mimétique et sur *la satisfaction*, le vapoteur est-il 'au travail', au sens où l'entend le thérapeute ? Et les trois quarts des *vapers*, effectivement, continuent… de fumer. La réduction du risque est, dans ces conditions d'emploi, totalement fictive. À cet égard, l'e-cigarette aura durablement compromis le succès de la tentative et le désir de changement (de par cette illusion de maîtrise et d'immunité) ; mais elle aura compromis non moins dommageablement le succès de l'offre entourant le patient fumeur.

* L'arrivée de JUUL (marque américaine d'e-cigarette) pourrait modifier le regard des jeunes à l'égard de ce *device* et provoquer l'engouement désastreux dont les États-Unis sont le premier théâtre.

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 la loi du 12 juillet 2019 qui en interdit la vente aux personnes de moins de 18 ans, et par d'autres dispositions récentes qui en contraignent l'étiquetage. Le paquet neutre tel qu'on le retrouve en France est mis en place depuis le 1er janvier 2020[239] et 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. La loi fixe également des limites en matière d'émissions de goudron, de nicotine et de monoxyde de carbone par cigarette. 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. Si certains additifs sont interdits, les produits du tabac contiennent aussi des ingrédients potentiellement dangereux pour la santé, qui favorisent la dépendance à la nicotine, ou qui rendent la consommation de tabac plus attrayante en masquant les effets indésirables liés à l'inhalation (amertume, irritation, etc.) (SCENIHR, 2010).

Jusque récemment l'offre et la disponibilité du tabac n'étaient soumises qu'aux quelques contraintes internationales auxquelles la Belgique ne peut déroger. L'État tentait alors ponctuellement d'influer sur la demande de tabac en augmentant les droits d'accises. Les produits du tabac ont ainsi connu une hausse de prix de plus de 60 % en une seule décennie. Avec l'adoption de l'arrêté royal de 2016, et de celui de 2019 portant sur l'instauration du paquet neutre et le rehaussement de l'âge minimum à 18 ans, l'État joue désormais davantage sur l'offre et la protection des plus jeunes.

239 Les fabricants ayant jusque 2021 pour écouler leurs stocks de paquets non-neutres.

L'USAGE DE TABAC ET DE CIGARETTES ÉLECTRONIQUES 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 2018. 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 fumeur·ses quotidiens et les fumeur·ses occasionnels), 4) la prévalence de la consommation quotidienne actuelle de tabac et 5) la prévalence de la consommation quotidienne actuelle importante (au moins 20 cigarettes par jour). 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). Depuis 2018, des questions relatives à l'usage de la cigarette électronique ont également été introduites dans l'enquête. Nous nous intéresserons aux indicateurs suivants : 6) la prévalence d'usage de la cigarette électronique au moins une fois dans la vie, 7) la prévalence de l'usage actuel occasionnel de la cigarette électronique, 8) la prévalence de l'usage actuel quotidien de la cigarette électronique, 9) la proportion d'usage combiné de cigarette électronique et de tabac parmi les utilisateur·rices actuels de la cigarette électronique, et 10) la proportion d'utilisateur·rices actuels de la cigarette électronique qui n'avaient pas consommé de tabac avant. Nous documenterons également l'âge moyen de la première consommation d'une cigarette entière, ainsi que l'âge de début de la consommation quotidienne chez les fumeur·ses.

LA SITUATION EN 2018

En Wallonie, l'âge de la première consommation d'une cigarette entière est de 16,3 ans pour les hommes et de 16,7 ans pour les femmes. Et chez les fumeur·ess, l'âge du début de la consommation quotidienne est de 17,7 ans pour les hommes et de 18,3 ans pour les femmes. Près de la moitié (42,6 %) des Wallon·nes 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 (52,1 % *versus* 34 %). Les Wallon·nes 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 répondant·es les moins instruits (niveau primaire) et les plus instruits (niveau supérieur) sont un peu moins concernés que les répondant·es de niveau intermédiaire (niveau secondaire).

Environ 39 % des Wallon·nes âgés de 15 ans ou plus ont déjà été **consommateur·rices quotidiens de tabac pendant une période d'au moins 12 mois**. À nouveau, les hommes sont beaucoup plus concernés que les femmes (48 % *versus* 30,6 %). La prévalence de la consommation quotidienne de tabac pendant 12 mois ou plus au cours de la vie est particulièrement élevée à partir de 25 ans. La proportion de personnes ayant été consommateur·rices quotidiens de tabac est la moins élevée chez les répondant·es qui ont atteint le degré des études supérieures (28,9 %), les répondant·es des autres degrés ayant un niveau de prévalence supérieur à 40 %.

Près d'un quart (22,1 %) des Wallon·nes consomment **actuellement** du tabac, et plus précisément 18,8 % de manière quotidienne. La grande majorité des fumeurs actifs sont donc des fumeurs quotidiens. 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 est la plus élevée chez les 35-44 ans (27,3 %). La proportion de personnes qui consomment du tabac au quotidien tend à être moins élevée chez les répondant·es les plus instruits (degré des études supérieures : 10 % ; autres degrés : de 20 % à 27 %). Enfin, 6 % de la population wallonne consomme quotidiennement de grande quantité de tabac (au moins 20 cigarettes par jour). Les hommes sont à nouveau davantage concernés que les femmes (8,2 % *versus* 3,9 %), et les 35-44 ans sont particulièrement concernés. À nouveau, les répondant·es ayant un haut niveau d'instruction sont moins concernés

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 dans la population générale en Wallonie, 2018								
	15-24 ans % (n=307)	25-34 ans % (n=335)	35-44 ans % (n=432)	45-54 ans % (n=548)	55-64 ans % (n=537)	65-74 ans % (n=399)	75 ans et + % (n=316)	Total % (N=2.874)
Prévalence de la consommation de tabac sur la vie (au moins 100 cigarettes)								
Hommes	29,2	57,2	56,0	44,9	63,2	54,8	62,4	52,1
Femmes	13,9	30,9	40,5	38,7	50,6	33,0	15,9	34,0
Total	21,7	43,4	48,1	41,7	56,5	43,5	34,8	42,6
Prévalence de la consommation quotidienne de tabac sur la vie (au moins durant 1 an)								
Hommes	22,3	53,6	52,6	40,6	58,7	52,1	61,2	48,0
Femmes	10,9	29,5	36,7	35,0	46,4	32,3	9,3	30,6
Total	16,8	40,8	44,4	37,7	52,2	41,9	30,2	38,9
Prévalence de la consommation actuelle de tabac (fumeurs quotidiens et occasionnels)								
Hommes	25,5	40,4	38,6	24,7	27,2	13,3	10,9	27,3
Femmes	11,4	19,2	22,5	19,4	24,8	11,5	4,1	17,3
Total	18,7	29,3	30,3	21,9	26,0	12,4	6,9	22,1
Prévalence de la consommation quotidienne actuelle de tabac (au moins 1 cigarette/jour)								
Hommes	19,7	30,9	36,1	20,7	24,1	9,9	6,2	22,7
Femmes	8,7	15,1	19,0	18,0	23,7	10,6	3,9	15,3
Total	14,4	22,6	27,3	19,3	23,9	10,3	4,8	18,8
Prévalence de la consommation quotidienne actuelle importante de tabac (au moins 20 cigarettes/jour)								
Hommes	4,5	10,0	14,9	5,9	12,5	1,8	3,7	8,2
Femmes	0,8	4,6	6,3	4,9	4,6	2,8	1,2	3,9
Total	2,7	7,1	10,4	5,4	8,3	2,4	2,2	6,0

Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

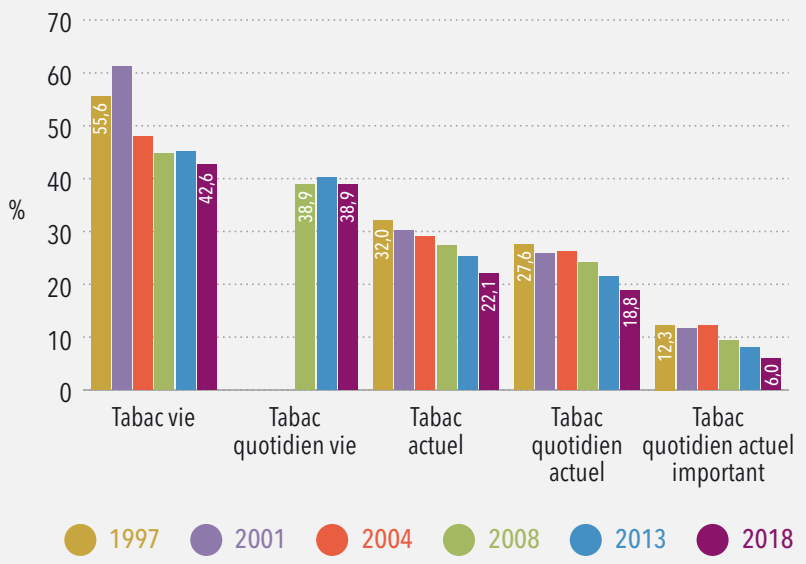
Tableau 7 : Prévalence de l'usage de la cigarette électronique dans la population générale en Wallonie, 2018								
	15-24 ans % (n=295)	25-34 ans % (n=327)	35-44 ans % (n=426)	45-54 ans % (n=524)	55-64 ans % (n=505)	65-74 ans % (n=374)	75 ans et + % (n=297)	Total % (N=2.748)
Prévalence de l'usage de la cigarette électronique au moins une fois dans la vie								
Hommes	35,6	37,2	30,0	13,9	13,9	6,9	1,0	21,1
Femmes	23,5	21,9	16,9	11,9	13,9	7,9	1,2	14,4
Total	29,8	29,2	23,3	12,9	13,9	7,4	1,1	17,6
Prévalence de l'usage actuel occasionnel de la cigarette électronique								
Hommes	5,6	7,4	5,6	1,0	1,1	2,5	0,0	3,4
Femmes	2,3	1,9	1,5	2,9	0,5	0,1	0,0	1,4
Total	4,0	4,5	3,5	1,9	0,8	1,3	0,0	2,4
Prévalence de l'usage actuel quotidien de la cigarette électronique								
Hommes	1,3	3,6	2,5	4,4	1,4	0,1	0,0	2,1
Femmes	0,1	2,7	0,6	1,2	0,0	0,5	0,0	0,8
Total	0,7	3,1	1,5	2,8	0,7	0,3	0,0	1,4
Proportion d'usage combiné de cigarette électronique et de tabac parmi les utilisateurs actuels de la cigarette électronique (N=90)								
Hommes	/	/	/	/	/	/	/	80,8
Femmes	/	/	/	/	/	/	/	76,3
Total	/	/	/	/	/	/	/	79,5
Proportion d'utilisateurs actuels de la cigarette électronique qui n'avaient pas consommé de tabac avant (N=90)								
Hommes	/	/	/	/	/	/	/	6,5
Femmes	/	/	/	/	/	/	/	5,8
Total	/	/	/	/	/	/	/	6,3

Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

par la consommation quotidienne de grande quantité de tabac que les répondant·es ayant un niveau d'instruction moins élevé (2 % *versus* 8-10 %).

En ce qui concerne la **cigarette électronique**, 17,6 % de la population wallonne l'a déjà essayé au moins une fois dans la vie. L'expérimentation de ce dispositif est plus fréquente dans les tranches d'âge les plus jeunes. La prévalence de l'usage quotidien de la cigarette électronique est de 1,4 %, ce qui est largement inférieur à la prévalence de l'usage quotidien de tabac (18,8 %). Elle est la plus fréquente entre 25 et 54 ans. La grande majorité (79,5 %) des utilisateur·rices actuels de la cigarette électronique consomme également du tabac et ont consommé du tabac avant d'utiliser la cigarette électronique (93,7 %).

Figure 11 : Évolution de l'usage de tabac sur la vie, de l'usage quotidien (durant au moins 1 an) sur la vie, de l'usage actuel, de l'usage quotidien actuel et de l'usage quotidien actuel important (au moins 20 cigarettes) dans la population générale en Wallonie, 1997-2018



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

TENDANCES ET ÉVOLUTION

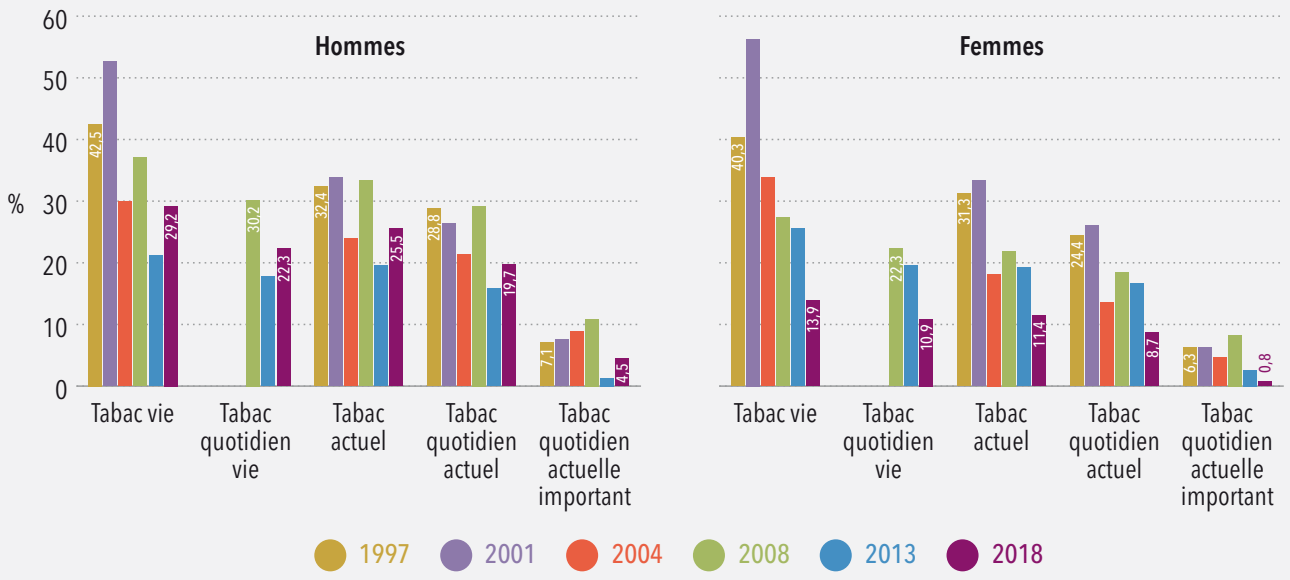
La consommation de tabac est en diminution en Wallonie, quel que soit l'indicateur considéré[240]. L'usage quotidien actuel et l'usage quotidien actuel important (au moins 20 cigarettes par jour) ont respectivement diminué de 9 % et 6 % en 20 ans.

L'âge moyen de la première consommation d'une cigarette entière a légèrement augmenté chez les hommes entre 2013 et 2018 (il est passé de 15,8 ans à 16,3 ans), alors qu'il est stable chez les femmes (16,7 ans). L'âge de début de la consommation quotidienne a également augmenté chez les fumeurs entre 2004 (16,9 ans) et 2018 (17,7 ans), alors qu'il est relativement stable chez les fumeuses (18,1 ans en 2004 et 18,3 ans en 2018).

Si on se focalise spécifiquement sur l'évolution temporelle de ces indicateurs chez les 15-24 ans, la diminution est visible, tant chez les hommes que chez les femmes, mais elle est moins marquée chez

240 Hormis la prévalence de l'usage quotidien au moins pendant 1 an sur la vie, qui est relativement stable entre 2008 et 2018. Cet indicateur est toutefois plus récent et il est possible que ce comportement soit également inférieur à ce qu'il était avant 2008.

Figure 12 : Évolution de l'usage de tabac sur la vie, de l'usage quotidien (durant au moins 1 an) sur la vie, de l'usage actuel, de l'usage quotidien actuel et de l'usage quotidien actuel important (au moins 20 cigarettes) chez les 15-24 ans en Wallonie, 1997-2018



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

les hommes et s'effectue en dents de scie chez ces derniers. Ces évolutions doivent toutefois être considérées avec prudence en raison du petit nombre de personnes interrogées pour cette tranche d'âge, qui augmente la marge d'erreur.

DE LA DANGEROSITÉ DE L'E-CIGARETTE ?

Aux États-Unis, en date du 20 novembre 2019[241], 2290 hospitalisations (dont 47 décès) ont été recensées dans près de 50 États sur quelques mois, faisant état de maladies respiratoires aiguës chez des adeptes du vapotage[242]. Il s'agissait pour la plupart de personnes de moins de 35 ans, en bonne santé et pour lesquelles les causes habituelles de maladies pulmonaires ont pu être écartées. L'enquête menée par les autorités de santé américaines a permis d'isoler un dénominateur commun : l'utilisation d'une cigarette électronique (vapoteuse) pour consommer des produits non-réglementaires (contenant le plus souvent du THC). Des analyses supplémentaires ont permis d'incriminer l'acétate de vitamine E[243] comme agent pathogène, mais il n'est actuellement pas exclu que d'autres substances puissent également être impliquées[244]. En Belgique, le premier décès apparemment induit par le vapotage d'une substance toxique est survenu en novembre 2019.

Malgré cette crise sanitaire, le discrédit jeté sur la cigarette électronique est inapproprié, et le débat sur sa dangerosité peu rationnel. La cigarette électronique est en effet un dispositif intéressant sur le plan de la santé publique, dans la mesure où elle permet de réduire les risques liés à l'inhalation des produits du tabac. Il n'est pas inutile de rappeler que le tabac reste une des causes principales de décès dans les pays occidentalisés, qui tue chaque année plus de 8 millions de personnes à travers le monde. La cigarette électronique n'est pas dangereuse en tant que telle. En revanche, tous les produits ne sont pas forcément destinés à être vapotés, et certains peuvent manifestement s'avérer dangereux. Discréditer la cigarette électronique en raison de l'actuelle crise sanitaire équivaut, de notre point de vue, à remettre en question l'intérêt de la seringue à aiguille creuse sous prétexte que celle-ci serait responsable de l'épidémie de maladies infectieuses chez les usager·es de drogues par injection…

Les principaux composants utilisés dans les e-liquides commercialisés (propylène glycol, glycérine végétale, arômes) ne semblent pas nocifs pour la santé en usage aigu. En revanche, leurs effets à long terme sur la santé ne sont toujours pas connus en raison du manque de recul sur leur utilisation. Mais selon toute vraisemblance, ils seraient minimes ou moindres que ceux induits par l'inhalation de tabac. L'exemple des États-Unis met en revanche clairement en évidence les risques liés à la consommation de produits vendus au marché noir, dont la composition n'est bien évidemment pas contrôlée (voir Layden et al., 2019). Les différents composés des liquides pour e-cigarette peuvent être achetés séparément, laissant aussi aux usager·es la possibilité de fabriquer et doser leur propre recharge. On ne peut donc pas exclure l'ajout de composés supplémentaires impropres à la consommation par vapotage dans certains cas d'intoxication (par exemple, une huile de CBD (cannabidiol) destinée à être consommée par ingestion, telle que celle vendue dans les CBD shops).

Actuellement en Belgique, avant toute mise sur le marché, les fabricants d'e-liquide doivent notifier et soumettre au SPF Santé publique la liste des ingrédients des produits destinés à la vente. Mais l'évaluation des risques sanitaires liés aux substances contenues dans les e-liquides revient aux fabricants, importateurs et/ou distributeurs[245]. Et seuls les e-liquides contentant de la nicotine bénéficient d'une liste officielle de substances interdites (additifs cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques). Les produits à base de CBD vendus en Belgique ne bénéficient donc pas non plus d'une réglementation claire et spécifique permettant d'apporter des garanties aux usager·es sur le plan de la santé publique, puisqu'aucune norme de composition n'est imposée aux fabricants. Dans la mesure où le contrôle de la qualité et de la dangerosité des e-liquides commercialisés dépend des seules initiatives des fabricants, certains e-liquides actuellement commercialisés sont susceptibles de contenir des substances dangereuses pour la santé. L'absence de contrôle de qualité impartial n'est pas propice à la santé des usager·es d'e-cigarettes. Il est donc particulièrement important d'informer objectivement et responsabiliser les utilisateurs de la cigarette électronique sur les risques liés à son utilisation et sur les moyens de les minimiser, dans une démarche de promotion de la santé.

241 https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/severe-lung-disease.html

242 Les symptômes incluent le plus souvent un essoufflement, une toux, des douleurs thoraciques, des vomissements, des diarrhées, des douleurs abdominales et de la fièvre. Dans les cas sévères, une assistance respiratoire est nécessaire. Les imageries thoraciques mettent en évidence des signes d'opacités dans les poumons.

243 L'acétate de vitamine E est une substance liposoluble extraite d'huiles végétales. Elle est inoffensive lorsqu'elle est consommée par voie orale (généralement pour ses propriétés antioxydantes). En revanche, inhalée après échauffement dans une cigarette électronique, elle ne parvient pas à être métabolisée et se «colle» aux alvéoles pulmonaires, entraîne leur inflammation, et les rend incapables de fonctionner correctement et d'oxygéner le sang : on parle alors de pneumopathie lipidique (ou lipoïdique) exogène. Il est vraisemblable que la vitamine E soit utilisée par les fabricants pour faciliter l'extraction du THC des fleurs de cannabis ou pour en améliorer la conservation. Mais d'autres huiles pourraient aussi être en cause car, de manière générale, l'inhalation de diverses huiles peut provoquer une pneumopathie lipidique (Ukkola-Pons et al., 2010).

244 D'après certaines analyses histologiques, il semblerait que d'autres agents pathogènes puissent également être impliqués, bien qu'ils n'aient pas encore été identifiés (voir Butt et al., 2019).

245 L'évaluation est censée porter sur les substances et sur le mélange de ces substances, et aboutir à une classification en différentes catégories de danger. Le caractère dangereux des substances doit être signalé sur l'emballage ou l'étiquette des e-liquides.

L'USAGE DE TABAC ET DE CIGARETTES ÉLECTRONIQUES CHEZ LES ÉLÈVES 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 suivant : 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 7e 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.

LA SITUATION EN 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

Tableau 8 : 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 5e et 6e 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.

** 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)

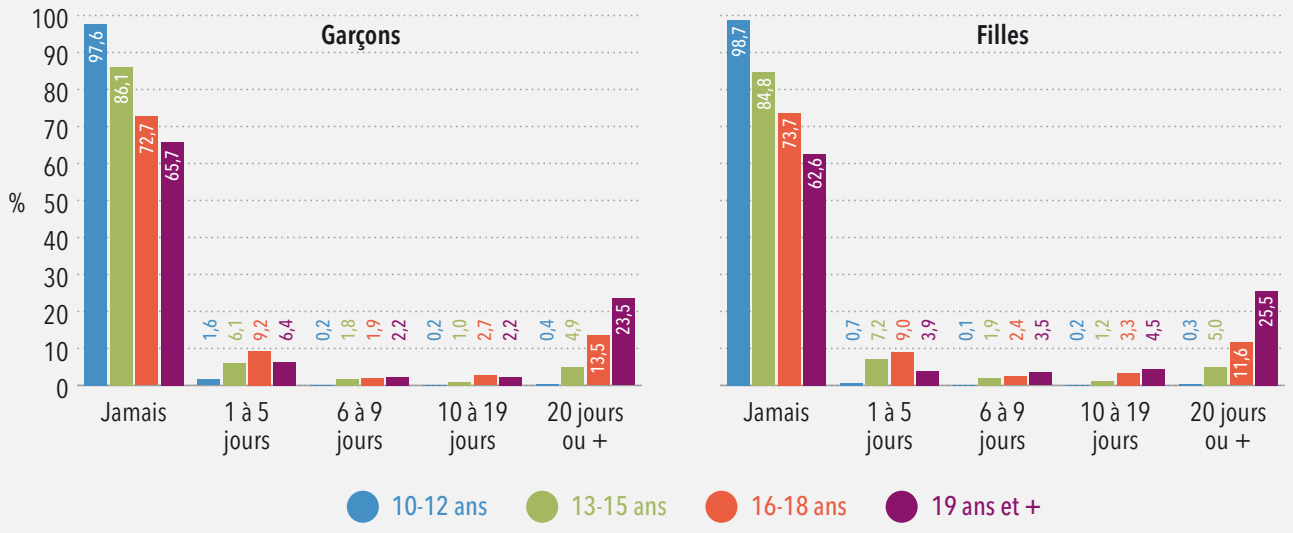
10-12 ans, 26,8 % chez les élèves de 16-18 ans puis 35,7 % chez les élèves de 19 ans et plus. Les proportions sont à nouveau sensiblement équivalentes entre les garçons et les filles.

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.

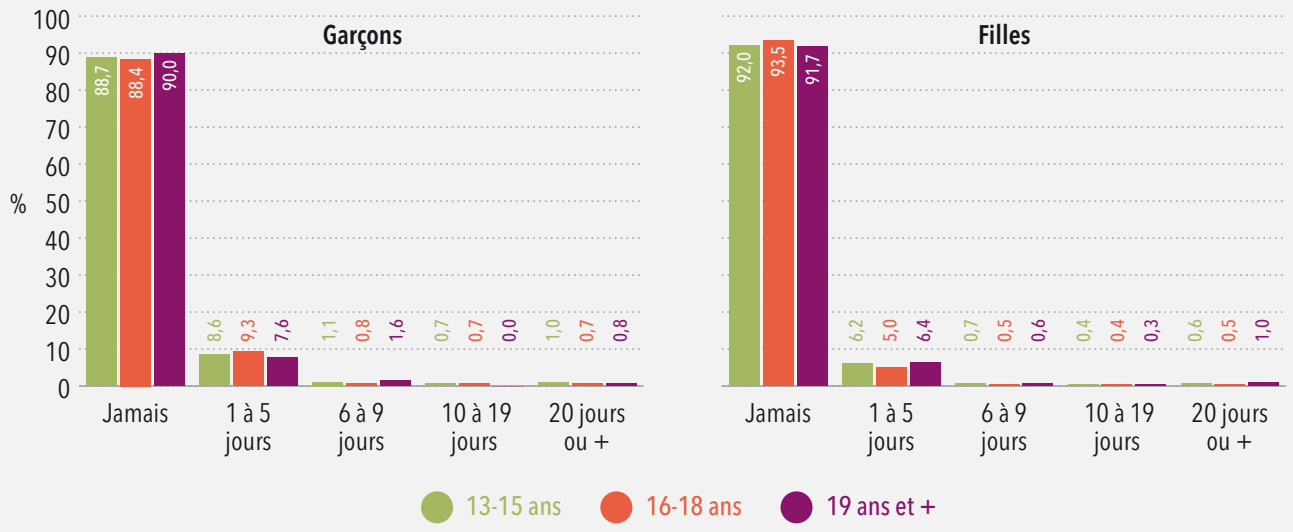
Les fréquences de consommation de tabac et d'utilisation de la cigarette électronique au cours des 30 derniers jours sont

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)

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.

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), psychologiques (par exemple, se détendre), que physiques (par exemple, répondre à une sensation de manque ou lutter contre la faim ou la fatigue). 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, en particulier parce qu'ils sont inhalés après combustion. De plus, la nicotine contenue dans le tabac, parce qu'elle entraîne la libération de dopamine, a un pouvoir addictif sur les fumeurs·euses.

Bien qu'elle soit en constante et progressive diminution, 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. Ces diminutions s'expliquent probablement par une conjonction de facteurs agissant à la fois sur l'offre et la demande : augmentation des campagnes de prévention (induisant une amélioration des connaissances de la population sur les risques liés au tabagisme) ; diminution de l'attractivité du tabac (via une interdiction de la publicité et une multiplication des campagnes de contre-marketing) ; augmentation régulière du accises ; amélioration et diversification de l'offre de prise en charge des fumeurs dépendants ; etc. Toutefois, certaines mesures sont parfois des effets d'annonce et ont un potentiel relativement faible en termes d'efficacité. Ainsi, à l'heure actuelle, les produits du tabac restent largement disponibles en Belgique et l'interdiction de publicité est encore contournée par les puissantes industries du tabac.

Un grand chemin a certes été opéré depuis l'époque où le tabac était promu comme un produit miracle rendant les hommes virils et les bébés costaux. La Belgique fait d'ailleurs désormais figure de bon élève en matière de lutte contre le tabagisme, selon le dernier classement Tobacco Control Scale établit par la Fédération européenne des associations contre le cancer. Mais il reste encore beaucoup à faire pour réduire l'impact du tabac sur la santé de la population. L'introduction du paquet neutre obligatoire d'ici 2021, si elle est combinée à une réelle interdiction de la publicité, à l'augmentation des aides au sevrage et au soutien des dispositifs de prévention, pourrait induire une diminution de la consommation de tabac au sein de la population générale et en particulier chez les jeunes. Mais il convient d'être attentif au fait que toutes les tranches de la population ne sont pas impactées de la même façon par les mesures qui visent à réduire l'offre et la demande de tabac, en particulier les personnes ayant un faible niveau socio-économique, qui restent surreprésentées au niveau des indicateurs de consommation excessive. Il est donc important de renforcer la lutte contre ces inégalités sociales de santé. Les politiques doivent aussi tenir compte des disparités géographiques afin de ne pas pénaliser à outrance les fumeur·euses qui vivent en milieu rural lorsqu'elles envisagent de réduire l'offre de tabac. Elles doivent aussi être fixées en gardant à l'esprit qu'un excès de mesures pourrait conduire à l'essor de produits contrefaits, encore plus nocifs pour la santé des usager·es. En 2019, les services de douanes belges ont intercepté 129 millions de cigarettes provenant de la contrebande ou de fabriques illégales

AVIS DES EXPERT·ES

François Dekeyser, Service d'Étude et de Prévention du Tabagisme de l'asbl SEPT

La prévalence du tabagisme au sein de la population générale ainsi qu'auprès des mineurs est tombée cette année à des niveaux planchers* ; des planchers qui nous arrivent à la gorge encore en tant que praticiens/cliniciens, dans la mesure où tout reste à faire en différents lieux de vie, auprès de publics vulnérables ou précarisés dont la condition plaide apparemment pour le tabac : la détention, la psychiatrie - la dépression, la schizophrénie, la dépendance à des produits (l'abus d'alcool notamment…), la pauvreté, la rue…

Dans ces milieux, 80 % des personnes ont recours à la cigarette - à la nicotine/à ses rituels aussi - pour les vertus que lui prêtent habituellement les consommateurs : un soulagement - toujours passager - du manque ou de l'essentiel inconfort.

L'aide aux fumeurs ne doit pas être obsédée, paradoxalement, par le sevrage, alors que les conditions du changement restent à poser : (1°) sur un plan motivationnel, évidemment ; (2°) quant à la valorisation des ressources internes/externes accessibles et profitables au fumeur en intention d'arrêt, de quoi doper le *sentiment d'efficacité personnelle* indispensable au changement.

*Les mesures balisées par la Convention Cadre ont assurément changé la donne, au fil des années, rendant possible à présent l'avènement, la visée de *Générations sans tabac*. Nous serons attentifs à cet élan fédérateur, à la philosophie qui l'inspire, à l'exemplarité qui nous est demandée, sachant que le caractère épidémique, en effet, de ce fléau de santé publique, - la contagion, la transmission - repose avant tout sur la visibilité, sur *l'imaginaire* et sur l'accessibilité qui profite au produit.

de cigarettes démantelées sur le territoire, contre un peu moins de 5 millions en 2018 (la Belgique n'était toutefois pas forcément le pays de destination de toutes ces cigarettes).

6.2.3. 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·es 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 puni·es les praticien·nes 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.

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 prescripteur·rices doivent notamment suivre les recommandations scientifiques en vigueur, veiller au suivi psychosocial de leurs patient·es, et, lorsqu'ils/elles ont plus de deux patient·es simultanément, doivent avoir suivi une formation spécifique à la prise en charge d'usager·es 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 7.5.

La ministre fédérale de la Santé publique Mme De Block s'est prononcée en faveur d'une modification de l'arrêté royal du 19 mars 2004 ; elle juge en effet qu'un arrêté royal n'ayant trait qu'aux traitements de substitution n'est pas l'approche la plus efficiente. À la place, elle souhaiterait que cette règlementation soit englobée dans une législation plus large qui comprendrait d'autres substances à risques. Les discussions relatives à cette question devront être menées au cours de la prochaine législature[246].

246 Document «Réalisations 2014-2019 et recommandations pour la prochaine législature» de la CGPD (2019).

Dans la perspective de cette modification, le secteur spécialisé (la Fédito wallonne, la Fédito Bruxelles et le Réseau Alto) s'est concerté afin de formuler des recommandations. Ainsi, toute réglementation en matière de traitement de substitution devrait s'inscrire dans un cadre d'actions cohérentes, comprenant :

1. Assurer une formation solide, tant théorique que pratique, des médecins généralistes, voire de tout·e médecin et même tout·e soignant·e au sein du cursus de base ;

2. Abaisser au maximum les barrières réglementaires à l'implication des médecins généralistes :
   - Pas d'exigence de formation complémentaire après le cursus de base ;
   - Pas de quota réduisant implicitement le·la patient·e dépendant·e des opiacés à la figure du toxicomane actif ravagé ;
   - Soutien au travail en réseau, notamment via le financement de dispositifs de type micro-structure tels que proposés par le Réseau Alto asbl, d'une offre d'intervisions cliniques telle que proposée par le RAT asbl ou le Lama asbl, d'un appui à la collaboration entre médecins et pharmacien·nes ;

3. Assurer des moyens complémentaires en centres spécialisés :
   - Par la reconnaissance et le soutien financier de leur fonction de porte d'entrée vers les soins de santé primaires pour leurs publics spécifiques : patient·es hors assurabilité, psychopathologies associées, etc. ;
   - Par le renforcement de leur cadre du personnel afin de tenir compte de la complexification des situations courantes, de leurs publics spécifiques au fil des 15 à 20 dernières années (dégradation du contexte socio-économique, renforcement excluant des réglementations sociales, etc.) ;
   - Par le renforcement de leur validation comme lieux de stage en médecine générale, pour une période limitée, tant pour les masters (2 mois plein temps) que pour les assistant·es en médecine générale (6 mois pendant la deuxième ou troisième année) par l'assouplissement des obstacles réglementaires et juridiques à la mise en place, au sein de ces centres dédiés bénéficiant d'une expertise poussée de longue durée, d'offres innovantes, mais étayées par la littérature scientifique internationale, adaptées aux publics spécifiques les fréquentant comme l'encadrement des pratiques de consommation par les techniques d'AERLI, la mise à disposition de lieux de consommation sécurisés, l'élargissement de la palette de molécules utilisables, y compris la diacétylmorphine, l'opérationnalisation du dépistage rapide démédicalisé des hépatites et du VIH, le soutien à l'acquisition de fibroscan et autorisation de prescription in-situ (y compris par des médecins généralistes moyennant formation) de traitements antiviraux (traitement des hépatites C, traitement pré- et post-exposition au VIH).

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 de publicité auprès des professionnel·les de la santé. 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·les 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, s'adresseraient à des enfants, 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.

La Commission de contrôle de la publicité des médicaments assure le contrôle des publicités pour les médicaments. Elle est notamment composée de représentant·es des mutualités, des médecins généralistes, des pharmacien·nes et de l'industrie du médicament. Les publicités à destination du grand public passant à la radio ou à la télévision sont autorisée au préalable au moyen d'un système de visa octroyé par le ministère de la santé publique (sur avis de la Commission). Pour les autres médias de diffusion, les publicités doivent être notifiées auprès de l'AFMPS au moins trente jours avant leur diffusion. La Commission a la prérogative d'interdire au préalable une publicité non conforme aux dispositions de l'arrêté royal de 1995, d'ordonner la cessation d'une campagne publicitaire en cours, de suspendre ou retirer l'agrément du responsable de l'information, et/ou retirer le visa susmentionné.

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[247] 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[248], en état de santé moyen ou mauvais, et celles ayant une consommation quotidienne d'alcool (Simoni-Wastila et Strickler, 2004).

N.B. : Nous invitons chaleureusement le lecteur ou la lectrice à lire le chapitre 6.2.5 consacré à la naloxone et la réduction des overdoses, qui s'intéresse à la crise mondiale des opioïdes, ses causes et conséquences, ainsi que les moyens mis en œuvre pour prévenir pareille crise en Belgique.

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 *research chemicals* ou de nouvelles substances psychoactives (voir chapitre 6.2.6).

En Belgique, on dénombre actuellement 5.090 pharmacies[249]. Nous ne disposons pas de données exhaustives relatives aux quantités de médicaments psychotropes vendus en Belgique au départ des pharmacies, car seuls les traitements remboursés sont encodés dans le système Pharmanet (voir chapitre 5).

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 2018. En nous focalisant sur la Wallonie, nous nous intéresserons ici aux seuls indicateurs disponibles actuellement, 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 indicateurs, il n'y pas de vérification par l'enquêteur des médicaments qui sont effectivement consommés, ni des indications et quantités consommées. Les indicateurs relatifs à l'utilisation de médicaments psychotropes au cours des dernières 24 heures ainsi qu'à l'achat de médicaments en ligne seront publiés début 2020 par Sciensano. Nous ne pouvons dès lors les inclure dans le présent document.

LA SITUATION EN 2018

En 2018, en Wallonie, 13,1 % de la population âgée de 15 ans et plus a consommé, durant les deux dernières semaines, des somnifères ou des tranquillisants prescrits, et près d'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 en fonction du niveau d'instruction, les répondants les moins instruits étant davantage concernés par leur consommation.

247 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/medicaments-psychotropes/).

248 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).

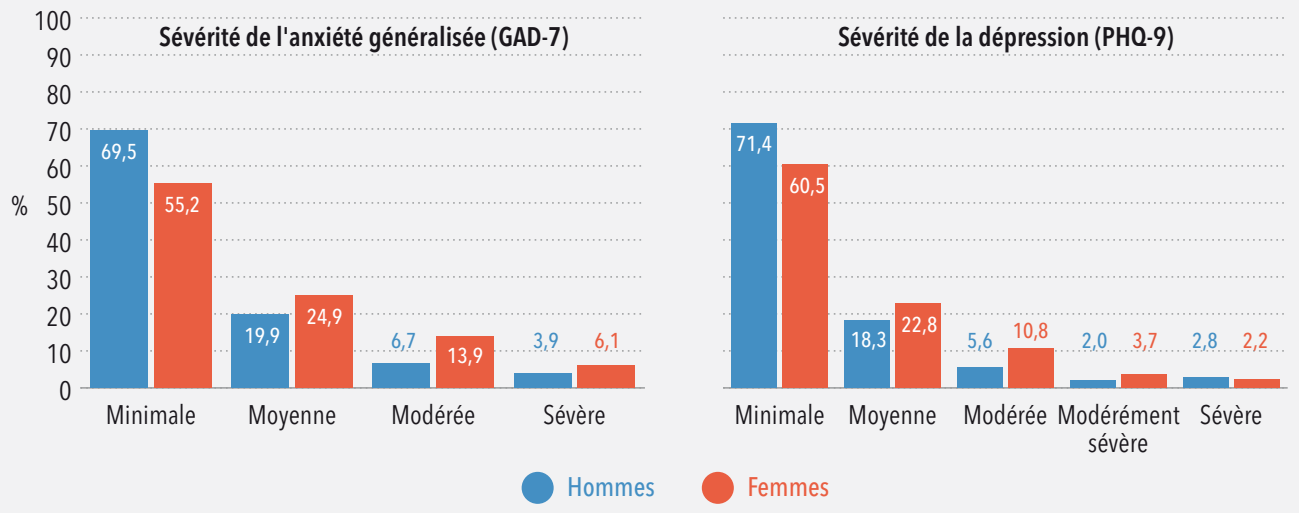
249 https://siriusinsight.be/analytics/update-pharmacies-belgique/

Tableau 9 : Prévalence de la consommation actuelle de médicaments psychotropes dans la population générale en Wallonie, par genre et par tranche d'âge, 2018

	15-24 ans % (n=448)	25-34 ans % (n=439)	35-44 ans % (n=527)	45-54 ans % (n=646)	55-64 ans % (n=637)	65-74 ans % (n=478)	75 ans et + % (n=421)	Total % (N=3.596)
Consommation durant les 2 dernières semaines de sédatifs prescrits (somnifères ou tranquillisants)								
Hommes	0,7	1,8	11,1	11,0	13,4	18,9	24,0	10,1
Femmes	1,6	8,3	8,6	15,2	20,6	26,9	34,4	15,9
Total	1,1	4,9	9,9	13,2	17,2	23,1	30,6	13,1
Consommation durant les 2 dernières semaines d'antidépresseurs prescrits								
Hommes	0,4	5,9	5,4	6,2	9,6	6,2	8,1	5,8
Femmes	2,1	6,3	11,0	21,4	19,1	11,5	11,9	12,3
Total	1,2	6,1	8,1	14,0	14,6	9,0	10,5	9,2

Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

Figure 15 : Niveau d'anxiété et de dépression dans la population générale en Wallonie, par genre, 2018



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

L'enquête HIS 2018 a ajouté une question dans le volet portant sur les drogues illicites, de manière à appréhender la consommation d'opioïdes non prescrits (fentanyl, buprenorphine, oxycodone, codéine…). Au total, 0,8 % de la population wallonne a déclaré avoir consommé au moins une fois un opioïde non prescrits au cours des 12 derniers mois.

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 gagnent à être appréhendés à la lumière des indicateurs de la santé mentale auto-rapportée par la population wallonne. En effet, selon l'enquête HIS 2018, 10,6 % des Wallons et 20 % des Wallonnes de 15 ans et plus présenteraient des signes modérés à sévères d'un trouble anxieux généralisé, tel qu'estimé à partir de l'échelle GAD-7[250]. Toujours en 2018, 10,4 % des Wallons et 16,7 % des Wallonnes présenteraient des signes modérés à sévères de dépression, tel qu'estimée à partir de l'échelle PHQ-9[251]. Les niveaux de prévalence plus élevés pour les femmes que pour les hommes permettent d'expliquer leur plus grande consommation de médicaments psychotropes. Enfin, en 2018, 21,6 % de la population wallonne (16,5 % pour les hommes et 26,3 % pour les femmes) présente un score à l'échelle GHQ-12[252] qui laisse suspecter la présence d'un ou plusieurs troubles mentaux en raison du niveau de mal-être et de difficultés psychologiques exprimés.

TENDANCES ET ÉVOLUTION

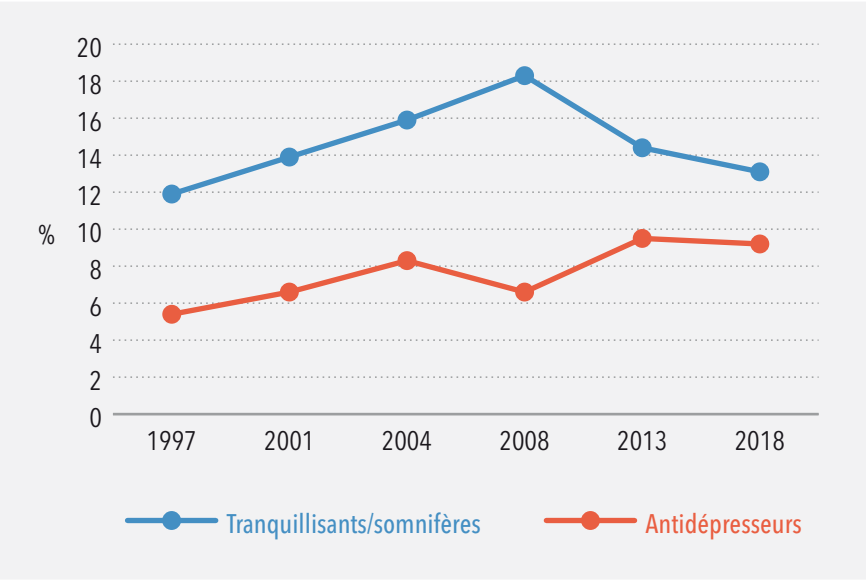
La consommation actuelle de somnifères/tranquillisants prescrits est en diminution en Wallonie. À l'inverse, on observe au cours du

250 Generalized Anxiety Disorder-7 : Échelle de dépistage en 7 items du trouble anxieux généralisé.

251 Patient Health Questionnaire-9 : Sous-échelle de dépistage de la dépression en 9 items.

252 Le *General Health Questionnaire* (GHQ) est une échelle qui, dans sa version courte (12 items), permet d'appréhender le niveau de bien-être (ou mal-être) psychologique du répondant.

Figure 16 : Évolution de la consommation actuelle (au cours de deux dernières semaines) de médicaments psychotropes dans la population générale en Wallonie, 1997-2018



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

temps une tendance à l'augmentation de la consommation d'antidépresseurs.

L'USAGE D'OPIOÏDES DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

LES INDICATEURS

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 d'opioïdes antalgiques[253] (hors codéine). Cet enregistrement ne couvre pas les prescriptions en milieu hospitalier ni en milieu carcéral, ni celles qui ne font pas l'objet d'un remboursement par la mutuelle.

LA SITUATION DE 2005 À 2018

Selon cet enregistrement, le nombre de Belges ayant reçu une prescription remboursée (hors pharmacies hospitalières) d'un de ces opioïdes de palier 2 ou 3 (selon l'échelle antalgique de l'OMS) a quasiment doublé entre 2005 et 2018, passant de 573.104 patient·es à 1.114.750 (ce qui correspond désormais à environ 10 % de la population belge). L'opioïde le plus prescrit en Belgique est de loin le tramadol, et les médicaments à base de ce dernier sont les plus concernés par cette augmentation : en 2005, 343.368 patient·es ont reçu une prescription de tramadol, contre 669.540 en 2018 (soit environ le double), et en ce qui concerne l'association tramadol + paracétamol, 137.804 patient·es en ont reçu une prescription en 2005, contre 436.485 en 2018 (soit environ le triple). Le nombre de patient·es ayant reçu une prescription de fentanyl est quant à lui passé de 39.367 en 2005 à 70.194 en 2018, soit près du double. L'augmentation la plus spectaculaire se situe toutefois au niveau du nombre de patient·es ayant reçu une prescription d'oxycodone, qui est passé de 2.713 en 2007[254] à 79.429 en 2018 (soit près de 30 fois plus). Le nombre de doses définies journalières (DDD)[255] d'opioïdes délivrés a lui aussi forcément aussi augmenté au cours de cette période, passant de 40.600.703 doses en 2006 à 70.229.362 en 2018 pour l'ensemble de la Belgique. En Wallonie, le nombre de doses définies journalières d'opioïdes prescrits en 2018 était de 27.403.463.

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

254 Cette molécule n'était pas commercialisée en Belgique avant cette période.

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

Tableau 10 : Nombre de patient·es mutualisés ayant reçu au moins une prescription d'opioïdes remboursée par la sécurité sociale en Belgique, 2005-2018

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Tramadol	348.368	348.449	365.755	411.026	431.291	449.816	473.638	482.822	506.332	543.985	574.459	611.349	646.039	669.540
Tramadol + Paracétamol	137.804	179.302	214.258	259.252	285.552	343.961	383.401	393.215	416.754	441.604	451.486	455.018	448.625	436.485
Oxycodone	0	0	2.713	5.691	8.913	20.573	27.753	35.819	48.178	55.807	66.173	72.043	77.030	79.429
Fentanyl	39.367	44.456	49.727	58.315	60.718	62.957	66.470	67.691	68.321	69.799	72.048	72.352	71.357	70.194
Tilidine	90.521	87.973	85.016	85.158	80.284	76.643	75.124	71.870	69.279	69.165	63.820	61.961	58.894	55.762
Morphine	16.701	16.644	16.867	18.203	18.388	10.928	6.366	5.755	5.421	5.206	5.000	4.478	4.211	4.001
Tous opioïdes	573.104	608.760	654.197	738.277	777.901	838.447	886.909	906.579	950.681	1.006.839	1.041.030	1.078.223	1.103.083	1.114.750

Source : Pharmanet

L'USAGE DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES CHEZ LES ÉLÈVES 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·es 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 5e et 6e primaire ainsi que de l'ensemble des élèves de l'enseignement secondaire, seuls appartenant au 2e degré du secondaire (4e 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.

LA SITUATION EN 2014

Parmi les élèves de 15 ans et plus scolarisés en Wallonie dans l'enseignement secondaire supérieur, seuls 2 élèves 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.

L'USAGE DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES CHEZ LES JEUNES DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

En Belgique, plusieurs médicaments stimulants de type amphétaminique ou apparenté[256] sont commercialisés pour le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et la narcolepsie. Ces médicaments ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale, dans la mesure où ils ne sont pas anodins et peuvent faire l'objet d'un usage abusif ou détourné. Ils sont parfois aussi prescrits à des étudiant·es de manière à améliorer leurs capacités attentionnelles et leur permettre de lutter contre la fatigue en période de blocus et d'examens. Ce type d'indication n'étant pas remboursé, ces prescriptions ne sont pas comptabilisées dans le système Pharmanet. Ces médicaments peuvent également être obtenus pour cet usage via des circuits illégaux (connaissance, marché noir, achat en ligne). L'usage de ces produits en tant que dopant intellectuel est très peu documenté en Belgique francophone.

Afin d'améliorer la connaissance de ce phénomène, l'AFMPS a interrogé en automne 2018 plus de 12.144 étudiant·es universitaires francophones par rapport à leur utilisation de médicaments stimulants[257]. L'enquête a eu lieu dans les six universités francophones du pays. Tous les étudiant·es ont reçu un email afin de participer à une enquête en ligne anonyme. Le taux de participation était de 14 %. L'âge moyen des répondant·es était de 22 ans, et 65 % était de sexe féminin. Les étudiant·es en médecine ou en sciences de la santé représentaient environ un quart des répondant·es.

Il ressort de cette enquête que 8 % des étudiant·es auraient déjà pris des médicaments stimulants, dans le cadre ou non d'un traitement médical, dont la majorité durant l'année précédant l'enquête. Au total, 5 % des étudiant·es utiliseraient des médicaments stimulants dans l'espoir d'améliorer leurs performances d'étude. L'utilisation de médicaments stimulants est deux fois plus élevée chez les hommes (10 %) que chez les femmes (5 %). Le méthylphénidate (qui compose la Rilatine®) était le médicament le plus utilisé. Deux utilisateur·rices de médicaments stimulants sur trois ont déclaré en prendre en dehors d'un traitement médical, usage non-médical qui a généralement débuté (dans 80 % des cas) après l'âge de 18 ans.

Les motivations évoquées par les étudiant·es pour expliquer l'utilisation de ces médicaments en dehors d'un usage médical sont principalement liées à une recherche d'amélioration des capacités d'étude : une meilleure concentration pendant l'étude (78 %), rester éveillé et étudier plus longtemps (52 %), une amélioration des performances intellectuelles/académiques (49 %), une meilleure mémorisation des cours (46 %). Une minorité d'étudiant·es mentionne en consommer pour des motifs festifs (9 %), et certain·es l'ont fait pour expérimenter/tester le produit (22 %). Conséquemment, l'utilisation non-médicale de ces médicaments stimulants est irrégulière et plus fréquente durant la période de révisions et d'examens.

Ces stimulants sont surtout obtenus en dehors des circuits réglementaires : via des ami·es appartenant au milieu étudiant (40 %) ou non étudiant (16 %), via les parents (11 %) ou un autre membre de la famille (12 %) ou encore via un site

256 Il s'agit du méthylphénidate, du modafinil, de l'atomoxétine et du pitolisant.

257 https://www.afmps.be/fr/news/un_etudiant_universitaire_sur_20_utilise_des_medicaments_stimulants_pour_mieux_etudier

Tableau 11 : 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)

Tableau 12 : Prévalence d'usage des médicaments psychotropes (hors usage médical) parmi les usager·es belges de l'enquête Eurotox, 2019

		Hommes (n=1.198) %	Femmes (n=527) %	Wallonie (n=1.028) %	Bruxelles (n=678) %	Total (N=1.747)[258] %
Antidouleurs						
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	11,8	9,9	11,0	11,8	11,3
	Occasionnel	4,1	5,7	4,4	4,9	4,6
	Régulier	0,9	1,5	1,1	1,2	1,1
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	11,3	14,8	13,7	10,5	12,5
	Régulier	4,4	6,3	5,6	4,1	5,0
Usage sur la vie		32,5	38,2	35,8	32,5	34,5
Hypno-sédatifs						
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	8,8	6,8	8,1	8,6	8,1
	Occasionnel	3,6	3,4	3,9	2,9	3,5
	Régulier	0,9	3,6	1,5	2,4	1,8
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	8,0	9,3	8,4	8,6	8,4
	Régulier	6,5	7,2	6,6	7,1	6,7
Usage sur la vie		27,8	30,3	28,5	29,6	28,5
Amphétamines						
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	6,6	4,2	4,4	8,1	5,8
	Occasionnel	2,2	0,8	1,2	2,8	1,8
	Régulier	1,4	0,6	0,8	1,8	1,2
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	2,8	1,9	1,8	3,7	2,6
	Régulier	1,3	1,1	1,0	1,3	1,3
Usage sur la vie		14,3	8,6	9,2	17,7	12,7
Méthadone/buprénorphine						
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	0,9	0,8	1,0	0,7	0,9
	Occasionnel	0,6	0,4	0,7	0,3	0,5
	Régulier	0,4	0,6	0,5	0,4	0,5
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	0,4	0,0	0,1	0,7	0,3
	Régulier	0,9	0,0	0,7	0,4	0,6
Usage sur la vie		3,2	1,8	3,0	2,5	2,8

Légende : Usage passé expérimental : 1 ou 2 fois ; usage passé occasionnel : moins de 20 fois ; usage passé régulier : plus de 20 fois ; usage récent occasionnel (moins d'une fois par mois) ; usage récent régulier (1 fois par mois ou plus).
Source : Eurotox

illégal sur Internet (9 %). Seulement 24 % des étudiant·es qui en consomment en dehors d'un usage médical (i.e. TDHA ou narcolepsie) ont déclaré en avoir obtenu via un médecin généraliste, et 8 % via un médecin spécialiste.

L'USAGE DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES CHEZ LES USAGER·ES DE DROGUES EN BELGIQUE FRANCOPHONE

L'enquête Eurotox[259] menée en 2019 auprès d'un certain nombre d'usager·es de drogues vivant en Belgique francophone s'intéressait aussi à la consommation de médicaments psychotropes hors usage médical. La consommation déclarée de ces médicaments psychotropes est documentée dans le tableau 12. Les médicaments psychotropes les plus consommés sont les antidouleurs (34,5 % d'usage sur la vie) et les hypno-sédatifs (28,5 % d'usage sur la vie). On constate que les femmes consomment quasiment toutes ces classes de médicaments (hormis les amphétamines) dans de même proportion que les hommes, voire davantage (antidouleurs). L'usage récent est généralement de nature occasionnelle, mais une proportion non négligeable d'usager·es en consomme régulièrement (5 % pour les antidouleurs et 6,7 % pour les hypno-sédatifs).

Les différences régionales doivent être considérées avec prudence dans la mesure où les échantillons régionaux ne sont pas parfaitement comparables : les Bruxellois·es ont globalement un niveau socioéconomique plus élevé que les Wallon·nes. La ventilation par région est donc fournie à titre indicatif.

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'état de santé mentale préoccupant de la population, et 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 et les psychostimulants), les troubles psychotiques (les antipsychotiques) et les troubles de l'attention (les psychostimulants). 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 ; les psychostimulants pour améliorer les capacités d'étude en période

258 22 répondant·es ne s'identifiaient ni comme homme ni comme femmes. Ils ne sont donc repris que dans le total. Et 41 répondant·es habitaient en Flandre.

259 Voir chapitre 5 pour une brève présentation. Pour rappel, il s'agissait d'une enquête en ligne, sans méthode d'échantillonnage. Les résultats de cette enquête doivent être extrapolés avec prudence et ne peuvent être considérés comme représentatifs de tous les usager·es de drogues vivant en Belgique francophone.

d'examens). 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), usage non médical qui peut être ponctuel (opportuniste ou supplétif à un déficit d'accès aux drogues illicites de prédilection) ou régulier, récréatif, abusif, ou à visée auto-thérapeutique. Au-delà de leur intérêt thérapeutique, ces médicaments peuvent faire l'objet d'un mésusage (parfois fatal, en cas de surdosage ou d'interaction avec d'autres produits, dont l'alcool), 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 (e.g. un·e patient·e qui cumulerait les ordonnances de manière à revendre ces médicaments au marché noir).

Selon les données publiées par l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS)[260], la Belgique serait 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). Et 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 européen·nes interrogés[261] ont consommé des médicaments à base d'opioïdes (codéine, etc.) hors prescription médicale au cours de 12 derniers mois, 5,8 % des médicaments hypnotiques ou sédatifs et 2,8 % des stimulants. 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. Les résultats de l'enquête Eurotox confirment que dans un échantillon d'usager·es de drogues illicites de Belgique francophone, la consommation de ces médicaments hors usage médical est particulièrement élevée.

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, plus acceptable socialement, plus accessible et plus facile aussi à dissimuler.

En ce qui concerne plus spécifiquement les opioïdes, l'augmentation de leur consommation est un phénomène multifactoriel, à la fois lié à l'augmentation de l'espérance de vie et donc de la prévalence des maladies liées au vieillissement, et à l'augmentation de la prévalence et de l'incidence des cancers. Elle est aussi liée à un phénomène d'hypermédicalisation du corps et de la souffrance, qui favorise le traitement médicamenteux de la moindre douleur exprimée, parfois même par anticipation (i.e. prescription préventive pour d'éventuelles douleurs post-opératoires). Mais l'exemple de l'Amérique du Nord ne doit pas nous faire oublier que les firmes pharmaceutiques sont des entreprises commerciales, dont certaines n'hésitent pas à mettre en place des lobbies puissants et manipulateurs afin de placer leurs produits en tête des ventes, au détriment de l'intérêt et de la santé des patient·es. Les opioïdes ne sont pourtant pas des molécules anodines, et il convient de les prescrire avec circonspection. Le jury d'expert·es sollicités lors de la conférence de consensus organisée sur la thématique de la prescription rationnelle des opioïdes dans le traitement de la douleur chronique rappelle d'ailleurs que les opioïdes ne doivent être utilisés qu'en dernier ressort, et pendant de courtes périodes (voir encart ci-joint).

Face aux premiers constats de sur-prescription de médicaments psychotropes en Belgique, un groupe d'expert·es scientifiques a été créé en 2013, le *Belgian Psychotropics Experts Platform* (BelPEP), de manière à favoriser une utilisation plus appropriée des médicaments psychotropes. Cette 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·nes, formation en ligne…) visant à réduire la consommation de médicaments psychotropes en privilégiant les alternatives. Et plus spécifiquement en ce qui concerne les opioïdes, une conférence de consensus a été organisée par l'INAMI en décembre 2018 sur le thème de l'usage rationnel des opioïdes pour le traitement des douleurs chroniques, afin d'attirer l'attention sur l'augmentation des prescriptions et d'élaborer des directives médicales et professionnelles sur cette matière. Mais dans un contexte où les motivations des firmes pharmaceutiques répondent avant tout à des objectifs commerciaux, il apparaît nécessaire d'améliorer la formation de base ainsi que la formation continue des prescripteurs et futurs prescripteur·rices afin que les médicaments psychotropes soient prescrits avec parcimonie, idéalement et dans la mesure du possible comme adjuvant temporaire à d'autres approches thérapeutiques, et non comme unique traitement prolongé ou permanent.

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

260 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.

261 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), interrogées à l'aide d'un questionnaire auto-administré.

L'UTILISATION DES OPIOÏDES DANS LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE : RECOMMANDATIONS DES EXPERT·ES [262]

L'INAMI organise chaque année deux réunions (dites aussi conférences) de consensus[263] dont l'objectif est d'évaluer les pratiques médicales en matière de prescription de médicaments et de formuler des recommandations. Le 6 décembre 2018, une réunion s'est penchée sur l'usage rationnel des opioïdes en cas de douleur chronique. S'inspirant de la définition de l'*International Association for the Study ot the Pain*, la douleur y est définie comme «une expérience pénible associée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles, et impliquant des composantes sensorielles, émotionnelles, cognitives et sociales». La douleur aigue est généralement une douleur tissulaire transitoire. La douleur chronique implique une durée de plus de trois mois, et peut être de nature tissulaire, neuropathique ou nociplastique[264].

En ce qui concerne l'usage des opioïdes dans le traitement de la douleur chronique, le jury a estimé que «*se concentrer sur la réduction de la douleur n'est pas l'objectif principal dans l'approche de la douleur chronique, et qu'il s'agit plutôt d'optimiser le fonctionnement et la qualité de vie*» dans une perspective intégrant la composante bio-psycho-sociale de la douleur clinique. Dans ce contexte, les approches thérapeutiques non-pharmacologiques et les analgésiques non-opioïdes doivent avoir été privilégiés avant toute prescription d'opioïdes[265]. Par ailleurs, le rapport rappelle que les preuves scientifiques sont globalement insuffisantes quant à l'efficacité des opioïdes dans le traitement de la douleur chronique non-cancéreuse, d'où la nécessité d'envisager ce type de traitement au cas par cas, car leur efficacité varie grandement en fonction de la pathologie et des patient·es.

Les recommandations de cette conférence de consensus par rapport à l'utilisation des opioïdes dans le traitement de la douleur chronique peuvent être résumées comme suit :

- La douleur chronique doit être traitée de manière multimodale, dans une approche globale où la pharmacothérapie n'a qu'un rôle limité et non exclusif ;
- Les opioïdes ne doivent pas être le premier choix de pharmacothérapie ;
- Une analyse coût-bénéfice individualisée doit être envisagée avant et pendant tout traitement, incluant une évaluation des risques (en particulier de surdosage et de dépendance), une prise en compte de l'ensemble des effets indésirables (constipation, sédation/somnolence, nausées/vomissements, vertige, impression de dépersonnalisation, hyperalgésie[266], dépression respiratoire), des éventuelles contre-indication (bronchite bronchopneumopathie chronique obstructive sévère, asthme sévère, apnées du sommeil, patient·es à risque de mésusage) et des catégories de patient·es nécessitant une posologie adaptée (personnes atteintes d'insuffisance hépatique ou rénale, personnes âgées, adolescent·es) ;
- Une phase test doit être envisagée, l'efficacité du traitement doit être évaluée régulièrement et le traitement suspendu le cas échéant ; l'abus doit être dépisté, y compris l'abus de substances augmentant le risque de dépression respiratoire (alcool, benzodiazépines, opiacés illégaux…), sur base d'outils validés et à l'aide de prélèvement urinaire ;
- Le traitement doit être de courte durée (moins de 3 mois) ;
- L'utilisation des opioïdes en cas de douleur neuropathique ne peut être envisagée qu'en dernier ressort, et la décision d'y avoir recours ne doit être prise que par des spécialistes de la pathologie ;
- Prévenir le risque d'abus en privilégiant certaines formes galéniques (préparation orale à action lente et prolongée, préparation non soluble, ajout de naloxone…) et en fixant la dose la plus faible et la durée de traitement la plus courte possibles.

Le rapport évoque également l'importance d'accorder suffisamment de temps aux patient·es lors des consultations, car une prise en charge bio-psycho-sociale de la douleur ne peut s'envisager dans le contexte de consultations brèves. Le rapport souligne également l'importance d'intégrer l'ensemble des recommandations à la formation des futur·es médecins. Enfin, même si cette conférence de consensus s'est essentiellement penchée sur la question de traitement de la douleur chronique, elle a également abordé succinctement le traitement de la douleur aigüe. Dans ce cas, les analgésiques non-opioïdes (e.g. paracétamol) sont recommandés et généralement suffisants. Les analgésiques opioïdes ne doivent être prescrits qu'en cas de douleur modérée à forte chez des personnes qui n'ont pas suffisamment réagi aux analgésiques non-opioïdes. Pourtant, il n'est pas inhabituel que des opioïdes soient prescrit «préventivement» par des médecins spécialistes afin que le·la patient·e puisse faire face aux douleurs post-opératoires.

262 INAMI (2019). Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments. L'usage rationnel des opioïdes en cas de douleur chronique. Rapport de Jury de la réunion de consensus du 6 décembre 2018.

263 Concrètement, lors de ces réunions, un jury neutre (sans conflit d'intérêt, sans prise de position publique sur la thématique, etc.) composé de médecins, de pharmacien·nes, ainsi que de représentant·es des organismes assureurs, des autres professionnel·les de la santé et du public, est chargé d'élaborer des directives consensuelles, en répondant à des questions claires prédéfinies. Ils appuient leur travail sur une revue de la littérature qui leur est fournie ainsi que sur l'audition d'expert·es de la thématique à l'étude.

264 Douleur clinique en l'absence de dommage tissulaire ou neuropathique objectif, liée à une modification de la perception des stimuli ou à une hyperactivation de récepteurs à la douleur.

265 Les analgésiques non-opioïdes semblent nettement moins efficaces dans le traitement de la douleur chronique que dans celui de la douleur aigue, d'où la nécessité d'envisager de manière concomitante les approches non-pharmacologiques et de considérer la pharmacothérapie comme une des stratégies parmi d'autres d'une approche plus large (multimodale) de la douleur chronique.

266 Amplification anormale de la sensation suscitée par un stimulus douloureux. Elle survient le plus souvent lors de l'emploi de fortes doses d'opioïdes en anesthésie, mais peut également survenir dans de rares cas lors du traitement de la douleur chronique chez certains patient·es prédisposés.

6.2.4. 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 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 (celles-ci sont définies par arrêté royal) et les peines leur correspondant. Elle autorise le Roi à réglementer et surveiller l'importation, l'exportation, le transit, la fabrication, la conservation (c'est-à-dire le stockage dans les conditions requises), l'étiquetage, le transport, la détention, le courtage, la vente et l'offre en vente, la délivrance et l'acquisition, à titre onéreux ou à titre gratuit, des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques ainsi que la culture des plantes dont ces substances peuvent être extraites.

Historiquement, l'attention du législateur était portée sur la lutte contre le trafic. Depuis, les arrêtés d'exécution ont ouvert la possibilité de sanctionner les usager·es, indépendamment de toute autre infraction. Au début des années 2000, la loi de 1921 a toutefois connu plusieurs modifications visant à alléger les sanctions liées à la détention de cannabis pour usage personnel (par des personnes majeures uniquement). Il se pourrait cependant que cette tendance à l'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 de 1921 fait l'objet d'une mise en contexte et d'une description au chapitre 1.2.2. Le cadre légal fédéral.

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.

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 26 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[267]. 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[268].

Actuellement donc, la simple détention de cannabis pour usage personnel peut être punie d'une amende de 15 à 25€ pour la 1re 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 2e condamnation (les amendes sont à multiplier par le coefficient en vigueur, actuellement de 8).

L'ARRÊTÉ ROYAL DU 6 SEPTEMBRE 2017

L'arrêté royal du 6 septembre 2017 publié le 26 septembre 2017 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, selon 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, 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[269]. En effet,

267 La simple de détention de cannabis pour usage personnel pouvait alors être punie d'une amende de 15 à 25€ pour la 1re 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 2e condamnation.

268 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).

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

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.». Ainsi, d'après l'arrêté royal, la culture d'un plant femelle n'est dès lors pas autorisée, et par là même, les cannabis social clubs (ce qui est nuancé par la circulaire des procureurs généraux, voir ci-après) (Fédito Bruxelles, 2017).

CULTURE 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)[270]. Si ce seuil est dépassé, la culture est jugée illégale et est passible de poursuite.

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

270 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.

abrogées par la Circulaire commune de 2015 telle que révisée en 2018.

Interpelé le 18 octobre 2017 à la Chambre des représentant·es, le ministre de la Justice d'alors, M. Koen Geens, n'avait 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[271].

LA CIRCULAIRE COMMUNE DU 21 DÉCEMBRE 2015 (RÉVISÉE EN 2018) [272]

L'adoption de l'arrêté royal du 6 septembre 2017 a nécessité la révision de la circulaire commune du 21 décembre 2015 en 2018. La circulaire ainsi révisée abroge et rassemble la directive commune de 2005 et la directive ministérielle de 2003 qui instaurait une certaine tolérance en matière d'usage personnelle de cannabis (3 grammes et un plan femelle par personne).

La circulaire révisée instaure la saisie systématique des substances illégales, quelle que soit l'infraction commise. Elle distingue deux types d'infractions concernant la détention de cannabis : la détention-contravention et la détention-délit[273]. Les détentions-contraventions désignent les faits d'importation, fabrication, transport, acquisition, culture et détention de cannabis pour usage personnel et sans circonstances aggravantes. Les détentions-délits se rapportent aux mêmes faits pour usage personnel, sans circonstances aggravantes, mais qui portent atteinte à l'ordre public (voir encadré pour une définition).

271 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

272 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.

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

Un procès-verbal simplifié est dressé pour :

- Les détentions-contraventions par une personne majeure, de moins de trois grammes ou une plante de cannabis, sans indice de vente ni circonstance aggravante ;
- Les détentions-délits pour une personne majeure, de moins de trois grammes ou une plante de cannabis, sans indice de vente et avec la seule circonstance que les faits ont été commis, sans ostentations, sur la voie publique ou en un lieu accessible au public.

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

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

LES CIRCONSTANCES AGGRAVANTES

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

LES CIRCONSTANCES CONSTITUANT UN TROUBLE À L'ORDRE PUBLIC

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

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

DE L'INSÉCURITÉ JURIDIQUE DU CADRE LÉGAL ACTUEL

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

D'abord, la portée des circulaires, qu'elles soient progressistes ou non, est limitée. Ces textes sont au plus bas de la hiérarchie des normes juridiques et sont seulement contraignants pour une partie des acteurs concernés. Les circulaires ne concernent en effet que les membres du ministère public (la police, le parquet, les procureur·es du Roi), dans une perspective d'uniformisation des politiques de poursuite. Les magistrat·es sont libres de les interpréter et peuvent tout à fait s'écarter de celles-ci, à condition de motiver leur décision[274].

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

Les poursuites et condamnations pour la seule détention de cannabis sont rares. Toutefois, la détention de cannabis reste un instrument pénal qui peut être mobilisé pour justifier des interpellations, des arrestations et l'ouverture d'un dossier, souvent à charge de personnes précarisées, marginalisées, racisées, ou d'origine étrangère[275].

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[276], dont le corolaire est une loi claire et précise qui permet à tout·e citoyen·ne de la connaître et de savoir s'il/elle l'enfreint. La loi pénale doit être prévisible puisque des peines peuvent être appliquées en cas d'infraction. Or, en l'état actuel du cadre légal, et compte tenu des déclarations politiques récentes, favorisant la répression et parfois contradictoires, il est difficile d'anticiper les conséquences pénales qu'entraîne la détention de cannabis.

274 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

275 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/

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

LA VENTE DE PRODUITS À BASE DE CANNABIDIOL (CBD)

Les normes européennes et belges autorisent la culture de chanvre à des fins industrielles et agro-alimentaires, à condition que celui-ci ne contienne pas plus de 0,2 % de THC. Le commerce d'huile de chanvre, de graines de chanvre et les produits à base de celles-ci est autorisé depuis de nombreuses années (en tant que produits alimentaires, sous couvert d'une dérogation).

Depuis peu, la vente de produits à base de CBD fleurit en Belgique, que ce soit en magasin ou par internet. L'existence des magasins de CBD se base sur le caractère légal de la substance CBD (qui n'est pas interdite par la loi de 1921, ni par l'arrêté royal de 2017) et l'autorisation de la culture des produits du cannabis contenant moins de 0,2 % de THC. Ces produits sont vendus sous forme de fleurs de cannabis, d'huile, d'e-liquide, de «potpourri», etc.

Toutefois, la commercialisation de produits pour un «usage humain» (que ce soit cosmétique, alimentaire, médical, etc.) est strictement encadrée et les produits qui ne bénéficient pas d'une autorisation spécifique sont interdits. Les commerçant·es ne peuvent donc pas vendre ces produits comme des aliments ou des cosmétiques ; ils·elles ne peuvent pas non plus en promouvoir les propriétés médicinales. Afin de contourner cette interdiction, les produits à base de CBD étaient dès lors officiellement vendus comme non destinés à l'usage humain.

Afin de palier au flou de cette situation et encadrer la vente de ces produits, les autorités concernées ont pris le pli d'adopter plusieurs mesures, ou du moins clarifier leurs positions. C'est ainsi qu'en 2019, le Service public fédéral Finances s'est prononcé sur les produits destinés à être fumer et l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) a autorisé les préparations magistrales en pharmacie.

En tant que denrée ou complément alimentaire

Actuellement, l'Union européenne (UE) considère le CBD comme une «novel food», c'est-à-dire des aliments ou ingrédients dont la consommation était négligeable voire inexistante dans les pays de l'UE avant 1997. Les produits considérés comme «novel food» doivent faire l'objet d'une autorisation européenne pour leur commercialisation en tant que denrée alimentaire, après évaluation de leur dangerosité. De manière générale, les extraits de la plante Cannabis Sativa L. et les produits dérivés contenant des cannabinoïdes, y compris donc du CBD, sont considérés comme des «novel food» et ne peuvent dès lors pas être commercialisés comme denrées alimentaires au sein de l'UE. À noter que les variétés de la plante Cannabis sativa L. contenant moins de 0,2 % de THC ne sont pas considérées comme une «novel food».

Même si elles ne sont pas considérées comme des «novel food», la plante de Cannabis sativa L. et les préparations obtenues à partir de celle-ci ne sont pas pour autant autorisées comme denrées alimentaires ou compléments alimentaires par la Belgique (d'après l'arrêté royal du 29 août 1997) ; une dérogation peut toutefois être demandée auprès du SPF Santé publique pour tout aliment à base de cannabis contenant moins de 0,2 % de THC. Aucune dérogation n'est accordée dans les cas où les fleurs ou feuilles de plante peuvent être utilisées en infusion.

Parallèlement, l'huile de graine de chanvre, les graines de chanvre et les produits à base de celles-ci ne sont pas considérés comme des «novel food», mais leur commerce en tant que denrées alimentaires n'est pas pour autant autorisé par la Belgique. Une dérogation peut toutefois être demandée auprès du SPF Santé publique ; cette dérogation s'applique cependant à un lot spécifique d'un certain produit, et non pas au produit lui-même.

Pour usage thérapeutique

Les produits à base de CBD ne peuvent pas être vendus pour un usage médical ou cosmétique non plus, en dehors des préparations magistrales en pharmacie (d'après l'AFMPS ; voir ci-après). Il est d'ailleurs interdit d'en promouvoir les vertus thérapeutiques.

Destinés à être fumés

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

Sous forme e-liquide

Des produits à base de CBD au format e-liquide sont également vendus. Les e-liquides n'entrent pas dans le cadre prévu pour les «autres tabacs à fumer», qui ne concerne que les produits consommés par combustion. Les e-cigarettes bénéficient d'un cadre légal depuis l'arrêté royal du 28 octobre 2016, qui contraint les fabricant·es à déclarer les ingrédients des produits au SPF Santé publique avant leur mise sur le marché, et interdit la vente à distance des e-cigarettes et flacons de recharge (donc par internet).

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

Les produits à base de CBD vendus en Belgique ne bénéficient donc pas non plus d'une réglementation claire et spécifique permettant d'apporter des garanties aux usager·es sur le plan de la santé publique, à même de préciser le caractère légal de la production et la vente de ces produits, ainsi que leur teneur en CBD et leurs conditions

de mise sur le marché, puisqu'aucune norme de composition n'est imposée aux fabricants.

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.)[277].

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, 2014), 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[278].

CONTEXTE INTERNATIONAL ET EUROPÉEN

Les conventions internationales des Nations-Unies n'interdisent pas l'utilisation du cannabis ou de produits à base de cannabis à des fins médicales et scientifiques. Il n'y a pas de législation européenne à ce sujet et chaque État membre est libre de légiférer. Il existe cependant des cadres réglementant la question et exigeant des pays membres qu'ils contrôlent strictement la recherche ou la mise en circulation de médicaments à base de cannabis. Par exemple, la Convention internationale de 1961 oblige les États à se munir d'une agence nationale contrôlant la production et l'offre de cannabis à usage médical (ce que la Belgique prévoit de faire, voir ci-après).

La classification du cannabis et du THC comme des substances dangereuses et donc interdites par les Conventions internationales de 1961 et 1971 compliquent l'usage médicinale de ces substances et peuvent dissuader les États de modifier leurs législations. Le cadre semble toutefois connaître quelques évolutions récemment. Ainsi, le directeur général de l'OMS a envoyé une lettre au secrétaire général des Nations Unies, en janvier 2019, dans laquelle il lui recommande d'engager un processus de reclassification du cannabis au sein des Conventions internationales de 1961 et 1971. Il invite notamment à :

- Retirer la plante de cannabis et sa résine de la Convention internationale de 1961
- Reclasser les extraits et teintures de cannabis dans une catégorie de la Convention internationale de 1961 où sont consacrées les préparations pharmaceutiques sans risque pour la population générale
- Reclasser le dronabidiol et le THC pour reconnaître et faciliter leur usage médicinal depuis la Convention de 1971 vers celle de 1961
- Déplacer les isomères du THC depuis la Convention de 1971 vers celle de 1961
- Exclure des contrôles internationaux les produits contenant principalement du CBD et moins de 0,2 % de THC.

Ces propositions devront être votées par les 53 pays membres de la Commission on Narcotic Drugs (CND, voir chapitre 1.1.2) en 2020.

277 Aucun pays n'autorise le cannabis médical fumé, étant donné les risques sanitaires que fumer pose (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).

278 Voir EMCDDA (2018). «Usage médical du cannabis et des cannabinoïdes. Questions et réponses à l'intention des décideurs politiques» pour un point sur la littérature scientifiques récente.

Parallèlement, le Parlement européen a adopté une résolution le 13 février 2019 portant sur l'usage de cannabis à des fins médicinales. Celle-ci devra être ensuite présentée à la Commission européenne. Dans cette résolution, le Parlement européen, entre autres :

- Invite la Commission européenne et les États membre à définir clairement le cannabis médical, ainsi que les différentes utilisations faites du cannabis
- Considère que la recherche sur les effets potentiels des médicaments à base de cannabis est sous-financée et que celle-ci devrait explorer les utilisations possibles du THC, du CBD et d'autres cannabinoïdes à des fins médicales, et tirer des enseignements de la prescription non-approuvée de cannabis
- Invite la Commission et les États membres à soutenir et encourager la recherche et l'innovation en matière de cannabis médicale et de cannabis en générale
- Souligne l'importance d'établir un réseau regroupant l'Agence européenne des médicaments, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies et les autorités nationales compétentes, ainsi que les associations de patients, la société civile, les partenaires sociaux, les organisations de consommateurs, les professionnels de la santé et les organisations non gouvernementales, de même que d'autres parties intéressées, dans le but de garantir la mise en œuvre effective d'une stratégie relative aux médicaments à base de cannabis
- Demande aux États membres de former le (futur) personnel médical en matière de cannabis médical et de permettre aux médecins d'user librement de leur capacité professionnelle de juger quel traitement convient à leurs patient·es
- Invite la Commission à travailler avec les États membre à améliorer l'égalité d'accès aux médicaments à base de cannabis et à s'assurer que les médicaments efficaces pour lutter contre les affections et maux soient couverts par les régimes d'assurance maladie
- Épingle l'importance de garantir aux patient·es l'accès au bon traitement, en fonction du ou des troubles qu'ils·elles présentent, et de les informer de manière exhaustive.

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·es atteint·es 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[279] (Krcevski-Skvarc et al, 2018), seize depuis que l'Irlande a légalisé le cannabis à usage médicinal en juin 2019. La France, quant à elle, a autorisé l'expérimentation du cannabis médical aux paient·es en impasse thérapeutique en juillet 2019.

À titre illustratif, l'Allemagne a légalisé en 2017 le cannabis à usage thérapeutique et les patient·es allemand·es 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[280]). Étant donné le prix élevé de ces produits hollandais, certains pays ont fait le choix d'importer du Canada[281] (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)[282] et, plus récemment, la Grèce (en 2018), qui devrait être rejointe par l'Allemagne en 2019-2020.

LE CANNABIS MÉDICAL EN BELGIQUE

Les conventions internationales des Nations-Unies n'interdisent pas l'utilisation du cannabis ou de produits à base de cannabis à des fins médicales et scientifiques. Il n'y a pas de législation européenne à ce sujet et chaque État membre est libre de légiférer.

Jusque son abrogation par l'arrêté royal du 11 juin 2015, l'arrêté royal du 4 juillet 2001 autorisait en Belgique la délivrance de médicaments contenant un ou des

279 Croatie, Danemark, Finlande, Norvège, Pologne, Serbie, Suède, Suisse, République Tchèque, Allemagne, Italie, Pays-Bas, Saint-Martin, Grèce et Luxembourg.

280 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 %).

281 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).

282 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.

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.

Seules les personnes ayant participé aux premières études cliniques du début des années 2000 en ont donc véritablement bénéficié, car ces études n'ont par la suite pas été poursuivies en Belgique. Depuis, l'arrêté royal du 11 juin 2015 a formellement interdit la délivrance de préparations officinales (en vente libre) ou magistrales (sur prescription) à base de THC en Belgique. Les médicaments à base de THC doivent donc être des spécialités pharmaceutiques (c'est-à-dire des médicaments préparés et conditionnés à l'avance).

Sur le plan légal, les médicaments contenant du THC peuvent donc bénéficier d'une autorisation de mise sur le marché par l'AFMPS et dès lors être délivrés en pharmacie sur prescription médicale. Les médicaments autorisés doivent faire l'objet de tests approfondis, de manière à ce que leurs composition, qualité, dosage et effets secondaires soient bien connus. Seul le médicament Sativex® est actuellement autorisé en Belgique (depuis le 1er janvier 2016)[283].

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»[284]. En Belgique, le Sativex® est uniquement remboursé dans ce cas précis et s'il est délivré par un·e pharmacien·ne hospitalier 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 02/10/2019).

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. Il peut 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 pharmaceutiques de l'INAMI du 1er août 2019, prix auquel s'ajoutent encore des frais d'importation). La loi actuelle permet l'extension des conditions de remboursement du Sativex (notamment dans le cadre du traitement des douleurs liées au cancer). 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, mais d'autres spécialités pharmaceutiques sont à l'étude[285,286].

Parallèlement à l'avènement de la vente de produits à base de CBD, l'AFMPS (Agence fédérale des médicaments et des produits de santé) a publié en juillet 2019 une circulaire se prononçant sur la délivrance de préparations à base de CBD, contenant des traces de THC, en pharmacie[287]. L'Agence statue que, lorsqu'une matière première n'est pas autorisée, un·e pharmacien·ne peut tout de même et uniquement l'utiliser dans des préparations magistrales (donc, sur prescription) et à condition qu'il y ait un certificat d'analyse délivré par un laboratoire agréé. La préparation est acceptable si le·la patient·e est exposé à maximum 1 microgramme de THC par kg de poids corporel par jour. Les préparations officinales et la vente de compléments alimentaires à base de CBD sont interdites en pharmacie.

Création du Bureau du cannabis

Un cadre légal permettant une culture contrôlée destinée à alimenter la recherche scientifique fait défaut en Belgique, condamnant d'avance toute initiative allant dans ce sens.

La situation a récemment connu quelques changements. En effet, le 28 mars 2019, la Chambre des Représentants a adopté la proposition de «loi modifiant des dispositions relatives à la remise des avis scientifiques et techniques par l'AFMPS et portant sur le financement de l'AFMPS ainsi que sur la création d'un bureau du cannabis»[288]. Sous réserve que la culture de cannabis soit autorisée, il est prévu que le Bureau du cannabis soit relié à l'AFMPS et chargé de contrôler la culture du cannabis à des fins médicales ou scientifiques ; la culture sera assurée par des producteurs autorisés. L'entreprise Rendocan est pressentie pour recevoir les droits exclusifs pour la première plantation et la construction d'un institut de recherche dont l'objectif est la production et la transformation du cannabis médical dans le Limbourg.

La création du Bureau répond aux exigences internationales en matière de contrôle strict de la culture du cannabis à des fins médicales ou scientifiques (la Convention de 1961 stipulant que toute recherche médicale et scientifique devra avoir lieu sous la surveillance et le contrôle directs des États). Elle s'inscrit également dans la stricte application de la loi belge puisque le cannabis cultivé ne devra pas contenir plus de 0,2 % de THC. Les recherches scientifiques et médicales porteraient dès lors principalement sur les vertus thérapeutiques du CBD, substance ne faisant pas l'objet d'interdiction actuellement.

283 L'Epidiolex (principalement à base de CBD et contenant moins de 0,1 % de THC) est délivré dans des cas exceptionnels, introduits par une déclaration du médecin, puisque ce médicament ne bénéficie pas encore d'une autorisation de mise sur le marché.

284 Voir site de l'asbl Norml France : https://www.norml.fr/sante-prevention-rdr/portail-professionnels-de-sante/specialites-pharmaceutiques/

285 Question orale de M. Terwingen à Mme De Block, Compte rendu intégral, Séance plénière, Chambre des représentants, 26/04/2018.

286 Circulaire «Interprétation de l'arrêté royal du 11 juin 2015 réglementant les produits contenant un ou plusieurs tétrahydrocannabinols, en ce qui concerne les matières premières pour les préparations magistrales.» publiée le 16/07/2019.

287 Circulaire «Interprétation de l'arrêté royal du 11 juin 2015 réglementant les produits contenant un ou plusieurs tétrahydrocannabinols, en ce qui concerne les matières premières pour les préparations magistrales.» publiée le 16/07/2019.

288 La loi ne bénéficie pas encore d'arrêtés d'exécution.

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·les 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·es.

Toutefois, rendre le cannabis thérapeutique disponible, remboursable et légal permettrait d'élargir la panoplie des professionnel·les de la santé, afin d'adapter au mieux le traitement aux besoins des patient·es. 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·es, 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.

LA DEMANDE DE CANNABIS THÉRAPEUTIQUE : UN APERÇU DE MONS

Les données en matière de demande de cannabis thérapeutique de la part de patient·es sont encore parcellaires. Quelques éléments issus du terrain attirent toutefois l'attention.

L'étude faisabilité de 2018 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·es de cannabis en général, et particulièrement des usager·es thérapeutiques. Sur 69 répondant·es, 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[289].

289 Communication personnelle Vincent Lapunzina, Service de Prévention – Synapse, 16/11/2018.

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·es, 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[290].

290 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/

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[291]. 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[292], 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.

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 (page 64). Nous invitons dès le lecteur ou la lectrice à s'y référer pour davantage de précisions.

291 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).

292 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.

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 cannabis social club (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)[293]. 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[294].

Un CSC existait à Liège et un autre avait ouvert à Bruxelles au cours de l'été 2018 ; ils ont été fermés depuis. Namur bénéficiait également d'un CSC depuis 2013, fermé depuis ; 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[295].

Le CSC d'Anvers («Trekt uw plant») s'est également retrouvé devant la justice au cours de l'année 2019. Certains membres ont été condamnés à des peines allant jusqu'à 20 mois de prison avec sursis et des milliers d'euros d'amende en juin 2019 et ont fait appel.

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.

AVIS DES EXPERT·ES

Ingrid Glusmann, directrice des projets drogues, Drugs Care, service du Centre d'Action Laïque de la province de Luxembourg

Le Centre d'Action Laïque milite depuis près de 30 ans pour une modification de la loi actuelle datant de 1921 qui interdit le trafic et la détention de drogues, alcool excepté. Le constat d'échec de la prohibition est implacable : une présence de plus en plus grande des drogues sur le marché avec leur lot de problèmes sociaux, sanitaires et sécuritaires.

Depuis plus de 5 ans, nous réalisons des sondages d'opinion (dont la valeur n'est pas scientifique) dans des festivals ou manifestations grand public sur la question d'un changement dans la loi vers une réglementation de l'usage de cannabis. Ces rencontres démontrent que si une sensibilisation sur la question est réalisée auprès du public, le projet est bien compris. Ainsi, +/- 80 % des personnes interrogées, qu'elles aient ou pas déjà consommé du cannabis dans leur vie, sont pour une modification de la loi.

«La laïcité se refuse à définir…ce qui est bon ou mauvais pour les gens. Il revient à chacun, faisant usage de sa liberté individuelle, de définir si, oui ou non, il désire consommer l'un ou l'autre produit psychotrope. Il est préférable de responsabiliser que de criminaliser, d'encourager l'autonomie que de s'enfermer dans l'assistanat, de respecter les libertés individuelles que de chercher à les restreindre.» (Conclusions de la journée de sensibilisation«cannabis, responsabilisons, réglementons du 6 décembre 2018).

293 Article «Autoriser les cannabis social club, une bonne idée ?», Débats Prem1re, 25 septembre 2017, RTBF.be, URL : https://www.rtbf.be/info/belgique/detail_autoriser-les-cannabis-social-club-une-bonne-idee ?id=9718934

294 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

295 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

LA DISPONIBILITÉ ET L'OFFRE DE CANNABIS

Le cannabis est un produit particulièrement accessible en Belgique malgré son interdiction, comme en témoignent les chiffres relatifs aux saisies policières[296].

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 européen·nes 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 selon la variété cultivée, les conditions de culture et le 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 relativement 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 2018, la concentration moyenne en THC des échantillons analysés était de 13,7 % (herbe) et 20,7 % (résine).

Indépendamment de sa concentration en THC, le cannabis produit dans des conditions illégales peut avoir une influence nocive sur la santé des usager·es en raison des risques de contamination par des bactéries 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·rice.

Le prix du cannabis au marché noir a augmenté au cours de la dernière décennie, et se situe actuellement aux alentours de 10 euros le gramme.

La disponibilité élevée du cannabis peut s'expliquer par plusieurs facteurs : 1) ce produit est souvent considéré comme une drogue «douce» et reste d'ailleurs le produit illicite le plus consommé à travers le monde. Sa consommation est perçue par les jeunes comme moins dangereuse que celle des autres drogues illégales (voir TNS Political & Social, 2014). Cette faible dangerosité perçue favorise l'intérêt pour ce produit et sa demande, qui stimule à son tour l'offre de production, d'importation et de revente ; 2) l'usage de cannabis peut répondre à des motivations variées et ne se limite pas au seul usage récréatif : de nombreuses personnes en consomment de manière auto-thérapeutique (pour soulager des douleurs somatiques, de l'anxiété, des troubles du sommeil…) ou simplement pour décompresser la soirée ; 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·rice et le consommateur·rice, ce qui se répercute sur son prix de vente.

296 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.

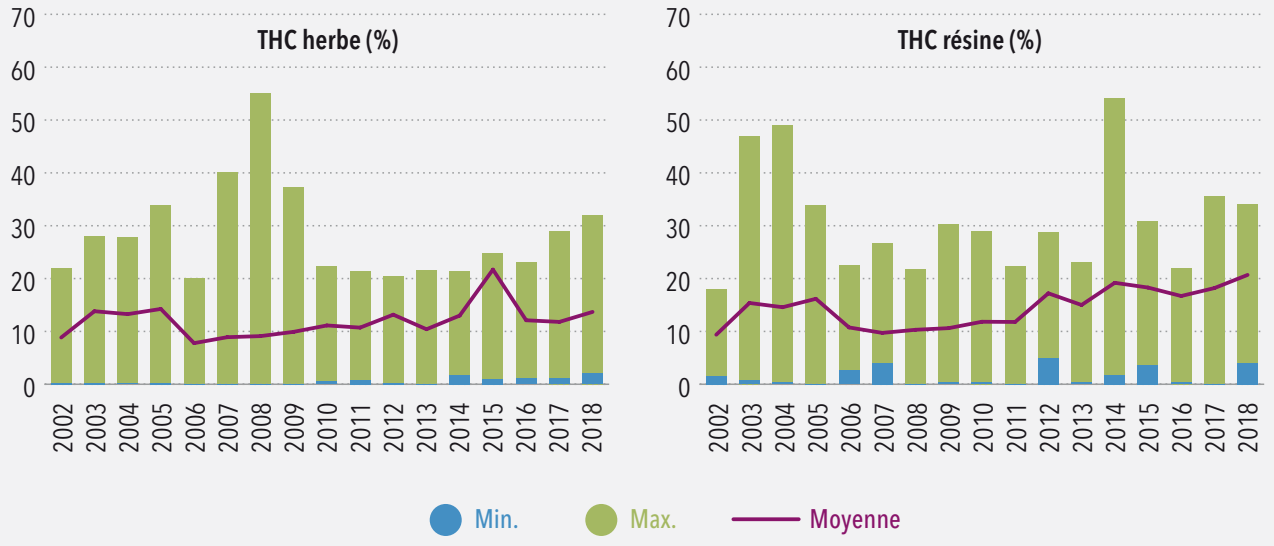
297 L'importante augmentation du nombre de plants de cannabis saisis à partir de 2009 par rapport aux années antérieures s'explique par un changement dans le mode d'estimation des saisies. En effet, avant 2009, seules les plantes effectivement saisies étaient comptabilisées alors que, depuis 2009, lorsqu'une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

Tableau 13 : Saisies de cannabis enregistrées par la Police Fédérale en Belgique, 2007-2018

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
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	6.889
Herbe	19.196	16.831	22.274	21.485	23.155	21.075	23.900	26.915	25.306	26.587	28.519	28.801
Plantation	466	666	732	979	1.070	1.111	1.212	1.227	1.257	1.046	1.234	1.006
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	108
Herbe (kg)	12.732	4.891	4.486	5.208	6.095	5.635	14.882	10.744	764	686	946	17.290
Plants (n[297])	148.251	177.190	272.714	312.528	337.955	330.675	396.758	356.378	350.403	328.611	416.576	422.261

Source : Police Fédérale

Figure 17 : Concentration (%) en THC des échantillons de cannabis analysés en Belgique, 2002-2018



Source : Sciansano (2019), National reporting package EMCDDA. Contribution non publiée.

Tableau 14 : Évolution du prix moyen du cannabis en Belgique, 2007– 2018

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cannabis résine (euro/g)	6,5	7,4	7,0	7,2	7,0	8,9	8,4	9,1	8,2	8,1	9,1	10,1
Cannabis herbe (euro/g)	6,0	7,0	7,2	7,5	7,9	8,7	8,7	8,7	8,8	8,7	8,9	9,4

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

LE CBD : UNE NOUVELLE FORME DE CANNABIS SUR LE MARCHÉ LÉGAL

De nouveaux produits issus de plantes de cannabis ont vu le jour sur le marché belge en 2018 : 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 diminue d'ailleurs certains effets du THC, en particulier ses effets anxiogènes et psychotiques (délires, hallucinations, paranoïa, etc. ; Zuardi et al., 2012). 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 d'une zone grise du droit européen, car 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 que la culture de variétés de chanvre qui ne contiennent pas plus de 0,2 % de THC.

En Belgique, depuis avril 2019, les produits à base de CBD destinés à être fumés sont considérés comme des «autres tabac à fumer» et doivent se soumettre à leur régime d'étiquetage, de taxation et de conditions de mise sur le marché. Si cette décision permet de poser un cadre légal pour le marché du CBD destiné à être fumé, elle a considérablement impacté le prix du produit et entraîné la fermeture de nombreux CBD shops. En outre, ce positionnement laisse dans la zone grise tous les autres produits à base de CBD (huile, confiserie, etc.). Et depuis août 2019, l'AFMPS a publié une circulaire précisant que les pharmacien·nes sont désormais autorisés à vendre des préparations magistrales à base de CBD, mais uniquement sur prescription médicale, et pour autant que la quantité de THC d'une dose journalière ne dépasse pas 1 microgramme par kg de masse corporelle. Aucun remboursement n'est actuellement prévu, de sorte que ces préparations seront relativement coûteuses pour les patient·es et peu attractives par rapport aux produits vendus dans les CBD shops ou sur Internet.

L'USAGE DE CANNABIS DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

LES INDICATEURS

En Belgique, l'usage de cannabis 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 2018. En nous focalisant sur la Wallonie, les 7 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 prévalence de l'usage régulier actuel (au moins 20 jours de consommation au cours des 30 derniers jours) ; 5) la prévalence de l'usage problématique récent (au cours des 12 derniers mois)[298], 6) la fréquence de consommation chez les usager·es actuels ; 7) l'âge de la première consommation chez les personnes ayant déjà expérimenté ce produit.

Tableau 15 : Prévalence de l'usage de cannabis dans la population générale en Wallonie, par âge et par genre, 2018

	15-24 ans % (n=301)	25-34 ans % (n=331)	35-44 ans % (n=427)	45-54 ans % (n=539)	55-64 ans % (n=515)	Total % (N=2.113)
Prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie						
Hommes	32,8	46,1	30,2	21,6	12,2	27,7
Femmes	27,7	25,6	18,7	10,1	5,8	16,5
Total	30,3	35,3	24,3	15,7	8,8	22,0
Prévalence de l'usage de cannabis au cours des 12 derniers mois						
Hommes	23,0	21,0	11,3	1,6	1,2	10,6
Femmes	11,1	4,0	2,3	0,6	0,0	3,1
Total	17,2	12,1	6,7	1,1	0,6	6,8
Prévalence de l'usage de cannabis au cours des 30 derniers jours						
Hommes	16,0	11,9	8,6	1,5	0,0	7,0
Femmes	7,1	2,2	2,1	0,4	0,0	2,0
Total	11,6	6,8	5,2	0,9	0,0	4,5
Prévalence de l'usage régulier[299] au cours des 30 derniers jours						
Hommes	2,8	7,3	2,7	0,3	0,0	2,4
Femmes	1,4	0,6	1,0	0,4	0,0	0,6
Total	2,1	3,8	1,8	0,4	0,0	1,5
Prévalence de l'usage problématique au cours des 12 derniers mois						
Hommes	5,3	10,1	3,6	0,1	0,0	3,5
Femmes	0,8	0,5	0,9	0,4	0,0	0,5
Total	3,1	5,0	2,2	0,3	0,0	1,9

Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

LA SITUATION EN 2018

En 2018, en Wallonie, l'**âge moyen de la première consommation de cannabis** était de 19,1 ans pour les hommes et de 19,7 ans pour les femmes. Si on se centre sur la tranche d'âge la plus jeune (15-24 ans), il est de 16,5 ans. L'âge moyen de la première consommation ne semble 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 22 % en 2018 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 (35,3 %) ainsi que chez les 15-24 ans (30,3 %). Il concerne davantage les hommes que les femmes. Il est aussi plus élevé dans la classe socio-éducative la plus instruite (niveau d'études supérieures), mais cette différence n'est pas significative 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 6,8 % dans la population wallonne en 2018. L'usage récent est également plus fréquent chez les 15-24 ans (17,2 %) et les 25-34 ans (12,1 %), ainsi que chez les hommes. Il ne semble pas être significativement impacté par le niveau d'instruction, après standardisation pour l'âge et le sexe.

La prévalence de l'**usage actuel de cannabis** (au moins une consommation au cours des 30 derniers jours) est de 4,5 % dans la population wallonne en 2018. Il concerne surtout les 15-24 ans (11,6 %) mais s'observe également chez les 25-34 ans (6,8 %) ainsi que les 35-44 ans (5,2 %). Il reste plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. Il ne fluctue pas de manière significative avec le niveau d'instruction des répondant·es, après standardisation pour l'âge et le sexe.

La prévalence de l'**usage régulier actuel de cannabis**[300] (au moins 20 jours de

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

299 Au moins 20 jours de consommation au cours des 30 derniers jours.

300 Dans l'enquête HIS, il est question d'usage intensif pour désigner cet indicateur. Nous lui avons préféré la notion d'usage régulier actuel, car elle nous paraît moins connotée. Certaines personnes peuvent en

consommation au cours des 30 derniers jours) est de 1,5 % dans la population wallonne en 2018. Il est un peu plus fréquent chez les 25-34 ans (3,8 %) que dans les autres classes d'âge. Les hommes sont à nouveau plus concernés que les femmes par l'usage régulier de cannabis. On observe ici une influence du niveau d'instruction : la prévalence de l'usage régulier actuel diminue à mesure que le niveau d'instruction augmente. Cette différence subsiste après standardisation pour l'âge et le sexe. Autrement dit, on retrouve davantage consommateur·rices réguliers parmi les personnes peu instruites (primaire ou sans diplôme : 4 % ; secondaire inférieur : 3 %) que parmi les personnes ayant un haut niveau d'instruction (secondaire supérieur : 2,3 % ; études supérieures : 0,5 %).

Enfin, la prévalence de l'**usage problématique**[301] au cours des 12 derniers mois s'élève à 1,9 % en 2018. Les personnes ayant présenté un risque élevé d'usage problématique au cours des 12 derniers mois sont généralement de sexe masculin. Il est particulièrement élevé chez les hommes de 25-34 ans (10,1 %) et il est influencé par le niveau d'instruction : le risque d'usage problématique est plus élevé chez les individus les moins instruits (primaire ou sans diplôme : 7,9 % ; secondaire inférieur : 4,2 %) que chez les individus les plus instruits (secondaire supérieur : 2,7 % ; études supérieures : 0,5 %).

En ce qui concerne la fréquence de consommation de cannabis chez les 4,5 % d'«usager·es actuels» (N=74), la plupart d'entre eux (52,9 %) ont déclaré en avoir consommé 1 à 9 jours au cours du mois précédant l'enquête, 13,3 % durant 10 à 19 jours et 33,7 % durant 20 jours ou plus.

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, tant chez les hommes que chez les femmes, en particulier entre 2013 et 2018[302]. L'usage récent (12 derniers mois) et l'usage actuel (30 derniers jours) sont également en augmentation, mais de manière nettement moins marquée que la prévalence sur la vie. L'usage régulier actuel (20 jours de consommation ou + au cours des 30 derniers jours) est quant à lui passé de 0,9 % en 2004 à 1,5 % en 2018. Cela témoigne d'une augmentation progressive du nombre de personnes qui expérimentent ce produit ou en consomment occasionnellement, sans que cela s'accompagne d'une augmentation radicale du nombre de consommateur·rices réguliers. L'âge moyen de la première consommation de cannabis augmente légèrement au cours du temps : il était de 18,3 ans en 2004 et est passé à 18,7 ans en 2013, puis à 19,3 ans en 2018. Au niveau des 15-24 ans, il est passé de 16,2 ans à 16,9 ans entre 2004 et 2013, puis à 16,5 ans en 2018.

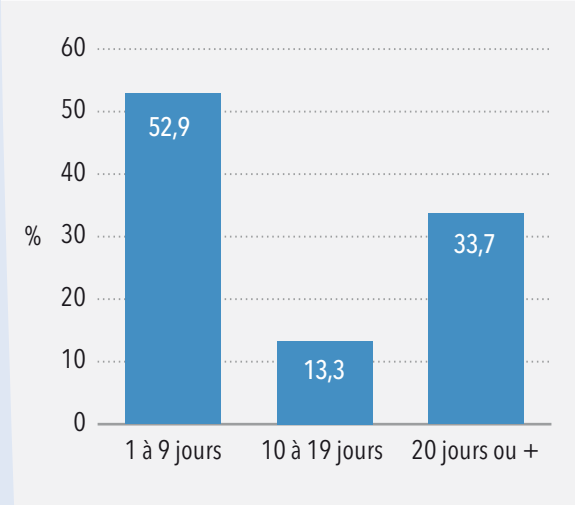
Chez les 15-24 ans, la prévalence d'usage de cannabis au cours de la vie a augmenté entre 2001 et 2018, tant chez les hommes que chez les femmes, surtout en 2018. En 2018, 32,8 % des hommes et 27,7 % des femmes de 15-24 ans ont déclaré en avoir consommé au moins une fois dans la vie. L'usage au cours des 12 derniers mois est également en augmentation chez les hommes de 15-24 ans (23 % en 2018). Chez les femmes du même âge, il

effet avoir un usage modéré et régulier du produit (par exemple, une seule consommation en soirée, pour faciliter la détente ou l'endormissement).

301 Risque élevé d'usage problématique au cours des 12 derniers mois.

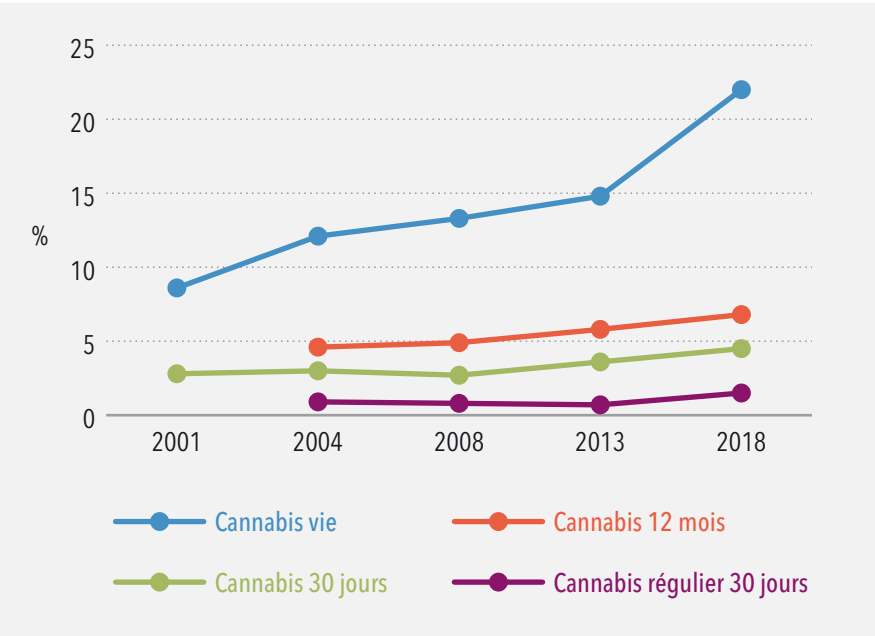
302 L'enquête HIS ne précisait pas si les questions relatives au cannabis portaient uniquement sur le cannabis psychoactif. Or en 2018, les produits du cannabis à base de CBD sont apparus en Belgique, de sorte que l'on ne peut exclure que l'importante augmentation de la prévalence d'usage sur la vie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

Figure 18 : Fréquence de l'usage de cannabis durant les 30 derniers jours parmi les usager·es actuels (N=74) dans la population générale en Wallonie, 2018



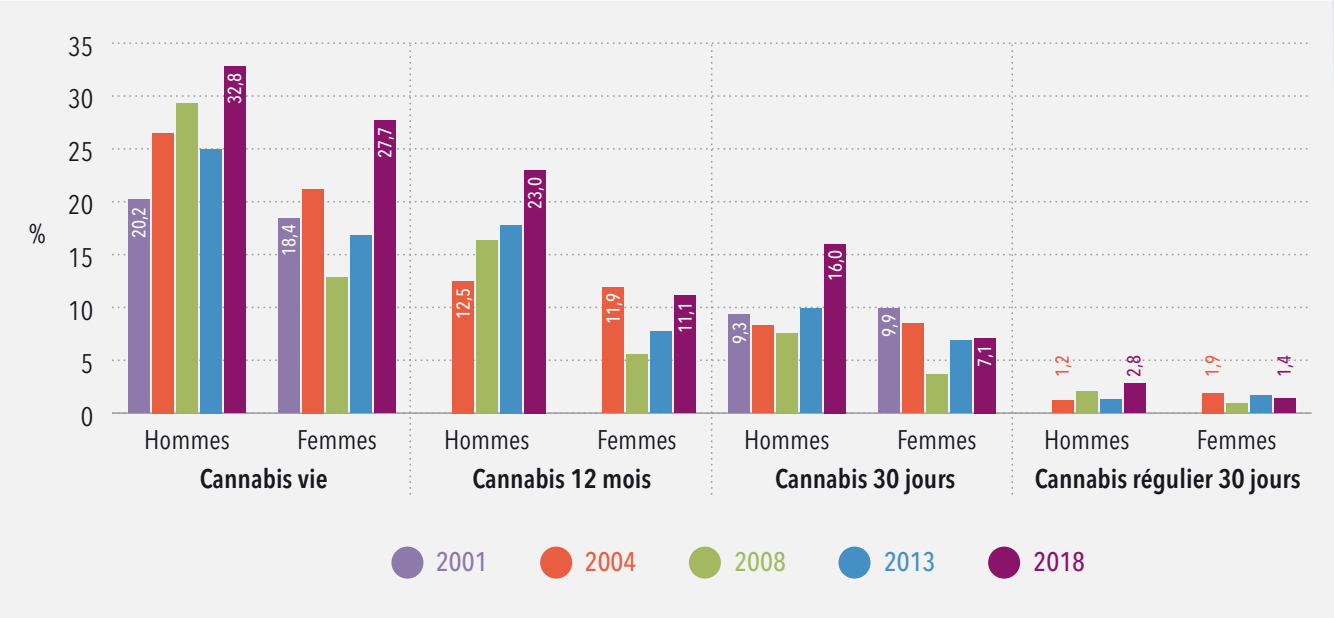
Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

Figure 19 : Évolution de l'usage de cannabis dans la population générale en Wallonie, 2001-2018



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

Figure 20 : Évolution de l'usage de cannabis en Wallonie chez les hommes et les femmes de 15-24 ans, 2001-2018



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

est en augmentation entre 2008 et 2018, mais le niveau actuel (11,1 % en 2018) est similaire à celui de 2004 (11,9 %). Enfin, l'usage au cours des 30 derniers jours était stable chez les hommes de 15-24 ans entre 2001 et 2013, mais il est actuellement en augmentation (16 % en 2018), de même que l'usage régulier au cours des 30 derniers jours (2,8 % en 2018). Chez les femmes du même âge, une tendance à la baisse est observée entre 2001 et 2018 pour l'usage au cours des 30 derniers jours, l'usage régulier au cours de cette période étant quant à lui stable.

L'USAGE DE CANNABIS CHEZ LES ÉLÈVES 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 5e et 6e primaire ainsi que de l'ensemble des élèves de l'enseignement secondaire, seuls ceux appartenant au 2e degré du secondaire (4e 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 7e année professionnelle. Pour ces raisons, les différences d'âge sont fournies à titre indicatif et doivent être considérées avec prudence.

LA SITUATION 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.

Tableau 16 : 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)

Tableau 17 : Motifs de la consommation de cannabis chez des usager·es belges (au moins un usage au cours des 12 derniers mois), en fonction de la régularité de l'usage, 2019

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

*p<0.01 ** p<0.001
Source : Le Vif

LES MOTIVATIONS À L'USAGE DE CANNABIS EN BELGIQUE

En mai 2019, le Vif avait lancé un sondage, en collaboration avec Eurotox, visant à questionner les attitudes des Belges par rapport au cannabis et à son éventuelle dépénalisation ou réglementation. Plusieurs questions portaient également sur les comportements de consommation ainsi que sur les raisons avancées par les usager·es pour justifier leur consommation. Il s'agissait d'une enquête en ligne disponible pendant environ deux semaines et ayant permis de récolter l'avis de 2113 répondant·es[303] (voir Van Ruymbeke, 2019). Au total, 29,8 % des répondant·es (n=628) ont déclaré avoir consommé du cannabis psychoactif au cours des 12 derniers mois, et 20,9 % de manière régulière (au moins une fois par semaine). Les motifs avancés par ces usager·es pour justifier leur consommation sont variés, comme on peut le constater dans le tableau 17. Certains motifs sont plus fréquemment évoqués que d'autres. Ainsi, la détente est de loin le motif de consommation le plus fréquemment avancé (67,2 %), suivi par la festivité (31,8 %) et l'amélioration du sommeil (30,3 %). On observe également d'importantes différences en fonction de la régularité de l'usage. Ainsi, les usager·es occasionnels évoquent plus fréquemment les motifs de festivités, de curiosité, d'opportunisme et de défonce que les usager·es réguliers. À l'inverse, ces dernier·es évoquent plus fréquemment les motifs de détente, d'habitude, d'amélioration du sommeil ou de l'humeur, et de soulagement de l'anxiété ou de douleurs physiques que les usager·es occasionnels. Au total, 71,7 % des usager·es réguliers de cannabis évoquent au moins un motif que l'on peut considérer comme auto-thérapeutique[304]. Alors que les motifs avancés par les usager·es occasionnels sont davantage récréatifs, l'évocation d'un ou plusieurs motifs auto-thérapeutiques est nettement plus fréquente chez les usager·es réguliers. Une hypothèse pouvant expliquer ce pattern serait que l'usage de cannabis a tendance à se régulariser lorsque l'usager·e y trouve un bénéfice thérapeutique. Mais il est aussi possible que certains usager·es réguliers évoquent davantage ce type de motifs parce que cela leur permet de rationaliser leur usage par des motifs plus acceptables socialement. Quoiqu'il en soit, ces résultats font écho à d'autres publications récentes ayant mis en évidence le fait que

303 Au total, 2113 Belges ont participé à l'enquête, la moitié (n=1036) via un panel supposé représentatif de la population générale (538 francophones et 498 néerlandophones) et l'autre moitié (n=1077) via la diffusion de l'appel à participation sur le site du Vif et dans sa version papier, appel qui a été relayé sur les réseaux sociaux ainsi que par diverses associations actives dans le secteur des assuétudes. Malgré la présence d'un panel représentatif, l'échantillon global ne peut être considéré comme représentatif de la population belge en raison de l'absence de procédure d'échantillonnage. La thématique a en effet attiré une proportion relativement élevée de consommateur·rices de cannabis (46,2 % de consommation sur la vie, ce qui est largement supérieur à ce qui est observé dans l'enquête HIS). Nous ne sommes non plus pas en mesure de garantir que l'échantillon d'usager·es sondés est représentatif de l'ensemble des usager·es belges de cannabis.

304 Soulagement de douleurs physiques, amélioration du sommeil ou de l'humeur, réduction de l'anxiété, oubli de problèmes. La recherche de détente n'est pas à proprement parler un motif thérapeutique. Toutefois, la frontière entre la détente et le soulagement de l'anxiété est probablement moins tranchée qu'il n'y paraît.

de nombreuses personnes ont recours au cannabis pour des raisons médicales dans des pays où ce produit est interdit ou dont l'usage médical est fortement limité, notamment le Royaume-Uni[305].

L'USAGE DE CBD EN BELGIQUE

Les répondant·es de l'enquête du Vif étaient également questionnés par rapport à la consommation de CBD. Au total, 23,1 % des Belges sondés ont déclaré avoir déjà consommé des produits à base de CBD, et 21,3 % au cours des 12 derniers mois. Les usager·es actuels de cannabis psychoactif sont clairement plus nombreux à déclarer avoir consommé du CBD au cours de la vie ou au cours des 12 derniers mois. Néanmoins, d'anciens usager·es et des non usager·es de cannabis psychoactif rapportent également en avoir consommé. Si les motifs de curiosité (58 %) et de détente (29,2 %) sont fréquemment avancés pour expliquer l'usage de CBD, de nombreux usager·es ont mentionné des motifs thérapeutiques (douleurs physiques : 38 % ; sommeil : 16,4 % ; anxiété : 17,5 % ; nausées : 2,2 % ; humeur : 4,3 % ; arrêt/substitution du cannabis psychoactif : 1,6 %). Et quelques usager·es en ont consommé sur conseil de leur médecin (3,8 %).

Tableau 18 : Prévalence d'usage de CBD en Belgique en fonction du statut d'usage de cannabis psychoactif, 2019

	Anciens usager·es (N=433) %	Usager·es actuels (N=544) %	Non usager·es (N=1.136) %	Total (N=2.113) %
Usage sur la vie	22,6	62,7	4,4	23,1
Usage au cours des 12 derniers mois	18,5	60,1	3,9	21,3
Occasionnel	11,1	40,8	1,7	13,7
Hebdomadaire	3,5	10,5	0,6	3,7
Quotidien	3,9	8,8	1,6	3,9

Source : Le Vif

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. On observe même une importante augmentation de la prévalence de l'usage sur la vie, puisqu'en 2018, 22 % de la population wallonne a déclaré en avoir déjà consommé au moins une fois. 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).

Globalement, il apparaît que la plupart des usager·es consomment du cannabis de manière occasionnelle, probablement dans un contexte festif (sorties, soirées entre amis etc.). Une faible proportion en consomme de manière régulière mais probablement contrôlée, c'est-à-dire sans réelle dépendance ni impact sur le fonctionnement quotidien. Enfin, dans certains cas, le cannabis peut faire l'objet d'un usage problématique et d'une dépendance ayant des conséquences dommageables pour la personne. Le risque d'usage problématique et de conséquences dommageables au niveau socio-sanitaire est plus élevé chez les jeunes consommateur·rices et chez les personnes ayant un faible niveau d'instruction. Il est donc important de renforcer l'offre en matière de prévention (en particulier de prévention sélective, ciblant les groupes à risque) et de détection précoce des usages problématiques. Le contexte prohibitif ne favorise pas l'émergence de dispositifs en ce sens, les usager·es problématiques ayant tendance (et intérêt) à cacher leur consommation au maximum.

L'augmentation de l'usage de cannabis peut s'expliquer par plusieurs facteurs inextricablement reliés : 1) une augmentation de la disponibilité du produit ; 2) une dédiabolisation du produit (notamment dans la presse et plus généralement dans l'opinion publique), associée à une plus grande acceptabilité sociale de sa consommation et une perception de faible dangerosité, pouvant notamment générer un effet de «mode»[306] ; 4) une meilleure connaissance de son potentiel thérapeutique, pouvant amener davantage de personnes à en consommer pour des motifs de soulagement ; 5) le recours aux drogues (légales et illégales) comme stratégie de *coping* est probablement aussi accentué par le contexte socio-économique actuel, qui est anxiogène et inégalitaire sur le plan social. L'usage de cannabis n'est donc pas que festif et récréatif : de nombreuses personnes en consomment parce qu'elles estiment en obtenir un bénéfice en termes de santé ou de bien-être. En termes de santé publique, il serait stratégiquement plus efficace de valoriser les modes de consommation à moindre risque (ingestion, vaporisation) et disponibiliser des produits de composition contrôlée, plutôt que de poursuivre cette logique de répression peu efficace.

En effet, le cannabis qui circule sur le marché noir favorise les 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 ainsi le risque de survenue d'une attaque de panique, en particulier chez l'usager·e inexpérimenté ou fragile psychologiquement. Les produits hautement concentrés en THC (et pauvres en CBD[307])

305 https://www.thecmcuk.org/nice-guidelines-response

306 Ainsi, les générations d'autrefois étaient peu confrontées au cannabis, et leurs attitudes étaient moins favorables à son égard, à l'exception des personnes impliquées dans les mouvements contre-culturels des années 60-70.

307 Le CBD est un cannabinoïde non psychoactif qui a notamment pour particularité de diminuer les effets psychologiques indésirables du THC (anxiété, paranoïa, délires, hallucinations…).

augmentent également le risque de survenue de troubles psychotiques, en particulier les bouffées délirantes aigues ainsi que la schizophrénie (Di Forti et al., 2014)[308]. Le fait de consommer du cannabis fortement concentré en THC augmente aussi le risque de dépendance chez les usager·es réguliers (Freeman & Winstock, 2015), y compris le risque de dépendance physique (une tolérance élevée ainsi que des symptômes de sevrage peuvent survenir en cas d'arrêt brutal de la consommation chez les grands consommateur·rices de variétés hautement psychoactives ; Smith, 2005). En outre, le cannabis produit dans des conditions illégales peut avoir une influence nocive sur la santé des usager·es en raison des risques de contamination par des bactéries, des champignons ou des métaux lourds ainsi que de l'utilisation massive d'engrais et pesticides permettant de maximiser les récoltes (Cole et al., 2010 ; Dryburgh et al., 2018 ; Tytgat et al., 2017). L'herbe de cannabis peut aussi parfois contenir des cannabinoïdes de synthèse, qui sont pulvérisés par des trafiquants afin d'augmenter la puissance d'une herbe peu ou pas psychoactive. Ces herbes peuvent être extrêmement dangereuses si la concentration en cannabinoïdes de synthèse est élevée. Enfin, la résine de cannabis est très souvent coupée avec des excipients (cellulose, paraffine, henné, etc.), et l'herbe de cannabis est également quelques fois frelatée (sable, microbilles de verre, etc.) afin d'en augmenter le poids (Cole et al., 2010). Ces produits de coupe peuvent aussi avoir un effet délétère sur la santé du consommateur·rice.

Malgré ces constats et l'augmentation du nombre de pays ayant modifié leur politique en matière de cannabis vers la réglementation du marché, une révision de la politique répressive en matière de cannabis n'est pas à l'ordre du jour en Belgique. Le gouvernement Michel s'est même plutôt attelé à réprimer plus sévèrement la consommation, en faisant preuve d'intolérance par rapport à l'usage dans l'espace public. Ce revirement politique s'est naturellement accompagné d'une augmentation des infractions de détention, et très certainement aussi de poursuites en la matière. Pourtant, selon le sondage réalisé par le Vif en 2019, la population belge est clairement favorable à la mise en place d'alternatives à la prohibition : 84 % des répondant·es se positionnent en faveur d'une dépénalisation de la détention de cannabis pour usage thérapeutique, et 55 % pour usage thérapeutique et récréatif. Plus précisément, 40,5 % des personnes interrogées sont favorables à la vente de cannabis en pharmacie, 35,2 % dans des structures spécialisées contrôlées par l'État, 38 % dans des boutiques privées et 21,1 % via des cannabis social clubs.

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'expérimentateur·rices ou d'usager·es occasionnels en cas de mise en place d'un marché réglementé. Mais en développant des politiques publiques intégrées et cohérentes, il est assurément possible et fortement souhaitable de mettre en place des alternatives au modèle prohibitif éculé, tout en renforçant les actions de prévention et de détection précoce de manière à réduire le risque de glissement du simple usage récréatif/thérapeutique vers un usage problématique.

L'autorisation de commercialisation de CBD permet à la population belge d'accéder à un produit ayant un potentiel thérapeutique assez large[309]. Les fleurs de CBD pourraient aussi constituer un produit de substitution ou d'aide au sevrage pour les usager·es intensifs de cannabis psychoactif qui souhaitent diminuer ou mettre un terme à leur consommation (Crippa et al., 2012). Enfin, le CBD pourrait également être un adjuvant dans le traitement d'autres formes de dépendance, d'après certaines études chez l'animal (Thirion, 2019). Néanmoins, la manière dont le CBD a été régularisé est maladroite et manque de cohérence : les accises rendent le prix de vente des fleurs au CBD plus élevé que celui du cannabis illégal, l'accessibilité en pharmacie reste contraignante et limitée, les e-liquides au CBD ne bénéficie pas d'une réglementation spécifique. Plus généralement, la légalisation et la mise à disposition du cannabis thérapeutique pourraient être une réelle plus-value en termes de traitement symptomatologique (nausées, douleurs chroniques, spasticités, etc.) de diverses maladies ou affections (cancer, sida, sclérose en plaques, épilepsie, etc.). Actuellement, l'absence de cadre légal favorable freine la recherche scientifique en la matière et contraint un certain nombre de patient·es souffrant à se tourner vers des traitements non-adaptés, potentiellement addictifs ou hors des réseaux médicaux, avec l'ensemble des risques que cela comporte.

Les conséquences socio-sanitaires de la consommation de cannabis seront abordées dans un chapitre dédié.

6.2.5. 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.

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

309 Potentiel thérapeutique liés à des propriétés antidouleurs, anti-inflammatoires, anxiolytiques, antidépressives, antipsychotiques, antiépileptiques, neuroprotectives et anti-tumorales, essentiellement étudiées chez l'animal à l'heure actuelle (voir Pisanti et al., 2017).

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·es 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.

RECONNAÎTRE LES SIGNES D'UNE OVERDOSE AUX OPIOÏDES [310]

- 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

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.

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·es 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·es 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·es 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.

FACTEURS DE RISQUE LIÉS AUX OVERDOSES[311]

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

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·es 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·es 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

310 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)

311 EMCDDA (2015) ; OMS (2014) ; UNODC/OMS (2013) ; CIUSSS (2016) ; article «l'héroïne, effets, risques» de Fabienne Pourchon, ASUD.org, 01/06/2009 ; CCNPPS (2016).

marché illicite américain, augmentant les risques d'overdose (mortelle)[312].

L'Europe est beaucoup moins touchée par ces nouveaux développements, mais une tendance à la hausse est observée par les intervenant·es 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)[313], ou la consommation d'autres opioïdes de synthèse (U-47700, 10 fois plus puissant que la morphine).

En réaction à l'augmentation des dépendances aux médicaments antidouleur, des décès par overdose et des syndromes d'abstinence néonatales sur leurs territoires, plusieurs États, notamment l'Oklahoma et l'Ohio, ont porté plainte contre plusieurs laboratoires pharmaceutiques responsables de la commercialisation des médicaments incriminés. Si la plupart des groupes pharmaceutiques ont préféré régler l'affaire à l'amiable, à hauteur de plusieurs (centaines de) millions d'euros, le groupe Johnson & Johnson a quant à lui été condamné en août 2019 notamment pour avoir adopté des «pratiques trompeuses de marketing et de promotion des opiacés», minimisant les risques d'addictions à ces produits[314]. À noter qu'il reste encore plusieurs milliers de plaintes à traiter, y compris au niveau fédéral[315].

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·es 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·es de drogues et des professionnel·les susceptibles d'être en contact avec ces produits.

STRATÉGIE INTÉGRÉE DE L'UNODC SUR LA CRISE MONDIALE DES OPIOÏDES

Le nombre d'usager·e d'opioïdes à l'échelle mondiale a connu une nette augmentation depuis 2017, et avec lui, une explosion des conséquences sanitaires sévères. En 2017, 66 % des décès liés à la consommation problématique de drogues étaient liés à l'usage d'opioïdes (c'est-à-dire 110.000 décès sur 167.000)[317]. Face à cette crise mondiale, l'UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) a lancé une stratégie intégrée en juin 2018, composée de 5 piliers :

1) Alerte précoce et analyse des tendances : générer des données afin de soutenir la prise de décision politique et la mise en œuvre de réponses opérationnelles
2) Prescription motivée et accès aux opioïdes pour un usage médical et scientifique : promouvoir la coopération entre les institutions en vue de résoudre l'usage non-médical d'opioïdes
3) Programmes de prévention et de traitement : renforcer et soutenir les programmes de prévention et de traitement relatifs aux opioïdes
4) Opérations d'application des lois internationales pour interrompre le trafic illicite : améliorer les activités opérationnelles visant à prévenir le détournement et le trafic d'opioïdes synthétiques

PRÉVENIR LA CRISE DES OPIACÉS EN EUROPE

Dans la perspective de prévenir l'avènement d'une crise des opiacés semblable à celle des pays d'Amérique du Nord, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de France (ANSM) a formulé plusieurs propositions de mesures destinées à améliorer le bon usage des médicaments antalgiques et de substitution[316], dont :

- Renforcer la formation des professionnel·les de santé sur les prescriptions et la délivrance des antalgiques opioïdes ;
- Améliorer le parcours de soins, notamment en prenant mieux en compte la dimension psychique des douleurs chroniques et en pratiquant systématiquement le risque de mésusage avant et en cours de traitement ;
- Améliorer la diffusion de l'information auprès des professionnel·les et du grand public ;
- Mieux prendre en compte les risques de mésusage, via l'élaboration de recommandations sur le bon usage des opioïdes, une attention particulière aux comportements d'automédication, la prise en compte des risques de dépendance et de mésusage dans les évaluations de médicaments menées par les autorités ;
- Mettre à dispositions des patient·es de la naloxone.

312 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

313 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.

314 Article «États-Unis : une première amende de 572 millions de dollars dans la crise des opiacés», lemonde.fr, 27/08/2019, URL : https://www.lemonde.fr/international/article/2019/08/27/crise-des-opiaces-572-millions-de-dollars-d-amende-pour-le-groupe-johnson-johnson_5503124_3210.html

315 Article «Crise des opiacés : 4 géants pharmaceutiques évitent un procès historique», lemonde.fr, 21/10/2019, URL : https://www.lemonde.fr/sante/article/2019/10/21/crise-des-opiaces-4-geants-pharmaceutiques-evitent-un-proces-historique_6016377_1651302.html

316 Voir http://www.ofma.fr/crise-des-opioides-comment-lagence-du-medicament-compte-eviter-lemballement-en-france/

317 Factsheet "Opioid strategy" de l'UNODC, URL : https://www.unodc.org/pdf/opioids-crisis/OpioidStrategy_factsheet-generic.pdf

5) Renforcer les capacités de lutte contre les stupéfiants nationales et internationales : sensibilisation, partage de bonnes pratiques et promotion de la coopération internationale.

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.

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[319]).

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·es, notamment comment réagir lorsqu'on est témoin d'une overdose.

318 CIUSSS (2016) ; Article «administrer la naloxone», Site de DOPE INC, 29/06/2018, Québec URL : http://dopeinc.info/2018/06/administrer-la-naloxone/

319 Ainsi, dans la majorité des cas, les témoins d'overdose n'appellent pas les services d'urgence (notamment, pour les usager·es 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).

320 EMCDDA (2017d) ; EMCDDA (2015)

QUE FAIRE EN SITUATION D'OVERDOSE AUX OPIOÏDES ?[318]
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.

INTERVENTIONS DE PRÉVENTION ET DE RÉDUCTION DES RISQUES LIÉS AUX OVERDOSES[320]	
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·es de drogues › Adopter une approche de promotion de la santé et de santé publique (approche globale)

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·es 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, 2016).

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·es 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.

Une loi semblable a été adoptée dans plusieurs États des États-Unis. Depuis leur adoption en 2000-2002 jusque 2014, l'incidence de la mortalité par overdose d'opiacés a connu une diminution de 15 % (McClellan et al, 2018).

DISPONIBILITÉ ET LÉGISLATION EN BELGIQUE

Plus la diffusion et la disponibilité de la naloxone est large, plus des vies peuvent être sauvées. Pour une diffusion maximale, trois publics doivent avoir accès à la naloxone : les usager·es et leur entourage, les services de police et les pompiers, et les services de secours (Townsend et al, 2019).

En Belgique, la naloxone n'est disponible qu'en milieu hospitalier et dans certains services mobiles d'urgence. Il s'agit d'un médicament de prescription, qui ne fait pas partie des substances contrôlées et que tout·e médecin peut prescrire.

Les centres hospitaliers sont équipés en naloxone et les médecins et infirmier·es sont formé·es 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·es ne sont pas formé·es 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[321]. 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[322]. Il est actuellement difficile d'estimer la 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·es à risque, des travailleurs·ses sociaux en contact avec ceux-ci ou dans les comptoirs d'échange de matériel stérile. Il n'y a pas non plus de programme de distribution de naloxone par les pairs.

Les associations de terrain ont recours à des subterfuges pour prévenir les overdoses et réagir lorsque celles-ci arrivent, en s'approvisionnant en France[323], en s'assurant que chaque travailleur·se 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.

RECOMMANDATIONS DE EXPERT·ES

Dans ses recommandations à destination de la prochaine législature, la Cellule générale politique drogues (CGPD) s'est notamment prononcée sur la nécessité de mettre à disposition la naloxone aussi largement que possible[324]. La naloxone concerne en effet non seulement les usager·es d'opioïdes, mais également les personnes souffrant de douleurs chroniques, les enfants de personnes dépendantes aux opioïdes

321 Les Ordres permanents sont écrits par un·e médecin référent·e du service d'urgence.
322 Équipe des SMUR, Communication personnelle du 23/10/2018.
323 La naloxone est désormais disponible en spray nasal en France, sur prescription.
324 Document «Réalisations 2014-2019 et recommandations pour la prochaine législature» de la CGPD (2019).

(licites ou illicites), le professionnel·les du soin, les ambulancier·es, les policier·es, les pompier·es, etc. Compte tenu des opioïdes en circulation actuellement, tant les médicaments prescrit que les nouveaux produits de synthèse, la CGPD considère que la naloxone est un médicament de premier ordre et de première ligne. La cellule recommande que la distribution de kits de naloxone soient accompagnés d'une formation portant à la fois sur l'administration du médicament et sur les premiers gestes de secours. Ce type de formation pourrait d'ailleurs permettre d'accroitre les contacts entre usager·es et centres spécialisés en assuétudes.

La CGPD recommande de mettre à disposition toutes les formes d'administration de la naloxone (intraveineuse, intramusculaire, nasale), sans en privilégier l'une ou l'autre et souligne l'importance de mener un débat quant à la légalité de l'administration de la naloxone par une personne non habilitée.

CONCLUSION

Rendre la naloxone accessible aux usager·es 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·es 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).

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[325].

PURETÉ

Par définition, les drogues illégales sont produites dans des conditions de

325 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.
326 Ainsi que 200 litres d'huile d'amphétamine.
327 Ainsi que 140 litres d'huile d'amphétamine.
328 Ainsi que 4 litres d'huile d'amphétamine.
329 Ainsi que 34,7 kg de MDMA en poudre/cristaux.
330 Ainsi que 587 kg de MDMA en poudre/cristaux.
331 Ainsi que 3 kg de LSD liquide.
332 Ainsi que 1 kg de LSD liquide.

Tableau 19 : Saisies des autres drogues illicites enregistrées par la Police Fédérale en Belgique, 2008-2018

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre de saisies des autres drogues illicites											
Héroïne	2.307	3.054	3.433	2.930	2.507	2.431	1.823	2.321	2.098	1.790	1.762
Cocaïne	3.345	4.021	3.448	3.777	3.859	3.653	3.966	3.930	4.369	4.695	5.646
Amphétamines	2.646	2.944	2.912	3.079	2.830	2.978	2.906	2.777	2.675	2.653	2.858
Métamphétamine	\	\	64	99	102	107	144	142	158	200	251
Ecstasy	1.412	921	650	919	1.098	1.338	1.609	1.644	1.692	2.088	2.462
LSD	\	\	59	85	49	76	82	118	117	105	157
GHB	\	473	503	605	550	546	464	429	475	444	447
Kétamine	\	\	\	\	\	\	\	193	282	419	759
Quantités saisies des autres drogues illicites											
Héroïne (kg)	63	275	386	140	112	1.182	149	121	99	53	4.537
Cocaïne (kg)	3.851	4.605	6.844	7.999	19.178	6.486	9.293	17.487	30.295	44.752	53.032
Amphétamines (kg)	411	49	362	112	54	178	199[326]	69	29[327]	128[328]	18
Métamphétamine (kg)	\	\	39	2	3	38	9	4	14	35	57
Ecstasy (pilules)	162.821	31.025	32.954	64.384	26.874	37.152	44.422	59.696	179.393	491.183[329]	225.908[330]
LSD (cartons)	\	\	3.924	838	225	121	410[331]	210[332]	1.418	422	257
GHB (litres)	\	104	24	82	76	45	56	30	\	2	14
Kétamine (kg)	\	\	\	\	\	\	\	2	3	33	30

Source : Police Fédérale

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 2002-2018 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[333]. Depuis lors, la concentration moyenne des échantillons d'amphétamine analysés a fortement augmenté, celle-ci étant de 35,8 % en 2018.

La pureté des échantillons de cocaïne analysés en Belgique est particulièrement élevée, la concentration moyenne étant de 72,3 % en 2018. 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.

Les échantillons d'héroïne[334] avaient une concentration moyenne de 28,9 % en 2018, 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. En 2018, la concentration moyenne des pilules analysées était 130 mg de MDMA base. 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[335]), 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). Cette augmentation de la pureté des pilules de MDMA pourrait aussi résulter d'une stratégie des producteurs, qui chercheraient à proposer un produit de grande qualité de manière à fidéliser les usager·es, afin qu'ils·elles ne se tournent pas vers le marché en ligne des NPS (Brunt et al., 2017). En effet, certaines NPS, en particulier la méthylone, ont des effets similaires à la MDMA. Quoiqu'il en soit, ce phénomène a pour conséquence que des pilules fortement dosées en MDMA sont régulièrement mises en circulation sur le territoire belge, ce qui augmente le risque de complications voire de décès en raison d'un surdosage.

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 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.

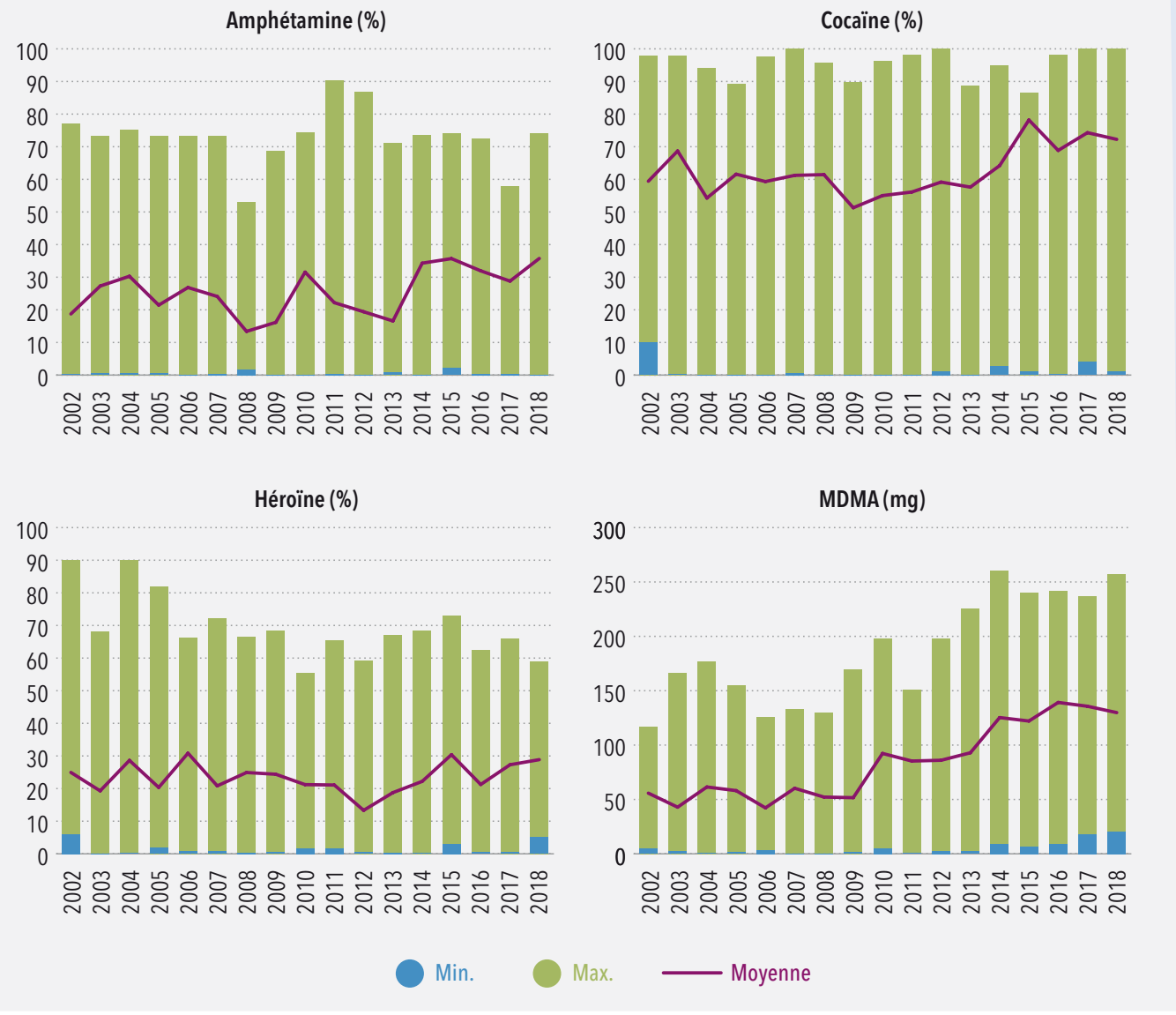
L'adultération peut avoir des conséquences dommageables en raison de la toxicité du produit de coupe, d'interactions médicamenteuses avec la drogue adultérée, ou parce que le produit de coupe ne peut être correctement métabolisé via la mode de consommation utilisé (e.g. injection). De manière générale, le nombre d'intermédiaires entre le producteur et le consommateur augmentera le risque d'adultérations multiples et peu scrupuleuses.

333 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·es 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).

334 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.

335 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, 2002-2018



Source : Sciensano (2019), National reporting package EMCDDA. Contribution non publiée.

Dans le tableau 20, nous détaillons les produits de coupe pharmacologiquement actifs[336] identifiés dans les échantillons d'amphétamine, de cocaïne et d'héroïne analysés après saisies en Belgique de 2013 à 2018, ainsi que leur concentration moyenne. Le pourcentage d'échantillons contaminés est uniquement fourni pour l'année 2018. Comme on peut le constater dans ce tableau, les conséquences néfastes de la prohibition sont clairement 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 2018, avec une concentration moyenne de 33 %. En revanche, on ne retrouve plus de 4-MA depuis plusieurs années, alors qu'on en retrouvait dans 12 % des échantillons analysés en 2013[337]. Les autres produits de coupe n'ont pas non plus été retrouvés dans les échantillons analysés en 2018.

336 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.

337 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.

Tableau 20 : Produits de coupe dans les échantillons de poudre saisis en Belgique, 2013-2018								
		2018		2017	2016	2015	2014	2013
Type de drogue	**Produit de coupe**	**% des échantillons**	**Concentration moyenne du produit de coupe (%)**					
Amphétamine	Caféine	59,1	32,6	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
Cocaïne	Lévamisole	46,8	10,7	8,9	8,2	11,8	12,9	9,0
	Phénacétine	15,4	14,8	20,4	15,7	25,9	20,0	27,0
	Paracétamol	2,0	7,9	78,0	5,1	/	/	/
	Caféine	46,8	10,7	5,4	11,9	17,3	14,1	6,7
	Hydroxyzine	7,8	2,7	3,3	5,1	0,3	2,0	4,0
	Lidocaïne	15,7	7,1	8,0	7,7	8,0	5,1	4,5
	Diltiazem	/	/	/	1,0	0,0	0,8	2,0
Héroïne	Caféine	98,8	17,7	17,0	19,3	25,1	23,2	20,0
	6-MAM	100	6,6		5,1	7,2	4,6	8,8
	Noscapine	96,4	7,7	10,6	10,2	10,1	7,5	9,0
	Papavérine	97,6	0,4	0,6	0,7	1,1	1,0	0,8
	Paracétamol	69,1	34,4	35,0	40,3	42,1	43,0	40,0

Source : Sciensano (2019), National reporting package EMCDDA. Contribution non publiée.

Tableau 21 : Évolution du prix des drogues à la vente au détail en Belgique, 2007-2018												
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Héroïne (euro/g)	25,0	24,6	23,5	24,6	28,7	27,4	27,7	24,8	22,1	23,4	25,4	19,2
Cocaïne (euro/g)	48,23	49,28	50,86	50,1	54,2	55,3	52,4	57,0	53,5	60,7	52,2	56,0
Amphétamines (euro/g)	10,5	7,6	9,8	8,1	7,6	8,9	8,0	9,5	8,8	10,0	9,6	9,6
Ecstasy (euro/comprimé)	4,01	3,62	3,80	4,1	4,8	6,5	5,2	4,9	5,7	6,8	5,2	5,6
LSD (euro/carton)	8,33	8,25	10,0	12,0	11,8	6,5	10,4	9,2	9,4	5,0	8,0	15,0
Kétamine (euro/g)	/	/	/	/	30,0	25,0	27,7	27,6	29,1	32,5	29,7	24,6

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

Les échantillons de cocaïne sont régulièrement coupés avec du lévamisole (46,8 % des échantillons en 2018), 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 souvent coupée avec de la caféine (46,8 % des échantillons en 2018), de la lidocaïne (un anesthétique local ; 15,7 %) ou de la phénacétine (15,4 % des échantillons en 2018). 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 (7,8 % des échantillons en 2018) ou du paracétamol (2 % des échantillons en 2018).

Enfin, les échantillons d'héroïne analysés de 2013 à 2018 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[338] et papavérine). Leur présence et leur concentration varient en fonction de la méthode de synthèse et de l'efficacité des

338 La noscapine peut toutefois également être synthétisée et volontairement utilisée comme adultérant (Klemenc, 2000).

procédures utilisées. Le produit de coupe dont la concentration est la plus élevée est le paracétamol (qui compose les échantillons à 35 %-40 %).

PRIX

Après avoir été longtemps stable et d'environ 25 euros le gramme, le prix de l'héroïne brune semble avoir diminué en 2018. Le prix de la cocaïne oscille aux alentours de 50 euros le gramme (56 euros en moyenne en 2018). Le prix des pilules d'ecstasy est d'environ 5 à 6 euros par unité, et celui des amphétamines d'environ 10 euros le gramme. Un carton de LSD coute environ 10 euros (la moyenne mentionnée en 2018 doit être considérée avec prudence car elle ne repose que sur deux signalements). Finalement, le prix de la kétamine est d'environ 25 euros le gramme.

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 2018. 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 de l'usage au cours des 30 derniers jours d'une drogue illicite autre que le cannabis ; 4) la prévalence d'usage de cocaïne et d'amphétamines ou ecstasy au cours des 12 derniers mois ; 5) la prévalence d'usage de kétamine, et d'hallucinogènes au cours des 12 derniers mois (non ventilée en raison des petits effectifs).

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·e enquêteur·rice à son domicile.

LA SITUATION EN 2018

En 2018, la prévalence de l'**usage au cours de la vie** d'une drogue illicite autre que le cannabis était de 6,8 % dans la population wallonne âgée de 15 à 64 ans. Les tranches d'âge les plus concernées sont celles des 25-34 ans (11,4 %) et des 35-44 ans (11,1 %). Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir déjà consommé d'autres drogues que le cannabis, en particulier les hommes de 25-34 ans (19 %) et de 35-44 ans (15,7 %). En revanche, 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 1,9 % dans la population wallonne âgée de 15 à 64 ans. Les tranches d'âge les plus concernées sont à nouveau celles des 25-34 ans (3,1 %) et des 35-44 ans (3,7 %). Les hommes sont de nouveau davantage concernés que les femmes par l'usage récent d'autres drogues illicites que le cannabis, mais on n'observe pas de différence en fonction du niveau d'instruction des répondant·es. La prévalence d'usage par produit (les plus souvent cités) est fournie à titre complémentaire.

La prévalence de l'**usage au cours des 30 derniers jours d'une drogue illicite autre que le cannabis** était de 0,5 % dans la population wallonne âgée de 15 à 64 ans. Les hommes sont beaucoup plus concernés que les femmes. En revanche, les différences d'âge sont minimes. Ce type d'usage ne varie pas en fonction du niveau d'instruction des répondant·es.

Tableau 22 : Prévalence de l'usage des drogues illicites autres que le cannabis dans la population générale en Wallonie, par âge et par genre, 2018

	15-24 ans % (n=282)	25-34 ans % (n=306)	35-44 ans % (n=380)	45-54 ans % (n=458)	55-64 ans % (n=436)	Total % (N=1.862)
Prévalence de l'usage d'une autre drogue illicite que le cannabis au cours de la vie						
Hommes	4,1	19,0	15,7	7,2	2,7	9,8
Femmes	3,1	4,0	6,6	3,6	2,7	4,0
Total	3,6	11,4	11,1	5,3	2,7	6,8
Prévalence de l'usage d'une autre drogue illicite que le cannabis au cours des 12 derniers mois						
Hommes	3,5	5,5	3,8	1,3	0,0	2,8
Femmes	1,3	0,8	3,6	0,0	0,0	1,1
Total	2,5	3,1	3,7	0,7	0,0	1,9
Prévalence de l'usage d'une autre drogue illicite que le cannabis au cours des 30 derniers jours						
Hommes	1,6	0,6	0,8	1,3	0,0	0,9
Femmes	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,1
Total	0,8	0,3	0,6	0,7	0,0	0,5
Prévalence de l'usage d'une autre drogue illicite que le cannabis au cours des 12 derniers mois, par produit						
Amphétamine/ Ecstasy	1,9	1,5	0,0	0,6	0,0	0,8
Cocaïne	1,8	1,1	1,1	0,0	0,0	0,7
Héroïne et opioïdes non-prescrits	0,5	0,3	2,6	0,7	0,0	0,8
Kétamine	/	/	/	/	/	0,2
Hallucinogènes	/	/	/	/	/	0,2

Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

TENDANCES ET ÉVOLUTION

En Wallonie, les prévalences d'usage sur la vie et au cours des 12 derniers mois d'une autre drogue illicite que le cannabis étaient relativement stables entre 2008 et 2013, mais elles ont considérablement augmenté en 2018.

Il est également important d'examiner l'évolution de ces indicateurs dans le temps en tenant compte de l'âge et du genre des répondant·es, 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, la prévalence d'usage au cours des 12 derniers mois d'une autre drogue illicite que le cannabis est supérieure à celle observée en 2013, mais elle est équivalente à celle de 2008, tant chez les hommes (2008 : 3,1 % ; 2013 : 0,3 % ; 2018 : 3,5 %) que chez les femmes (2008 : 1,6 % ; 2013 : 0,5 % ; 2018 : 1,3 %). Toutefois, lorsque l'on s'intéresse plus spécifiquement à la consommation de psychostimulants, on observe une légère augmentation de l'usage de cocaïne et d'amphétamine/ecstasy au cours des 12 derniers mois, mais uniquement chez les hommes (voir figure 23). En ce qui concerne les autres tranches d'âge, aucune évolution notable n'est identifiée pour l'usage au cours des 12 derniers mois d'une autre drogue illicite que le cannabis, hormis chez les 35-44 ans, où une nette augmentation est observée (2008 : 0,9 % ; 2013 : 0,5 % ; 2018 : 3,7 %). Cette augmentation est en grande partie due à une plus grande prévalence de la consommation d'héroïne ou d'opioïdes non-prescrits chez les hommes (2008 : 0 % ; 2013 : 0,8 % ; 2018 : 1,9 %) et chez les femmes (2008 : 0 % ; 2013 : 0 % ; 2018 : 3,3 %) de cette tranche d'âge.

L'USAGE DES AUTRES DROGUES ILLICITES CHEZ LES ÉLÈVES DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

LES INDICATEURS

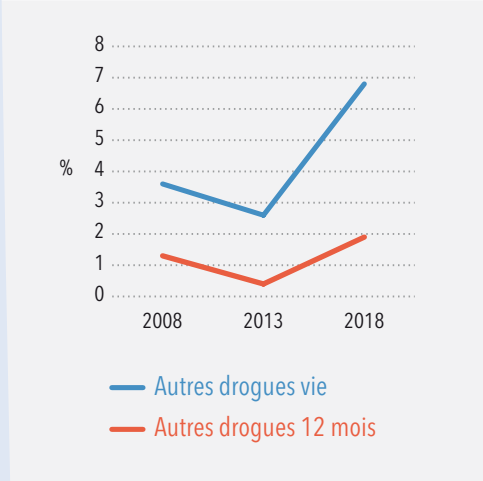
En Fédération Wallonie-Bruxelles, l'usage des autres drogues illégales est uniquement estimé dans la population scolarisée dans l'enseignement secondaire via un questionnaire administré dans le cadre de l'enquête HBSC, dont la dernière levée a été réalisée en 2014. En nous focalisant sur la Wallonie, 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 5e et 6e primaire ainsi que de l'ensemble des élèves de l'enseignement secondaire, seuls appartenant au 2e degré du secondaire (4e 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 7e année professionnelle. Pour ces raisons, les différences d'âge sont fournies à titre indicatif et doivent être considérées avec prudence.

LA SITUATION EN 2014

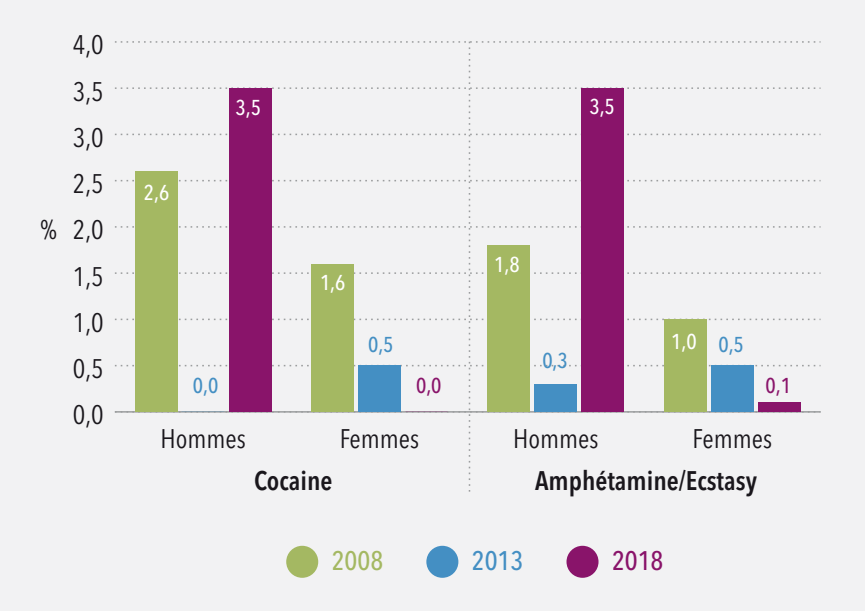
La prévalence de l'**usage au cours de la vie d'une drogue illicite autre que le cannabis** était de 10,5 % chez les élèves de 15 ans et plus scolarisés dans l'enseignement secondaire supérieur francophone de la Wallonie. Elle est un

Figure 22 : Évolution de l'usage des autres drogues illégales que le cannabis dans la population générale en Wallonie, 2008-2018



Source : Enquête HIS 2018 (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, 2008-2018



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

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 23.

Tableau 23 : 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 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)

L'USAGE DES AUTRES DROGUES ILLICITES CHEZ LES USAGER·ES DE DROGUES EN BELGIQUE FRANCOPHONE

L'enquête Eurotox[339] menée en 2019 auprès d'un certain nombre d'usager·es de drogues vivant en Belgique francophone s'intéressait à l'ensemble des drogues illicites. La consommation déclarée des principales substances illicites autres que le cannabis est documentée dans le tableau 24. Quelques éléments de ce tableau méritent d'être soulignés :

- Les psychostimulants, en particulier la cocaïne (en poudre) et l'ecstasy, sont les substances illicites autres que le cannabis les plus consommées. La majorité des usager·es de ces produits en ont consommé récemment.
- Les psychostimulants sont les substances les plus consommées de manière régulière.
- La proportion relative de «quitteurs» (personnes ayant consommé un produit mais n'en consommant apparemment plus) est la plus faible pour la cocaïne et l'ecstasy/MDMA, ce qui suggère que ces substances sont actuellement les plus populaires dans notre échantillon.
- Près de 1 répondant·e sur 10 à déjà consommé du crack/freebase.
- Les psychédéliques (LSD/champignons hallucinogènes) sont les substances qui ont le plus fait l'objet d'un usage uniquement expérimental.
- L'usage de kétamine est relativement élevé puisqu'un tiers des répondant·es en ont déjà consommé. L'usage récent de ce produit est également assez fréquent, et près de 1 répondant·e sur 10 en consomme régulièrement.

Les différences régionales doivent être considérées avec prudence dans la mesure où les échantillons régionaux ne sont pas parfaitement comparables : les Bruxellois·es ont globalement un niveau socioéconomique plus élevé les Wallon·nes. La ventilation par région est donc fournie à titre indicatif.

339 Voir chapitre 5 pour une brève présentation. Pour rappel, il s'agissait d'une enquête en ligne, sans méthode d'échantillonnage. Les résultats de cette enquête doivent être extrapolés avec prudence et ne peuvent être considérés comme représentatifs de tous les usager·es de drogues vivant en Belgique francophone.

340 22 répondant·es ne s'identifiaient ni comme homme ni comme femme. Ils·elles ne sont donc repris que dans le total. Et 41 répondant·es habitaient en Flandre.

Tableau 24 : Prévalence d'usage des autres drogues illicites parmi les usager·es belges de l'enquête Eurotox, 2019

		Hommes (n=1.198) %	Femmes (n=527) %	Wallonie (n=1.028) %	Bruxelles (n=678) %	Total (N=1.747)[340] %
Ecstasy/MDMA						
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	11,2	9,9	11,2	10,3	10,9
	Occasionnel	6,8	6,8	6,8	6,9	6,8
	Régulier	8,2	5,7	7,9	6,5	7,3
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	24,8	19,9	20,3	28,0	23,5
	Régulier	13,4	13,3	10,4	18,3	13,5
Usage sur la vie		64,4	55,6	56,6	70,0	62,0
Cocaïne (poudre)						
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	10,0	8,2	8,9	10,2	9,3
	Occasionnel	7,2	6,6	5,8	8,8	7,0
	Régulier	3,8	4,6	3,8	4,3	3,9
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	20,3	18,2	18,7	21,8	19,9
	Régulier	15,2	10,2	13,1	15,6	13,9
Usage sur la vie		56,5	47,8	50,3	60,7	54,0
LSD/champignons						
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	23,2	20,1	20,6	25,1	22,1
	Occasionnel	9,6	6,6	7,8	9,9	8,7
	Régulier	4,5	3,2	3,5	4,7	4,1
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	15,0	9,1	12,7	14,3	13,5
	Régulier	2,9	2,1	2,6	2,7	2,6
Usage sur la vie		55,2	41,1	47,2	56,7	51,0
Amphétamine (speed)						
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	12,7	9,5	10,5	13,6	11,7
	Occasionnel	6,7	5,1	6,2	6,0	6,1
	Régulier	4,8	5,1	5,8	3,7	4,9
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	13,4	10,1	11,3	15,0	12,7
	Régulier	7,8	8,2	6,5	9,9	8,0
Usage sur la vie		45,4	38,0	40,3	48,2	43,4

Tableau 24 : Prévalence d'usage des autres drogues illicites parmi les usager·es belges de l'enquête Eurotox, 2019 (suite)						
		Hommes (n=1.198) %	Femmes (n=527) %	Wallonie (n=1.028) %	Bruxelles (n=678) %	Total (N=1.747)[339] %
Kétamine						
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	9,3	8,3	8,6	10,6	9,2
	Occasionnel	3,9	3,4	3,5	4,0	3,7
	Régulier	1,9	0,9	1,8	1,6	1,7
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	12,4	8,3	10,7	11,8	11,2
	Régulier	8,2	5,5	7,7	6,8	7,4
Usage sur la vie		35,7	26,4	32,3	34,8	33,2
GHB						
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	5,3	1,5	3,5	5,5	4,3
	Occasionnel	1,8	1,3	1,8	1,3	1,7
	Régulier	0,4	0,0	0,3	0,3	0,3
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	2,6	2,1	1,8	3,2	2,4
	Régulier	0,8	0,0	0,5	1,0	0,7
Usage sur la vie		10,9	4,9	7,9	11,3	9,4
Crack/freebase						
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	3,5	2,8	2,8	4,3	3,3
	Occasionnel	1,5	0,8	1,4	1,2	1,3
	Régulier	1,4	0,8	1,1	1,2	1,2
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	1,6	0,4	1,2	1,3	1,2
	Régulier	1,5	0,9	1,7	0,7	1,3
Usage sur la vie		9,5	5,7	8,2	8,7	8,3
Héroïne						
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	2,3	2,1	2,7	1,6	2,3
	Occasionnel	1,2	0,9	1,0	1,3	1,1
	Régulier	0,8	1,1	1,0	0,9	0,9
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	0,9	0,2	0,5	1,0	0,7
	Régulier	1,1	0,0	1,0	0,4	0,7
Usage sur la vie		6,3	4,3	6,2	5,2	5,7

Légende : Usage passé expérimental : 1 ou 2 fois ; usage passé occasionnel : moins de 20 fois ; usage passé régulier : plus de 20 fois ; usage récent occasionnel (moins d'une fois par mois) ; usage récent régulier (1 fois par mois ou plus).
Source : Eurotox

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, mais en augmentation en 2018 dans la population générale. En particulier, on observe une augmentation de la consommation de psychostimulants chez les hommes de 15-24 ans ainsi que de l'héroïne ou des opioïdes non-prescrits chez les hommes et les femmes de 35-44 ans. L'enquête Eurotox 2019 montre aussi que la consommation des autres drogues que le cannabis est relativement fréquente en Belgique francophone chez les usager·es de drogues socialement insérés. En particulier, certains produits, tels que la kétamine, sont consommés de manière relativement courante par les usager·es ayant participé à cette enquête. Ces enquêtes ne témoignent néanmoins 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 importante en Belgique, comme en témoignent les statistiques policières, et à des prix souvent inférieurs à ceux pratiqués dans bon nombre de pays européens. Cette offre est fondamentalement motivée 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·es. 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

LA KÉTAMINE : UN USAGE EN EXPANSION

Depuis environ deux ans, plusieurs signalements font état d'une consommation relativement répandue de kétamine, y compris en milieu festif selon les données récoltées par Modus Vivendi. La kétamine[341] est un médicament utilisé comme anesthésique général en médecine humaine et vétérinaire ainsi que comme antidouleur et sédatif dans certaines situations. À dose faible ou modérée, la kétamine induit principalement un sentiment de stimulation, d'euphorie et de bien-être (sensation de flottement), ainsi qu'une désinhibition. Elle entraîne également des distorsions sensorielles. Ces effets sont considérés comme «indésirables» en usage médical, et ce sont ceux qui sont principalement recherchés lors d'un usage détourné récréatif. À plus forte dose, elle a un effet sédatif, anesthésiant, et psychédélique (sensation de rêve éveillé, hallucinations visuelles et auditives, déréalisation), rendant la personne indifférente aux stimulations sensorielles et au monde extérieur. On parle alors d'effet dissociatif (séparation corps et esprit). Et en cas de surdosage, la kétamine peut provoquer une perte totale des repères spatio-temporels et du contact avec la réalité ainsi que des hallucinations intenses, une décorporation (impression de sortir de son corps) et une dépersonnalisation (perte de sens de soi-même), état communément appelé «K-Hole». Cet état est parfois décrit comme étant similaire à une expérience de mort imminente.

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 chapitre 1.1.2).

La prohibition favorise aussi les problèmes de santé qu'elle est censée prévenir, parce que 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 aux soins et frêne la détection précoce des usages problématiques. En outre, les prix pratiqués sont tels qu'un certain nombre d'usager·es précarisé·es 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% des dépenses étaient allouées à la répression et la sécurité, alors que celles allouées à la prévention et à la réduction des risques ont respectivement été estimées à 1,02% et 0,37% (CGPD, 2018).

Les conséquences socio-sanitaires (morbidité, mortalité,…) de la consommation des autres drogues illégales que le cannabis seront abordées dans un chapitre dédié.

341 Pour plus de détails sur ce produit, voir la brochure "Kétamine" éditée récemment par Modus Vivendi. http://www.modusvivendi-be.org/spip.php ?article55

6.2.6. 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 la loi 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*[342], 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

342 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).

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)[343] 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 physiques ou en ligne. Certaines NSP sont également disponibles sur le darkweb, en particulier les NSP les plus populaires ayant fini par être interdites (e.g. Al-Imam & AbdulMajeed, 2017).

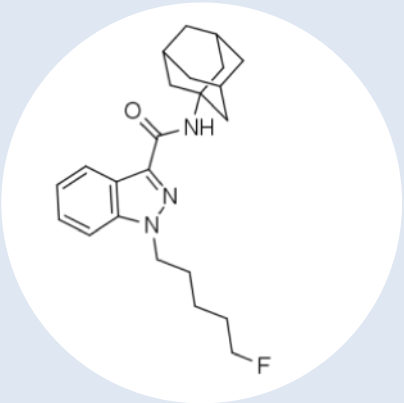
Un relevé réalisé par l'OEDT montre clairement que le nombre de sites de vente en ligne n'a cessé de croître ces dernières années. Ainsi, alors qu'en janvier 2010 un total de 170 sites Internet vendaient certains euphorisants légaux prédéfinis (non limités aux nouvelles drogues de synthèse) à au moins 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).

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 et enfin 55 en 2018. Le nombre total de nouvelles substances surveillées s'élève donc à plus de 730. Environ 50 % d'entre elles sont détectées dans l'UE chaque année, ce qui souligne la grande diversité des substances circulant sur ce marché mais également leur constant renouvellement. Le système d'alerte précoce (voir chapitre 8.2) 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, 18 en 2017 et 5 en 2018.

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.

343 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 ; et 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 2 mg, 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 3 g 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 imprévisible et dangereux. Enfin, une fiole de 5 ml d'e-liquid permettant d'assurer environ 30 doses coute aux alentours de 15 euros.

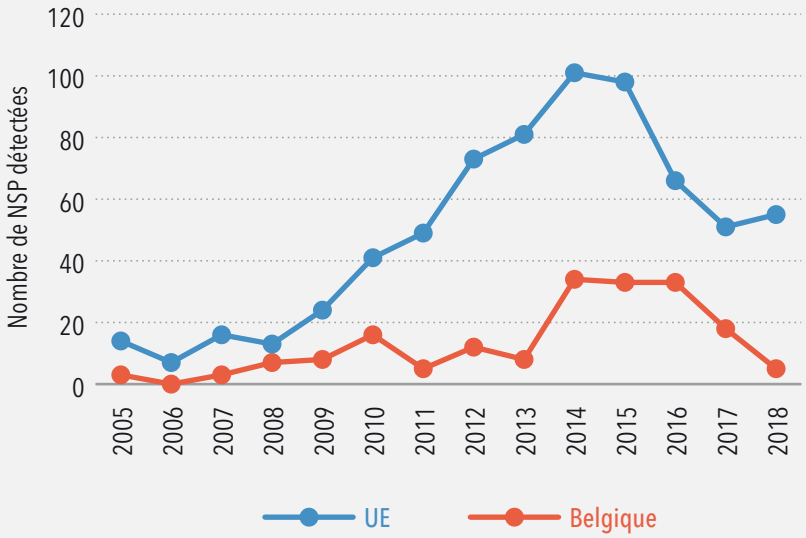


5 à 20 euros/g
Pureté annoncée : 98 %
± 1000 doses

15 euros/3 g
Pureté annoncée : 8 %
± 200 doses

15 euros/5 ml
Pureté annoncée : 30 %
± 30 doses

Figure 24 : Nombre de NSP détectées en Belgique et en Europe de 2005 à 2018



Sources : EMCDDA (2019) & Belgian national focal point (2019), National reporting package EMCDDA. Not published contribution, Sciensano, Brussels

Dans toute l'Europe (États membres + Norvège et Turquie), les services répressifs ont déclaré près de 65.000 saisies de nouvelles substances psychoactives au EWS en 2017. En 2014, ce nombre avoisinait 42.000 saisies (EMCDDA, 2019). En 2017, les cannabinoïdes de synthèse représentaient 51 % des saisies, les cathinones synthétiques[344] 24 %, les benzodiazépines 5 %, les opioïdes 2 % et les autres substances (dont les phénéthylamines[345]) 18 %. Toujours en 2017, les NSP saisies se présentaient le plus souvent sous forme de poudre (2,8 tonnes au total). Près de 240 kg de matières végétales ont également été saisis (le plus souvent des mélanges à fumer à base de cannabinoïdes de synthèse). Environ 2,8 millions de comprimés[346], 23.000 buvards

344 Catégorie de substances ayant une structure moléculaire et des effets semblables aux amphétamines.

345 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.

346 Environ 2,4 millions de comprimés contenant des benzodiazépines non réglementées, et 0,4 millions d'autres formes de comprimés (par exemple des pilules d' «ecstasy», ne contenant des NSP et non de la MDMA).

et 490 litres de liquides contenant à chaque fois une ou plusieurs NSP ont également été interceptés. Les liquides étaient parfois conditionnés en spray nasal ou en recharge de e-liquide pour cigarette électronique.

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·es 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).

Toutes les NSP ne sont pas forcément dangereuses, mais le manque de connaissance sur leur profil pharmacologique et toxicologique expose l'usager·e à des risques indéterminés. Certaines NSP s'avèrent particulièrement dangereuses et depuis 1997, au départ des informations récoltées par l'EWS, une procédure d'évaluation des risques a été initiée à la demande du Conseil de l'UE pour 32 molécules particulièrement suspectes : 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.

OPIOÏDES ET BENZODIAZÉPINES : NOUVELLES CLASSES DE NSP ÉMERGENTES

Si les benzodiazépines et les opioïdes de synthèse semblent être des catégories de produit relativement marginales sur le marché des NSP, elles ont particulièrement évolué ces dernières années et méritent une attention particulière, d'une part parce qu'il s'agit de catégories de produits qui peuvent attirer des personnes qui ont développés une dépendance ou un usage abusif à des médicaments qui leur étaient initialement délivrés sous prescription médicale, et d'autre part en raison de leur dangerosité intrinsèque (en particulier dans le cas des opioïdes dérivés du fentanyl). Depuis une dizaine d'années, 49 nouveaux opioïdes de synthèse ont été détectés sur le marché européen des drogues, dont 11 en 2018. En ce qui concerne les benzodiazépines, 28 sont apparues ces dernières années.

En 2017, 1.300 saisies d'opioïdes de synthèse ont été enregistrées en Europe, dont 70 % portaient sur des dérivés du fentanyl. Au total, environ 17 kg de poudre, 1,8 litres de liquide, et 29.000 comprimés d'opioïdes de synthèse ont été saisis en 2017. Même si ces quantités paraissent faibles, elles doivent être pondérées en raison de la puissance de ces molécules. Dans certains cas, ces substances étaient présentes sur des buvards ou des matières végétales à fumer. Toujours en 2017, 3.500 saisies de nouvelles benzodiazépines (c'est-à-dire non réglementées en tant que produit pharmaceutique) ont été enregistrées en Europe, portant sur 2,4 millions de comprimés, 27 kg de poudre, 1,4 litre de liquide et 2.400 buvards.

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 2018) ; 2) l'achat de NSP en ligne au cours des 12 derniers mois (Global Drug Survey 2016).

LA SITUATION EN 2018

Selon l'**enquête HIS 2018**, l'usage de NSP au cours des 12 derniers mois serait anecdotique dans la population générale en Wallonie, puisqu'il ne concernerait que 0,5 % des 15-64 ans, un niveau de prévalence légèrement supérieur mais statistiquement équivalent à celui observé en 2013 (0,1 %). La ventilation par genre et par classe d'âge n'est pas possible en raison du petit nombre de personnes concernées par l'usage de ce produit.

L'enquête **Global Drug Survey**[347] 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 répondant·es 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 répondant·es belges (5,9 % les 12 derniers mois). Enfin, 5,1 % des répondant·es belges ont déclaré avoir acheté au moins une fois une ou plusieurs NSP en ligne au cours des 12 derniers mois. Les résultats de cette enquête témoignent de l'intérêt d'un sous-groupe d'usager·es pour ces nouveaux produits. Plus généralement, 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.

347 Il s'agit d'une enquête en ligne sans méthode d'échantillonnage. Les résultats de cette enquête ne sont donc 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.

LA CONSOMMATION DE NOUVEAUX PRODUITS DE SYNTHÈSE (NPS) 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, 2019). 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·es, 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 puisse rendre 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·es de doser la concentration de NPS en les diluant eux-mêmes dans le e-liquide, mais aussi de la plus grande discrétion que confère ce mode de consommation. De plus, les cigarettes électroniques de dernière génération permettent de régler la puissance et le flux de vapeur (FARES, 2016). Des flacons de liquide déjà dosés (y compris en THC ou en cannabinoïdes de synthèse) sont évidemment en vente sur le marché noir, voire parfois sur Internet ; cependant leur concentration en principe actif et leur composition sont souvent peu ou pas connues, ce qui comporte des risques non-négligeables pour les usager·es. En France, plusieurs cas d'intoxication ont été enregistrés en 2019 suite à la consommation d'e-liquide contenant des cannabinoïdes de synthèse (dont le fameux Buddha Blues).

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).

LA SITUATION EN 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[348] âgés de 15 à 24 ans (voir tableau 25). 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[349]) ont déjà consommé au moins une fois un euphorisant légal.

Les jeunes qui ont consommé des *legal highs* au cours des 12 derniers mois[350] les ont généralement achetés ou reçus d'un ami (68 % des Européen·nes et 87 % des Belges) ou achetés auprès d'un dealer (27 % des Européen·nes et 35 % des Belges).

Tableau 25 : 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

348 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.

349 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.

350 Au total 508 jeunes européen·nes 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.

Tableau 26 : Prévalence d'usage de NSP parmi les usager·es belges de l'enquête Eurotox, 2019						
		Hommes (n=1.198) %	Femmes (n=527) %	Wallonie (n=1.028) %	Bruxelles (n=678) %	Total (N=1.747)[352] %
NSP						
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	5,8	2,7	5,0	5,0	4,9
	Occasionnel	1,8	0,4	1,3	1,3	1,3
	Régulier	0,6	0,6	0,5	0,7	0,6
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	6,3	5,3	5,1	7,7	6,2
	Régulier	4,5	2,7	4,4	3,5	4,0
Usage sur la vie		19,0	11,7	16,3	18,2	17,0
Usage 12 derniers mois		10,8	8,0	9,5	11,2	10,2
Usage 30 derniers jours		9,1	6,5	7,9	9,1	8,5

Légende : Usage passé expérimental : 1 ou 2 fois ; usage passé occasionnel : moins de 20 fois ; usage passé régulier : plus de 20 fois ; usage récent occasionnel (moins d'une fois par mois) ; usage récent régulier (1 fois par mois ou plus).
Source : Eurotox

En revanche, ils les ont rarement achetés sur Internet (3 % des Belges et 3 % des Européen·nes), 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 Européen·nes et 100 % des Belges), ou lors d'une fête ou d'un événement (65 % des Européen·nes et 76 % des Belges). Mais une portion non négligeable des répondants les a consommées seul et en privé (15 % des Européen·nes et 9 % des Belges), ce qui peut s'avérer particulièrement dangereux en cas de complications.

Tableau 27 : Raisons de la consommation de NSP parmi les personnes ayant déclaré en avoir déjà consommé, 2019			
	Hommes (n=176) %	Femmes (n=45) %	Total (N=229[353]) %
Opportunisme (via un proche/connaissance)	52,3	66,7	55,9
Aime tester des nouveaux produits	44,9	57,8	48,0
Disponibilité sur Internet	27,3	11,1	24,0
Légalité	17,6	13,3	16,6
Meilleure qualité (pureté) que les drogues classiques	14,2	8,9	13,1
Disponibilité dans des smartshops	10,8	13,3	10,9
Moins chères que les drogues classiques	10,2	8,9	9,6
Plus puissantes que les drogues classiques	5,7	8,9	6,1
Peu détectable dans les tests urinaires/salivaires	2,8	2,2	2,6
Packaging attractif	1,7	4,4	2,2
Autre	1,1	2,2	1,3

Source : Eurotox

L'USAGE DES NOUVELLES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES USAGER·ES DE DROGUES EN BELGIQUE FRANCOPHONE

L'enquête Eurotox[351] menée en 2019 auprès d'un certain nombre d'usager·es de drogues vivant en Belgique francophone s'intéressait aussi à l'usage de nouvelles substances psychoactives. La prévalence d'usage sur la vie dans cet échantillon d'usager·es de drogues s'élève à 17 %, la prévalence d'usage les 12 derniers mois à 10,2 % et la prévalence d'usage les 30 derniers jours à 8,5 %. L'usage régulier de ces produits est peu élevé (4 % d'usage régulier les 12 derniers mois). L'usage de NSP concerne davantage les hommes que les femmes, la différence étant surtout marquée au niveau de l'usage sur la vie. L'usage de NSP ne varie pas en fonction de l'âge des répondant·es, et il est statistiquement équivalent dans les deux régions francophones.

Les personnes ayant consommé au moins une fois des NPS ont été interrogées sur les raisons principales (3 maximum) expliquant leur consommation de ces substances. Certaines réponses sont clairement plus fréquentes que d'autres. Parmi les réponses les plus fréquemment évoquées, on retrouve avant tout l'opportunisme (55,9 %) et le fait d'apprécier tester de nouveaux produits (48 %). La légalité et le fait de pouvoir facilement se les procurer sur Internet sont respectivement cités par 24 % et 16,6 % des usager·es. Les raisons évoquées sont globalement variées et l'attrait pour ces produits semble répondre à des motivations clairement distinctes en fonction des usager·es. Ce constat suggère qu'il existerait des sous-groupes d'usager·es de NSP (e.g. les psychonautes, les opportunistes, les usager·es qui cherchent à dissimuler leur consommation de drogues, les usager·es surtout intéressés par le rapport qualité-prix), qui pourraient avoir des profils d'usage, voire des profils sociodémographiques distincts (Gruslin, 2019).

351 Voir chapitre 5 pour une brève présentation. Pour rappel, il s'agissait d'une enquête en ligne, sans méthode d'échantillonnage. Les résultats de cette enquête doivent être extrapolés avec prudence et ne peuvent être considérés comme représentatifs de tous les usager·es de drogues vivant en Belgique francophone.

352 22 répondants ne s'identifiaient ni comme homme ni comme femme. Ils ne sont donc repris que dans le total. Et 41 répondants habitaient en Flandre.

353 Non-réponses : 69 (23,2 %).

Tableau 28 : Types de NSP consommées durant les 30 derniers jours par les usager·es actifs, 2019

	Hommes (n=109) %	Femmes (n=34) %	Total (N=148) %
Hallucinogènes (triptamines…)	52,7	41,2	49,1
Cannabis de synthèse (type spice)	35,5	47,0	38,3
Stimulantes (cathinones…)	30,0	23,5	28,1
Cannabinoïdes de synthèse (RC)[354]	24,5	35,3	27,4
Benzodiazépines	19,1	32,4	22,1
Dissociatives (Méthoxétamine, 3-MéO-PCP…)	23,6	14,7	20,8
Opioïdes et apparentés	4,5	8,8	5,3
Autre	10,0	5,8	9,4

Source : Eurotox

Tableau 29 : Raisons de la non-consommation de NSP parmi les personnes ayant déclaré n'en avoir jamais consommé, 2019

	Hommes (n=949) %	Femmes (n=453) %	Total (N=1414[355]) %
Ne connait pas assez ces substances	43,4	49,9	45,3
Jamais entendu parler de NSP	35,7	43,9	38,7
Jamais eu l'opportunité	33,8	36,0	34,7
Les NSP peuvent être dangereuses pour la santé	25,7	24,3	25,1
Qualité satisfaisante des drogues classiques	22,7	11,7	19,1
Ne préfère pas acheter des drogues sur Internet	16,5	20,5	17,8
Accessibilité élevée des drogues classiques	15,6	11,5	14,1
Prix satisfaisant des drogues classiques	4,4	2,4	3,7
Pas d'envie/intérêt	3,4	4,6	3,7
Prix trop élevé des NSP	0,9	0,9	0,9
Connait des personnes qui ont eu des problèmes de santé à cause des NSP	2,4	2,4	2,4
Autre	2,9	3,0	4,2

Source : Eurotox

Comme on peut le voir dans le tableau 28, les NSP hallucinogènes sont les plus fréquentes à avoir été consommées (49,1 %) par les personnes ayant déclaré avoir consommé des NSP durant les 30 derniers jours, suivies par le cannabis de synthèse (herbe préparée de type Spice ; 38,3 %). Les autres types de NSP ont été consommées au cours des 30 derniers jours par environ un quart des usager·es actifs de ce type de produits, à l'exception des opioïdes, qui sont consommées plus exceptionnellement (5,3 %). Les différences de genre ne sont pas statistiquement significatives.

Pour interpréter la faible prévalence de consommation de NSP en Belgique par rapport à d'autres pays européens, nous évoquions généralement les hypothèses suivantes (voir Hogge, 2014) : 1) la Belgique est un pays où les drogues classiques sont facilement disponibles et avec un rapport qualité/prix satisfaisant pour le consommateur·rice ; 2) la Belgique est un pays où les smartshops ne sont pas autorisés, ce qui limite leur disponibilité aux achats par Internet et à la revente/don par un tiers. Afin de vérifier plus systématiquement le faible intérêt apparent des Belges francophones pour les NSP, nous avons demandé aux personnes n'ayant jamais consommé de NPS d'en mentionner les raisons principales (3 maximum). Nos explications se retrouvent peu ou prou dans les raisons avancées par les répondant·es, puisque l'absence d'opportunité (34,7 %), le fait de n'avoir jamais entendu parler de NSP (38,7 %), le fait de ne pas vouloir acheter des drogues sur Internet (17,8 %), la qualité des drogues classiques (19,1 %), leur accessibilité (14,1 %) et leur prix satisfaisant (3,7 %) sont des raisons effectivement évoquées par les répondant·es pour justifier leur non-consommation de ces substances. Mais il apparait aussi que la non-consommation s'explique en partie par des raisons que l'on peut considérer comme des motivations sanitaires : manque de connaissance de ces substances (45,3 %), substances perçues comme dangereuses pour la santé (25,1 %), connaissance de personnes ayant eu des problèmes de santé après en avoir consommé (2,4 %). Les différences de genre ne sont pas significatives, hormis le fait de mentionner que la qualité de drogues classiques est satisfaisante (davantage mentionné par les hommes que par les femmes) et le fait de n'avoir jamais entendu parler de NSP (davantage rapporté par les femmes que par les hommes).

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, quoiqu'elle ne semble 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

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

355 Non-réponses : 35 (2,4 %).

et l'importation de drogues illégales est importante, les produits classiques (cannabis, MDMA, amphétamines, héroïne, cocaïne…) sont facilement disponibles et avec un rapport qualité/prix satisfaisant pour le consommateur·rice, ce qui pourrait expliquer le faible intérêt des Belges pour les produits alternatifs. L'enquête que nous avons réalisée en 2019 suggère que des motifs d'ordre sanitaires expliquent également le faible intérêt des Belges pour ces nouveaux produits. Mais elle suggère également qu'il existerait des sous-groupes d'usager·es de NSP, qui se tournent vers ses produits pour des motifs distincts (e.g. les psychonautes, les opportunistes, les usager·es qui cherchent à dissimuler leur consommation de drogues, les usager·es surtout intéressés par le rapport qualité-prix).

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·es 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 ; et 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 attractifs), peut en outre induire un sentiment de sécurité fallacieux et dangereux chez les consommateur·rices 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[356]. Actuellement, 16 pays de l'Union Européenne ont mis en place des systèmes de contrôle générique similaire (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*[357] devient un mode alternatif et discret d'accès aux produits interdits, et que d'autres alternatives encourageantes sont initiées (les marchés réglementés, les cannabis social club), cette nouvelle forme d'approche législative ne permettra probablement que de réguler partiellement la disponibilité de ces nouveaux produits.

Nous renvoyons le lecteur ou la lectrice intéressé·e 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.

356 Pour une présentation critique de cette loi, voir 1.2.2.

357 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 connu 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.

AVIS DES EXPERT·ES

Jochen Schrooten, coordinateur du système d'alerte précoce pour le VAD, sous-point focal flamand

COMPRENDRE LE PHÉNOMÈNE DES NPS

Les individus consomment des drogues parce que ces substances génèrent une sensation qui correspond à ce qu'ils désirent à un moment donné. Il peut s'agir de se sentir plus énergique pour danser, se sentir plus ouvert pour être en connexion avec d'autres personnes, rester éveillé plus longtemps, explorer des états modifiés de conscience grâce à des psychédéliques, ou encore atténuer voire anesthésier des émotions difficiles ou la douleur grâce à des dépresseurs… Tant que le marché des drogues classiques correspond aux besoins des individus en matière d'état modifié de conscience, ils ne ressentiront pas la nécessité d'explorer d'autres (nouvelles) drogues. Ce simple mécanisme explique pourquoi, en Belgique, il y a relativement peu de personnes consommant des NPS. Toutefois ceci explique aussi pourquoi certaines personnes choisissent de consommer des NPS. Nous constatons que certains individus se tournent vers la méthoxétamine, une alternative à la kétamine, lorsque l'approvisionnement en kétamine est difficile. Certains usagers festifs, habitués à consommer de l'XTC et du speed depuis vingt ans, peuvent se désintéresser de leurs effets et trouver des alternatives intéressantes avec le 6-APB (un analogue à la MDMA) et le NEP (un analogue à l'amphétamine), par exemple. D'autres personnes, qui aiment explorer des états modifiés de conscience sous LSD, ont désormais un large panel de NPS psychédéliques à leur portée. Aujourd'hui, une offre étendue de NPS répond à tout besoin spécifique. Les personnes qui aiment «tripper» mais préfèrent le faire sur une période réduite (3 heures au lieu de 8-12 heures) peuvent choisir du 4-Ho-Met plutôt que du LSD. Un autre exemple où l'on voit des personnes consommer délibérément des NPS est lorsqu'elles se rendent à une fête et n'ont pas de moyen alternatif pour rentrer chez elles en sécurité. Dans ces cas-là, elles consomment des NPS parce que celles-ci ne peuvent pas être détectées par les contrôles routiers de la police. Pour conclure : nous nous concentrons souvent sur la disponibilité, le prix et la qualité comme les principaux facteurs des comportements d'usage de substance, mais les «besoins spécifiques des individus en matière d'état modifié de conscience» semblent être un facteur sous-estimé de l'usage de substances et peut nous aider à comprendre l'usage de nouvelles substances psychoactives.

6.2.7. 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.

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[358].

À noter que les conséquences socio-sanitaires de la polyconsommation seront abordées dans un chapitre dédié.

358 Cette forme de polyconsommation est généralement peu abordée dans la littérature. Pourtant, de nombreux usager·es 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.

LA POLYCONSOMMATION DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

LES INDICATEURS

En Belgique, la polyconsommation est estimée dans la population générale sur base de la consommation de drogues illégales auto-rapportée lors d'un entretien structuré réalisé dans le cadre de l'enquête HIS, dont la dernière levée a été réalisée en 2018. Elle n'inclut malheureusement pas l'usage d'alcool et de médicaments psychotropes, et ne porte que sur l'usage au cours des 12 derniers mois. L'indicateur que nous rapportons ici est le suivant : la prévalence de l'usage de plusieurs drogues illégales au cours des 12 derniers mois. Nous ne disposons pas encore de la base de données nous permettant de générer d'autres indicateurs de polyconsommation.

LA SITUATION EN 2018

Près de 2 % de la population wallonne a déclaré avoir consommé plusieurs drogues illégales au cours des 12 derniers mois. 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 (2,9 %) que les femmes (0,4 %). Elle est plus répandue chez les hommes de 15 à 34 ans. La polyconsommation est la plus élevée chez les répondant·es ayant les plus faibles niveaux d'instruction (niveau primaire : 6,6 % ; niveau secondaire inférieur : 3,5 % ; secondaire supérieur : 1,4 % ; études supérieures : 1 %).

TENDANCES ET ÉVOLUTION

La polyconsommation de drogues illégales au cours des 12 derniers mois est en augmentation en Wallonie entre 2008 et 2018, essentiellement chez les hommes. En revanche, elle est stable chez les femmes.

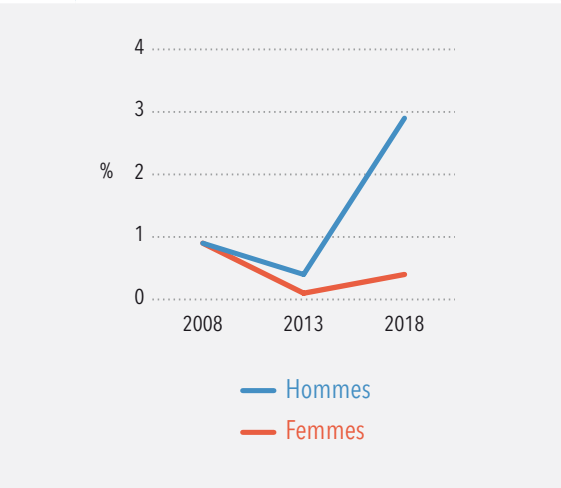
La polyconsommation de drogues illégales au cours des 12 derniers mois est en augmentation en Wallonie entre 2008 et 2018, chez les jeunes hommes de 15-24 ans, ainsi que chez ceux de 25-34 ans et de 35-44 ans. En revanche, elle est stable chez les femmes du même âge.

Tableau 30 : Polyconsommation (usage de plusieurs drogues illicites) dans la population générale en Wallonie, par âge et par genre, 2018

	15-24 ans % (n=242)	25-34 ans % (n=270)	35-44 ans % (n=358)	45-54 ans % (n=449)	55-64 ans % (n=433)	Total % (N=1.752)
Prévalence de la polyconsommation de drogues illicites au cours des 12 derniers mois						
Hommes	4,5	5,9	3,8	1,3	0,0	2,9
Femmes	1,5	0,9	0,0	0,0	0,0	0,4
Total	2,9	3,2	1,8	0,6	0,0	1,6

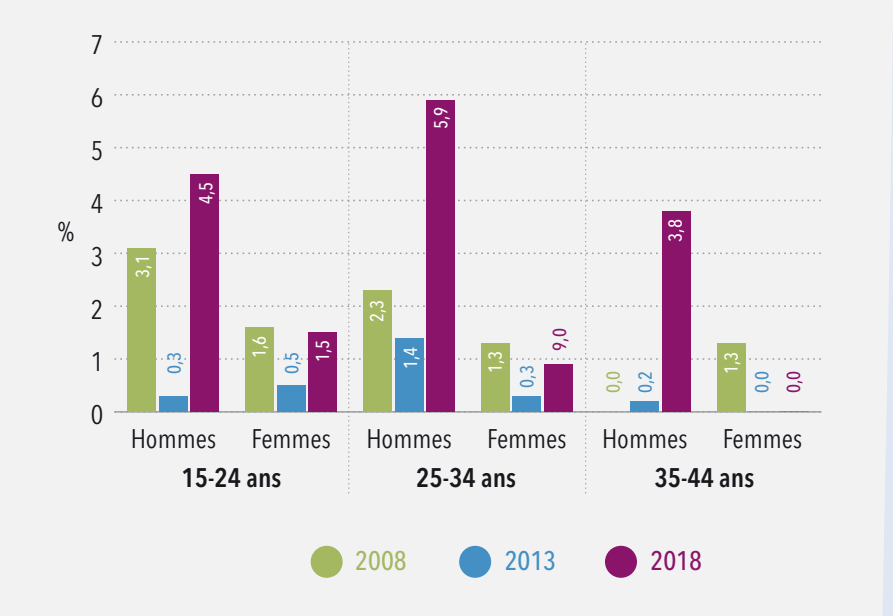
Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

Figure 25 : Évolution de la polyconsommation de drogues illégales au cours des 12 derniers mois dans la population générale en Wallonie, 2008-2018



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

Figure 26 : Évolution de la polyconsommation de drogues illégales au cours des 12 derniers mois dans la population générale en Wallonie, par tranche d'âge, 2008-2018



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

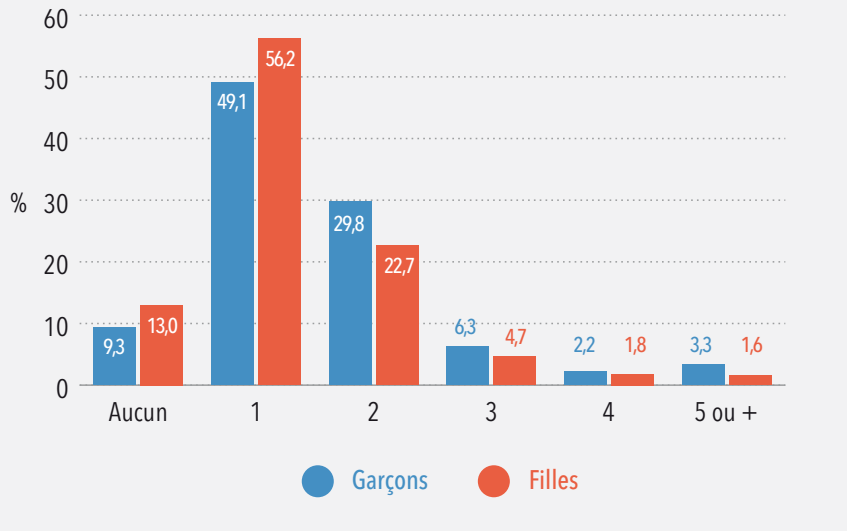
LA POLYCONSOMMATION CHEZ LES JEUNES

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 5e et 6e primaire ainsi que de l'ensemble des élèves de l'enseignement secondaire, seuls appartenant au 2e degré du secondaire (4e 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 7e année professionnelle. En raison du petit nombre d'élèves concernés par la polyconsommation, les données n'ont pas été ventilées par l'âge.

Figure 27 : Nombre de produits psychoactifs[359] 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)

LA SITUATION 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 répondant·es 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 augmente également de manière significative avec l'âge des répondant·es : 1,3 produits chez les 15-16

359 Alcool, cannabis, tranquillisants, et autres drogues (à l'exception du tabac).

Tableau 31 : 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)

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 27.

6.2.8. LES USAGES DE JEUX DE HASARD ET D'ARGENT

Les usages abusifs ou addictifs ne se limitent pas aux seuls usages de produits psychoactifs. De nombreux comportements (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 celles et ceux qui en font usage, et engendrer une souffrance significative, de manière similaire aux addictions aux produits. 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 pathologies.

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 7.4). 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 et ceux relatifs aux jeux vidéo, Internet et 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. 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·ses peuvent être soumis·es à une amende pouvant varier de 26 euros à 25.000 euros (majorés des décimes additionnels, actuellement de 8). Pour les organisateurs, ces montants peuvent varier de 100 euros à 100.000 euros (majorés des décimes additionnels).

Les matières qui se rapportent aux jeux de hasard en Belgique sont régies par la loi du 7 mai 1999 sur les jeux de hasard, les paris, les établissements de jeux de hasard et la protection des joueur·ses, modifiée par deux lois du 10 janvier 2010, et les arrêtés royaux qui en découlent. 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·ses, soit le gain de quelque nature qu'il soit, au profit d'au moins un des [joueur·ses], 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·es (pour moitié francophone, pour l'autre moitié néerlandophone) des ministres de la Justice, des Finances, de l'Économie, 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·ses et les parieur·ses ;
- 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.

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·es. 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·es. 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 pratique de jeux de hasard automatiques dans les établissements de paris est interdite aux personnes de moins de 21 ans. Le respect de l'âge minimum est assuré par les

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	✓
Jeux automatiques dans les établissements de paris	X	X
Paris via les outils de la société de l'information [360]	X	✓

exploitant·es des établissements et appareils de paris et jeux (via une vérification de la pièce d'identité et/ou un lecteur de carte d'identité électronique).

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·ses 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. Mais la présence de changeurs de monnaie est autorisée. La loi 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.

Contrôle de l'accès

Les joueur·ses 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 et les débits de boisson (EPIS, Excluded persons information system). Les exploitants ont l'obligation de vérifier si un·e joueur·se est inscrit·e ou non sur cette liste avant de donner ou refuser l'accès aux établissements et jeux de hasard. 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·es, notaires, huissier·es et membres des services de police).

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). L'arrêté du 25 octobre 2018 complète cette obligation et établit l'obligation pour les opérateurs en ligne de vérifier si l'accès aux jeux de hasard et paris est autorisé ou interdit ; ils doivent dès lors vérifier l'âge, si les joueur·ses font partie des professions exclues ou sont inscrites à l'EPIS.

Publicité pour les jeux de hasard et les paris

La loi de 1999 précise que les modalités relatives à la publicité sur les jeux de hasard sont déterminées par arrêté royal. L'arrêté royal du 22 décembre 2000 interdit la publicité intérieure et extérieure pour les débits de boissons. L'arrêté royal du 22 décembre 2010 interdit quant à lui la promotion de paris au sein des établissements de paris, sauf des écrans fournissant des informations objectives sur les paris ; Il ne peut dès lors pas y avoir d'image de concours ou de diffusion des évènements liés aux paris.
Plus récemment, l'arrêté royal du 25 octobre 2018 réglemente la publicité des jeux de hasard et de paris exploités au moyen des instruments de la société de l'information (c'est-à-dire sur internet). En matière de publicité en ligne, les casinos et salles de jeux automatiques en ligne devaient alors uniquement faire de la publicité sur leur propre site internet ou par le biais de publicités personnalisées qui n'atteignent pas les personnes mineures ni les personnes inscrites dans le EPIS. Cette obligation ne concernait cependant pas les organisateurs de paris. Le Conseil d'État a annulé l'article en question le 6 février 2020, estimant que l'interdiction discriminait les exploitants de casinos et salles de jeux en ligne vis-à-vis des opérateurs de paris en ligne.

Le contenu des publicités des casinos, salles de jeux automatiques et agences de paris en ligne ne peut en aucun cas :

- Exagérer les chances de gain
- Créer ou entretenir une dépendance au jeu ou inciter à jouer abusivement
- Mentionner des données relatives aux gains ou aux chances de gains qui ne soient pas vérifiables ou conformes aux taux de retour au joueur du jeu concerné
- Suggérer que le fait de gagner dépend uniquement de la connaissance du jeu
- Faire l'éloge des personnes qui jouent, ou critiquer celles qui ne jouent pas
- Faire pression sur une personne si elle ne souhaite pas participer au jeu
- Suggérer que tous les participants vont gagner des sommes importantes
- Insinuer que le jeu est une solution aux problèmes financiers et personnels

360 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 d'Aide aux joueurs, URL : http://www.aide-aux-joueurs.be/nouvelles).

- Suggérer que le jeu constitue une alternative au travail et à l'épargne
- Sous-entendre que jouer est une manière de rembourser les factures et dettes
- Jouer sur la vulnérabilité des personnes éprouvant des difficultés financières ou exploiter leurs difficultés financières
- Mettre en scène : a) des situations où des personnes jouent à un jeu de hasard ou un pari et, simultanément, consomment des produits alcoolisés et/ou du tabac, b) des formes illicites de jeu, de pari, de loterie ou de compétition, c) des contenus à caractère violent ou incitant à la violence, des thèmes à connotation sexuelle dégradante ou des comportements illégaux
- Véhiculer de discrimination sous quelque forme que ce soit
- Promouvoir ou s'associer à des publicités offrant des prêts qui peuvent être obtenus dans le but de jouer
- Mettre en scène des sportifs ou des clubs sportifs qui jouent à des paris ou des jeux de hasard
- Utiliser sans l'autorisation des ayants droits les images, les logos, les portraits, les indications, les mentions qui se rapportent aux événements sur lesquels portent les paris.

Les publicités en question doivent faire mention de l'âge minimum légal et contenir le message de prévention «Jouer avec modération !», et ce, sur tous les supports. De plus, aucune publicité ne pourra être diffusée pendant la retransmission d'une compétition sportive, ni 15 minutes avant le début et après la fin des programmes s'adressant aux enfants et mineur·es. Les publicités pour des paris sportifs en ligne ne peuvent être diffusés avant 20h.

Pertes horaires et limitation des paris
La loi de 1999 précise toutefois que les jeux de hasards dans les salles de jeux automatiques ne peuvent dépasser une perte horaire moyenne de 25 euros, et ceux des débits de boissons et des lieux de paris, une perte horaire moyenne de 12,50 euros.

L'arrêté royal du 25 octobre 2018 précise parallèlement que les casinos, salles de jeux automatiques et agences de paris en ligne imposent une limite de 500 euros par semaine aux joueur·ses afin de réapprovisionner leurs comptes. Les opérateurs doivent proposer aux joueur·ses la possibilité de baisser cette limite eux-mêmes. Les joueur·ses peuvent demander une augmentation de cette limite, qui sera examinée par la Commission des jeux de hasard ; l'augmentation sera accordée à condition que le·la joueur·se ne soit pas connu·e comme étant en défaut de paiement auprès de la Banque Nationale de Belgique. Si l'augmentation est autorisée, la Commission vérifiera ensuite tous les mois si le·la joueur·se se trouve en défaut de paiement, auquel cas, l'autorisation sera retirée. Ce système de vérification par voie informatique sera mis en œuvre en 2020[361]. De plus, les bonus offerts aux joueur·ses ne doivent pas dépasser 275 euros par mois.

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·ses 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.

361 Compte rendu intégral, Commission de la Justice, 04/12/2019.

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 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.

L'arrêté royal du 4 avril 2019 renforce le pouvoir d'action des pouvoirs locaux envers les établissements de paris en statuant que l'exploitation de ces lieux se fait en vertu d'une convention entre la commune et l'exploitant·e de l'établissement. Ladite convention détermine les modalités, les jours et heures d'ouverture et de fermeture ; la commune est compétente pour donner une dérogation à l'interdiction d'installer un établissement de paris à proximité d'un établissement d'enseignement, d'hôpitaux et d'endroits fréquentés par les jeunes.

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[362].

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[363]. 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[364].

362 La loi de 2010 ne faisant pas encore l'objet d'arrêtés d'application, ce type de jeux médias n'est pas encore autorisé.
363 Site de la Commission des jeux de hasard, URL : https://www.gamingcommission.be/opencms/opencms/jhksweb_fr/games/media/media/
364 Site de la Commission des jeux de hasard, URL : https://www.gamingcommission.be/opencms/opencms/jhksweb_fr/establishments/Online/

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·ES

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·es. 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[365].

365 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).

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·ses. 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·ses 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 joueurs. 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[366].

Interdire ne fait pas disparaître le phénomène mais le renvoie plutôt à la clandestinité et à l'isolement où la protection des joueur·ses ne compte pas[367].

366 Question écrite de M. Dufrane à Mme Gréoli «Les problèmes d'assuétude liés au secteur du jeu» du 22/11/2017.
367 Questions jointe de M. Gilkinet et Mme Lambert à M. Geens, Compte rendu intégral, Commission Justice du 13/06/2018.

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).

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·es, 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 bénéficiait pas, encore récemment, d'arrêtés d'exécution, notamment pour les matières relatives à la publicité, les primes, le maximum de pertes par heure, l'offre en ligne et la protection des joueur·ses. Ceci est désormais chose faite avec l'arrêté royal du 4 avril 2019[368] ;

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·ES

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 formule les recommandations suivantes[369] :

368 Il faut cependant préciser que certain·es parlementaires estiment que l'arrêté royal de 2019 ne va pas assez loin ou ont formulé des propositions de loi plus ambitieuses, notamment en matière de publicité en faveur de jeux de hasard ou d'établissement en ligne (proposition de loi du 17 mai 2018 et proposition de loi du 27 novembre 2019) ou d'élargissement du système EPIS (voir amendements à l'arrêté royal de 2019 rejetés, URL : https://www.lachambre.be/kvvcr/showpage.cfm?section=flwb&language=fr&cfm=/site/wwwcfm/flwb/flwbn.cfm?dossierID=3327&legislat=54&inst=K).

369 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)

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·es.

LA DISPONIBILITÉ ET L'OFFRE DES JEUX DE HASARD ET D'ARGENT EN BELGIQUE

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 des 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 32. 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·ses 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),

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·ses 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 32 : Nombre d'établissements possédant une licence d'exploitation de jeux de hasard et d'argent, par type d'établissement, 2018 [370]

		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 [371]	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

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 et les personnes ayant des difficultés à réguler leur pratique du jeu. Au-delà de l'offre de jeux détaillée dans ce tableau, 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·ses problématiques ainsi que leur famille, la Belgique a mis en place en 2004 un système d'enregistrement des utilisateur·rices 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·e, 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 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 2018, le nombre d'exclusions des jeux de hasard et d'argent sur base du EPIS s'élevait à 358.939. Si on exclut les personnes interdites en raison de leur profession, cela correspond à 302.039 exclusions, ce qui correspond à 3,31 % de la population belge âgée de 18 ans ou plus à la même période. Ce pourcentage inclut bien entendu une proportion de joueur·ses 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·es est toujours possible.

370 Situation au 19 septembre telle que mentionnée sur le site de la CJH.

371 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.

Tableau 33 : Nombre d'exclusions des jeux de hasard, par motifs d'interdiction, Belgique, 2013-2018						
	31/12/2013	31/12/2014	31/12/2015	31/12/2016	31/12/2017	31/12/2018
Décision judiciaire[372]	82.580	95.415	116.476	139.247	158.413	160.037
Règlement collectif de dettes	86.638	122.434	122.601	116.503	113.923	109.023
Exclusions volontaires	19.670	21.985	24.322	26.782	29.319	32.468
Exclusions à la demande d'un tiers intéressé	89	130	220	314	409	511
Exclusion en raison de la nature de la profession	46.344	45.957	45.436	45.976	46.061	56.900 [373]
Nombre d'exclusions[374] en date du 31 décembre	235.321	285.921	309.055	328.822	348.125	358.939

Source : Commission des jeux de hasard

LES USAGES DE JEUX DE HASARD ET D'ARGENT DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

LES INDICATEURS

En Belgique, l'usage des jeux de hasard et d'argent est estimé pour la première fois dans la population générale sur base de la consommation auto-rapportée lors d'un entretien structuré réalisé dans le cadre de l'enquête HIS 2018. En nous focalisant sur la Wallonie, les indicateurs que nous rapportons ici sont les suivants : 1) la prévalence de l'usage au cours des 12 derniers mois des jeux de hasard et d'argent en ligne et hors ligne ; 2) la prévalence de l'usage au cours des 12 derniers mois des jeux de hasard et d'argent hors ligne ; 3) la prévalence de l'usage au cours des 12 derniers mois des jeux de hasard et d'argent en ligne ; 4) la prévalence de l'usage hebdomadaire des jeux de hasard et d'argent en ligne et hors ligne ; 5) la prévalence de l'usage hebdomadaire des jeux de hasard et d'argent hors ligne ; 6) la prévalence de l'usage hebdomadaire des jeux de hasard et d'argent en ligne ; 7) la prévalence de l'usage quotidien des jeux de hasard et d'argent en ligne et hors ligne ; 8) la prévalence de l'usage à risque ; 9) le pourcentage de la population qui dépense 40€ ou plus par mois pour des jeux de hasard et d'argent.

372 Exclusion suite à la demande d'un administrateur (en tant que mesure de sanction pénale), suite à une requête de personnes à protéger, ou suite à une requête pour les personnes atteintes d'une maladie mentale.

373 Depuis mai 2018, le personnel civil de la police (les membres du Cadre Administratif et Logistique, CALog) fait également partie des catégories professionnelles exclues, ce qui explique l'augmentation en 2018 des exclusions pour motif professionnel.

374 Le nombre total d'exclusions ne correspond pas à un nombre équivalent de personnes, car une même personne peut être exclue pour plusieurs raisons.

LA SITUATION EN 2018

Près d'un tiers des Wallon·nes âgés de 15 ans et plus ont joué au moins une fois à un **jeu de hasard et d'argent au cours des 12 derniers mois** (en ligne, hors ligne ou les deux), quel qu'il soit (jeu de grattage, jeu de tirage, jeu, pari sportif, bingo, casino, poker…). Les hommes sont davantage concernés que les femmes, et toutes les tranches d'âge sont concernées, même si l'usage est un peu moins répandu chez les plus jeunes (15-24 ans) et chez les moins jeunes (75 ans +), ce qui s'explique probablement par des motifs de légalité (l'usage étant interdit chez les mineur·es) et de mobilité (les personnes âgées sont moins mobiles et peuvent donc difficilement se rendre dans les espaces de jeux ou dans les librairies, et elles ne jouent pas en ligne). L'usage en ligne est beaucoup moins répandu que l'usage hors ligne, et il concerne davantage les personnes qui ont entre 25 et 44 ans. L'usage de jeux de hasard et d'argent au cours des 12 derniers mois augmente globalement avec le niveau d'instruction.

La prévalence de l'**usage hebdomadaire** des jeux de hasard et d'argent concerne 10,4 % des Wallon·nes. L'usage concerne à nouveau davantage les hommes que les femmes, et il concerne aussi toutes les tranches d'âge. On constate toutefois une augmentation de l'usage hebdomadaire chez les 55-74 ans. L'usage hebdomadaire se fait surtout hors ligne, l'usage hebdomadaire en ligne ne concernant que 2,8 % des Wallon·nes. La tranche d'âge la plus concernée par l'usage hebdomadaire en ligne est celle de 15-24 ans (4,2 % ; 5,8 % si on exclut les personnes mineures, qui ne sont pas autorisées à jouer). L'usage hebdomadaire des jeux de hasard et d'argent évolue en cloche avec le niveau d'instruction : il est le plus élevé chez les répondant·es ayant atteint le niveau d'études secondaires supérieures, et est moins élevé chez les répondant·es moins instruits ou plus instruits.

La prévalence de l'**usage quotidien** des jeux de hasard et d'argent concerne 0,5 % des Wallon·nes (1,1 % des hommes). Dans l'échantillon, il est exclusivement masculin, ce qui ne veut pas dire que cette pratique ne puisse survenir chez les femmes au niveau de la population. L'usage quotidien concerne surtout les jeunes hommes de 15-24 ans (4,3 %). Ce comportement est un peu plus marqué chez les personnes ayant un faible niveau d'instruction (1,6 % ; 3,5 % des hommes de faible niveau).

En Wallonie, 4 % de la population âgée de 15 ans dépense au moins **40 euros par mois** dans des jeux de hasard et d'argent (6,5 % des hommes et 1,7 % des femmes). Enfin, le **risque de dépendance** a été évalué à partir d'une échelle d'évaluation du jeu pathologique validée et composée de 9 items, correspondant aux critères du jeu pathologique établis dans le DSM-IV. Au total, 1 Wallon·ne sur 100 présente un risque de jeu pathologique (risque faible : 0,6 % ; risque moyen : 0,2 % ; risque élevé : 0,2 %), soit 1,9 % des hommes et 0,3 % des femmes. La tranche d'âge la plus à risque est celle des 25-34 ans (2,9 %). Les personnes ayant atteint le niveau d'éducation du secondaire supérieur semblent plus à risque (2,7 %) que les personnes ayant un autre niveau d'éducation. Ces ventilations doivent être considérées avec prudence en raison du petit nombre de personnes concernées par l'usage à risque.

Par comparaison, la prévalence du jeu à risque ou pathologique telle qu'estimée en 2006 à l'aide d'une enquête téléphonique était de 2 % (Druine et al., 2006 ; cité par Calado et Griffiths, 2016). L'identification

Tableau 34 : Prévalence de l'usage annuel (12 derniers mois), hebdomadaire et quotidien des jeux de hasard et d'argent en Wallonie, par âge et par genre, 2018								
	15-24 ans % (n=301)	25-34 ans % (n=331)	35-44 ans % (n=430)	45-54 ans % (n=542)	55-64 ans % (n=522)	64-74 ans % (n=385)	75 ans et + % (n=298)	Total % (N=2.809)
Prévalence du recours aux jeux de hasard et d'argent (en ligne et hors ligne) au cours des 12 derniers mois								
Hommes	33,9	43,4	46,4	43,2	39,6	36,4	19,7	39,2
Femmes	14,2	26,8	27,9	30,4	24,3	20,5	10,1	23,2
Total	24,4	34,7	36,9	36,7	31,5	28,2	14,2	30,9
Prévalence du recours aux jeux de hasard et d'argent hors ligne au cours des 12 derniers mois								
Hommes	28,9	39,5	43,0	40,1	35,5	34,9	15,8	35,6
Femmes	13,9	25,9	27,1	29,1	21,2	18,2	10,1	21,9
Total	21,7	32,4	34,8	34,5	28,0	26,4	12,5	28,5
Prévalence du recours aux jeux de hasard et d'argent en ligne au cours des 12 derniers mois								
Hommes	7,1	17,8	14,5	10,3	8,8	8,1	0,1	10,3
Femmes	6,6	3,0	9,3	6,7	2,0	2,8	0,0	4,6
Total	6,9	10,1	11,8	8,5	5,2	5,4	0,0	7,4
Prévalence du recours hebdomadaire aux jeux de hasard et d'argent (en ligne et hors ligne)								
Hommes	11,5	13,0	8,1	9,0	20,4	21,5	8,2	13,2
Femmes	6,3	6,0	6,8	7,5	9,0	14,3	4,9	7,8
Total	9,0	9,4	7,4	8,2	14,4	17,8	6,3	10,4
Prévalence du recours hebdomadaire aux jeux de hasard et d'argent (hors ligne)								
Hommes	11,0	12,5	6,5	7,2	18,1	20,0	8,2	11,8
Femmes	5,4	6,0	5,7	6,6	8,7	14,3	4,9	7,3
Total	8,3	9,1	6,1	6,9	13,1	17,1	6,3	9,5
Prévalence du recours hebdomadaire aux jeux de hasard et d'argent (en ligne)								
Hommes	3,8	2,8	5,2	3,6	6,3	4,7	0,1	4,1
Femmes	4,6	1,4	1,6	0,9	0,3	2,3	0,0	1,5
Total	4,2	2,0	3,3	2,2	3,2	3,5	0,0	2,8
Prévalence du recours quotidien aux jeux de hasard et d'argent (en ligne et hors ligne)								
Hommes	4,3	0,0	0,6	0,0	0,0	1,2	3,5	1,1
Femmes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	2,2	0,0	0,0	0,3	0,0	0,6	1,5	0,5

Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

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[375] 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 répondant·es 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·ses pathologiques.

375 Échantillon de 3.002 Belges âgés de 16 à 99 ans.

LES USAGES DE JEUX DE HASARD ET D'ARGENT CHEZ LES JEUNES

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 35, 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 ni pour les casinos en ligne. En revanche, les garçons ont plus fréquemment recours que les filles 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 répondant·es, qu'ils s'agissent de jeux en ligne ou hors ligne[376]. En effet, si les répondant·es de 12-13 ans y ont clairement moins recours que leurs aîné·es, on n'observe quasiment pas de différence entre les mineur·es de 14-17 ans et les joueur·ses majeurs. Autrement dit, malgré l'interdit légal, les mineur·es d'âge sont nombreux à avoir recours à ces jeux. D'ailleurs, 20,6 % des répondant·es pensent que les jeux d'argent sont autorisés aux personnes mineures et 72,8 % ne savent pas que l'âge légal pour jouer dans un casino (réel ou virtuel) est de 21 ans.

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 adolescent·es. 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 répondant·es peuvent être considérés comme de joueur·ses à risque (IC 95 % : 3,69 – 11,31) et 6,1 % comme des joueur·ses 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.).

PERSPECTIVES

Malgré les garde-fous que constituent les lois du 7 mai 1999 et du 10 janvier 2010, ainsi que leur bras armé (la Commission des jeux de hasard), la libéralisation et la numérisation du marché des jeux de hasard et d'argent ont considérablement modifié le paysage de l'offre de jeu en Belgique. Celle-ci s'est particulièrement étoffée et diversifiée, à la fois en termes des jeux proposés qu'au niveau des supports permettant de les héberger. 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

376 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).

377 Catégorie incluant les réponses «une fois par mois ou moins» et «plusieurs fois par mois».

378 Catégorie incluant les réponses «une fois par semaine», «plusieurs fois par semaine» et «chaque jour».

Tableau 35 : 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 [377] %	Régulièrement [378] %
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

désarroi de celles et ceux qui souhaitent 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 contournable et ne les protège pas des certains dispositifs (bingos dans les cafés) ni des sites de jeux illégaux. On regrettera également que peu de mesures préventives soient imposées aux gérants de ces jeux. La fréquence de jeu ne connait en effet aucune limite et la limitation des pertes horaires hors ligne et en ligne ne protège pas suffisamment les joueur·ses. Au contraire, des bonus favorisant la dépendance sont proposés aux gros joueur·ses, 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 automatisés (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 parieur·ses 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 gagnant·es 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 dernière note de synthèse sur cette matière de la Cellule Générale de Politique Drogues datée de novembre 2016, qui met notamment l'accent sur la nécessité de mieux contrôler l'offre (systématisation des contrôles et augmentation d'amendes pour les exploitants illégaux), de réduire sa disponibilité auprès des jeunes par différents moyens et de mieux protéger les joueur·ses à risque (extension du système EPIS aux bingos et aux dispositifs de paris sportifs). Si désormais la loi de 2010 bénéficie d'arrêtés d'application, certains observateur·rices et parlementaires estiment que ceux-ci ne vont pas encore suffisamment loin pour protéger efficacement les joueurs et joueuses, en particulier en matière de publicité ou de perte horaire maximum.

AVIS DES EXPERT·ES

Ariane Lakaye, psychologue à l'Hôpital Universitaire de Jour la Clé, Liège

Depuis une dizaine d'années, l'Hôpital de jour La Clé à Liège propose des entretiens psychologiques pour les personnes présentant un trouble lié au jeu d'argent (casinos, salles de jeux, bingos, paris sportifs…). Auparavant, les joueurs qui nous consultaient avaient des profils excessivement différents. Ils étaient âgés entre 30 et 65 ans, les choix de jeux étaient très variés (roulette, cartes, slots…), toutes les couches sociales de la population étaient représentées et c'étaient presque exclusivement des hommes. Actuellement, même si elles restent très minoritaires, les femmes viennent également consulter. Plus récemment et surtout depuis ces trois dernières années, nous avons vu le nombre de demandes de prises en charge augmenter. Depuis lors, un profil type de joueurs se dégage et représente presque la moitié de nos consultations : les joueurs exclusivement parieurs sportifs. Ils sont beaucoup plus jeunes (en-dessous de 35 ans), parient beaucoup en ligne, sont abonnés à des sites internet d'actualités sportives, sont souvent très proches du milieu sportif (anciens pratiquants, fan club…) et ont une activité professionnelle ou sont aux études. La facilité d'accès aux jeux et aux paris par internet, l'augmentation impressionnante de l'offre publicitaire et des essais gratuits, les sollicitations constantes (sur les réseaux sociaux avec de multiples experts, consultants, youtubeurs influenceurs parrainés par des sportifs connus) sont autant d'éléments à prendre en compte et à réglementer car ils participent activement à l'augmentation et à la banalisation du jeu d'argent excessif.

6.2.9. LES USAGES DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION (TIC) : JEUX VIDÉO, SMARTPHONE ET INTERNET

Certains comportements sont susceptibles d'évoluer vers des usages excessifs, qui peuvent éventuellement envahir et impacter le quotidien des personnes concernées, et engendrer une souffrance significative. L'utilisation d'internet, des jeux vidéo et des technologies de l'information et de la communication peut faire partie de ces comportements. Il existe actuellement un débat au sujet de la nature de l'utilisation abusive de jeux vidéo et de la pertinence d'établir ou non des critères diagnostics originaux.

En 2013, l'American Psychiatric Association (APA) a publié la cinquième édition de son Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), dans lequel elle recommande de conduire de plus amples recherches au sujet du trouble d'utilisation du jeu vidéo en ligne (*internet gaming disorder*). Ce trouble n'inclut donc pas les problèmes liés à l'usage d'internet en général, aux paris en ligne, ni à l'utilisation des réseaux sociaux ou des smartphones. L'APA propose plusieurs symptômes et précise qu'il n'y a pas de preuves scientifiques suffisantes, à l'heure actuelle, pour déterminer si ledit trouble est une pathologie mentale à part entière ou quels sont les critères de diagnostic les plus pertinents (APA, 2018). Elle propose cependant des symptômes, largement calqués sur ceux de l'usage abusif de substances psychoactives et ceux de l'utilisation abusive des jeux d'argent et de hasard (Kardefelt-Winther et al, 2017). Un trouble est diagnostiqué à partir de la présence de cinq symptômes sur neuf au cours des douze derniers mois. Il s'agit de :

- Préoccupation au sujet du jeu vidéo (avoir des pensées fréquentes à propos des jeux hors des temps de jeu, penser aux parties futures)
- Symptômes de manque lors de la diminution ou de l'arrêt (tristesse, anxiété, irritabilité)
- Tolérance (besoin de jouer toujours davantage pour assouvir l'envie)
- Incapacité à réduire le temps de jeu ou à arrêter
- Diminution ou abandon des autres activités et centres d'intérêt
- Poursuite du jeu vidéo malgré les conséquences négatives (manque de sommeil, conflits avec l'entourage, retard à l'école ou au travail, trop de dépenses, etc.)
- Mentir ou tromper l'entourage au sujet de temps passé à jouer aux jeux vidéo
- Jouer dans la perspective de s'évader ou d'oublier des problèmes personnels ou des émotions négatives (culpabilité, anxiété, dépression, etc.)
- Mettre à risque un travail ou des relations personnelles ou professionnelles à cause du jeu vidéo.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a quant à elle annoncé l'introduction dans la onzième édition de sa Classification internationale des maladies (CIM-11) prévue pour 2020, d'un trouble de l'addiction aux jeux vidéo. L'OMS reprend et simplifie les critères diagnostics du DSM-5 et établit qu'une personne a des troubles d'addiction aux jeux vidéo si elle présente 1) une perte de contrôle sur le jeu, 2) une priorité accrue accordée au jeu au point que celui-ci empiète sur d'autres centres d'intérêt et activités quotidiennes et 3) la poursuite ou pratique croissante du jeu malgré des conséquences négatives, sur une période de 12 mois.

Les différents symptômes épinglés par le DSM-5 et la pertinence-même de les établir sont toutefois loin de faire l'objet d'un consensus au sein des scientifiques. D'abord, la décision de diagnostiquer un trouble à partir de la cooccurrence de cinq symptômes ne fait pas l'objet d'une raison objective (le diagnostic du jeu pathologique d'argent et de hasard se fait à partir de la présence de quatre symptômes au cours des douze derniers mois). De plus, tous les symptômes ont le même poids, or ils ne contribuent pas de la manière égale à l'établissement d'un diagnostic. Beaucoup de confusion persiste quant à la définition exacte des troubles de l'utilisation des jeux vidéo en ligne : est-ce que cela devrait comprendre les jeux d'argent en ligne ou les jeux vidéo en général (donc faut-il également diagnostiquer les joueur·ses offline) ? Est-ce causé par un problème de santé mentale sous-jacent ou une conséquence des mécaniques de jeu ? Est-ce une sous-catégorie d'une utilisation problématique d'internet plus large ou une addiction comportementale ? Quels en sont les symptômes ? Faut-il présumer que les clinicien·nes sauront capables de diagnostiquer ce trouble sans critères préétablis ? (Van Rooij et al, 2018).

Les critères de tolérance et de manque ne peuvent actuellement être transposés à l'utilisation des jeux vidéo en ligne. De fait, les propriétés addictives des jeux vidéo en ligne sont encore un sujet à débat parmi les chercheur·es et les professionnel·les du soin et manquent de preuve scientifique (APA, 2018). De plus, les symptômes de manque sont peu documentés et font l'objet de trop peu d'études portant sur des cas cliniques. Ces symptômes peuvent également être confondus avec les émotions négatives liées à l'arrêt du jeu, et qui ne persistent pas dans le temps (frustration, tristesse, colère, en particulier lorsque l'arrêt se fait sous la contrainte ; Kardefelt-Winther et al, 2017 ; Kaptsis et al, 2016).

Les critères diagnostics posés par le DMS-5 confondent ou ne permettent pas de distinguer un engagement fort ou une passion d'un comportement problématique ou addictif. Les critères de la préoccupation, de la poursuite du jeu malgré des conséquences négatives, de la diminution ou de l'abandon d'autres activités ou centres d'intérêt, ou encore l'absence d'envie d'arrêter ou de diminuer le temps de jeu[379], ne sont pas suffisamment discriminants et peuvent s'appliquer à de nombreux comportements ordinaires, d'activité ou passion que les individus peuvent trouver intéressantes et/ou qui requièrent un investissement important (sport de haut niveau, la pratique de la musique, la recherche scientifique, etc.) (Kardefelt-Winther et al, 2017 ; Kuss, Griffiths et Pontes, 2016). Il existe en conséquence un réel risque 1) de pathologiser le quotidien et des comportements ordinaires et dès lors créer un nouveau stigma (Zastrow, 2017), 2) de faux-positifs (en diagnostiquant des joueur·ses intensifs non-problématiques) et de faux-négatifs (ne pas traiter les personnes ayant un problème de jeu) (Van Rooij et al, 2018 ; Kardefelt-Winther et al, 2017), et 3) de surdiagnostiquer des troubles de l'utilisation du jeu vidéo (Ferguson et al, 2011). C'est pour cela que de nombreux

379 Certain·es joueur·ses ne souhaitent pas arrêter de jouer, malgré certaines conséquences négatives. Les jeux vidéo en ligne étant souvent multijoueur, l'engagement des joueur·ses est important et répond à des obligations sociales (envers ses ami·es online, sa guilde, etc.).

chercheur·es s'accordent sur la pertinence d'établir des critères diagnostics propres à l'usage de jeux vidéo (en ligne), plutôt que transposer simplement ceux d'autres troubles. Certain·es ont d'ailleurs proposé des critères d'exclusion afin de distinguer l'engagement passionnel et l'usage problématique (voir ci-après).

Il manque actuellement de preuves pour épingler l'utilisation problématique de jeux vidéo comme un trouble primaire ou à part entière. La recherche tend plutôt à montrer que les comportements de jeu problématiques sont souvent concomitants à des troubles de santé mentale (anxiété, dépression) et seraient davantage le symptôme d'un trouble préexistant (APA, 2018 ; Young, 1998 ; Stockdale et Coyne, 2018 ; Han et al, 2017). L'utilisation intensive du jeu vidéo est souvent identifiée comme une forme d'auto-médication (afin d'échapper à une réalité difficile ; Han et al, 2017) ou un mécanisme de *coping* face à des émotions négatives ou des troubles de santé mentale, notamment la dépression, les déficits de l'attention ou l'hyperactivité (Billieux et al, 2015 ; Van Rooij et al, 2018). Il convient dès lors d'être attentif·ve à ne pas confondre un mécanisme de *coping* avec un trouble de santé mentale. Pareille confusion tend à orienter le parcours de soins dans la mauvaise direction (la diminution ou l'arrêt du jeu n'étant pas une solution adaptée lorsque celui-ci est un moyen de *coping*) et peut conduire à négliger de traiter les troubles primaires. Elle peut également concourir à ne pas diagnostiquer certain·es joueur·ses non problématiques et donc passer à côté de personnes souffrantes et des raisons premières de cette souffrance. Kardefelt-Winther et al (2017) soulignent d'ailleurs l'importance de s'intéresser aux processus étiologiques, plutôt que se concentrer sur les symptômes proposés par le DSM-5.

Si nombre de chercheur·es (Billieux et al, 2015 ; Zastrow, 2017 ; Van Rooij et al, 2018 ; Kardefelt-Winther et al, 2017 ; Ferguson et al, 2011) reconnaissent que certain·es joueur·ses sont susceptibles d'évoluer vers une utilisation pathologique du jeu vidéo et s'accordent sur la pertinence d'établir des critères diagnostics, ils·elles soulignent également l'importance d'établir des critères propres à l'utilisation de jeux vidéo, construits sur une base scientifique solide. L'instauration, notamment, de critères d'exclusion permettrait d'identifier le clivage entre, d'une part, un comportement «normal», de *coping*, ou propre à une période de la vie (notamment l'adolescence) et, d'autre part, un véritable trouble (Van Rooij et al, 2018). Les critères d'exclusion actuellement identifiés dans la littérature scientifique sont 1) le comportement s'explique mieux par un trouble sous-jacent et préexistant, 2) le trouble fonctionnel est le résultat d'une activité qui, bien que potentiellement nocive, est un choix volontaire, 3) le comportement peut être caractérisé par un investissement prolongé et intensif qui détourne le temps et l'attention d'autres activités et aspects de la vie, mais sans provoquer des troubles fonctionnels significatifs ou de la souffrance, 4) le comportement fait partie intégrante d'une stratégie de *coping* (Kardefelt-Winther et al, 2017). Dès lors, la définition d'une utilisation problématique des jeux vidéo se concentre davantage sur l'expérience ou l'absence de souffrance et sur la persistance dans le temps du comportement (Kardefelt-Winther et al, 2017 ; Petry et al, 2015 ; Van Rooij et al, 2018).

La question persiste de savoir si établir des critères diagnostics (particulièrement ceux actuellement proposés par le DSM-5 et l'OMS) va bénéficier aux patient·es et améliorer leur prise en charge et traitement (Van Rooij et al, 2018). Pathologiser le jeu pourrait en effet avoir d'importantes conséquences en termes de stigmatisation du jeu et des joueur·ses (en particulier les plus jeunes) et de diagnostic de joueur·ses intensifs non problématiques. L'établissement d'un diagnostic n'est pas neutre et dépasse largement le cadre clinique pour atteindre la société dans son ensemble, y compris les relations parents-enfants. Certain·es chercheur·es ont exprimé leur inquiétude quant au cycle de «panique morale» dans lequel se trouvent les jeux vidéo et qui est commun à la plupart des nouveaux médias (historiquement, les *comic books* ou encore la télévision en ont fait les frais). La formalisation d'un trouble de l'utilisation des jeux vidéo pourrait renforcer une panique morale dont la genèse remonte déjà aux années 1970. Or, les paniques morales peuvent conduire à des politiques publiques ineffectives, davantage réactives que réflexives, ainsi qu'à l'exagération d'un problème réel quoique relativement rare ; elles vont également à l'encontre du développement d'habitudes et de comportements sains (Van Rooij et al, 2018 ; Ferguson et al, 2011 ; Kardefelt-Winther 2017).

Nombre de chercheur·es jugent prématuré l'établissement de critères diagnostics, compte tenu, d'une part, du caractère lacunaire des connaissances scientifiques actuelles et, d'autre part, la nature des recherches menées jusqu'à l'heure actuelle (Aarseth et al., 2016 ; Van Rooij et al, 2018 ; APA, 2018). En effet, Van Rooij et al. (2018) et Ferguson et al. (2011) épinglent l'approche confirmative de nombreuses études et prônent la poursuite d'une recherche non-biaisée, critique et tournée vers la théorie, reposant sur des standards de recherche robustes.

L'absence de consensus n'empêche évidemment pas certain·es professionnel·les 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[380].

LE CADRE LÉGISLATIF DES TIC ET DES JEUX VIDÉO

LA PUBLICITÉ SUR LES RÉSEAUX SOCIAUX

Le SPF Économie a publié en 2018 des guidelines à destination des influenceur·ses en ligne ; celui-ci ayant fait l'objet de nombreuses critiques, il a finalement été retiré. En octobre 2018, le Conseil de la Publicité et le Jury d'éthique publicitaire (JEP) ont formulé une série de recommandations à l'attention des influenceur·ses en ligne[381]. Ces recommandations concernent uniquement le marketing d'influence défini comme une forme de marketing au travers duquel des

380 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).

381 Les recommandations sont disponibles à l'adresse : https://www.jep.be/sites/default/files/rule_reccommendation/recommandations_du_conseil_de_la_publicite_influenceurs_en_ligne_fr.pdf

entreprises activent l'influence en ligne et les connaissances sectorielles pertinentes de personnes ou «influenceur·ses». Les influenceur·ses sont des personnes influentes qui ont construit une grande communauté en ligne.

Les recommandations s'appliquent lorsque deux conditions sont remplies : 1) l'influenceur·se en ligne reçoit une contrepartie (en nature ou en argent) et 2) l'annonceur a le contrôle sur la communication. Dès lors, les règles suivantes sont d'application :

- Toute communication commerciale doit être clairement indentifiable comme telle ;
- Toute communication commerciale doit être loyale ; autrement dit, le message ne peut pas contenir d'informations incorrectes ou induire en erreur le groupe cible avec des affirmations fausses. Il ne peut pas non plus inciter directement les enfants à convaincre leurs parents ou d'autres adultes à acheter le produit ainsi promu.

Le JEP est compétent afin de traiter les plaintes en matière de marketing d'influence. Parallèlement, le ministre Kris Peeters a annoncé la préparation d'un projet de loi visant à encadrer la publicité pratiquée par les influenceur·ses.

CYBERHARCÈLEMENT

Le droit à la vie privée comprend notamment le droit à l'image et la protection contre la diffamation et les injures. Le droit à l'image signifie qu'une personne doit donner son accord lors de la diffusion d'une photo ou d'une vidéo où elle paraît, même si la personne a donné son accord pour que la photo ou vidéo soit prise. Les photos ou vidéos d'une personne sont souvent utilisées afin de mener des campagnes de cyberharcèlement envers elle. Ce qui va à l'encontre du droit à l'image et du code pénal qui protège contre le harcèlement (article 442 bis).

Le harcèlement correspond à une série d'actes répétés visant une personne déterminée et qui affectent gravement sa tranquillité. Ces actes ne doivent pas en soi être illicites ; c'est la notion de répétition et de nuisance qui priment ici. Le harcèlement est puni d'une peine d'emprisonnement de quinze jours à deux ans et/ou d'une amende de 50 à 300 euros (à multiplier par le coefficient en vigueur, de 8 actuellement). L'article du code pénal ne permet toutefois pas d'appréhender le cyberharcèlement de manière adéquate. De fait, le cyberharcèlement est souvent perpétué par plusieurs personnes simultanément, chacune commettant un ou plusieurs actes qui, pris à part, sont peu graves ou répréhensibles. Or, c'est l'accumulation d'actes par une multitude de personnes envers une seule victime qui constitue le cyberharcèlement (Wartel, Marhraoui et Salle, 2017).

Le cyberharcèlement peut prendre plusieurs formes (Bellon et Gardette, 2014 ; Humbeeck et al, 2016) :

- Harassement : envoi répété et intensif de messages offensifs et violents
- Dénigrement : ensemble des ragots, rumeurs, calomnies ainsi que toutes les atteintes portées à la réputation de quelqu'un·e, qui se retrouvent sur une page Facebook, un blog ou une page web dédié à la stigmatisation de la personne harcelée
- Usurpation d'identité : emprunter le pseudonyme ou le nom de quelqu'un·e pour insulter la personne harcelée
- Exclusion : Mise à l'écart volontaire d'une personne hors d'un groupe (sur les réseaux sociaux ou sur un site jeu en ligne, notamment)
- Outing : ensemble de moyens mobilisés pour diffuser publiquement des informations à caractère intime ou confidentiel (secrets, photos intimes, etc.)
- Cyberstalking (du verbe *to stalk* : traquer, harceler) : traque sur internet dont le but est de ne laisser aucun répit à la victime
- Vidéo-lynchage : filmer et diffuser sur les réseaux sociaux une agression physique ou une scène intime, sans l'autorisation de la victime
- Slutshaming : forme de discrimination sexiste envers les filles et femmes ne correspondant pas aux critères de «respectabilité» et de «pureté» du groupe ; les propos tenus visent à faire honte aux personnes visées et portent sur leur comportement, leur apparence, leur «réputation», etc.
- *Revenge porn* (ou vengeance pornographique) : diffusion par un ancien partenaire amoureux et/ou sexuel de photos ou vidéos dénudées ou prises pendant des relations sexuelles. La plupart des victimes sont des femmes. Le harcèlement est perpétué par la personne ayant diffusé la photo ou vidéo et accentué par l'ensemble des personnes qui la commentent et diffusent, et insultent la victime. Il est important de préciser que les photos ou vidéos de mineur·es tombent sous le coup de la pédopornographie. En juillet 2019, la députée cdH Vanessa Matz a déposé une proposition de loi afin de sanctionner le *revenge porn* et permettre le retrait des contenus mis en ligne.

Le harcèlement et le cyberharcèlement ont des conséquences lourdes sur les victimes. Les jeunes personnes victimes de cyberharcèlement rapportent des problèmes avec leurs pairs, des sentiments de colère, de tristesse, de peur, de honte et des niveaux d'anxiété plus hauts. Ils·elles développent davantage de troubles alimentaires et leur tendance à consommer de l'alcool et d'autres drogues est plus fréquente[382]. Ils·elles souffrent de troubles du sommeil et de détresse psychologique. Les filles semblent davantage concernées par les idées suicidaires et tentatives de suicide ; et les garçons déclarent plus de problèmes psychologiques, physiques et scolaires. La vie scolaire des victimes peut être affectée puisqu'ils·elles rencontrent des difficultés de concentration, sont davantage absent·es et sanctionné·es (Talpur et al, 2018 ; Blaya, 2018). Le cyberharcèlement a des effets à long terme puisque le bien-être général des victimes est affecté, même à l'âge adulte. Les enfants ou adolescent·es harcelé·es, une fois l'âge adulte atteint, ont de plus grands risques de développer des troubles anxieux ou dépressifs. Ils·elles rapportent également une moins bonne santé physique (maux de tête, douleurs, rétablissement plus lent suite à une maladie) (Wolke et Lereya, 2015).

LA PROTECTION DES MINEUR·ES

Il n'y a actuellement pas de norme européenne instaurant un âge minimum d'utilisation des réseaux sociaux et chaque pays membre est dès lors libre de légiférer. La Belgique a instauré un âge légal en 2018. Ainsi, les mineur·es de plus de 13 ans ont légalement l'âge d'utiliser les réseaux sociaux, sans qu'une autorisation parentale soit requise. La responsabilité de

382 Cette tendance diffère selon le genre des jeunes personnes. La prévalence d'usage d'alcool et d'autres drogues est plus élevée chez les filles victimes de harcèlement ; les garçons victimes sont quant à eux davantage concernés par des épisodes de consommation excessive plus fréquents (Kaltiala-Heino et al, 2000).

vérifier l'âge des utilisateur·rices incombe aux entreprises qui gèrent lesdits réseaux sociaux.

LES LIMITES DE LA LIBERTÉ D'EXPRESSION

La liberté d'expression est garantie par la Convention européenne des droits humains et par la Constitution belge. Elle s'exerce dans un cadre légal qui comprend :

1) La loi «Moureaux» du 30 juillet 1981 qui interdit les propos incitant à la haine ou à la violence, à la discrimination envers une personne, un groupe ou une communauté, en raison de sa nationalité, sa prétendue race, sa couleur de peau, son ascendance ou son origine nationale ou ethnique ;

2) La loi du 23 mars 1995 qui rend illégale la remise en cause de la réalité du génocide des Juif·ves et Tziganes au cours des années 1930-1940 ;

3) La loi du 10 mai 2007 qui étend la loi «Moureaux» aux discriminations et incitations à la discrimination, à la haine ou la violence en raison de l'âge, l'orientation sexuelle, l'état civil, la naissance, la fortune, la conviction religieuse ou philosophique, la conviction politique, la langue, l'état de santé actuel ou futur, un handicap, une caractéristique physique ou génétique, ou l'origine sociale.

Le droit à la vie privée protège également de la diffamation, de la calomnie et des injures. La responsabilité de déterminer ce qui relève de la liberté d'expression revient aux magistrat·es et les dossiers sont jugés au cas par cas.

LES NORMES PEGI (PAN EUROPEAN GAME INFORMATION)[383]

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.

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).

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·es.

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.

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.

Certain·es observateur·rices 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[384] ; 2) les normes PEGI ne sont pas contraignantes, mais bien informatives. Les principaux garants de leur bonne application sont évidemment les parents et gardien·nes des enfants et adolescent·es. 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·nes puissent faire des choix éclairés en la matière[385].

383 Site du SELL (syndicat des éditeurs de logiciels de loisirs), URL : http://www.sell.fr/news/le-guide-du-pegi-2018

384 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

385 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/

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[386].

386 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 DES TIC EN BELGIQUE

Selon le dernier baromètre de la société de l'information (SPF Économie, 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.
Et selon une enquête menée par Deloitte en 2018 auprès d'un échantillon de 2000 Belges, 84 % des Belges de 18 à 75 ans possèdent un smartphone[387]. La grande majorité de jeunes en possèdent également. Ainsi, selon une récente étude, 95,6 % des jeunes de 12 à 18 ans scolarisés en FWB possèdent un smartphone (Patesson et al., 2016). Et 87,7 % des jeunes détenant un smartphone utilisent également un ordinateur à domicile, 54,6 % une tablette et 77,7 % une console de jeux. Ces résultats confirment l'importante connectivité de la population belge et la diversité des supports multimédia utilisés dans la vie quotidienne.

En ce qui concerne plus spécifiquement les jeux vidéo, ceux-ci 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, smartphone). En constante évolution, les jeux vidéo deviennent de plus en plus en ligne et nomades.

387 https://mobile-consumer-survey.deloitte.be/2018_the-smartphone-takes-the-crown

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·ses 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·rices, 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*[388] (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 effets différents d'un individu à l'autre (Yee, 2007).

388 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)[389]		
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)

LES USAGES COMPULSIF DES TIC DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

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. Les auteur·es 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, les répondant·es devaient 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 auteur·es ont défini trois degrés d'usage compulsif sur base du score moyen à chaque outil, de manière à pouvoir distinguer les usager·es 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 auteur·es ont centré les analyses sur les répondant·es ayant déclaré passer en moyenne plus de 16 heures par jour en ligne (soit 45,2 % de l'échantillon, à savoir 1000 répondant·es). 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 répondant·es du sous-échantillon d'utilisateur·rices 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 36, 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 %). 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.

389 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.

Tableau 36 : 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 [390]	Utilisation compulsive de jeux vidéo [391]	Utilisation compulsive des réseaux sociaux [392]
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	41,0 %	60,3 %	38,5 %
Femmes	59,0 %	39,7 %	61,5 %

Source : Klein et al., 2013

Les usager·es compulsifs d'Internet ont en moyenne 37 ans. Ils sont plus fréquemment des femmes que des hommes (59 % *versus* 41 %). Les utilisateur·rices 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·es 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·es compulsifs d'Internet sont davantage célibataires ou vivant seul que les usager·es non-compulsifs. Mais en ce qui concerne les activités spécifiques investiguées, on n'observe pas de différences de statut marital chez les usager·es compulsifs de jeux vidéo ou des réseaux sociaux. Enfin, l'étude montre également que les usager·es compulsifs semblent davantage présenter des sentiments dépressifs et de solitude que les usager·es 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 auteur·es ont par conséquent adapté la CIUS 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 semaine dans ces activités.

Comme on peut le voir sur le tableau 37, 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 auteur·es 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·es 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 DES TIC CHEZ LES JEUNES

L'**enquête HBSC** 2014 fournit 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 38, près de la moitié des élèves de 5e et 6e primaire et environ 60 % des élèves du secondaire de la Wallonie déclarent

390 L'utilisation compulsive d'Internet a été évaluée à l'aide du Compulsive Internet Use Scale (CIUS), composé de 14 items.

391 L'utilisation compulsive des jeux vidéo a été évaluée à l'aide du Videogame Addiction Test (VAT), également composé de 14 items.

392 L'utilisation compulsive des réseaux sociaux a été évaluée à l'aide du Compulsive Social Networking Site Scale (CSS), composé de 16 items.

Tableau 37 : 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 38 : 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 (5e et 6e) %	Niveau secondaire %
Usage de la télévision[393] au moins 2h par jour		
En semaine	46,4	58,2
Le week-end	66,1	78,4
Usage de jeux vidéo[394] 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
6h ou +/jour (tous supports)		
En semaine	24,3	39,1
Le week-end	48,4	71,8

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

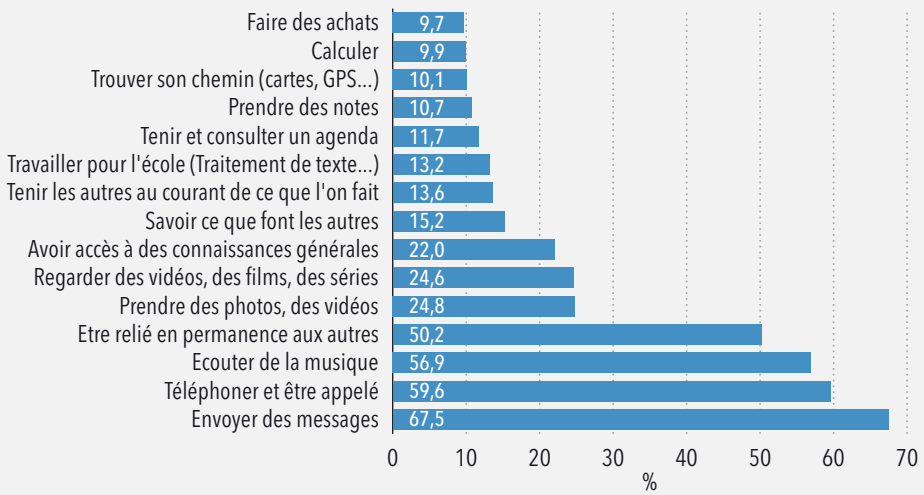
passer au moins deux heures par jour en semaine devant la télévision. Un tiers des élèves de 5e et 6e primaires et près de la moitié des élèves de secondaire jouent à des jeux vidéo au moins deux heures par jour en semaine. Environ 28 % des élèves de 5e et 6e primaires et un peu plus de la moitié des élèves de secondaire vont sur Internet au moins deux heures par jour en semaine. Enfin, lorsque l'on cumule les temps déclarés pour ces différents supports, on constate qu'une proportion importante de jeunes passe plusieurs heures par jour en semaine devant les écrans en semaine : 24,3 % des jeunes de primaire et 39,1 % des jeunes du secondaire déclarent passer 6h ou plus par jour en semaine devant des écrans. Sans surprise, l'usage de ces écrans est plus élevé durant le week-end qu'en semaine.

Ces résultats soulignent clairement que ces usages sont ancrés en tant qu'habitude chronophage pour une proportion élevée de jeunes. Rappelons toutefois qu'il s'agit ici du temps auto-estimé, et qu'il pourrait ne pas correspondre parfaitement à la réalité. En outre, le temps d'usage est un indicateur quantitatif à l'intérêt partiel, dans la mesure où il ne prend pas en compte ce que les jeunes font précisément derrière ces écrans (activités ludiques/divertissement, activités pédagogiques, activités sociales, etc.).

393 Y compris le visionnage de DVD ou de vidéos sur Youtube ou plateforme équivalente.

394 Quelle que soit la plateforme (console, smartphone, PC…).

Figure 28 : Fonctions[397] du smartphone selon les jeunes de 12 à 18 ans en FWB, 2016



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

L'**étude Smart.Use** s'est quant à elle intéressée plus spécifiquement à l'utilisation du smartphone chez les jeunes 12 à 18 ans scolarisés en FWB (Patesson et al., 2016). Au total, près de 1600 jeunes[395] ont été interrogés de novembre 2015 à janvier 2016 à l'aide d'un questionnaire auto-administré en classe. Parmi l'ensemble des répondant·es, 95,6 % ont déclaré posséder un smartphone. En moyenne, les jeunes qui possèdent un smartphone[396] l'utilisent 3h45 par jour en semaine, et 4h20 par jour en weekend. Pour autant que les estimations correspondent à la réalité, les filles passent globalement plus de temps sur leur smartphone que les garçons (semaine : 4h15 *versus* 3h30 ; weekend : 5h *versus* 4h20). Au total, selon leurs propres estimations, 25 % des jeunes passeraient plus de 5h par jour sur leur smartphone en semaine, et 36,6 % le weekend.

Le smartphone est devenu un objet aux multiples fonctionnalités. Comme on peut le voir sur la figure 28, les jeunes l'utilisent pour des raisons variées. Les fonctions les plus fréquemment citées sont de nature communicationnelle (envoyer de messages : 67,5 % ; téléphoner ou être appelé : 59,6 %), sociale (être relié en permanence aux autres : 50,2 %) ou de l'ordre du divertissement (écouter de la musique : 56,9 %). Ces nombreuses fonctions permettent de relativiser le temps passé à utiliser cet objet.

La majorité des jeunes (61,3 %) déclarent utiliser leur smartphone endéans les

395 Les jeunes étaient issus de 37 écoles secondaires sélectionnées aléatoirement mais de manière à obtenir un échantillon représentatif au niveau des réseaux et des types d'enseignement (général, technique, artistique et professionnel). Les provinces wallonnes étaient toutes représentées. L'échantillon se composait de 78,5 % de jeunes wallon·nes et de 21,5 % de jeunes bruxellois·es.

396 Les analyses que nous rapportons ici ne porteront que sur ces derniers.

397 Ce graphique représente la proportion de jeunes ayant cité en première, deuxième ou troisième position chacune de ces fonctions comme étant importante à leurs yeux.

15 minutes qui suivent leur réveil. Le tableau 39 reprend quant à lui les 10 comportements qui représentent désormais l'usage habituel du smartphone chez les jeunes[398].

La dépendance au smartphone était également estimée sur base d'une échelle d'auto-évaluation (SAV-SV)[399] composée de 10 items. Selon les auteurs de l'étude, 21,1 % des répondant·es présenteraient une dépendance à leur smartphone. Les jeunes dépendants sont majoritairement des filles (64,3 % de filles pour 35,7 % de garçons), et majoritairement d'un âge compris entre 14-16 ans (58,8 % ; <14 ans : 17,8 % ; >16 ans : 23,4 %). On notera toutefois que les auteur·es de l'enquête semblent avoir pris certaines libertés par rapport aux concepteurs de l'échelle d'auto-évaluation qu'ils ont utilisée, sans qu'ils décrivent précisément la méthode de calcul de la dépendance utilisée. Par conséquent, il nous est difficile d'en apprécier la validité.

En addictologie, un comportement d'usage dès le réveil est généralement considéré comme un indicateur voire un critère diagnostic d'une dépendance. Dans le cas du smartphone, la valeur «diagnostique» d'un usage matinal est très faible et doit être relativisée par le fait que le smartphone peut, par exemple, être utilisé pour écouter la radio ou de la musique, pour consulter rapidement l'actualité ou vérifier la ponctualité des trains en déjeunant ou lors d'un passage aux toilettes. En outre, il est fréquent qu'il soit utilisé comme réveil, ce qui incite à une utilisation brève dès la sortie du lit. Enfin, un comportement habituel n'est pas forcément compulsif (c'est-à-dire difficile à inhiber) : au-delà de la régularité, de l'intensité et de la durée de l'utilisation du smartphone, il est important de tenir compte de l'usage précis qui en est fait (quels contenus, pour quelles raisons, etc.) lorsque l'on évalue le caractère normal/pathologique du comportement.

398 Comportements mentionnés par au moins 80 % des jeunes comme s'appliquant à leur utilisation personnelle. Pour chaque comportement, les jeunes devaient préciser sur une échelle de 0 à 10 dans quelle mesure ils·elles étaient ou non concernés (0=ne s'applique pas à moi ; 10=s'applique tout à fait à moi). La moyenne est calculée uniquement chez les répondant·es concernés (ceux n'ayant pas répondu «0» pour le comportement en question).

399 The Smartphone Addiction Scale - Short version (Min et al., 2013).

400 Pour chaque comportement, les jeunes devaient préciser sur une échelle de 0 à 10 dans quelle mesure ils étaient ou non concernés (0=ne s'applique pas à moi ; 10=s'applique tout à fait à moi). La moyenne est calculée uniquement chez les répondants concernés (ceux n'ayant pas répondu «0» pour le comportement en question).

Tableau 39 : Comportement d'usage habituel du smartphone chez les jeunes de 12 à 18 ans en FWB, 2016

Ordre d'importance d'intensité	Comportement	% de jeunes concernés	Moyenne de l'intensité du comportement (sur 10) chez les concernés[400] %
1	Je n'éteins pas mon smartphone mais le mets sur silence ou vibreur dans des lieux où on devrait l'éteindre (cinéma, en classe pendant un cours, etc.)	87,1	8,30
2	J'utilise mon smartphone quand je suis dans mon lit avant de m'endormir	89,4	7,87
3	J'utilise mon smartphone quand je mange seul	88,1	7,55
4	Je laisse mon smartphone allumé près de moi pendant la nuit	81,8	7,29
5	J'utilise parfois mon smartphone plus longtemps que je n'en ai l'intention	88,9	7,19
6	J'utilise mon smartphone pendant que je suis au WC	82,7	7,05
7	J'utilise mon smartphone tout en regardant la télévision même quand cela m'intéresse à la télé	87,8	6,40
8	Il m'arrive d'utiliser mon smartphone en cachette	80	6,34
9	Je ne m'imagine pas être sans un smartphone	85,5	6,30
10	Je vérifie constamment mon smartphone pour ne pas manquer les conversations entre d'autres personnes sur les réseaux	82,0	6,02

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

LES USAGES COMPULSIF DES TIC CHEZ LES JEUNES

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[401]. Les participant·es appartenaient à 18 écoles de Wallonie et de Flandre ayant accepté de participer à l'étude, sur 50 sollicitées aléatoirement par les enquêteur·rices 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 répondant·es 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 adolescent·es 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 40, 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. Dans la mesure où cette enquête a été réalisée en 2012, il est possible que ces niveaux de prévalence aient évolué depuis. On n'observe quasiment pas de différence de genre au niveau du groupe d'usager·es compulsifs, sauf en ce qui concerne l'utilisation compulsive des jeux vidéo, les usager·es compulsifs de ce type étant plus fréquemment des garçons (85,7 %) que des filles (14,3 %).

Tableau 40 : 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[402] %	Utilisation compulsive des jeux vidéo[403] %	Utilisation compulsive des réseaux sociaux[404] %
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

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·es 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·es compulsifs semblent davantage présenter des sentiments dépressifs et de solitude que les usager·es non-compulsifs, ainsi qu'une plus faible estime de soi ainsi qu'un moindre sentiment de contrôler sa propre existence.

PERSPECTIVES

L'utilisation d'Internet et des TIC a considérablement évolué au cours de la dernière décennie, au point d'imprégner les habitudes de vie de nombreux citoyen·nes (en particulier les jeunes) et d'avoir profondément modifié notre rapport au monde et aux autres. Ces habitudes se développent dès le plus jeune âge, faisant émerger de nouveaux besoins, de nouvelles normes, mais aussi de nouvelles formes d'usage pathologique. Le temps que les jeunes passent devant les écrans est devenu particulièrement élevé, réduisant ipso facto le temps qu'ils peuvent consacrer à d'autres activités. Le temps n'est toutefois qu'un indicateur limité si on ne prend pas parallèlement en compte l'activité réellement menée sur l'écran.

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·e ou du geek·ette 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

401 411 Wallons et 591 Flamands. Aucune école bruxelloise n'a été sollicitée pour cette enquête.

402 L'utilisation compulsive d'Internet a été évaluée à l'aide du *Compulsive Internet Use Scale* (CIUS), composé de 14 items.

403 L'utilisation compulsive des jeux vidéo a été évaluée à l'aide du *Videogame Addiction Test* (VAT), également composé de 14 items.

404 L'utilisation compulsive des réseaux sociaux a été évaluée à l'aide du *Compulsive Social Networking Site Scale* (CSS), composé de 16 items.

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 sont positives, les études montrent 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·ses 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·es vis-à-vis de leurs parents ou des adultes en général (CHUV, 2012).

vidéo, soit en tant que joueur·se ou en tant que proche de joueur·se.

Les pratiques liées aux TIC 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·e, de l'utiliser dans son lit, etc.). Des objets et des activités qui ne concernaient il y a quelques années que des «geek·ettes» sont devenues des habitudes culturelles imprégnant l'ensemble de la société, repoussant progressivement la limite entre l'usage normal et l'usage excessif (voire pathologique), entre l'objet perçu comme accessoire et celui considéré comme nécessaire. En ce qui concerne le smartphone, les nouvelles normes d'usage sont telles que cet objet semble désormais «accolé» aux jeunes, à tel point qu'ils peuvent parfois le percevoir comme une extension ou un prolongement de leur corps et de leur esprit, les rendant plus performants socialement et intellectuellement (Benjelloun, 2018). Au-delà de son utilisation en tant qu'outil de socialisation permettant aux jeunes de prolonger ou renforcer leurs contacts sociaux, cet objet est devenu un «couteau-suisse technologique» aux fonctionnalités multiples (téléphone, lecteur multimédia, jeux vidéo, montre, agenda, bloc-notes, photo/vidéo, liseuse, calculatrice, dictaphone, traducteur, GPS, ordinateur, coaching sportif ou diététique…), qui facilite grandement divers aspects de notre quotidien. Cette multiplicité contribue fortement à son succès et à l'ampleur de son utilisation. Cela explique aussi pourquoi les adultes sont également devenus de grands utilisateur·rices de smartphone, et pourquoi l'usage qu'ils en font n'est pas forcément plus modéré que celui des jeunes. L'écart générationnel tend donc à disparaître, et 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 sont donc plus outillés pour encadrer l'utilisation des jeux vidéo, des TIC, et ainsi prévenir le développement d'un usage problématique. Mais à l'inverse, la similarité comportementale entre jeunes et adultes contribue à encourager les jeunes à utiliser les smartphones et autres TIC de manière débridée, et participe aussi au déplacement des normes d'utilisation. Il est pourtant important d'encadrer les jeunes dans leur utilisation de ces nouvelles technologies et de les aider à mettre en place et appliquer des mécanismes de régulation afin de les protéger des risques d'un usage excessif voire addictif. Enfin, l'accès permanent à une offre de divertissements infinie fait de l'ennui un sentiment de moins en moins éprouvé au quotidien, et du vagabondage mental une activité de moins en moins courante, ce qui pourrait avoir un impact sur le développement de l'enfant.

Il convient dès lors d'être attentif à créer un dialogue autour de ces nouveaux usages et d'adopter des comportements et discours faisant office de garde-fous, sans pour autant pathologiser le quotidien, l'adolescence et les passions. Pour cela, et afin de dessiner un cadre diagnostic propice à la détection et prise en charge des personnes en souffrance, il est tout à fait central de poursuivre la recherche scientifique et le débat autour de la pertinence et de la nature des critères diagnostics des usages pathologiques.

AVIS DES EXPERT·ES

Damien Favresse, coordinateur du CBPS et membre de groupe UpTIC [405]

Le présupposé du caractère problématique des conduites associées à un nouvel outil de communication va influencer notre manière d'en percevoir les usages et les gérer. En la matière, il y a une centration sur les «excès», conférant à ces conduites la statut de normes, alors que ceux-ci restent relativement marginaux et sont souvent, concernant le numérique, le symptôme d'autres problèmes (peu d'estime de soi, problèmes scolaires, difficultés familiales, etc.). Ce prisme du «mésusage» prend aussi peu en compte le caractère évolutif et changeant des comportements et les outils de collecte pour en estimer la fréquence chez les jeunes sont, bien souvent, conçus pour des adultes sans aucune considération à l'égard du rapport hiérarchique d'éduquant à éduqué dans leur application sur ce public. Par ailleurs, en matière de prévention, les actions focalisant sur les dangers ont peu d'impacts, notamment, parce qu'elles ne correspondent pas aux vécus des usagers qui à travers les nouvelles technologies, s'émancipent, interagissent, se divertissent, s'informent, apprennent, travaillent, etc. Elles permettent aussi d'étendre la palette des techniques de prévention, d'éducation, de psychothérapies. Elles sont d'abord des moyens et, comme tout moyen, elles sont porteuses du meilleur et du pire. En prévenir les mésusages, c'est aussi prendre en compte qu'il n'y a pas une jeune standard mais de multiples manières d'être jeune, qu'un usage problématique est généralement le fruit d'un parcours de vie, et que, dans ce cheminement, les occasions de l'infléchir sont nombreuses (travail sur l'estime de soi, développement de la capacité à demander de l'aide, amélioration de l'insertion scolaire, formation à l'esprit critique envers les écrans, fixation de règles d'utilisation, etc.), que les dynamiques impliquant directement les usagers ont des effets à plus long terme. S'intéresser à ces usages, en partager l'expérience, les comprendre ou, tout simplement pouvoir être à l'écoute des usagers, c'est aussi un moyen de les prévenir. Et, pour finir, il est bon de rappeler qu'en son temps, le livre a été aussi le fruit de ce traitement anxiogène.

405 Groupe de concertation relatif aux technologies de l'information et de la communication, créé par le CRéSAM en 2009 et actuellement composé d'une quinzaine d'expert·es de Belgique francophone.

7

CONSÉQUENCES SANITAIRES ET SOCIALES DE L'USAGE DE DROGUES

7.1 INTRODUCTION

Lorsque le premier usage d'une substance est vécu positivement[406], 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 de manière excessive (en dehors de tout contexte social, dans des contextes inappropriés, etc.), 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 bien évidemment répondre à d'autres motivations que la simple recherche de plaisir. Il peut notamment viser à soulager une douleur physique et/ou psychologique à transcender l'état ordinaire (amélioration des performances physiques ou intellectuelles, exploration des états modifiés de conscience,…) ou encore s'inscrire dans des processus de socialisation (en particulier chez les adolescent·es). Quelles que soient les motivations à l'usage d'un produit, certains individus parviendront à développer un usage ponctuel et parfois même 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·rice 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·es 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·es, 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

406 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).

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 cerveau) et psychologiques (modification des sensations, des affects et de l'idéation, éventuelles comorbidités) 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). Des facteurs contextuels viennent également se surajouter et interagir avec les facteurs neurophysiologiques et psychologiques (stresseurs et déclencheurs exogènes). 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.

7.2

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, et sont fortement tributaires de l'activité policière. 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[407].

407 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».

7.2.1. LES INFRACTIONS LIÉES AUX DROGUES

Le tableau 41 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[408]. Les données nationales sont fournies afin de disposer d'un point de comparaison. Ces statistiques n'incluent pas les infractions en lien avec la conduite sous influence de drogues, qui font l'objet d'un enregistrement distinct sur les statistiques d'infractions de roulage. Nous les aborderons ultérieurement.

Tableau 41 : Nombre d'infractions liées aux drogues illicites enregistrées au niveau national et en Wallonie sur la période 2002-2018

	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
2018	58.112	15.546

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 nationale et régionale. Ce ratio a ensuite été multiplié par 100.000 afin de fournir une estimation du nombre d'infractions enregistrées par tranche de 100.000 habitants. On constate sur la figure 29 que, après une importante diminution entre 2009 et 2012, le nombre d'infractions par 100.000 habitants est en augmentation en Wallonie sur la période 2012-2018, augmentation similaire à celle observée au niveau national, bien qu'il reste inférieur à ce dernier[409].

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. Cette augmentation des infractions est compatible avec l'augmentation de la consommation observée dans l'enquête HIS (voir chapitre 6.2.4). Mais elle est probablement surtout 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, l'offre et la demande étant forcément corrélées. 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 avéré que ce type de criminalité est effectivement en augmentation sur notre territoire, en raison des profits juteux qu'ils génèrent. Une augmentation de la production de cannabis sur le territoire belge est en effet observée depuis le changement de politique survenu en mai 2012 aux Pays-Bas, restreignant l'accès aux coffee-shops de Maastricht et d'autre communes transfrontalières aux seuls résident·es du pays. Ce changement était en effet une opportunité pour le marché illégal de produire et écouler davantage de cannabis sur notre territoire.

Dans le tableau 42, on constate que la majorité (plus de 70 %) des infractions enregistrées au niveau national ainsi qu'en Wallonie en 2018 concernait des faits de détention de drogues. Le commerce et l'importation/exportation totalisent quant à eux environ 20 % des infractions. Proportionnellement, les usager·es sont donc les plus nombreux à être touchés directement par la répression des drogues, suivi par les dealers (dont un grand nombre sont des usager·es qui financent leur propre consommation via la revente). En revanche, la répression des faits liés au trafic et à la fabrication des drogues demeure minoritaire[410].

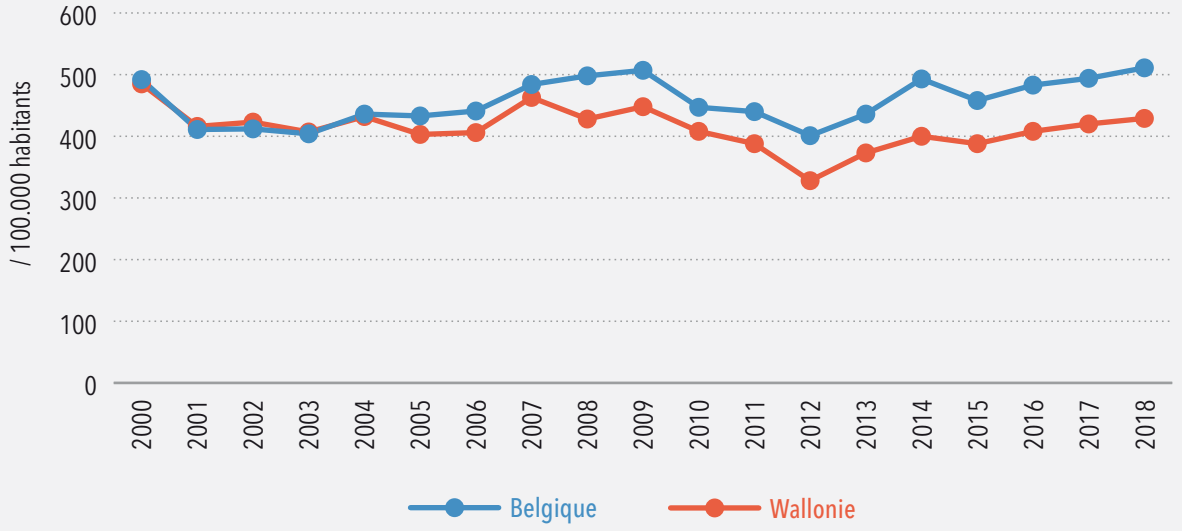
Le tableau 43 montre qu'en 2018, en Wallonie comme plus généralement en Belgique, le type de drogues le plus fréquemment lié aux infractions répertoriées est le cannabis, quel que soit le type d'infraction, suivi de loin par la cocaïne/coca, les opiacés et l'ecstasy/amphétamines. Les autres types de produits sont moins fréquemment impliqués dans les infractions

408 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.

409 Les comparaisons territoriales 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-résident·es 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 politiques).

410 Cette comparaison doit toutefois être nuancée par le fait que les infractions liées à la détention et au commerce correspondent généralement à un nombre équivalent d'individus, alors que les faits de trafic ou de fabrication impliquent généralement un réseau de personnes.

Figure 29 : Nombre d'infractions liées aux drogues illégales enregistrées pour 100.000 habitants au niveau national et en Wallonie sur la période 2000-2018



Source : Police Fédérale

Tableau 42 : Types d'infractions liées aux drogues illégales enregistrées au niveau national et en Wallonie en 2018

	Belgique		Wallonie	
	N	%	N	%
Détention	42.886	73,8	11.172	71,9
Facilitation de l'usage	668	1,2	197	1,3
Incitation à l'usage	233	0,4	62	0,4
Désordre, scandale ou danger dans un espace public (lié à l'usage)	536	0,9	45	0,3
Usage non précisé	4	0,0	3	0,0
Commerce	7.895	13,6	2.261	14,5
Importation et exportation	2.637	4,5	908	5,8
Fabrication	1.716	3,0	510	3,3
Autres [411]	1.537	2,6	388	2,5
Total	58.112	100,0	15.546	100,0

Source : Police Fédérale

constatées. Alors que l'on sait que la majeure partie du budget national consacré aux drogues illicites est allouée au pilier répression/sécurité (Vander Laenen, De Ruyver, Christiaens, & Lievens, 2011, CGPD, 2016, 2018 ; voir aussi le chapitre 1.3. Les 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.

411 Cette catégorie reprend principalement les infractions en lien avec les médicaments contrôlés (méthadone, morphine, etc.) : délivrance illégale, falsification de prescriptions médicales, etc.

Tableau 43 : Nombre d'infractions par type de faits et type de drogues illégales enregistrées au niveau national et en Wallonie, 2018

	Belgique					Wallonie				
	Détention	Commerce	Import / Export	Fabrication	Délit liés à l'usage***	Détention	Commerce	Import / Export	Fabrication	Délit liés à l'usage***
Cannabis	31.673	4.594	1.315	1.036	544	8.936	1.334	329	331	146
XTC/amphétamines	4.079	1.087	386	48	98	353	98	242	2	7
Opiacés	1.214	504	215	4	23	530	219	77	2	15
Coca/cocaïne	3.895	1.846	569	10	105	877	544	142	2	23
Hallucinogènes	179	62	71	10	6	40	12	52	1	0
Médicaments*	756	281	40	8	30	106	36	13	2	9
Précurseurs	145	50	25	35	1	19	8	21	1	0
Autres**	1.970	941	205	130	101	598	263	65	34	26

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

7.2.2. LES INFRACTIONS LIÉES À L'ALCOOL

Comme on peut le voir dans le tableau 44, les infractions liées à l'alcool sont majoritairement relatives 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. Ces statistiques n'incluent pas les infractions en lien avec la conduite sous influence d'alcool, qui font l'objet d'un enregistrement distinct portant sur l'ensemble des statistiques d'infractions de roulage.

7.2.3. LES INFRACTIONS DE ROULAGE LIÉES À L'ALCOOL ET AUX DROGUES

Les infractions de conduite sous influence d'alcool et de drogues sont collectées et centralisées par la Police Fédérale. Elles incluent les infractions objectives par éthylomètre (pour l'alcool) et prélèvement salivaire (pour les drogues) ainsi que d'autres types d'infraction précisés dans la loi relative à la police de la sécurité routière (e.g. ne pas remettre son permis après un test positif, accompagner un conducteur en apprentissage tout en étant sous l'influence d'un produit, inciter ou provoquer à conduire un véhicule une personne qui donne des signes évidents d'imprégnation alcoolique ou se trouver dans un état équivalent). Comme on peut voir dans le tableau 45, elles ne représentent qu'une très faible proportion de l'ensemble des infractions routières constatées. La conduite sous influence d'alcool ne représente qu'environ 1,5 % des infractions routières, et la conduite sous influence de drogues environ 0,2 % des infractions. Les infractions les plus fréquences sont de loin les excès de vitesse, qui représentent près de 80 % des infractions. Ces statistiques doivent bien entendu être relativisées par le fait que certains types d'infraction sont davantage contrôlés que d'autres.

7.2.4. 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 et en diminuant la neurotransmission excitatrice (Valenzuela, 1997). Cette action inhibitrice massive sur le cerveau explique pourquoi l'imprégnation éthylique altère l'ensemble des fonctions perceptives, cognitives et

Tableau 44 : Types d'infractions liées à l'alcool enregistrées au niveau national et en Wallonie, 2012-2018

		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Wallonie	Ivresse publique	5.270	5.495	5.509	5.409	5.435	5.285	4.596
	Heure de fermeture d'établissements hôteliers	9	18	11	31	24	3	1
	Distillerie clandestine	0	2	3	0	0	3	2
	Servir de l'alcool à une personne ivre	14	10	13	11	8	10	11
	Non spécifié	0	0	0	2	0	1	2
	Total	5.293	5.525	5.536	5.453	5.467	5.302	4.612
Belgique	Ivresse publique	20.004	19.875	19.717	19.065	19.387	19.240	18.938
	Heure de fermeture d'établissements hôteliers	23	53	43	48	35	28	29
	Distillerie clandestine	2	3	4	0	2	4	2
	Servir de l'alcool à une personne ivre	26	35	33	34	27	24	29
	Non spécifié	0	0	1	4	4	3	11
	Total	20.055	19.966	19.798	19.151	19.455	19.299	19.009

Source : Police Fédérale

Tableau 45 : Infractions routières liées à l'alcool et aux drogues enregistrées au niveau national et en Wallonie, 2010-2018

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Wallonie	Alcool	16.678	16.166	14.447	15.605	15.848	15.636	16.542	16.235	16.785
	Drogues	584	581	517	857	1.157	1.270	1.598	1.700	1.642
	Total*	905.456	995.805	1.046.948	1.111.050	1.180.725	1.081.467	1.061.402	1.085.098	1.116.172
Belgique	Alcool	55.683	51.568	46.620	48.556	47.590	48.064	51.187	49.411	48.630
	Drogues	2.267	2.295	2.588	3.382	5.103	5.925	6.901	7.091	7.475
	Total*	4.333.565	4.691.218	4.652.039	4.834.773	4.956.759	4.632.588	4.760.438	4.782.889	5.131.716

* La ligne «total» comptabilise l'ensemble des infractions de roulage (excès de vitesse, utilisation du GSM au volant, usage d'alcool ou de drogues au volant, etc.).
Source : Police Fédérale

motrices, biaise la lucidité et la capacité de jugement, et expose l'individu à des risques variés. L'alcool altère ainsi, même en faible quantité, les capacités de conduite automobile, et est une cause relativement fréquente d'accidents. Il s'agit d'ailleurs d'une des principales causes d'insécurité routière. Le risque d'accident mortel augmente de manière exponentielle avec la concentration d'alcool dans le sang, en particulier chez les jeunes conducteur·rices, moins expérimenté·es (Keall, Frith, & Patterson, 2004). Selon certaines estimations, un quart des décès liés aux accidents de la circulation en Europe serait lié à l'alcool (DaCoTA, 2012). Le risque d'accidents graves ou mortels est également fortement accru lorsque l'alcool est consommé en combinaison avec d'autres drogues ou des médicaments psychotropes.

La conduite en état d'imprégnation alcoolique peut s'expliquer par différents facteurs dont l'influence varie en fonction des personnes et des contextes : mauvaise connaissance ou faible perception des risques, pression sociale à boire ou à reprendre le volant, manque d'organisation/anticipation, inclinaison à prendre des risques, alcoolo-dépendance, faible activité policière, faible couverture médiatique de la problématique, hyper-accessibilité des boissons alcoolisées, faible offre de transports en commun ou de transports alternatifs en soirée/nuit, etc. La prise en compte de l'ensemble de ces facteurs est nécessaire à la mise en place d'une politique cohérente et efficace en matière de sécurité routière.

Actuellement en Belgique, la conduite sous l'influence d'alcool et la conduite sous l'influence de drogues font l'objet de mesures de contrôle via des tests dépistage effectués par la police. La conduite sous l'influence de médicaments psychotropes n'est pas directement contrôlée, mais elle est punissable si la personne se trouve dans un état d'ivresse ou un état analogue (article 35 de la loi de 1968 relative à la police de circulation routière).

CONDUITE SOUS L'INFLUENCE D'ALCOOL

Une estimation de la prévalence de la conduite sous l'influence d'alcool est réalisée régulièrement par l'institut VIAS, en collaboration avec les forces de police locales et fédérales. En 2018, 117 zones de police et 9 unités de police de la route ont participé à l'opération, qui a duré un mois. 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 conducteur·rices et d'en contrôler le plus grand nombre possible afin que l'échantillonnage soit aléatoire et représentatif de l'ensemble des conducteur·rices. Néanmoins, pour des raisons pratiques, les contrôles étaient limités aux conducteur·rices de voitures et de camionnettes[412] (exclusion donc des véhicules tels que les camions, car, minibus, etc.).

En 2018, 6.121 automobilistes ont été contrôlés dans le cadre de cette opération (voir Brion, Meunier & Silverans, 2019). Il ressort des analyses que 1,94 % des conducteur·rices contrôlé·es 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). Les hommes sont nettement plus concernés que les femmes (2,78 % *versus* 0,61 %).

412 Lors de l'opération 2018, 736 conducteur·rices de camionnette ont également été contrôlés, mais leurs résultats ne sont pas inclus.

Tableau 46 : Conduite sous influence d'alcool chez les automobilistes en Belgique, 2018

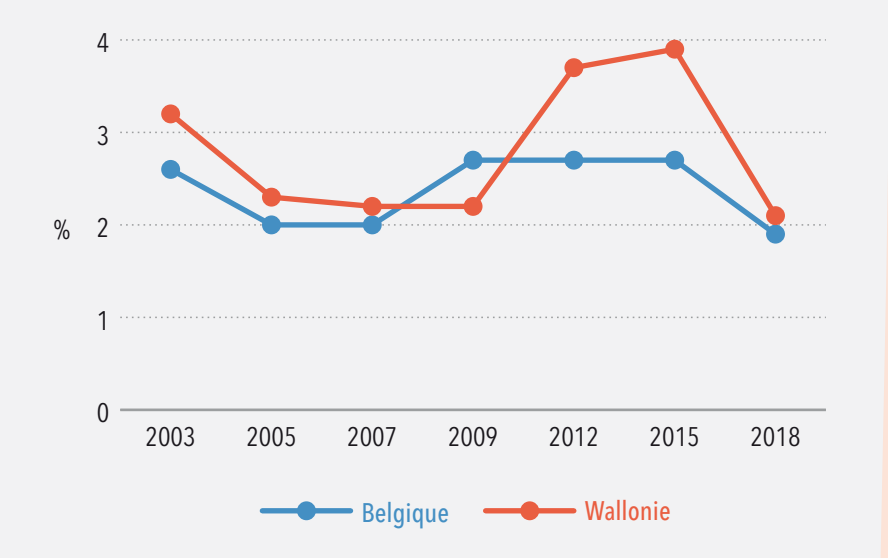
	Wallonie	Belgique
Nbr de sessions de contrôle	105	366
Nbr d'automobilistes contrôlés	1.480	6.121
Positif : ≥ 0,22 et < 0,35mg/l	0,38 %	0,6 %
Positif : ≥ 0,35mg/l	1,67 %	1,3 %
Positif total	2,05 %	1,94 %

Source : Brion, Meunier & Silverans, 2019

La figure 30 présente l'évolution du pourcentage de contrôles positifs enregistrés lors des opérations menées de 2003 à 2018[413]. Alors qu'une augmentation du pourcentage de contrôles positifs était constatée depuis plusieurs années, en particulier en Wallonie depuis 2012, on observe en 2018 une diminution significative de la prévalence de la conduite sous influence d'alcool parmi les automobilistes belges et wallon·nes. La Wallonie enregistre toutefois toujours

413 Les données récoltées en Région bruxelloise ne peuvent être inclues en raison du trop petit nombre de contrôles effectués dans cette région (8 sessions pour 112 automobilistes contrôlés). Cette faible participation s'explique par une charge de travail trop importante.

Figure 30 : Pourcentage de conducteur·rices positifs au test d'haleine de détection d'alcool au volant, 2003-2018



Source : Brion, Meunier & Silverans, 2019

une prévalence de conduite sous influence d'alcool supérieure à celle observée en Flandre (2,05 % *versus* 1,66 %).

Les comportements auto-déclarés par les conducteur·rices sont cohérents avec ces niveaux de prévalence. Ainsi, dans l'enquête en ligne de l'AWSR réalisée 2017 auprès de 1.327 conducteur·rices wallons, 33,8 % des répondant·es ont déclaré avoir roulé sous l'influence d'alcool au cours des 12 derniers mois (Roynard, 2017). Selon l'enquête ESRA (E-Survey of Road users' Attitudes ; voir Achermann Stürmer, Meesmann & Berbatovci, 2019 ; *Fact Sheet Belgium* 2018[414]) qui a étudié les comportements et attitudes des usager·es de la route dans de nombreux pays européens[415], 33,1 % des Belges déclarent avoir conduit, au cours des 30 derniers jours, un véhicule après avoir bu de l'alcool (quelle qu'en soit la quantité) et 24,1 % avec un niveau d'alcoolémie probablement supérieur à la limite légale.

414 https://www.esranet.eu/en/deliverables-publications/

415 L'enquête en ligne portait sur les comportements, opinions et attitudes auto-rapportés par des échantillons représentatifs (environ 1000 répondant·es par pays) de 38 pays européens.

Selon l'enquête ESRA (Achermann Stürmer et al., 2019[416]), la Belgique serait un des pays européens où la conduite sous influence d'alcool est la plus élevée (voir aussi Houwing, et al., 2011). Pourtant, lorsqu'on interroge les répondant·es sur l'acceptabilité de prendre le volant en ayant un taux d'alcoolémie supérieure à la limite légale, seulement 3,1 % des répondant·es belges estiment que ce comportement est acceptable. Ce décalage entre comportement et attitude peut en partie s'expliquer par la faible perception du risque de contrôle : en effet, 73,4 % des répondant·es belges estiment que les contrôles en matière d'alcool au volant sont insuffisants, et seulement 21,7 % estiment qu'il est probable qu'ils se fassent contrôler lors d'un déplacement habituel en voiture (au total, 24,1 % des répondant·es ont rapportés avoir été soumis à un test d'alcoolémie durant les 12 derniers mois)[417]. La prévalence élevée de la conduite sous influence d'alcool en Belgique est probablement aussi liée à une faible perception du risque d'accident. En effet, les conducteur·rices qui ont rapporté conduire sous l'influence d'alcool expriment plus volontiers que les autres conducteur·rices une forte confiance quant à leur capacité à conduire sous l'effet de l'alcool.

LA CONDUITE SOUS L'INFLUENCE DE DROGUES

Dans le cadre du projet européen DRUID (Houwing et al, 2011), des conducteur·rices de 13 pays européens ont acceptés[418] d'être soumis à une analyse toxicologique par prélèvement sanguin, visant à objectiver et quantifier l'ampleur de la conduite sous influence. Cette étude montre que 10,7 % des automobilistes belges étaient positifs à une ou plusieurs substances psychotropes (alcool, médicaments et/ou drogues) : 6,2 % si on exclut les conducteur·rices dont le niveau d'alcoolémie était inférieur au seuil légal (0,5g/l). L'alcool est la substance la plus impliquée dans la conduite sous influence, avec 2,15 %[419] des conducteur·rices présentant un taux d'alcool supérieur ou égal à 0,5 g/l, suivi par les benzodiazépines (2,01 %). Le cannabis a été détecté chez 0,35 % des conducteur·rices et la cocaïne chez 0,2 %. La conduite sous influence est globalement plus importante en Belgique que dans l'ensemble des pays européens participants, en particulier pour l'alcool et les benzodiazépines. Ces résultats confirment que la conduite sous influence est un phénomène préoccupant pour la sécurité routière, possiblement sous-estimé dans cette étude dans la mesure où la participation se faisait sur base volontaire.

416 Achermann Stürmer, Y., Meesmann, U. & Berbatovci, H. (2019). Driving under the influence of alcohol and drugs. ESRA2 Thematic report Nr. 5. ESRA project (E-Survey of Road users' Attitudes). Bern : Swiss Council for Accident Prevention.

417 La perception du risque de contrôle est un déterminant important du respect de la loi. Elle peut être influencée par une augmentation du nombre de contrôles effectués mais aussi par une amélioration de leur visibilité (contrôle dans des lieux très visibles, couverture médiatique des opérations de contrôle, etc.). D'après certains auteurs, il est plus efficace d'augmenter la fréquence (et donc la probabilité) des contrôles que d'augmenter les peines en cas d'infraction (Benson, Rasmussen & Mast, 1999).

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

419 2,2 % pour l'alcool seul et 0,3 % pour l'alcool en combinaison avec une drogue ou un médicament.

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

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

Tableau 47 : Prévalence de la détection de substances psychotropes chez les conducteur·rices de voitures et de camionnettes en Belgique et en Europe, 2007-2009

	Conducteurs belges (N=2.750) %	Conducteurs européens (N=48.542) %
Positif à une ou plusieurs substances[420]	10,65	7,43
Alcool (BAC[421] ≥ 0,1 g/l)	6,42	3,48
Alcool (BAC ≥ 0,5 g/l)	2,15	1,49
Alcool+drogues ou alcool+médicaments	0,31	0,39
Plusieurs drogues et/ou médicaments	0,3	0,37
Cannabis (THC)	0,35	1,32
Cocaïne	0,2	0,42
Opiacés illégaux (héroïne…)	0,09	0,07
Amphétamine/ecstasy	0,0	0,08
Benzodiazépines	2,01	0,9
Opiacés médicinaux	0,75	0,35
Somnifères	0,22	0,12

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

Les comportements auto-déclarés par les conducteur·rices sont cohérents avec ces niveaux de prévalence. Ainsi, dans l'enquête en ligne de l'AWSR réalisée 2017 auprès de 1.327 conducteur·rices wallons, 5,5 % des répondant·es ont déclaré avoir roulé sous l'influence de drogues (4 % sous l'effet combiné d'alcool et de drogues) au cours des 12 derniers mois (Roynard, 2017). La conduite sous influence de médicaments psychotropes serait quant à elle beaucoup plus importante : 35,4 % des répondant·es ont déclaré avoir roulé sous leur influence (9,9 % sous l'effet combiné d'alcool et de médicaments psychotropes) au cours des 12 derniers mois. Selon l'enquête ESRA (voir Achermann Stürmer, Meesmann & Berbatovci, 2019), 7,1 % des Belges auraient, au cours des 30 derniers jours, conduit un véhicule sous l'influence de drogues, et 18,1 % sous l'effet d'un médicament susceptible d'altérer les capacités de conduite automobile.

L'utilisation de test salivaire afin de détecter une récente consommation de drogues illégales auprès des conducteur·rices belges est entrée en vigueur le 1er octobre 2010. Ce dispositif a été mis en place afin de remplacer le screening via des tests psychomoteurs et urinaires, jugés peu fiables et inadaptés au travail de terrain des forces de l'ordre. Les tests salivaires ne sont pas encore utilisés pour estimer la prévalence de la conduite sous influence de drogues en Belgique, via des contrôles aléatoires à l'instar de ceux effectués pour l'alcool. Dans la pratique, un test salivaire ne peut être imposé (éventuellement concomitamment à un test d'haleine) que lorsque le policier·e suspecte (à l'aide d'une check-list standardisée) que le conducteur·rice est sous l'emprise d'un produit stupéfiant. En cas de test positif, un prélèvement salivaire ou sanguin est ensuite effectué afin de confirmer de manière objective et quantitative la présence de drogue(s) via un laboratoire agréé[422]. Les tests de dépistages salivaires ont en effet une fiabilité limitée et ne peuvent servir à eux seuls de preuve légale. Tout refus est d'emblée considéré comme un résultat positif. Notons que l'outil de dépistage actuellement utilisé en Belgique (DrugCheck® 3000) ne permet d'identifier qu'un nombre relativement limité de produits : cocaïne, opiacés, amphétamines, MDMA (ecstasy), et cannabis. La poursuite des infractions de roulage impliquant d'autres produits (e.g. benzodiazépines, kétamine, nouvelles substances psychoactives) peut toutefois se faire par les forces de l'ordre en invoquant l'article 35 de la loi de 1968 relative à la police de circulation routière (état d'ivresse ou un état analogue résultant notamment de l'emploi de drogues ou de médicaments). Dans ce cas, la police peut procéder à un prélèvement salivaire en vue d'une analyse en laboratoire.

Le nombre de tests salivaires effectués annuellement sur le territoire belge n'est pas comptabilisé. Seules les analyses sanguines (et, prochainement, les analyses salivaires) faisant suite aux tests de dépistages salivaires positifs sont enregistrées, mais elles ne sont pas centralisées en vue de réaliser des statistiques globales. Néanmoins, nous avons accès aux résultats des analyses effectuées par l'Institut National de Criminalistique et de Criminologie (INCC), chargé d'effectuer une grande partie des analyses sur le territoire belge. Les résultats qui en sont issus peuvent donc être considérés comme représentatifs, même si le nombre d'analyses réalisées est sous-estimé.

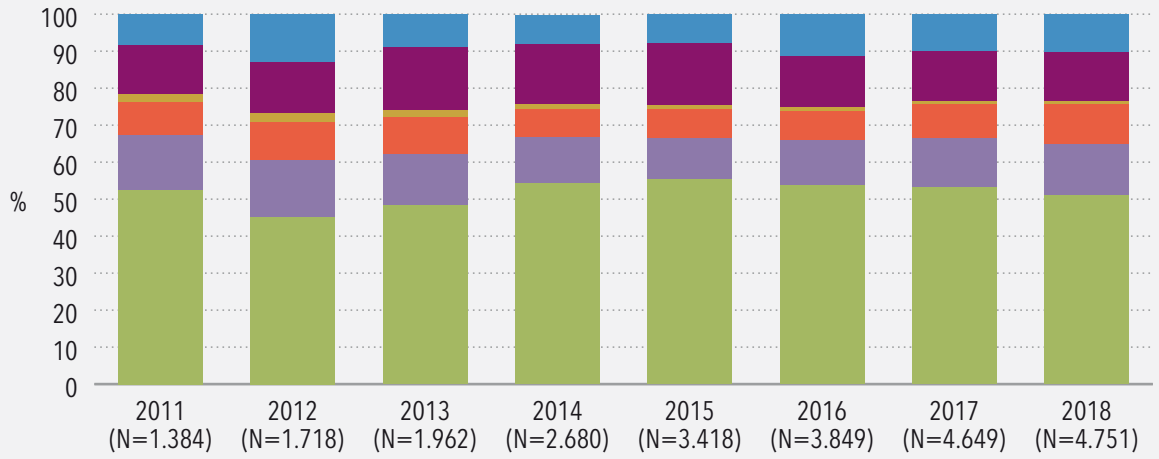
Comme l'indique la figure 31, la plupart des analyses sanguines faisant suite à un test salivaire positif ont objectivé la présence d'une ou plusieurs drogues illégales dans le sang. Néanmoins, le nombre de faux positifs[423] est d'environ 10 % chaque année, ce qui veut dire qu'un certain nombre de conducteur·rices ayant eu un test salivaire positif ont été soupçonnés à tort et injustement privés de conduite pendant 12 heures minimum. La grande majorité des analyses implique une seule substance, le cannabis étant la substance la plus fréquemment identifiée (environ 50 % des cas). Les amphétamines et la cocaïne sont chacune détectées dans environ 12 % des échantillons. Les opiacés sont rarement identifiés (environ 1 %). Enfin, environ 13 % des analyses ont objectivé la présence d'au moins deux produits.

Si l'objectif principal et louable des tests salivaires est d'améliorer la sécurité routière, il convient de remarquer que l'utilisation de ces derniers participe à certains égards à la pénalisation/criminalisation des usager·es de drogues. En effet, le test de dépistage utilisé en Belgique ne prévoit pas l'identification des benzodiazépines alors que l'impact délétère de ces substances sur la conduite automobile est supérieur à celui du cannabis (voir Hels et al., 2011). En outre, la tolérance zéro est d'application pour les tests salivaires, car il n'y a pas de seuil minimal comme il en existe pour l'alcool (ce sont des seuils de détectabilité qui sont appliqués). Pourtant, certaines substances restent décelables dans la salive plusieurs heures (et parfois plusieurs jours) alors que leurs effets sont estompés et qu'il n'y a plus d'altération des capacités de conduite. Certes, la loi prévoit d'appliquer un facteur de correction/tolérance de 30 % sur les résultats de l'analyse en laboratoire afin de ne pas pénaliser la consommation récente (par exemple la veille) d'un produit stupéfiant sans influence réelle sur la conduite. Mais ces résultats objectifs ne sont rendus que plusieurs jours après la constatation de l'«infraction», de sorte que des personnes sont susceptibles de se voir priver du droit de conduire pendant minimum 12 heures (sanction renouvelable) alors qu'elles ne présentaient pas une menace pour la sécurité routière.

422 Depuis le 1er avril 2019, un prélèvement salivaire est réalisé. Avant cette date, la police avait recours à un prélèvement sanguin, qui était peu pratique en routine pour les forces de l'ordre car il nécessitait l'intervention d'un·e médecin. Le prélèvement sanguin reste toujours possible en cas d'impossibilité à recourir au prélèvement salivaire. Pour une description et une analyse critique du dispositif, voir la brochure publiée par la Liaison antiprohibitionniste (http://www.laliaison.org/2019/07/04/brochure-tests-salivaires-et-analyses-de-drogues-illegales-au-volant/).

423 L'INCC parle de «valeur en dessous du seuil légal», mais il s'agit plus précisément de normes scientifiques ayant été retenues au niveau légal, en dessous desquelles un test positif est jugé non fiable. Nous préférons donc parler ici de «faux positifs».

Figure 31 : Détection de drogues dans les prélèvements de sang faisant suite à un test salivaire positif en Belgique, 2011-2018



	2011 (N=1.384)	2012 (N=1.718)	2013 (N=1.962)	2014 (N=2.680)	2015 (N=3.418)	2016 (N=3.849)	2017 (N=4.649)	2018 (N=4.751)
Faux positifs	8,3 %	13,0 %	9,0 %	7,8 %	7,8 %	11,3 %	10,0 %	10,2 %
Deux produits ou +	13,4 %	13,9 %	17,0 %	16,4 %	16,9 %	13,9 %	13,5 %	13,2 %
Opiacés	2,2 %	2,2 %	1,8 %	1,3 %	1,0 %	1,0 %	0,8 %	0,8 %
Cocaïne	9,0 %	10,5 %	10,2 %	7,6 %	7,7 %	7,8 %	9,4 %	10,8 %
Amphétamine	14,6 %	15,2 %	13,8 %	12,4 %	11,3 %	12,4 %	13,2 %	14,0 %
Cannabis	52,5 %	45,2 %	48,2 %	54,3 %	55,3 %	53,6 %	53,2 %	51,0 %

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

7.2.5. ACCIDENTS DE LA CIRCULATION SOUS L'INFLUENCE D'ALCOOL ET DE DROGUES

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 conducteur·rices impliqués dans un accident corporel de roulage[424]. 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 conducteur·rices impliqués dans un accident corporel, ce test n'est pas encore systématiquement réalisé chez les conducteur·rices indemnes ou légèrement blessés. Des statistiques similaires ne sont pas disponibles en routine pour les drogues illégales et les médicaments psychotropes. Nous disposons toutefois d'une estimation pour la Belgique sur base de l'étude européenne DRUID publiée en 2011.

424 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 conducteur·rices qu'en cas de suspicion d'usage.

LES CHIFFRES 2005-2018 RELATIFS À L'ALCOOL

En Wallonie, le pourcentage de conducteur·rices[425] impliqués dans un accident 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 conducteur·rices sous influence de l'alcool a légèrement augmenté[426]. Depuis lors, on observe une tendance à la diminution.

425 La notion de conducteur·rice doit être ici entendue dans une acception large, puisqu'elle inclut également les piéton·nes impliqués dans un accident de la circulation. Ceux-ci sont toutefois relativement peu nombreux par rapport aux conducteur·rices de véhicules (voiture, vélo, moto, camion, etc.).

426 Le nombre de conducteur·rices sous l'influence de l'alcool comprend à la fois les conducteur·rices 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.

Tableau 48 : Nombres et pourcentages de conducteur·rices testés et de conducteur·rices sous influence de l'alcool dans les accidents de roulage avec dégâts corporels en Wallonie, 2005-2018

	Accidents avec dégâts corporels	Conducteurs impliqués	Conducteurs testés	Conducteurs sous influence d'alcool	% conducteurs testés	% conducteurs testés sous influence d'alcool
2005	13.800	23.857	8.585	1.086	36,0	12,6
2006	13.637	23.594	10.038	1.237	42,5	12,3
2007	13.746	23.949	10.439	1.276	43,6	12,2
2008	13.452	23.471	12.016	1.637	51,2	13,6
2009	13.658	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	1.682	65,4	12,5
2017	10.940	19.945	13.104	1.757	65,7	13,4
2018	10.908	20.189	13.415	1.638	66,4	12,2

Source : Nuyttens, 2019 (d'après SPF Economie DG Statistique) et statbel.fgov.be

Le détail par type de «conducteur·rices» est présenté dans le tableau 49 pour l'année 2018. On constate que les conducteur·rices de voitures sont aussi ceux qui sont les plus fréquemment impliqués dans les accidents corporels de la circulation (69,9 %), qu'ils sont majoritairement testés (72 %), et qu'environ 14 % parmi ces derniers étaient sous l'influence de l'alcool.

Enfin, le tableau 50 montre que le nombre d'accidents corporels impliquant au moins un conducteur·rice sous l'influence de l'alcool oscille en dents de scie depuis 2009, quoiqu'une tendance à la diminution est observée. Les blessures occasionnées sont dans la plupart des cas de nature légère, mais des blessés graves et des décès sont également enregistrés.

Tableau 49 : Nombres et pourcentages de conducteur·rices testés et de conducteur·rices sous influence de l'alcool dans les accidents de roulage avec dégâts corporels en Wallonie, par types de conducteur·rices, 2018

	Conducteurs impliqués	Conducteurs testés	Conducteurs sous influence	% conducteurs testés	% conducteurs sous influence
Piétons	1.516	387	33	25,5	8,5
Cyclistes	832	362	8	43,5	2,2
Cyclomotoristes	669	437	60	65,3	13,7
Motocyclistes	1.032	642	48	62,2	7,5
Voitures	14.121	10.185	1.396	72,1	13,7
Camionnettes	871	663	75	76,1	11,3
Poids-lourds	600	503	7	83,8	1,4
Autobus/autocars	155	125	3	80,6	2,4
Autre	140	94	5	67,1	5,3
Inconnu	253	17	3	6,7	17,6
Total	20.189	13.415	1.638	66,4	12,2

Source : Nuyttens, 2019 (d'après SPF Economie DG Statistique)

Tableau 50 : Nombre d'accidents corporels impliquant au moins un conducteur·rice sous influence de l'alcool et nombre de victimes en Wallonie, 2005-2018

	Nbr accidents corporels	Victimes			
		Total	Blessés légers	Blessés graves	Décédés 30 jours
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	1.621	2.269	2.152	97	20
2017	1.694	2.367	2.201	138	28
2018	1.586	2.176	2.075	82	19

Source : Nuyttens, 2019 (d'après SPF Economie DG Statistique)

LES CHIFFRES 2007-2009 RELATIFS À L'ALCOOL, AUX DROGUES ET AUX MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Le projet européen DRUID prévoyait également une étude hospitalière afin d'estimer la prévalence de détection d'alcool, de drogues et de médicaments psychotropes chez les conducteur·rices de voitures ou de camionnettes ayant été grièvement blessés suite à un accident (Isalberti, 2011). Au total, une prise de sang a pu être réalisée chez 1078 conducteur·rices belges[427]. Cette étude montre clairement que des substances psychotropes sont fréquemment retrouvées dans l'organisme des personnes accidentées, puisqu'on en retrouve dans l'organisme de la moitié des accidenté·es. La substance la plus souvent retrouvée est l'alcool : 38,2 % des conducteur·rices blessés présentaient un taux d'alcoolémie supérieur au seuil légal. Les benzodiazépines et le cannabis sont retrouvés dans environ 7 % des cas, et la combinaison alcool+autre(s) substance(s) était retrouvée chez plus de 1 conducteur·rice sur 10. Même si on ne peut pas établir leurs responsabilités systématiques dans les accidents, il est clairement démontré que le risque d'accidents graves ou mortels augmente en cas de conduite sous influence de substances psychoactives, dans des proportions qui varient en fonction du/des produit(s) et des quantités consommée(s) (Hels et al., 2011).

427 Au total, 1.250 conducteur·rices belges grièvement blessés dans un accident de la circulation ont été invités à participer à cette étude : 67 ont refusé et 105 n'ont pu subir un prélèvement sanguin.

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

Tableau 51 : Prévalence de la détection de substances psychotropes chez les conducteur·rices de voitures et de camionnettes grièvement blessés dans un accident en Belgique, 2007-2009

	Conducteurs belges (N=1.078) %
Positif à une ou plusieurs substances	52,6
Alcool (BAC[428] ≥ 0,1 g/l)	42,5
Alcool (BAC ≥ 0,5 g/l)	38,2
Alcool+drogues ou alcool+médicaments	13,2
Plusieurs drogues et/ou médicaments	2,5
Cannabis (THC)	7,6
Cocaïne	3,8
Opiacés illégaux (héroïne…)	0,6
Amphétamine/ecstasy	2,6
Benzodiazépines	7,3
Opiacés médicaux	3,3
Hypnotiques et sédatifs (hors benzodiazépines)	1,7

Note : pour chaque produit, les % reprennent à la fois les cas de consommation isolée et combinée
Source : Isalberti et al., 2011

7.3

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. Cette proposition de loi a été adoptée en février 2019, mais elle n'est pas encore parue au Moniteur belge et les arrêtés d'application n'ont pas encore été proposés.

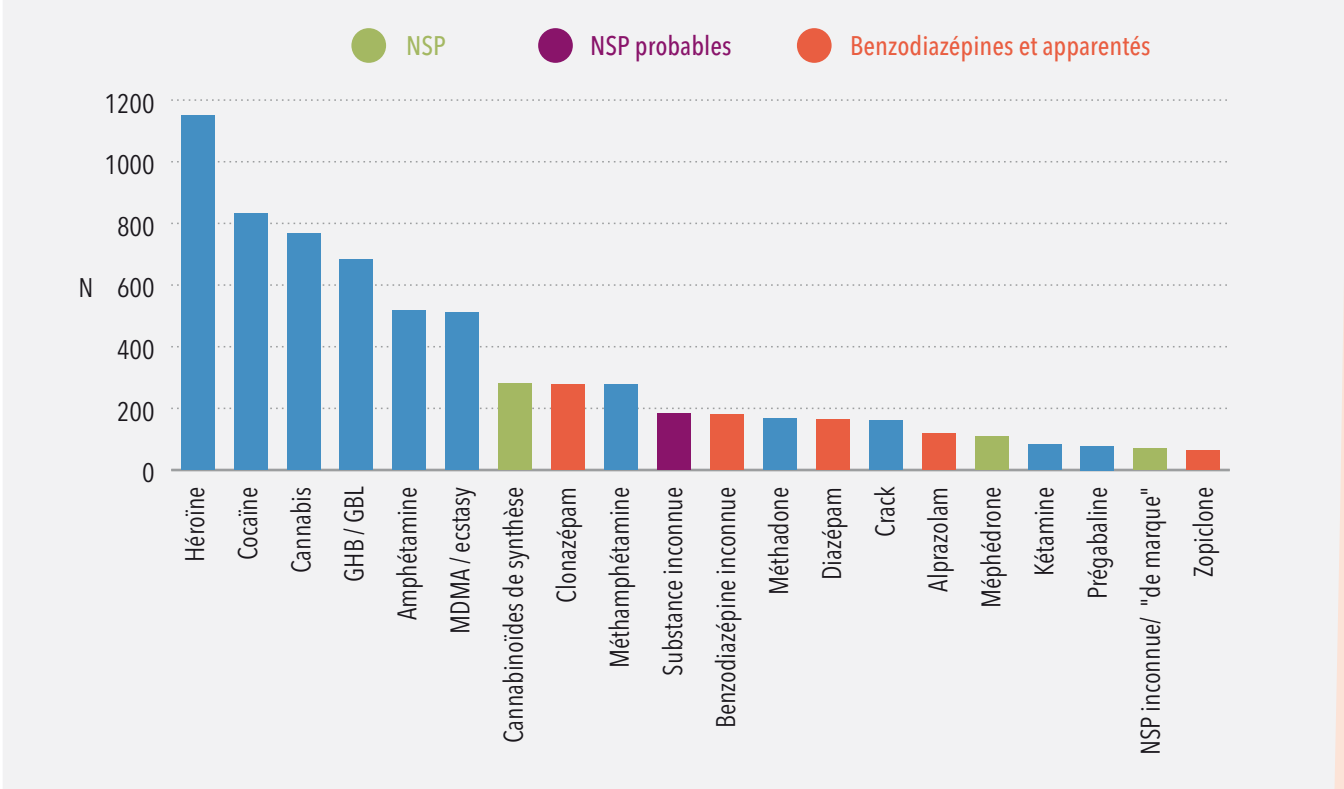
Les intoxications liées à l'alcool et aux drogues peuvent néanmoins être appréhendées à partir de trois sources de données, que nous aborderons successivement : le projet Euro-DEN PLUS, les données de l'agence intermutualiste relatives aux intoxications alcooliques, les données relatives aux intoxications à l'alcool, aux drogues et aux médicaments psychotropes chez les nouveaux-nés.

7.3.1. LE PROJET EURO-DEN PLUS

Le projet Euro-DEN (*European Drug Emergencies Network*) monitore spécifiquement les intoxications liées aux drogues au niveau européen. En 2016, 19 hôpitaux sentinelles de 13 pays européens[429] ont participé à ce monitoring et ont enregistrés 4.874 passages aux urgences (voir EMCDDA, 2018a). L'âge moyen des patient·es était de 32 ans ; ils étaient majoritairement de sexe masculin (77 %). La majorité des patient·es 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 32, les drogues classiques sont responsables de la majorité des passages aux urgences, en particulier l'héroïne, la cocaïne, le cannabis, le GHB/GBL, les

429 La participation belge se limite actuellement à un hôpital anversois, qui a rejoint le projet en 2017.

Figure 32 : Nombre d'intoxications induites par les drogues enregistrées dans les 19 hôpitaux sentinelles de 13 pays européens, 2016



Source : Euro-DEN (EMCDDA, 2018a)

amphétamines et la MDMA. Un cinquième (21 %) des prises en charge concernaient des médicaments délivrés sur ordonnance (benzodiazépines ou opioïdes/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.

7.3.2. LES DONNÉES DE L'AGENCE INTERMUTUALISTE

À défaut d'être directement comptabilisées, les intoxications à l'alcool survenues en Belgique sont estimées de manière indirecte par l'Agence intermutualiste, sur base des données relatives aux facturations des soins de santé des bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire (soit environ 99 % de la population).

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.

Comme on peut le voir dans le tableau 52, 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 exposé·es. 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 mineur·es d'âge, bien que le nombre de cas paraissent inquiétant. En revanche, on observe une lente et progressive augmentation du nombre de cas chez les 65 ans et plus.

L'indicateur généré par l'agence intermutualiste n'est pas une estimation directe de l'intoxication alcoolique, car 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 (faux négatifs) ;
- Les personnes intoxiquées par l'alcool effectivement prises en charge mais dont la concentration d'alcool dans le sang n'a pas été établie (faux négatifs) ;
- Les personnes prises en charge et ayant été soumises à un test d'alcoolémie dont le résultat s'est avéré négatif, car le critère d'inclusion est le fait d'y avoir été soumis, l'Agence intermutualiste n'ayant pas accès aux résultats des tests (faux positifs)[430].

Par ailleurs, la notion d'intoxication alcoolique à laquelle est censée 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.

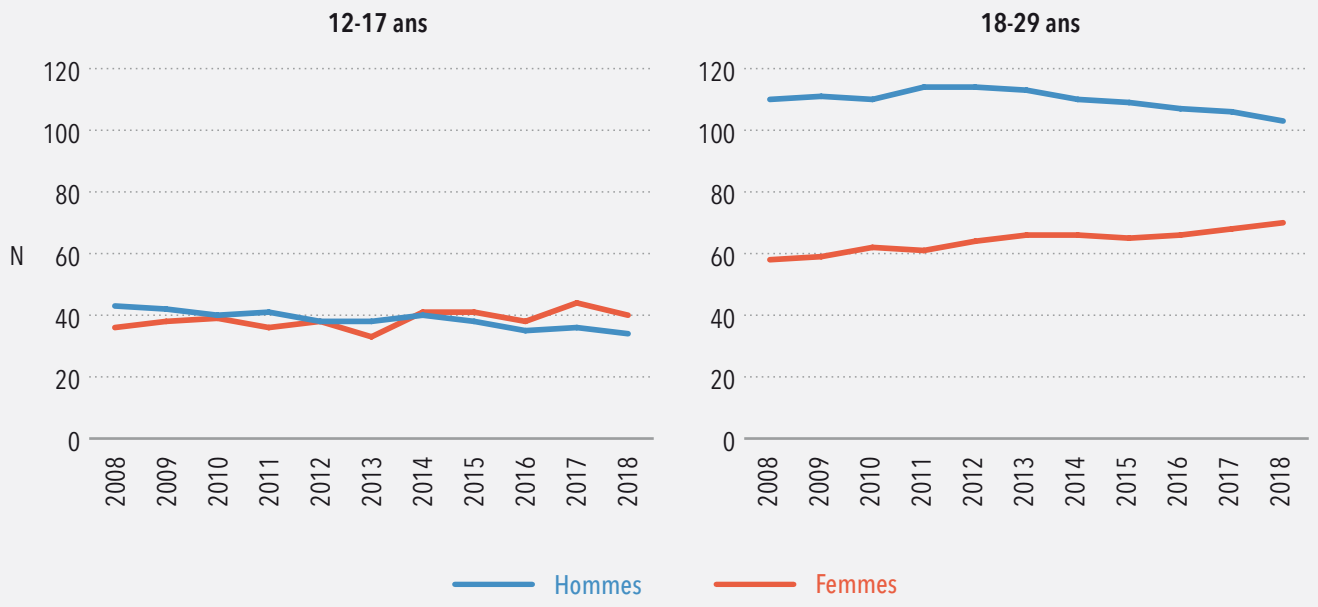
430 On sait par exemple, qu'en cas d'accidents de la route avec dégâts corporels, un test d'alcoolémie doit légalement être réalisé auprès des conducteur·rices impliqués. En cas d'accidents légers, il est généralement réalisé par les services de police, mais en cas d'accidents graves, il est réalisé par les services d'urgence ou hospitaliers. Or tous les accidenté·es de la route ne sont bien entendu pas sous imprégnation alcoolique.

Tableau 52 : Nombre d'intoxications alcooliques supposées par 10.000 bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire en Wallonie, ventilé par tranche d'âge, 2008-2018

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
12-17 ans	40	40	40	39	38	36	40	39	36	40	37
18-29 ans	84	85	86	88	89	90	88	87	87	87	87
30-44 ans	95	99	96	96	98	96	98	96	97	93	93
45-64 ans	113	119	119	122	125	125	125	125	122	120	122
65 ans et +	73	79	81	87	94	97	102	100	104	102	105

Source : Agence intermutualiste

Figure 33 : Nombre d'intoxications alcooliques supposées par 10.000 bénéficiaires de l'assurance santé obligatoire en Wallonie, par sexe et par tranche d'âge, 2008-2018



Source : Agence intermutualiste

Lorsque l'on s'intéresse spécifiquement aux différences de genre au sein des tranches d'âge les plus jeunes, on constate qu'elle est ténue chez les moins de 18 ans, et que les jeunes filles ont même tendance à être un peu plus concernées que les jeunes garçons, et ce alors que les hommes sont beaucoup plus exposés que les femmes chez les 18-29 ans. Et en ce qui concerne l'évolution dans le temps, on constate au cours d'une dizaine d'années une tendance à la baisse chez les hommes (en particulier les 18-29 ans) et une tendance à la hausse chez les femmes (en particulier les 18-29 ans). Globalement, ces chiffres sont compatibles avec les constats d'une féminisation des comportements d'alcoolisation chez les jeunes, y compris chez les mineur·es d'âge (voir chapitre 6.2.1.).

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.

7.3.3. LES INTOXICATIONS À L'ALCOOL, AUX DROGUES ET AUX MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES 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 réalisées. 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 53, chaque année, environ 100 nouveau-nés sont pris en charge pour une exposition à l'alcool ou aux drogues/médicaments psychotropes en Wallonie, ce qui correspond à environ 0,27 % des naissances (27 cas pour 10.000 naissances).

Tableau 53 : Nouveau-nés pris en charge dans un service de néonatalogie suite à une exposition à l'alcool ou aux drogues en Wallonie, 2016-2018			
	2016 N	2017 N	2018 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	22	20
Nouveau-né affecté par un usage maternel d'autres médicaments	17	11	14
Nouveau-né affecté par un usage maternel d'alcool	17	11	14
Nouveau-né affecté par un usage maternel de cocaïne	7	13	11
Nouveau-né affecté par un usage maternel d'une autre drogue d'abus	21	29	25
Nouveau-né ayant présenté des symptômes de sevrage à un usage maternel de drogue	16	16	16
Total	93	102	100
Nombre total de naissances	37.246	36.892	36.087

Source : Résumé infirmier minimum (Service Data management du SPF Santé publique)

7.4

LES DEMANDES DE TRAITEMENT POUR UN USAGE PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL OU DE DROGUES

Selon les estimations, seule une minorité des usager·es 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·es, 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 peut varier selon le produit. 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 tendances de consommation de produits.

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[431]. 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. Le TDI n'est toutefois pas une estimation de la prévalence annuelle des demandes de traitement, c'est-à-dire de l'ensemble des patient·es 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 patient·es 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 chapitre 7.5) 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 patient·es ayant introduit en 2017 une demande de traitement dans un service spécialisé en assuétudes ou dans un hôpital (général ou psychiatrique[432]) en Wallonie.

431 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·e. En Belgique, les demandes multiples sont filtrées sur base du numéro de registre national des patient·es. 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.

432 Les prises en charge de problématiques d'assuétudes sont courantes dans les hôpitaux psychiatriques.

LA SITUATION EN 2018

DESCRIPTION DES PATIENT·ES PAR ÂGE ET PAR SEXE

Le nombre de demandes de traitement pour un problème de consommation d'alcool ou de drogues s'élevait à 7.628 en 2018 dans les centres participant actuellement à la récolte de cet indicateur en Wallonie (services spécialisés et hôpitaux). Ce nombre correspondait à 6.617 patient·es uniques[433], dont l'âge et le sexe étaient précisés pour 6.557 d'entre eux. Les patient·es sont majoritairement de sexe masculin (68,4 %) et d'un âge compris entre 25 et 54 ans (75,2 %). 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 39 ans et demi). Cette latence importante s'explique d'une part par la difficulté qu'ont souvent les usager·es à prendre conscience 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 infructueuses de reprise de contrôle de la consommation. Certains usager·es développeront quant à eux un usage problématique qui se résorbera «spontanément» sans recours à une aide professionnelle : on parle alors de rémission naturelle (Klingemann & Klingemann, 2008). 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 54, l'âge et le sexe des patient·es peuvent considérablement varier en fonction du produit principal[434]. Par exemple, la proportion de femmes est plus importante pour les hypno-sédatifs (69,9 %) et, dans une moindre mesure, l'alcool (34,3 %) que pour les autres produits. De même, la proportion de patient·es de moins de 25 ans est particulièrement importante pour le cannabis (42 %), alors qu'elle est marginale pour les autres produits. Au total, 1 % des patient·es ont moins de 20 ans : il s'agit généralement de jeunes pris en charge pour un usage de cannabis. La proportion de patient·es de 55 ans et + est plus importante pour l'alcool (24 %) et les hypno-sédatifs (27,6 %) que pour les autres produits (4 % ou moins). On notera aussi que 5 % des patient·es ayant introduit une demande pour un problème avec l'alcool et 9,8 % de ceux qui en ont introduit pour un problème avec les hypno-sédatifs ont 65 ans ou davantage. Les seniors ne sont donc pas épargnés par l'usage problématique de certains produits.

Tableau 54 : 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, 2018

	24 ans et - %	25-34 ans %	35-44 ans %	45-54 ans %	55-64 ans %	65 ans et + %	Total %
Tous produits							
Hommes (n=4.487)	6,8	16,4	19,4	16,7	7,4	1,7	68,4
Femmes (n=2.070)	1,9	5,7	8,7	8,3	5,3	1,6	31,6
Total (N=6.557)	8,7	22,1	28,1	25	12,7	3,4	100
Alcool							
Hommes (n=2.589)	2,2	11,5	17,9	20,1	11,3	2,7	65,7
Femmes (n=1.351)	0,7	4,0	8,7	10,9	7,7	2,3	34,3
Total (N=3.940)	2,8	15,6	26,6	31,0	19,0	5,0	100
Opiacés							
Hommes (n=651)	4,1	21,8	29,0	19,2	2,0	0,2	76,3
Femmes (n=202)	1,9	7,0	9,6	3,4	1,3	0,5	23,7
Total (N=853)	6,0	28,8	38,6	22,6	3,3	0,7	100
Cocaïne							
Hommes (n=515)	7,9	32,2	26,5	9,2	0,9	0	76,8
Femmes (n=156)	2,7	8,2	8,6	3,6	0,1	0	23,2
Total (N=671)	10,6	40,4	35,2	12,8	1,0	0	100
Cannabis							
Hommes (n=503)	34,8	24,5	11,3	6,3	0,9	0	77,9
Femmes (n=143)	7,1	9,0	4,0	1,7	0,3	0	22,1
Total (N=646)	42,0	33,4	15,3	8,0	1,2	0	100
Hypnotiques/sédatifs							
Hommes (n=49)	1,2	7,4	8,0	8,0	3,7	1,8	30,1
Femmes (n=114)	1,2	10,4	19,6	16,6	14,1	8,0	69,9
Total (N=163)	2,5	17,8	27,6	24,5	17,8	9,8	100

Source : Sciensano

433 L'utilisation du numéro de registre national comme identifiant unique permettant d'éliminer les doublons n'est pas systématique. En Wallonie, 29,3 % des demandes de traitement ont été enregistrées de manière anonyme en 2018.

434 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·es et/ou sur le diagnostic posé par le professionnel·le. Concrètement, le protocole implique de d'abord identifier l'ensemble des produits qui causent actuellement problèmes au patient·e, et de spécifier ensuite l'éventuelle présence d'un produit principal. Un produit principal est mentionné dans la grande majorité des cas (96,6 % en 2018 en Wallonie).

DESCRIPTION DES PATIENT·ES PAR PRODUIT PRINCIPAL

Globalement, il apparait qu'une importante proportion des demandeur·ses 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·es pris en charge en Wallonie. Ces usager·es sont en grande partie pris en charge dans les services spécialisés.

Le profil sociodémographique et de consommation des patient·es ayant introduit une demande de traitement dans les services spécialisés diffère sensiblement de celui des patient·es pris en charge dans les hôpitaux. En particulier, il apparait que ces dernier·es 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 patient·es y sont également globalement plus âgés.

En ce qui concerne la problématique de consommation, les produits les plus fréquemment mentionnés comme produit principal par les personnes ayant introduit une demande de traitement en 2018 dans les services spécialisés de la Wallonie sont, par ordre d'importance, l'alcool (31,6 %), les opiacés (29,2 %) suivi par le cannabis (17,2 %) et la cocaïne/crack (17,2 %). Les hypnotiques et sédatifs sont mentionnés en produit principal par 0,9 % des demandeur·ses. Dans les hôpitaux, la répartition est sensiblement différente, puisque l'alcool est de loin la substance principale la plus fréquemment évoquée (74,4 %). Les autres produits (opiacés, cocaïne et cannabis) sont mentionnés dans 5 à 7 % des cas, et les hypnotiques/sédatifs[435] dans 3,3 % des cas.

Dans les services spécialisés, plus de la moitié des patient·es sont pris en charge dans des centres ambulatoires (62,9 %), 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 (44,2 %) alors qu'elles sont rares pour les usages problématiques d'alcool (2 %).

La plupart des patient·es ont des antécédents thérapeutiques liés à une problématique d'assuétude et ont donc vécus un ou plusieurs épisodes de rechute, tant dans les services spécialisés (57,1 %) que dans les hôpitaux (62,1 %). 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·es problématiques d'opiacés (85,6 % dans les services spécialisés et 85,7 % dans les hôpitaux) alors qu'elle est comparativement moins fréquente chez les patient·es en demande de traitement pour une consommation problématique de cannabis (18,3 % dans les services spécialisés et 47,4 % dans les hôpitaux).

Une grande partie des patient·es (37,8 % dans les services spécialisés et 58,7 % dans les hôpitaux) ont introduit la demande de traitement de leur propre initiative, et un peu moins d'un tiers (30,6 % dans les services spécialisés et 27,1 % dans les hôpitaux) suite à une réorientation[436]. Les demandes émanant du secteur de la justice sont l'apanage d'environ un patient·e sur dix (13,8 %) dans les services spécialisés, alors qu'elles sont très rares dans les hôpitaux (2,3 %), 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·es justiciables). Les demandes de traitement émanant de la justice sont beaucoup plus fréquentes chez les patient·es dont le produit principal est le cannabis (27,3 % dans les services spécialisés et 8,9 % dans les hôpitaux).

Environ un patient·e sur dix (14,8 % dans les services spécialisés et 5,4 % dans les hôpitaux) a mentionné avoir déjà eu recours à l'injection. Les comportements d'injection sont plus fréquents chez les patient·es admis pour un problème lié aux opiacés ou, dans une moindre mesure, à la cocaïne que chez les autres patient·es. Parmi les patient·es ayant déjà eu recours à l'injection, un peu moins de la moitié (45,5 % dans les services spécialisés et 41,6 % dans les hôpitaux) a 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·e sur dix (12,5 % dans les services spécialisés et 7,9 % dans les hôpitaux). Près de la moitié des patient·es injecteurs (sur la vie) pris en charge dans les services spécialisés (46,4 %) ont déjà partagé du matériel connexe d'injection (cuillère, filtre…), dont 15,3 % les 30 derniers jours[437]. L'âge de la première injection est d'environ 25 ans.

Enfin, une proportion relativement importante de patient·es 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·e. Ainsi, 42,2 % des patient·es dans les services spécialisés et 29,3 % dans les hôpitaux ont une problématique de polyconsommation. La polyconsommation problématique est moins fréquente chez les patient·es dont le produit principal est l'alcool ou, dans une moindre mesure, le cannabis. On remarquera que dans les services spécialisés, 19,1 % des patient·es ayant mentionné la cocaïne en produit principal ont également un usage problématique d'alcool et 20 % avec les opiacés, contre

435 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 intégrées aux tableaux descriptifs afin de ne pas alourdir la présentation. Ces demandes sont par contre reprises dans la colonne «Tous produits», au même titre que d'autres produits mentionnés de manière anecdotique en produit principal (hallucinogènes, inhalants volatiles, MDMA, etc.).

436 La réorientation est ici définie comme toute demande impulsée par un autre service d'aide aux patient·es : un service social, un autre centre pour usager·es de drogues, un·e médecin généraliste, et enfin un hôpital ou un autre service médical.

437 La question relative au partage du matériel connexe d'injection n'est pas posée dans les hôpitaux.

33,6 % (alcool) et 15,8 % (opiacés) dans les hôpitaux. Ils sont aussi très nombreux à mentionner le cannabis comme produit problématique. Les patient·es ayant mentionné les opiacés en produit principal sont quant à eux nombreux à mentionner conjointement un usage problématique de cocaïne (40 % dans les services spécialisés et 36,7 % dans les hôpitaux). Signalons aussi que 4,1 % des patient·es dans les services spécialisés et 7,2 % dans les hôpitaux ont mentionné au second plan un usage problématique d'hypno-sédatifs.

Tableau 55 : Profil des patient·es 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, 2018

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
N	2.196	693	642	377	378	4.388	3.263	215	298	271
% des patients	100	31,6	29,2	17,2	17,2	100	74,4	4,9	6,8	6,2
Sexe (%)										
Hommes	76,2	72,3	77,4	77,1	82,3	64,5	64,3	72,6	76,2	71,6
Femmes	23,8	27,7	22,6	22,9	17,7	35,5	35,7	27,4	23,8	28,4
non-réponses (n)	5	4	0	1	0	1	1	0	0	1
Âge										
Moyenne	36,3	42	38	34,3	25,7	44,3	46,7	40,5	35,9	32,8
Médiane	36	42	38	34	23	44	47	40	35	31
non-réponses (n)	21	11	4	3	3	2	2	0	0	0
Type de traitement (%)										
Bas seuil	20,1	2,0	44,2	22,8	8,7	0	0	0	0	0
Ambulatoire	62,9	80,8	36,6	47,5	89,2	1,1	1,0	0,5	0,7	3,3
Résidentiel	16,9	17,2	19,2	29,7	2,1	98,9	99	99,5	99,3	96,7
Origine de la demande (%)										
Propre initiative	37,8	27,3	60,1	43,1	16,7	58,7	59,0	65,6	69,0	48,9
Famille/amis	14,8	12,4	12,3	18,0	18,9	11,7	11,9	7,9	11,4	10,4
Réorientation	30,6	45	19,9	26,8	26,5	27,1	27,2	25,6	18,2	31,5
Justice	13,8	13,1	7,2	11,3	27,3	2,3	1,7	0,9	1,3	8,9
Autre	3,1	2,1	0,5	0,8	10,7	0,2	0,2	0	0	0,4
non-réponses (n)	81	38	15	15	12	43	36	0	1	1
Logement (%)										
Domicile fixe	74,5	80,1	60,9	74,8	86	89,3	91,2	79,1	83,2	85,9
Logements variables	3,2	1,5	5,4	4,0	1,6	3,2	2,6	5,6	7,1	3,7
Dans la rue	7,7	2,5	19,6	4,3	1,9	2,8	2,0	10,7	3,7	2,2
Institution	9,7	12,3	7,9	10,2	7,8	4,1	3,7	4,2	5,1	6,7
Prison	4,7	3,6	5,8	6,4	2,7	0,3	0	0,5	1,0	1,5
Autre	0,2	0	0,5	0,3	0	0,3	0,4	0	0	0
non-réponses (n)	40	19	8	4	7	16	8	0	1	2

Tableau 55 : Profil des patient·es 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, 2018

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
Situation de cohabitation (%)										
Seul	40,8	43,5	50,8	32,9	28,2	46,1	47,2	50,7	41,6	38,1
En couple	29,6	34,6	26,8	35,1	22,4	32,2	34,2	25,4	24,4	24,7
Avec parents/famille	25,9	19,4	17,1	26,8	48,2	18,0	15,7	19,0	28,7	31,2
Avec amis	3,6	2,5	5,1	5,1	1,2	3,4	2,7	4,9	5,4	6,1
Autre	0,1	0	0,2	0	0	0,2	0,2	0	0	0
non-réponses (n)	45	20	10	2	9	32	23	0	1	2
Scolarité (%)										
Non scolarisé	3,6	2,6	5,1	2,2	4,4	3,0	2,2	5,8	4,9	7,5
Primaire	36,9	28,9	39,1	34,9	48,0	20,1	17,2	40,3	22,8	34,1
Secondaire	46,9	47,0	49,6	46,9	40,5	53,7	53,7	47,1	61,1	48,6
Supérieur	12,5	20,9	6,3	16,0	7,2	22,6	26,4	6,8	10,5	8,6
Autre	0,2	0,6	0	0	0	0,6	0,6	0	0,7	1,2
non-réponses (n)	369	163	69	59	57	269	198	9	13	16
Source de revenu (%)										
Salaire/revenu de travail	17,8	21,9	7,6	26,6	18,6	18,2	19,8	6,2	18,7	13,8
Allocation de chômage	12,9	13,9	11,3	16,3	10,7	11,8	11,3	12,4	18,0	14,5
Bourse d'études	0,5	0,3	0,2	0	1,7	0,9	1,0	0,5	0,3	0,7
Indemnité pour maladie ou invalidité	28,6	37,7	29,3	29,4	11,3	46,1	46,3	48,6	43,5	39,8
Revenu minimum ou CPAS	18,6	13,0	30,5	12,7	14,9	8,8	7,0	19,5	11,2	13,4
Allocations familiales	0,9	0,3	0	0	3,9	0,2	0,1	0	0	0,7
Pension de retraite ou de survie	2	5,2	0,5	0	0,3	8,6	10,7	2,9	0,7	0,4
Aucun revenu propre	18,3	7,4	20,1	14,1	37,7	4,9	3,3	9,5	6,8	15,6
Autre	0,5	0,3	0,5	0,8	0,8	0,5	0,4	0,5	0,7	1,1
non-réponses (n)	112	45	25	16	23	95	71	5	4	2
Traitement antérieur (%)										
Oui	57,1	56,0	85,6	50,4	18,3	62,1	61,7	85,7	64,5	47,4
Non	42,9	44,0	14,4	49,6	81,7	37,9	38,3	14,3	35,5	52,6
non-réponses (n)	109	68	9	8	22	71	52	5	2	5
Comportement d'injection (%)										
Jamais	85,2	95,6	66,6	85,2	98,3	94,6	97,6	64,8	83,3	96,6
Oui, les 30 derniers jours	4,1	0,3	9,3	6,1	0	1,4	0,1	11,2	6,0	0
Oui, les 12 derniers mois	1,5	0,2	3,4	2,0	0,3	0,7	0,2	5,1	2,8	0,4
Oui, il y a plus de 12 mois	7,1	3,6	15,4	5,8	1,2	3,1	1,9	18,4	5,7	2,9
Oui, non précisé	2,1	0,3	5,4	0,9	0,3	0,3	0,2	0,5	2,1	0
non-réponses (n)	241	102	50	32	34	326	213	19	16	33
Polyconsommation problématique (%)										
Non	57,8	77,3	39,1	48,5	70,1	70,7	81,3	34,0	35,6	45,0
Oui	42,2	22,7	60,9	51,5	29,9	29,3	18,7	66,0	64,4	55,0
Avec alcool	13,0	0	19,0	19,1	15,1	8,9	0	27,4	33,6	28,8
Avec opiacés	6,3	3,9	0	20,2	3,7	4,1	2	0	15,8	2,6
Avec cocaïne	18	9,1	40,0	0	9,0	10,0	6,8	36,7	0	17,3
Avec cannabis	17,7	13,1	23,5	26,8	0	14,0	10,2	32,1	36,6	0
Avec hypno-sédatifs	4,1	3,2	5,5	5	0,8	7,2	5,5	16,3	10,1	7,7

Source : Sciensano

DESCRIPTION DES PATIENT·ES AVEC ET SANS ANTÉCÉDENTS THÉRAPEUTIQUES PAR PRODUIT PRINCIPAL

Les tableaux 56 et 57 permettent de contraster le profil sociodémographique et de consommation des patient·es 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 patient·es primo-demandeurs sont plus fréquemment en traitement pour un usage problématique de cannabis que les patient·es avec antécédents thérapeutiques, en particulier dans les services spécialisés (32,5 % *versus* 5,5 %). Ces dernier·es y sont à l'inverse plus fréquemment en traitement pour un usage problématique d'opiacés que les patient·es primo-demandeurs (45,5 % *versus* 10,2 %). Dans les hôpitaux, les différences entre patient·es primo-demandeurs et patient·es avec antécédents thérapeutiques sont nettement moins marquées au niveau du produit à l'origine de la demande de traitement, parce que l'alcool comptabilise la grande majorité des traitements.

Les patient·es sans antécédents thérapeutiques sont plus fréquemment pris en charge dans les services spécialisés ambulatoires que les patient·es avec antécédents thérapeutiques (76,9 % *versus* 49,2 %), lesquels sont davantage pris en charge dans les structures résidentielles (26,8 %).

Le traitement a plus fréquemment été initié sur base d'une initiative propre pour les patient·es avec antécédents thérapeutiques que pour les patient·es primo-demandeurs, mais cette différence est beaucoup plus marquée dans les services spécialisés (51,6 % *versus* 21,8 %) que

Tableau 56 : Profil des patient·es 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, 2018

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
N	1.192	350	542	186	65	2.679	1.981	180	191	126
% des patients avec antécédents	100	29,4	45,5	15,6	5,5	100	73,9	6,7	7,1	4,7
% total des patients	54,3	15,9	24,7	8,5	3,0	61,1	45,1	4,1	4,4	2,9
Sexe (%)										
Hommes	76,5	72,5	78,2	76,3	87,7	66,0	64,7	76,7	75,4	76,2
Femmes	23,5	27,5	21,8	23,7	12,3	34,0	35,3	23,3	24,6	23,8
non-réponses (n)	1	1	0	0	0	2	2	0	0	0
Âge										
Moyenne	39,3	43,2	38,8	36,4	31,8	44,8	46,9	40,2	37	35,6
Médiane	40	44	39	37	31	45	47	40	37	34
non-réponses (n)	8	3	2	1	2	1	1	0	0	0
Type de traitement (%)										
Bas seuil	23,9	1,4	43,0	15,1	12,3	0	0	0	0	0
Ambulatoire	49,2	67,7	36,2	38,7	80,0	1,2	1,3	0	0,5	3,2
Résidentiel	26,8	30,9	20,8	46,2	7,7	98,8	98,7	100	99,5	96,8
Origine de la demande (%)										
Propre initiative	51,6	35,3	63,5	58,0	25,0	62,1	62,4	70,0	68,9	50,4
Famille/amis	11,9	11,2	11,9	10,5	18,8	10,1	10,3	6,1	12,1	10,4
Réorientation	27,6	45,3	17,3	23,2	31,3	25,5	25,4	22,8	17,9	32,8
Justice	8,0	6,5	7,0	7,7	23,4	2,1	1,7	1,1	1,1	5,6
Autre	0,9	1,8	0,4	0,6	1,6	0,2	0,2	0	0	0,8
non-réponses (n)	28	10	11	5	1	28	22	0	1	1
Logement (%)										
Domicile fixe	67,6	72,1	63,1	67,9	82,8	86,5	89,0	76,1	80,1	81,5
Logements variables	3,9	1,5	5,2	4,9	4,7	3,9	3,0	6,7	8,9	5,6
Dans la rue	10,3	2,9	18,4	4,9	0	3,6	2,6	12,2	4,2	0,8
Institution	12,7	20,2	7,2	15,8	7,8	5,5	5,2	4,4	6,3	9,7
Prison	5,4	3,2	6,1	6,5	4,7	0,3	0	0,6	0,5	2,4
Autre	0	0	0	0	0	0,2	0,3	0	0	0
non-réponses (n)	15	9	3	2	1	11	5	0	0	2

Tableau 56 : Profil des patient·es 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, 2018

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
Situation de cohabitation (%)										
Seul	45,8	43,1	50,3	40,7	36,4	49,8	50,6	52,6	43,3	43,1
En couple	28,8	33,5	26,9	28,3	21,8	28,7	30,5	24,0	21,9	25,7
Avec parents/famille	20,9	21,2	17,8	23,4	38,2	17,6	15,7	18,7	27,5	27,5
Avec amis	4,5	2,3	4,9	7,6	3,6	3,8	3,1	4,7	7,3	3,7
Autre	0	0	0	0	0	0,1	0,1	0	0	0
non-réponses (n)	18	10	5	0	2	19	12	0	0	2
Scolarité (%)										
Non scolarisé	3,5	2,2	5,4	2,5	0	2,8	2,1	2,9	5,4	6
Primaire	36,2	27,3	38,6	39,9	42,6	21,8	18,8	42,8	24,2	29,3
Secondaire	48,8	48,2	49,8	46,0	50,0	53,4	52,8	48,6	60,8	56,0
Supérieur	11,3	21,6	6,2	11,7	7,4	21,3	25,6	5,8	9,1	6,9
Autre	0,2	0,7	0	0	0	0,6	0,6	0	0,5	1,7
non-réponses(n)	175	72	58	23	11	162	118	7	5	10
Source de revenu (%)										
Salaire/revenu de travail	11,3	14,8	7,2	14,5	14,1	13,6	15,0	5,6	13,7	11,9
Allocation de chômage	11,4	9,2	11,6	13,4	14,1	10,5	9,7	14,1	15,8	11,9
Bourse d'études	0,2	0,3	0,2	0	0	1,0	1,2	0,6	0,5	0
Indemnité pour maladie ou invalidité	38,9	53,6	30,9	44,1	21,9	52,5	53,1	47,5	50,0	49,2
Revenu minimum ou CPAS	21,2	10,9	29,9	16,2	18,8	9,7	7,8	20,3	12,1	11,9
Allocations familiales	0,1	0,3	0	0	0	0,2	0,2	0	0	0,8
Pension de retraite ou de survie	1,8	4,7	0,6	0	0	7,7	9,8	1,7	1,1	0,8
Aucun revenu propre	14,8	5,9	19,2	11,2	31,3	4,3	2,8	9,6	6,3	12,7
Autre	0,3	0,3	0,4	0,6	0	0,5	0,4	0,6	0,5	0,8
non-réponses (n)	40	12	17	7	1	55	42	3	1	0
Comportement d'injection (%)										
Jamais	76,6	93,7	64,7	73,1	94,9	91,8	96,5	59,9	76,8	93,8
Oui, les 30 derniers jours	6,6	0,7	10,0	10,3	0	2,0	0,2	12,6	7,6	0
Oui, les 12 derniers mois	2,3	0	3,4	4,0	0	1,1	0,4	6,0	4,3	0,9
Oui, il y a plus de 12 mois	11,3	5,3	16,5	10,9	3,4	4,6	2,8	21,0	8,1	5,3
Oui, non précisé	3,2	0,3	5,4	1,7	1,7	0,5	0,2	0,6	3,2	0
non-réponses (n)	116	48	40	11	6	169	113	13	6	13
Polyconsommation problématique (%)										
Non	52,0	76,3	40,0	41,9	67,7	67,2	79,0	29,4	30,9	42,1
Oui	48,0	23,7	60,0	58,1	32,3	32,8	21,0	70,6	69,1	57,9
Avec alcool	14,3	0	19,6	18,8	16,9	9,7	0	30,6	31,4	32,5
Avec opiacés	8,7	6,3	0	30,6	10,8	5,7	2,7	0	24,1	5,6
Avec cocaïne	22,9	9,4	37,6	0	18,5	11,5	7,2	40,6	0	17,5
Avec cannabis	19,7	12,6	22,7	25,8	0	16,1	11,3	33,3	38,7	0
Avec hypno-sédatifs	6,0	4,6	5,9	8,1	3,1	8,8	6,6	14,4	12,6	11,9

Source : Sciensano

Tableau 57 : Profil des patient·es 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, 2018

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
N	895	275	91	183	291	1.638	1.230	30	105	140
% des patients sans antécédents	100	30,7	10,2	20,4	32,5	100	75,1	1,8	6,4	8,5
% total des patients	40,8	12,5	4,1	8,3	13,3	37,3	28,0	0,7	2,4	3,2
Sexe (%)										
Hommes	75,7	71,1	74,7	77,0	80,8	62,4	64,0	50,0	78,1	67,1
Femmes	24,3	28,9	25,3	23	19,2	37,6	36,0	50,0	21,9	32,9
non-réponses (n)	2	2	0	0	0	1	1	0	0	0
Âge										
Moyenne	32,3	40,3	33,1	32,5	24,7	43,6	46,2	41,9	34	30,3
Médiane	31	40	31	31	22	43	46	41	34	29
non-réponses (n)	4	4	0	0	0	1	1	0	0	0
Type de traitement (%)										
Bas seuil	17,3	3,3	54,9	31,1	8,6	0	0	0	0	0
Ambulatoire	76,9	92,7	34,1	54,6	90,4	0,9	0,5	3,3	1,0	3,6
Résidentiel	5,8	4	11	14,2	1	99,1	99,5	96,7	99	96,4
Origine de la demande (%)										
Propre initiative	21,8	19,5	43,3	29,0	15,9	53,5	53,6	40,0	69,5	49,3
Famille/amis	19,2	15,2	14,4	25,6	19,4	14,0	14,5	16,7	10,5	9,3
Réorientation	33,1	43,6	33,3	29,5	25,1	29,8	30,0	43,3	18,1	30,0
Justice	20,0	19,1	7,8	14,8	26,9	2,5	1,6	0	1,9	11,4
Autre	5,9	2,7	1,1	1,1	12,7	0,2	0,3	0	0	0
non-réponses (n)	34	18	1	7	8	8	7	0	0	0
Logement (%)										
Domicile fixe	82,2	87,1	48,4	82,4	86,5	93,8	94,9	93,3	89,4	89,3
Logements variables	2,3	1,5	5,5	3,3	1,0	2,0	1,8	0	3,8	2,1
Dans la rue	5,0	2,6	27,5	2,7	2,4	1,4	1,0	3,3	2,9	3,6
Institution	6,4	5,1	12,1	4,4	8,0	2,1	1,5	3,3	2,9	4,3
Prison	3,7	3,7	3,3	6,6	2,1	0,2	0,1	0	1,0	0,7
Autre	0,5	0	3,3	0,5	0	0,6	0,7	0	0	0
non-réponses (n)	8	3	0	1	3	5	3	0	1	0
Situation de cohabitation (%)										
Seul	34,9	43,3	55,8	25,8	26,6	40,7	42,1	37,9	38,0	35,3
En couple	29,9	34,4	23,4	41,1	23,2	37,6	39,8	34,5	29,0	24,1
Avec parents/famille	32,2	19,4	13,0	30,1	49,4	18,5	15,7	20,7	31,0	32,3
Avec amis	2,9	2,8	6,5	3,1	0,8	2,9	2,2	6,9	2,0	8,3
Autre	0,1	0	1,3	0	0	0,3	0,3	0	0	0
non-réponses (n)	9	4	0	0	3	12	10	0	1	0
Scolarité (%)										
Non scolarisé	3,6	3,6	3,4	1,9	5,0	2,8	2,0	17,9	3,1	8,1
Primaire	38,7	31,7	42,0	29,9	49,4	17,4	14,7	25	20,6	37,8
Secondaire	44,1	44,8	47,7	48,1	38,6	54,4	55,2	42,9	61,9	43,7
Supérieur	13,4	19,5	6,8	20,1	6,9	24,9	27,8	14,3	13,4	9,6
Autre	0,1	0,5	0	0	0	0,4	0,3	0	1,0	0,7
non-réponses (n)	127	54	3	29	32	90	65	2	8	5

Tableau 57 : Profil des patient·es 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, 2018

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
Source de revenu (%)										
Salaire/revenu de travail	25,5	28,6	9,1	38,5	19,9	26,0	27,8	10,7	28,4	15,9
Allocation de chômage	14,3	18,7	10,2	19,0	9,1	13,6	13,6	3,6	22,5	16,7
Bourse d'études	0,9	0,4	0	0	2,2	0,7	0,7	0	0	1,4
Indemnité pour maladie ou invalidité	16,3	21,8	21,6	15,1	9,4	36,2	36	53,6	32,4	30,4
Revenu minimum ou CPAS	15,0	14,5	33,0	8,9	14,1	7,2	5,6	14,3	8,8	14,5
Allocations familiales	2,0	0,4	0	0	5,1	0,1	0	0	0	0,7
Pension de retraite ou de survie	2,0	5,7	0	0	0,4	10,0	11,9	10,7	0	0
Aucun revenu propre	23,4	9,5	25,0	17,3	39,1	5,6	3,9	7,1	6,9	18,8
Autre	0,7	0,4	1,1	1,1	0,7	0,7	0,5	0	1,0	1,4
non-réponses (n)	35	13	3	4	15	34	23	2	3	2
Comportement d'injection (%)										
Jamais	95,8	97,3	77,9	97,6	98,9	99,1	99,4	92,0	95,8	99,2
Oui, les 30 derniers jours	1,1	0	5,8	1,8	0	0,3	0	4,0	3,2	0
Oui, les 12 derniers mois	0,6	0,4	3,5	0	0,4	0	0	0	0	0
Oui, il y a plus de 12 mois	2,0	1,9	9,3	0,6	0,7	0,6	0,5	4,0	1,1	0,8
Oui, non précisé	0,5	0,4	3,5	0	0	0,1	0,1	0	0	0
non-réponses (n)	61	18	5	14	13	115	69	5	10	15
Polyconsommation problématique (%)										
Non	63,4	76,7	31,9	54,1	71,8	75,9	84,7	56,7	44,8	47,1
Oui	36,6	23,3	68,1	45,9	28,2	24,1	15,3	43,3	55,2	52,9
Avec alcool	12,2	0	16,5	19,7	14,4	7,5	0	10,0	37,1	25,7
Avec opiacés	3,7	1,8	0	9,3	2,4	1,5	1	0	0	0
Avec cocaïne	12,5	9,5	54,9	0	6,2	7,6	6,3	13,3	0	17,9
Avec cannabis	16,2	14,5	29,7	29,0	0	10,7	8,7	23,3	31,4	0
Avec hypno-sédatifs	2,1	2,2	2,2	2,2	0,3	4,9	3,9	26,7	4,8	4,3

Source : Sciensano

dans les hôpitaux (62,1 % *versus* 53,5 %). À l'inverse, les demandes de traitement des patient·es primo-demandeurs émanent plus fréquemment du secteur de la justice ou de l'entourage (famille, ami·es) qu'en cas d'antécédents thérapeutiques.

Les patient·es primo-demandeurs sont un peu moins concernés par la précarité économique et de logement que les patient·es avec antécédents thérapeutiques. Cette différence est surtout visible dans les services spécialisés.

Enfin, les patient·es 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.

TENDANCES ET ÉVOLUTION

On constate en Wallonie, sur la période 2011-2018, une augmentation des demandes de traitement enregistrées auprès des centres spécialisés en assuétudes et des hôpitaux[438] (voir tableau 58)[439]. 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.

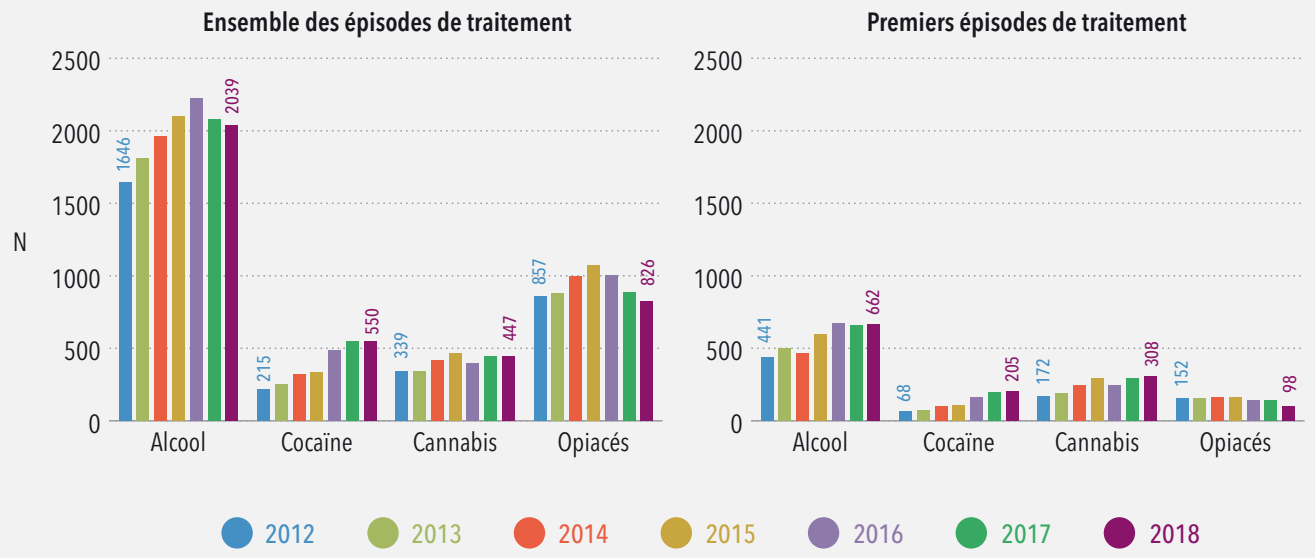
438 Dans les hôpitaux, le nombre de demandes a toutefois diminué entre 2016 et 2018, alors que le nombre de services participants est identique.

439 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.

Tableau 58 : Évolution de la récolte des demandes de traitement en Wallonie, 2011-2018								
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Services spécialisés (N)	24	29	29	31	30	31	32	31
N demandes de traitement	1.570	1.582	1.705	2.012	2.220	2.335	2.404	2.530
N patients uniques*	1.472	1.498	1.626	1.882	2.041	2.058	2.109	2.226
Traitement bas seuil	298	252	276	372	438	486	486	473
Traitement ambulatoire	607	785	902	1.057	1.133	1.171	1.289	1.381
Traitement résidentiel	567	461	448	453	470	401	334	372
Hôpitaux (N)	6	12	13	26	37	37	37	37
N demandes de traitement	614	1.748	2.057	3.404	5.230	5.529	5.130	5.098
N patients uniques*	584	1.604	1.873	3.042	4.513	4.708	4.462	4.391

* après élimination (partielle) des demandes multiples.
Source : Sciensano

Figure 34 : Nombre d'épisodes de traitement par produit principal enregistrés par 34 services en Wallonie, 2012-2018



Source : Sciensano

Le protocole TDI a été remanié en 2015 et la couverture de l'enregistrement a considérablement fluctué ces dernières années. Par conséquent, la situation n'est pas idéale sur le plan méthodologique pour dresser des tendances temporelles. Nous fournissons néanmoins quelques tendances en nous 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 consommateur·rices (fluctuation de la capacité d'accueil des services, réorganisation interne du travail dans certains services, etc.).

Comme on peut le voir sur la figure 34, les épisodes de traitement liés à l'alcool (en produit principal) ont particulièrement augmenté entre 2012 et 2016. Cette augmentation est également observable au niveau des patient·es sans antécédents thérapeutiques. L'augmentation des demandes de traitement liées à l'alcool pourrait à la fois s'expliquer par une augmentation des usages problématiques (voir chapitre 6.2.1.) ainsi que par une propension plus élevée à consulter, insufflée auprès du grand public par les discours de plus en plus critiques vis-à-vis de ce produit (e.g. articles de presse, campagne Tournée Minérale, etc.). Depuis 2017, on observe toutefois une légère diminution des épisodes de traitement pour l'alcool en produit principal. On constate également une augmentation du nombre d'épisodes où la cocaïne est mentionnée en produit principal, à la fois pour l'ensemble des demandes que pour les primo-demandes. Parallèlement, on observe une diminution des épisodes de traitement pour un usage problématique d'opiacés. Enfin, on observe une augmentation des épisodes relatifs au cannabis, en particulier au niveau des primo-demandes, qui sont passés de 172 en 2012 à 308 en 2018. Nous ne sommes pas en mesure de savoir si cette tendance correspond à une augmentation des usages problématiques, à une plus grande propension des usager·es à consulter, ou encore à une augmentation de l'offre de soin spécifique pour ce produit.

Globalement, ces tendances confirment les signaux émanant des acteur·rices de terrain, qui font état d'une augmentation inquiétante du nombre d'usager·es problématiques de cocaïne. Cette évolution se marque à la fois au niveau de l'usage de la cocaïne poudre que du crack. Elle touche également les usager·es d'héroïne, qui sont de plus en plus nombreux·ses à consommer de la cocaïne, ce qui se traduit par une augmentation de la polyconsommation héroïne-cocaïne, et pourrait aussi expliquer la diminution des demandes de traitement liées aux opiacés. Cette évolution, observable au niveau européen, 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 consommateur·rices (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).

7.5 LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) sont une option thérapeutique pharmacologique fréquemment proposée aux usager·es d'héroïne. Ils permettent aux usager·es 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[440]. 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 [441]. 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·ne 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[442].

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

440 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·es ne parviennent pas à se satisfaire uniquement de ce type de traitement.

441 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·es fortement dépendants aux opiacés.

442 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.

Tableau 59 : 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, 2018

	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=5.989)	0,7	5,1	8,3	7,4	1,6	0,5	0,3	23,9
Femmes (n=1.879)	1,0	11,2	27,0	29,9	6,2	0,7	0,3	76,1
Total (N=7.865)	1,7	16,2	35,2	37,3	7,8	1,1	0,6	100,0
Buprénorphine								
Hommes (n=855)	1,0	6,2	8,6	8,1	3,1	1,0	0,3	28,2
Femmes (n=336)	1,2	13,0	27,8	24,6	4,7	0,5	0,0	71,8
Total (N=1.191)	2,2	19,2	36,4	32,7	7,8	1,5	0,3	100,0
Total								
Hommes (n=6.601)	0,7	5,2	8,3	7,5	1,9	0,6	0,3	24,5
Femmes (n=2.142)	1,0	11,2	27,0	29,3	6,1	0,7	0,3	75,5
Total (N=8.743)	1,7	16,4	35,4	36,8	7,9	1,2	0,5	100,0

Source : INAMI-Pharmanet

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·e 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.

LA SITUATION EN 2018

Le nombre de patients mutualisés résidant en Wallonie et ayant bénéficié au moins une fois d'un traitement de substitution aux opiacés[443] en 2018 s'élevait à 8.743, ce qui correspond à 0,29 % 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 23 ans en Wallonie, selon les données TDI) et l'âge du premier traitement (vers 35 ans en moyenne en Wallonie, selon les données TDI). La prescription des TSO baisse ensuite fortement dans les tranches d'âge plus âgées, probablement en raison de l'espérance de vie réduite des usager·e·s d'opiacés, mais aussi parce qu'un certain nombre d'entre eux/elles ont pu évoluer vers l'abstinence.

443 Certains patient·es (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.

TENDANCES ET ÉVOLUTION

Le nombre de patient·es 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 consommateur·rices d'héroïne, à une raréfaction du nombre de médecins prescripteurs ou encore à une modification des modalités d'accès, qui rendraient plus compliqué l'accès à un TSO (ou à son remboursement).

Tableau 60 : Évolution du nombre de patient·es de 15 ans et plus ayant bénéficié d'un traitement à base de méthadone et/ou de buprénorphine en Wallonie, 2011-2018

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
N total	9.474	9.336	9.157	8.997	9.062	9.026	8.874	8.743
N méthadone	8.874	8.708	8.487	8.268	8.288	8.202	8.062	7.865
N buprénorphine	892	923	957	1041	1.099	1.168	1.159	1.191

Source : INAMI-Pharmanet

7.6

LES PRISES EN CHARGE DANS LES SERVICES DE PSYCHIATRIE AVEC DIAGNOSTIC D'USAGE PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL OU DE DROGUES

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**[444] 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·e 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·e 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.

444 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).

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·es de drogues, usager·es 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·es 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·es de cannabis, un usage problématique de cannabis est à l'inverse très fréquent chez les personnes atteintes de schizophrénie.

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)[445]. Il se compose de différentes informations relatives au diagnostic et à la prise en charge des patient·es, 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.

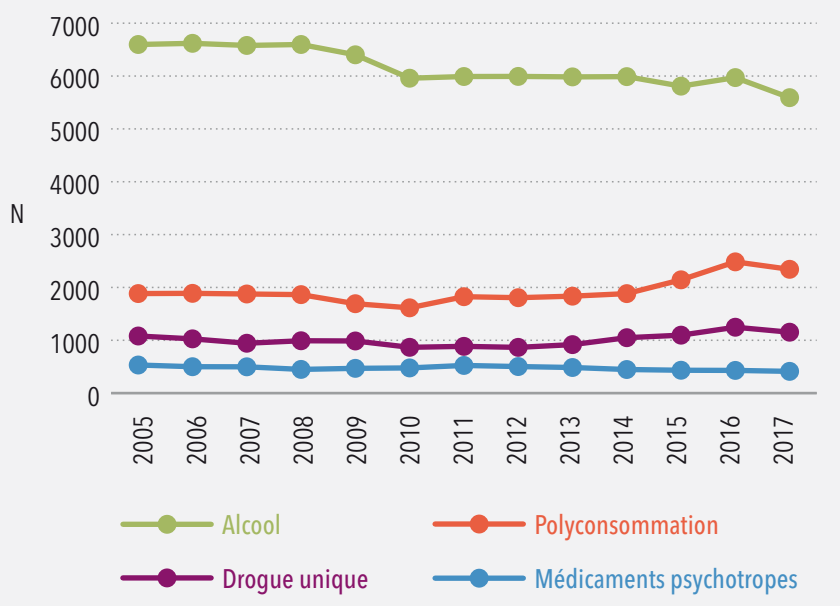
Le volet du diagnostic psychiatrique peut être considéré comme exhaustif puisqu'il est complété sur base d'une évaluation de tous les axes DSM-IV[446]. Les données enregistrées comprennent les informations sociodémographiques du patient, le(s) diagnostic(s) et les problèmes identifiés à l'admission, 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·e mais le séjour, certains patient·es 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 2005-2017. 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 ; voir supra).

445 Depuis le 01/01/2019, suite à la réforme des soins de santé, le RPM n'est enregistré que dans les hôpitaux psychiatriques et dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux.

446 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.

Figure 35 : Nombre de séjours clôturés dans les services psychiatriques de la Wallonie en fonction du type de diagnostic d'usage problématique, 2005-2017



Source : Service Data management du SPF Santé publique

LA SITUATION DE 2005 À 2017

Sur la période 2005-2017, un total de 370.456 séjours (tous diagnostics confondus) ont été clôturés en Wallonie dans les services offrant une prise en charge psychiatrique, parmi lesquels 124.490 séjours (33,6 %) 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 21,6 % des séjours comptabilisés sur la période 2005-2017. 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 (autre que l'alcool) ou à plusieurs produits (polyconsommation) a été posé dans 10,3 % 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 (6,8 % *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 2005-2017.

En ce qui concerne la **prévalence des doubles diagnostics**, les troubles dépressifs (20,9 %) ainsi que, dans une moindre mesure, les troubles de la personnalité (13,7 %) ont fréquemment été établis lors des séjours en psychiatrie où un diagnostic

Tableau 61 : Prévalence des doubles diagnostics lors des séjours dans les services psychiatriques de la Wallonie, selon le type de diagnostic, 2005-2017

	Alcool	Drogue unique	Médicaments psychotropes	Poly-consommation	Total toutes substances
Nombre de séjours clôturés sur la période 2005-2017 avec diagnostic :	80.081	13.112	6.159	25.138	124.490
	%	%	%	%	%
Troubles dépressifs	23,8	17,6	33,8	10,4	20,9
Troubles de la personnalité	14,7	14,7	13,8	10,0	13,7
Troubles de l'adaptation	7,8	9,3	16,2	5,2	7,9
Schizophrénie	1,9	13,1	2,1	4,1	3,5
Troubles psychotiques	2,1	11,8	2,9	4,2	3,6
Troubles bipolaires	3,9	4,2	5,7	2,3	3,7
Troubles anxieux	3,4	3,8	8,3	1,7	3,3
Troubles du contrôle des impulsions	1,0	1,8	0,9	0,8	1,0
Troubles relationnels ou autistiques	0,3	0,5	0,2	0,2	0,3
Troubles des conduites alimentaires	0,3	0,4	0,7	0,2	0,3
Troubles de déficit de l'attention/hyperactivité	0,1	1,0	0,1	0,2	0,3

Source : Service Data management du SPF Santé publique

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·es 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 patient·es.

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. Le fait que les troubles anxieux sont plus fréquemment associés à un diagnostic d'abus ou de dépendance aux médicaments psychotropes (8,3 %) souligne le risque de mésusage associé à l'utilisation de ce genre de médicaments.

7.7

L'INFECTION AU VIH ET AUX HÉPATITES B ET C CHEZ LES USAGER·ES 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·es (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 % 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, 2019).

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[448]. Cette transmission élevée[449], 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 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

448 En Belgique, elle varierait de 47 à 85 %, suivant les estimations (Matheï, Robaeys, Van Ranst, Van Damme & Buntinx, 2005).

449 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.

La prévalence des comportements d'injection ne peut pas être estimée directement à l'aide d'enquêtes par questionnaire dans la population générale, parce que ces usager·es 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[447], on avoisinerait donc 8.025 personnes (5.822-11.231) ayant déjà eu recours à l'injection en Wallonie.

447 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).

(paille, billet, etc.), car les lésions nasales sont assez fréquentes chez les usager·es réguliers (voir Martinez & Talal, 2008 ; Tortu, McMahon, Pouget & Hamid, 2004). Il semblerait d'ailleurs 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 consommateur·rices 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).

7.7.1. 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., 2019), depuis le début de l'épidémie et jusqu'au 31 décembre 2018, 31.695 personnes ont été diagnostiquées séropositives au VIH en Belgique[450]. Après avoir diminué régulièrement de 1992 à 1997, l'incidence de l'infection au VIH a fortement augmenté au cours de la période 1997-2008 (voir figure 36). Depuis 2014, le nombre de nouvelles infections est en diminution. 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 2018, 882 nouveaux cas ont été diagnostiqués.

Le nombre de personnes vivant avec le VIH en Belgique en 2018 est estimé à 19.213 (soit une prévalence de l'infection de 1,7 personnes par 1000 habitants), parmi lesquelles 747 (9,1 %) ne seraient pas diagnostiquées, selon les dernières estimations.

Au niveau national en 2018, parmi les modes de transmission les plus fréquemment impliqués dans l'infection, on retrouve les rapports homosexuels (49 %) et les rapports hétérosexuels (47 %), alors que l'injection de drogues par voie intraveineuse n'est impliquée que dans 1,8 % (n=12) des nouveaux cas d'infection[451]. 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 patient·es.

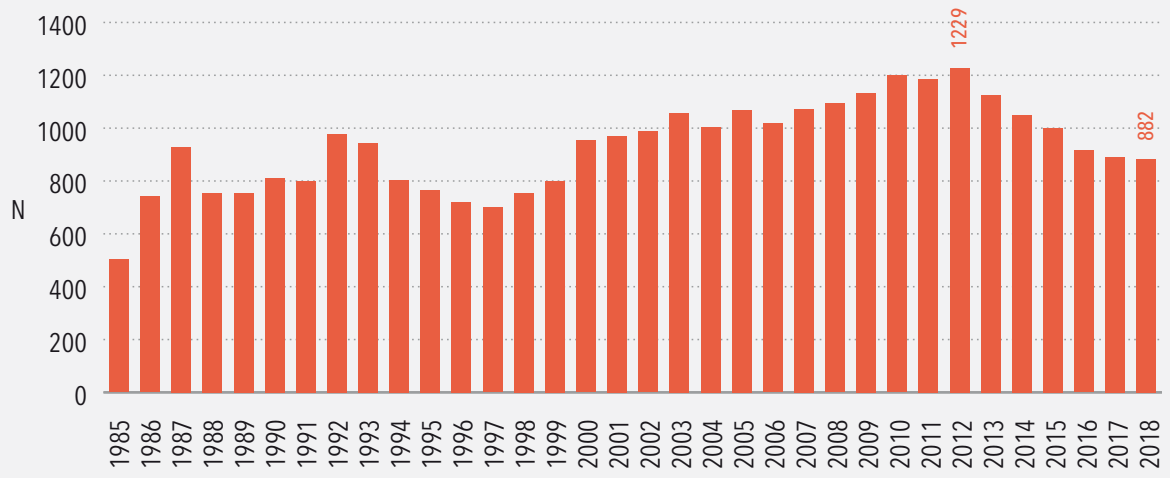
Plus spécifiquement en Wallonie, on peut voir dans la figure 37 que chaque année quelques cas d'infection semblent encore liés aux pratiques d'injection. Néanmoins, toutes les personnes porteuses du virus ne sont bien entendu pas diagnostiquées, et les usager·es de drogues sont connus pour être sous-dépistés.

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

450 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.

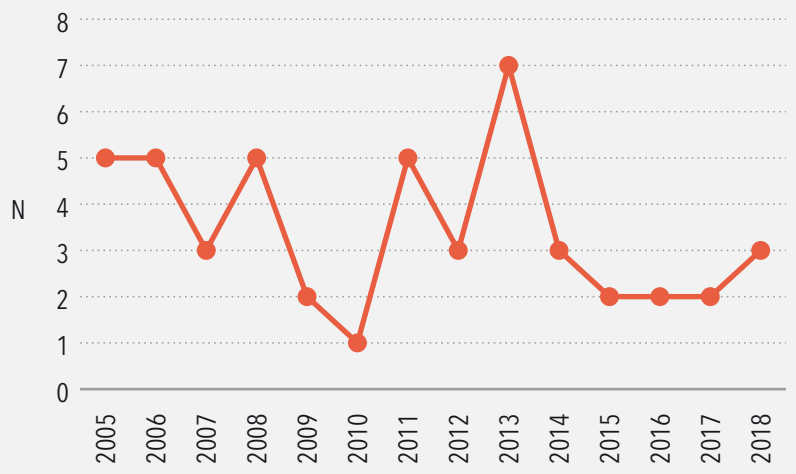
451 Il s'agit du mode probable d'infection, déterminé sur base de l'anamnèse du patient. En 2018, cette information a pu être récoltée chez 75 % des patient·es diagnostiqués.

Figure 36 : Évolution du nombre de nouveaux diagnostics d'infection au VIH : 1985-2018



Source : Sasse et al., 2019

Figure 37 : Évolution du nombre de nouveaux cas d'infection au VIH probablement liés à l'injection de drogues par voie intraveineuse en Wallonie, 2005-2018



Source : Sasse et al., 2019

touchés que d'autres. En outre, le profil des patient·es 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 adaptés et renforcés au niveau des populations les plus à risques.

7.7.2. LA PRÉVALENCE DES MALADIES INFECTIEUSES CHEZ LES USAGER·ES DE DROGUES

Dans notre rapport 2013-2014, nous présentions en détail les données de prévalence chez les patient·es 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[452]. Ces patient·es 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·es 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 %)[453] ce qui est relativement élevé et confirme au niveau belge l'ampleur de cette problématique chez les usager·es 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. Cette étude décrivait également les *patterns* de polyconsommation par injection, les comportements à risque, la morbidité somatique ou encore la comorbidité psychiatrique chez les UDI.

Une autre étude de Sciensano mettait quant à elle en évidence que seulement 61,1 % des patient·es en traitement en Belgique pour un usage problématique de drogues sur la période 2011-2014 avait déjà été dépistés au moins une fois pour le VHC sur une période de 8 ans, à savoir entre 2008 et 2015 (voir Van Baelen, Antoine, De Ridder, Muyldermans & Gremeaux, 2019).

7.7.3. 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)[454] 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·es 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

452 L'échantillon de patient·es testés était toutefois réduit et non représentatif de l'ensemble des patient·es fréquentant les centres spécialisés en assuétudes de la Wallonie. En outre, il s'agissait en grande partie d'informations auto-rapportées par les patient·es. Pour une présentation détaillée de ces données, nous renvoyons le lecteur ou la lectrice à notre rapport 2013-2014 (pages 99-102).

453 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.

454 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·es d'obtenir du matériel près de lieux de consommation 24h/24h.

des années 90. Il existe actuellement 18 services qui effectuent de l'échange de seringues en Wallonie. Une même institution peut effectuer de 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[455], flapules d'eau stérile, tampons alcoolisés, doses d'acide ascorbique[456]), leur file active[457], 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·e). 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.

LA SITUATION EN 2018

En 2018, 278.456 seringues ont été distribuées par les 18 services (et 19 points d'accès) qui ont effectué de l'échange de seringues en Wallonie. Ces seringues ont été distribuées lors d'environ 26.000 passages d'UDI. Il n'existe pas de dénombrement précis de la file active dans tous les services, mais ils seraient environ 1.600 selon l'estimation. Le matériel connexe est moins diffusé parce que les usager·es 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·es 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.

455 Une petite cuillère stérile accompagnée d'un filtre.
456 Nécessaire pour dissoudre le produit dans l'eau.
457 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.

Tableau 62 : Description du DAMSI en Wallonie, 2018

Nombre de points d'accès	**19**
Nombre d'usager·es	**±1.600**
Matériel distribué	
Seringues	278.456
Stéricups[458]	151.872
Flapules d'eau	225.011
Tampons alcoolisés	225.333
Sachets d'acide ascorbique	144.630

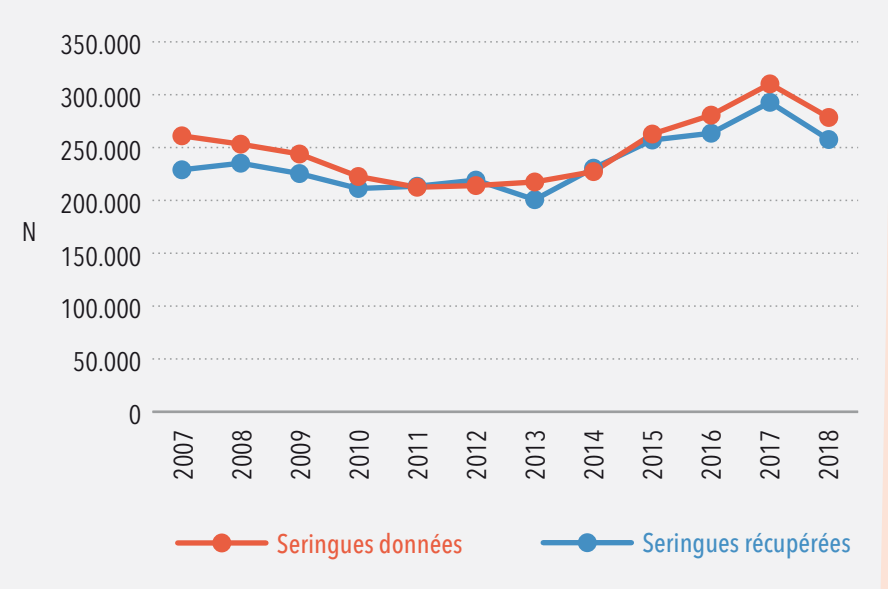
Source : Modus Vivendi

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 usager·es 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.

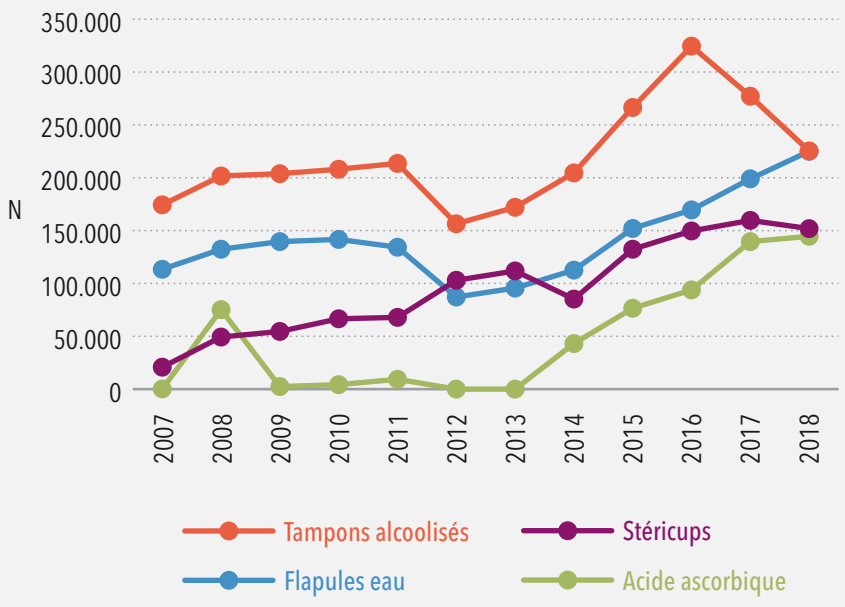
458 Petite cuillère stérile dans lequel l'usager·e effectue la dilution de son produit. Elle est accompagnée d'un filtre stérile qui doit être planté au bout de l'aiguille avant le remplissage de la seringue, afin de prévenir l'injection d'impuretés.

Figure 38 : Évolution du nombre de seringues distribuées et récupérées dans les comptoirs d'échange de seringues en Wallonie, 2007-2018



Source : Modus Vivendi

Figure 39 : Évolution du nombre de Stéricups, de flapules d'eau et de tampons alcoolisés distribués dans les comptoirs d'échange de seringues en Wallonie, 2007-2018



Source : Modus Vivendi

En 2018, on observe une diminution du nombre de seringues distribuées et récupérées, qui pourrait s'expliquer par un désintérêt de certains usager·es pour l'injection, au profit de l'inhalation (de crack en particulier). D'autres facteurs peuvent aussi avoir contribué à cette diminution. Par exemple, dans certaines grandes villes, des règlements anti-mendicité contraignent les usager·es à quitter le centre-ville au profit de zones périphériques (où les comptoirs ne sont pas forcément disponibles). 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. La diminution observée en 2018 pour les tampons alcoolisés s'explique par le fait qu'un opérateur relativement important n'a pas communiqué de données.

AVIS DES EXPERT·ES

Laurence Przylucki, Directrice de l'asbl Le Comptoir

Que ce soit au départ des comptoirs d'échanges de seringues ou encore de la salle de consommation à moindres risques liégeoise, la lutte contre les maladies infectieuses passe par une information ciblée, la mise à disposition du matériel qui permet de réduire les risques infectieux liés aux pratiques de consommation de drogues, un accès aisé au dépistage, à des soins infirmiers quotidiens ou encore à des consultations médicales. L'efficacité de ces dispositifs de réduction des risques repose sur leurs capacités à intégrer des publics particulièrement marginalisés (bas seuil d'exigence) et à les initier à des pratiques qui limitent, voire annulent les prises de risques, que celles-ci soient liées aux modes de consommation ou aux modes de vie des bénéficiaires. Soulignons en effet que bon nombre d'usagers de drogues connaissent des conditions de vie qui compliquent/empêchent l'accès à l'hygiène et aux soins. Et, qui plus est, lorsque leur présence dans l'espace publique dérange, des mesures sont prises pour les en éloigner encore en peu plus…
Dans la lutte contre les maladies infectieuses, il s'agit dès lors de ne pas baisser la garde et de prévoir des moyens à la hauteur des ambitions à destination des programmes de réduction des risques, d'autant que si les messages et pratiques limitant les prises de risques sont intégrés par les anciens consommateurs de drogues, de nouvelles recrues viennent régulièrement grossir les rangs et s'exposent en potentielles proies à de multiples infections.

7.8

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[459] et des causes associées[460], 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.

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 2000-2013. 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.

LA SITUATION 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 2010-2013), alors que ceux liés aux drogues sont le plus souvent observés chez les personnes âgées de 25 à 44 ans (68,3 % des cas).

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 exposent davantage aux risques

459 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».

460 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».

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 chapitre 6.2.3). 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[461] 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.

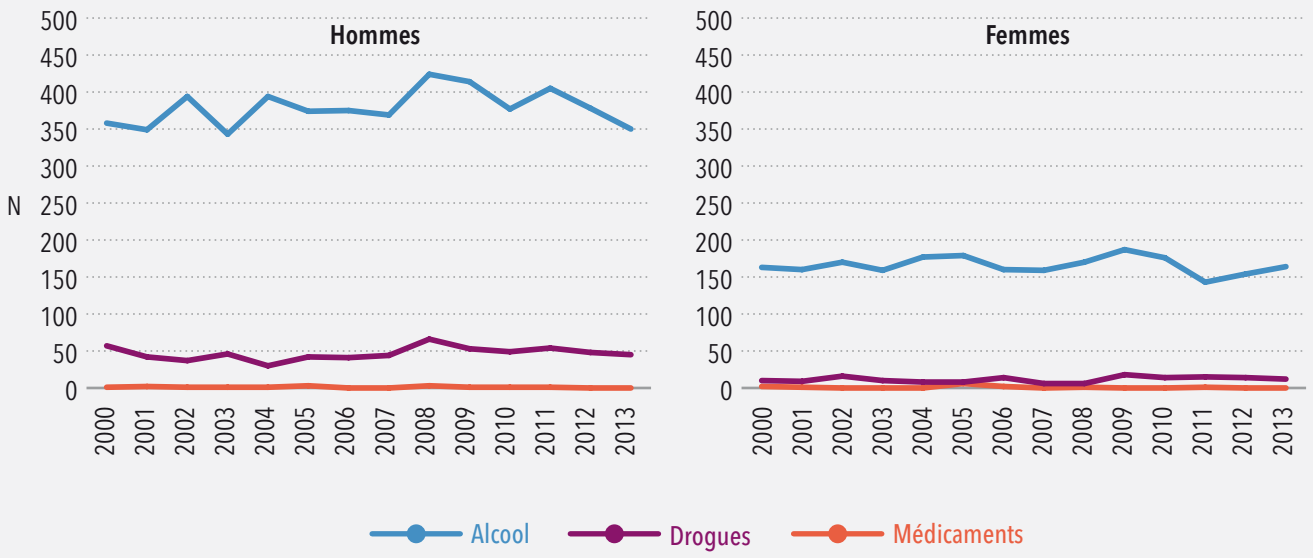
461 On constate toutefois un pic important de mortalité lié à l'usage de drogues chez les hommes pour l'année 1999. Ce pic est en fait dû à une augmentation des décès liés à la consommation d'opiacés, mais nous n'avons pu trouver d'explication plausible à ce phénomène (produit de coupe dangereux, héroïne anormalement pure, etc.).

Tableau 63 : 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 40 : Evolution du nombre de décès liés à l'usage de drogues illégales, de médicaments psychotropes et d'alcool en Wallonie, par sexe, 2000-2013



Source : AViQ

7.9

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 :

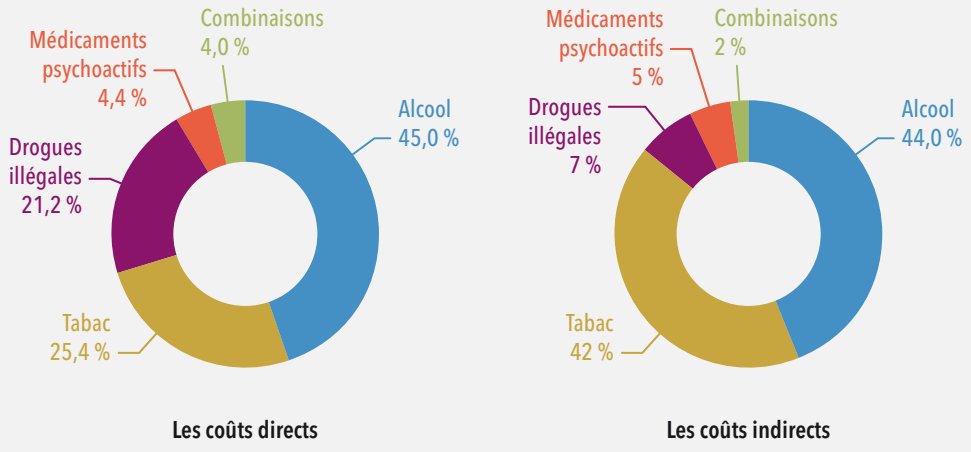
- 85 % sont liés à la santé, c'est-à-dire à la perte de productivité due à l'incapacité, l'invalidité ou la mortalité prématurée associée à la maladie ;
- 5 % à la criminalité, c'est-à-dire la perte de productivité liée à l'incarcération suite aux délits liés aux drogues et la mortalité prématurée provoquée 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 41 : Les coûts directs et indirects selon le type de substance (2012)



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 toutes substances confondues. Enfin, les médicaments psychotropes seraient également responsables de la perte de 51.500 années de vie en bonne santé pour cette même année.

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, 2019).

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, 2013 ; 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[462]. 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[463]. 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·es, 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).

462 Ces chiffres sont une moyenne des estimations minimales et maximales.

463 46 % des dépenses publiques sont liées à la l'application des peines.

7.10

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 72 % des délits concerne une simple détention (de cannabis dans la plupart des cas). Le commerce représente quant à lui 14,5 % 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, selon différentes modalités.

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 structures (maisons médicales, services de santé mentale, etc.) ainsi qu'en pratique libérale (auprès d'un·e médecin, d'un·e psychologue ou encore d'un·e psychiatre). Malgré son caractère incomplet, le TDI nous révèle pourtant qu'en 2018 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 intervenant·es spécialisés sont confrontés à diverses difficultés liées à la saturation de leurs services, qui se répercutent sur la disposition des usager·es 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·es, car au cours de ces années, la problématique de consommation et ses répercussions socio-sanitaires risquent bien souvent de s'aggraver. Les intervenant·es 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·es ne sont pas assez outillé·es. Ce constat participe au phénomène de détection tardive des conduites addictives. Le manque de temps, d'automatismes et de formation des intervenant·es, 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·es est une initiative qui permettra de combler en partie de déficit de données, et 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, qui est par ailleurs sous-dépistée. Il est donc nécessaire de renforcer l'offre de dépistage ainsi que 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·es, 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 personnes migrantes (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·es 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 pris la décision d'étendre la remboursabilité des traitements à tous les patient·es. 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·es 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·es 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 patient·es 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 répondant·es), cette offre semble peu courante dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux (20 % des répondant·es). 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·e. 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·e 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·e.

FOCUS THÉMATIQUES

8.1

LE PROTOXYDE D'AZOTE (GAZ HILARANT) : PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE OU ÉPOUVANTAIL MÉDIATIQUE ?[464]

8.1.1. QU'EST-CE QUE LE PROTOXYDE D'AZOTE ET QUELS SONT SES EFFETS ?

Le protoxyde d'azote (N_2O ou oxyde nitreux) est un gaz chimique découvert à la fin de 18e siècle par le chimiste Joseph Priestley. Ce produit contribua au progrès de la médecine et au développement de l'anesthésie au 19e siècle, facilitant grandement les extractions dentaires et les amputations. Actuellement, il est encore utilisé isolément dans le cas de procédures médicales brèves, ou en combinaison à d'autres agents anesthésiants dans le cas de procédures plus lourdes. Il est aussi parfois utilisé en médecine dentaire chez les patient·es anxieux ou peu coopératifs, et est utilisé comme alternative à l'anesthésie péridurale lors d'accouchements, principalement au Royaume-Uni.

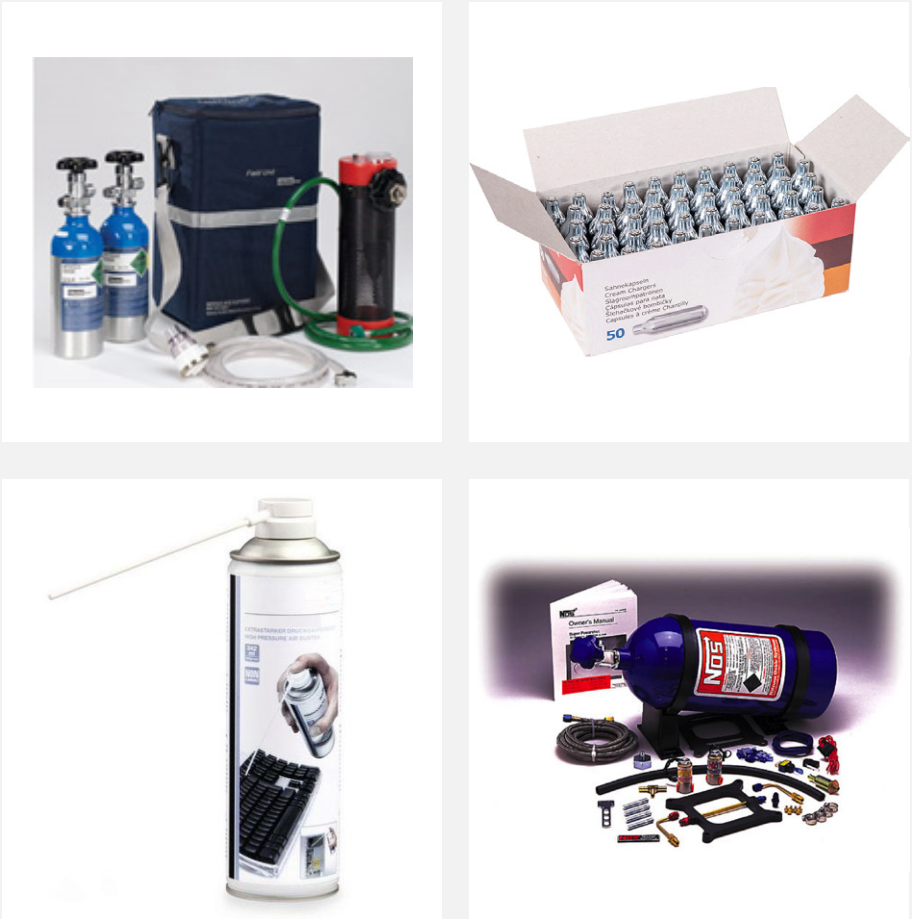
Ce produit est également utilisé comme additif dans l'industrie alimentaire, principalement en tant qu'émulsionnant et gaz propulseur dans les bombonnes et les siphons à crème chantilly. Il est également utilisé comme gaz dépoussiérant dans certaines bombes aérosols pour ordinateur. Enfin, il est aussi plus occasionnellement utilisé comme comburant par des amateurs de *tuning* automobile.

Ce produit fait aussi l'objet d'un usage détourné en raison de ses propriétés euphorisantes et des rires incontrôlables qu'il tend à déclencher à certaines doses, d'où son appellation de gaz hilarant[465]. Dans cet usage, le produit est généralement expulsé dans un ballon de baudruche avant d'être aspiré. L'euphorie survient après 15 à 30 secondes et dure maximum quelques minutes. Elle s'accompagne de distorsions visuelles et auditives ainsi que d'une sensation de chaleur au niveau de la tête. Le corps semble lourd et les muscles sont temporairement affaiblis. À forte dose, il

464 Ce dossier est une version étendue de l'article publié récemment dans le numéro 88 de la revue de «Drogues, santé, prévention» de Prospective Jeunesse. Nous les remercions pour l'accord de reproduction.

465 *Laughing gas* en anglais ; on parle aussi de *hippy crack*.

Figure 42 : Les différentes formes de conditionnement du protoxyde d'azote



engendre un effet dissociatif (indifférence par rapport aux stimulations corporelles) et peut provoquer des vertiges, voire des nausées et des vomissements.

Les mécanismes d'action du N_2O sont complexes, multiples et dose-dépendants (Potocka-Banaś, Dembińska & Borowiak, 2016). Son action analgésique semble due d'une part à une diminution des signaux nociceptifs via une libération d'opioïdes endogènes qui vont agir sur les récepteurs opioïdes de type κ, et d'autre part à une action antihyperalgésique via un antagonisme des récepteurs NMDA. Elle est observable à partir d'une concentration de 10 % de N_2O et de 90 % d'oxygène (Morel, Massacrier & Molliex, 2015). Son action anxiolytique semble liée à une activation (directe ou indirecte) des récepteurs GABA de type A. Enfin, son effet hypno-sédatif semble aussi dépendre de l'antagonisme des récepteurs NMDA. Il s'observe à partir d'une concentration de 40 % de N_2O. Le N_2O est principalement éliminé par les poumons lors de l'expiration, sans biotransformation.

8.1.2. QUELS SONT LES RISQUES LIÉS À L'USAGE DE PROTOXYDE D'AZOTE ?

La consommation de protoxyde d'azote peut entraîner, comme toute substance psychoactive, des effets indésirables et des dommages. Ils proviennent non seulement du produit (quantité consommée, modalité et fréquence de consommation…), mais aussi des caractéristiques individuelles de l'usager·e (état de santé, vulnérabilités psychosociales, etc.). Enfin, le contexte de consommation est également un élément clé et souvent sous-estimé des conséquences de l'usage de substances psychoactives (Dalgarno & Shewan, 2005).

Différentes publications attestent de l'innocuité relative de ce produit lors d'un usage médical qui respecte certaines contre-indications (voir Clarck & Brunick, 2015[466]). Les complications liées à l'usage récréatif sont rares, y compris dans les pays où ce produit bénéficie d'une forte popularité (van Amsterdam, Nabben & van den Brink, 2015). Néanmoins, des accidents, des intoxications sérieuses ainsi que des décès peuvent survenir en cas de chute, d'œdème pulmonaire, d'hypoxie[467] ou d'arrêt cardiaque. À ce jour, aucun décès directement imputable à l'usage de ce produit ne semble avoir été recensé sur le territoire belge[468]. En revanche, quelques décès sont survenus ces dernières années dans nos pays voisins (France et Pays-Bas) et plusieurs dizaines au Royaume-Uni, où le produit a bénéficié d'une grande popularité.

De manière générale, les dommages induits par la consommation de N_2O peuvent être directs ou indirects, immédiats ou différés, transitoires ou permanents. Dans le tableau 64, nous présentons de manière synthétique les principaux risques liés à l'usage récréatif de N_2O. Leur probabilité de survenue dépend des quantités consommées (et de l'éventuelle consommation combinée d'autres produits), du contexte de consommation (mode de consommation, position, etc.) et des caractéristiques du consommateur·rice (corpulence, régularité de l'usage, pathologie préexistante, etc.). Ces risques peuvent être considérablement réduits moyennant certaines précautions, d'où l'importance de mettre en place des actions de prévention ciblées, en particulier auprès des groupes à risque (principalement les adolescent·es et les jeunes).

466 Les quelques cas documentés de décès ou d'intoxications survenus dans le cadre d'un usage médical semblent généralement lié à un non-respect des contre-indications.

467 Déficit en oxygène, pouvant survenir lors d'un enchaînement de plusieurs ballons sans respirer de l'air oxygéné ou encore si le produit est consommé dans un endroit confiné (une voiture), en plaçant la tête dans un sac plastique ou en utilisant un masque relié à une bombonne de grande capacité. En usage médical, le N_2O est le plus souvent administré sous la forme d'un mélange équimolaire d'oxygène et de N_2O, de manière à prévenir tout risque d'hypoxie. Malgré cette précaution, il arrive qu'à l'arrêt de l'administration, le N_2O présent dans les alvéoles dissolve l'oxygène résiduel et induise une hypoxie. Il est dès lors préconisé de ventiler le patient·e avec de grande quantité d'oxygène à l'arrêt de l'administration de N_2O (Morel et al., 2015).

468 La presse relate plusieurs cas de décès causés par des accidents de la route, où des capsules à chantilly ont été retrouvées dans l'habitacle. À notre connaissance, un lien de cause à effet entre l'usage de protoxyde d'azote et ces accidents n'a pas été formellement établi, parce que le produit a pu être consommé longtemps avant la reprise du volant, ou alors en dehors du véhicule, voire par les passagers et non par le conducteur.

LES CONTRE-INDICATIONS

Il existe une série de contre-indications à l'usage médical de N_2O, que l'on peut extrapoler à son usage récréatif. Ce produit augmente la pression dans l'artère pulmonaire et est donc contre-indiqué en cas d'hypertension artérielle pulmonaire (Morel et al., 2015). Il augmente aussi le débit sanguin cérébral et la pression intracrânienne, de sorte qu'il est aussi contre-indiqué en cas d'hypertension intracrânienne (ibidem). En raison d'un effet dilatateur sur les cavités, il est également contre-indiqué en cas de présence d'air dans la plèvre (pneumothorax), le péricarde ou le péritoine, mais aussi en cas d'occlusion intestinale, d'obstruction de l'oreille moyenne, d'accident de décompression et d'embolie gazeuse ; ou encore en cas de certaines affections des voies respiratoires, en particulier l'emphysème et la bronchite chronique[469] (Clarck & Brunick, 2015 ; OMS, 1991). Enfin, l'usage répété de N_2O est contre-indiqué en cas de carence en vitamine B12, en raison du risque de neuropathie[470]. Enfin, ce produit ne semble provoquer que des effets tératogènes (modérés) qu'en cas d'usage prolongé. Il est toutefois déconseillé chez la femme enceinte.

469 En revanche, il n'irrite pas les muqueuses et n'est donc pas contre-indiqué chez les personnes asthmatiques.

470 Le N_2O provoque une inactivation de la vitamine B12. En cas de carence préexistante ou d'exposition chronique, elle peut provoquer de graves troubles hématologiques (anémie) et neurologiques (sclérose médullaire).

Le N_2O et les autres inhalants volatiles sont généralement considérés comme peu addictifs en raison des effets aversifs qu'ils induisent en cas d'usage excessif (maux de tête, nausées, vomissements, diarrhées…). Le risque de dépendance est donc très faible. Néanmoins, en cas d'usage répété, il y a un risque de neuropathie lié à une carence en vitamine B12, provoquant des troubles sensoriels, moteurs et cognitifs (Butzkueven & King, 2000 ; Lan et al., 2019 ; Waters, Kang, Mazziotta, & DeGiorgio, 2005). Bien que le tableau clinique s'améliore généralement après arrêt de la consommation et traitement à la

Tableau 64 : Risque et conseils de réduction des risques liés à l'usage de protoxyde d'azote
Risques liés au mode d'administration
Engelures de la cavité buccale et des voies aérodigestives supérieures ou embolie pulmonaire si le gaz est consommé sans être préalablement réchauffé à l'air ambiant. → Ne jamais consommer le gaz directement sur la cartouche ou la bombonne (le diffuser préalablement dans un ballon de baudruche pour le réchauffer)
Hypoxie lors d'une administration prolongée ou lors d'une consommation dans un endroit confiné. L'hypoxie peut induire un évanouissement voire le décès si le déficit en oxygène est prolongé. → Faire des pauses entre les inhalations afin de respirer de l'air oxygéné → Ne pas consommer dans un endroit confiné tel une voiture
Risques liés aux effets physiologiques
Pathologies graves (œdème pulmonaire, neuropathie, etc.) en cas d'utilisation malgré les contre-indications suivantes : carence en vitamine B12, hypertension artérielle pulmonaire, hypertension intracrânienne, pneumothorax, occlusion intestinale, obstruction de l'oreille moyenne, accident de décompression, embolie gazeuse, affection des voies respiratoires. → Éviter toute consommation en cas de présence d'une contre-indication
Risques liés aux effets psychoactifs
Chute, accident ou mauvaise manœuvre liés à un vertige, une perte importante du tonus musculaire, voire une perte de conscience. Les capacités de conduite automobile sont impactées pendant une trentaine de minutes après l'exposition au produit. Prise de décision dommageable en raison de l'altération de l'état de conscience. Ne pas prendre immédiatement conscience de la gravité d'une lésion traumatique causée par une chute sous l'effet du produit (en raison de ses effets analgésiques). Inhalation du bol alimentaire (pouvant entraîner une asphyxie) en cas de vomissements en état de perte de conscience. → Consommer ce produit de préférence assis et dans un espace sécurisé en cas de chute → Éviter toute activité exigeant de la concentration et une bonne coordination visuo-motrice (travail sur des machines, conduite automobile…) après avoir consommé → Ne jamais consommer seul·e et éviter d'avoir le ventre plein → Ne pas enchaîner plus de cinq ballons lors d'une même session de consommation
Risques en cas de confusion sur le produit
Le N_2O entre parfois dans la composition des dépoussiérants d'ordinateur, au même titre que d'autre gaz davantage nocifs. Plusieurs décès recensés sont liés à une confusion sur le produit. → Éviter de consommer les produits présents dans les dépoussiérants d'ordinateur
Risques liés à une exposition répétée
Anémie mégaloblastique par carence en vitamine B12, susceptible d'induire une neuropathie (sclérose médullaire). Ce risque est plus élevé chez les personnes qui pratiquent le véganisme. → Éviter de consommer du N_2O de manière régulière et prolongée → Consommer des aliments riches en vitamine B12 (viande, poisson, produits laitiers et œufs) ou des compléments alimentaires à base de vitamine B12 (en particulier en cas de véganisme) → Cesser toute consommation en cas d'engourdissements persistants des membres inférieurs ou supérieurs ou du visage, ainsi qu'en cas de faiblesse musculaire persistante. Consulter un·e médecin si ces signes apparaissent.
Diminution (réversible) de la fertilité chez les femmes et risque de fausse couche lors du 1er trimestre de grossesse. → Éviter de consommer régulièrement du N_2O en cas de procréation ou de grossesse
Risques liés à l'usage combiné d'autres dépresseurs du système nerveux central (alcool, benzodiazépines, opioïdes, GHB…)
Perte de conscience, dépression respiratoire, inhalation des vomissements, coma, mort. → Éviter de consommer du N_2O en association avec d'autres produits dépresseurs

vitamine B12, certaines séquelles peuvent perdurer en cas d'usage abusif prolongé, en particulier des déficits sensoriels (Lan et al., 2019).

8.1.3. L'USAGE DÉTOURNÉ DE PROTOXYDE D'AZOTE EST-IL EN HAUSSE ?

L'usage récréatif de N_2O a précédé de plusieurs décennies son usage médical. On retrouve ainsi de nombreuses traces historiques attestant de son utilisation récréative outre-manche durant l'époque Victorienne. Ce produit était alors particulièrement apprécié dans les milieux aristocrates, où des séances collectives (*Laughing gas parties*) étaient organisées régulièrement.

Figure 43 : Illustration d'une *laughing gas party* du 19e siècle

Illustration : George Cruikshank, 1839

Plus récemment, l'usage détourné de ce produit s'est également popularisé dans les milieux festifs, à partir des années 70 en Amérique du Nord et à la fin des années 90 en France. En Belgique, les premiers signalements ne peuvent être datés précisément, mais on trouve déjà mention d'un usage détourné en milieu festif au début des années 2000, mais dans des proportions très anecdotiques. L'usage de ce produit s'est en revanche davantage répandu

dans les milieux festifs au Royaume-Uni ainsi qu'aux Pays-Bas.

Depuis environ deux ans, divers signalements suggèrent que la consommation de ce produit est en augmentation en Belgique ainsi que dans d'autres pays voisins, et qu'elle n'est plus confinée aux seuls milieux festifs. En effet, de nombreuses cartouches métalliques sont retrouvées régulièrement dans l'espace public de certaines communes bruxelloises et wallonnes. Selon toute vraisemblance, ce produit est désormais aussi consommé en groupe par des adolescent·es. Ainsi, En tant qu'Opérateur Régional Bruxelles Assuétudes dans le cadre du Plan Global de Sécurité et de Prévention de la Région de Bruxelles-Capitale, l'asbl Transit (Maisse, 2020) a récemment mis sur pied un protocole de diagnostic de l'usage de drogues dans l'espace public. En octobre 2019, les gardien·nes de la paix de douze communes bruxelloises ont participé à cette récolte, ainsi que les agents de quatre parcs régionaux (les gardiens-animateurs de Bruxelles-Environnement). Après avoir été formés à l'identification des différentes traces d'usage de drogues, ces travailleur·ses de première ligne ont utilisé un outil spécifique permettant de consigner et de quantifier de manière standardisée leurs observations. Au total, 1225 capsules ont été identifiées dans l'espace public des douze communes participantes, plaçant ce produit en tête du classement des observations de consommation[471]. La quasi-totalité des capsules ont été localisées en dehors des parcs.

Selon l'**enquête HBSC 2018**[472] (voir tableau 65), environ 3 % des élèves wallon·nes et bruxellois·es scolarisés dans l'enseignement secondaire supérieur (2e et 3e degrés) ont déjà consommé du N_2O au moins une fois dans leur vie. Ce niveau de prévalence reste particulièrement bas si on le compare à leur consommation d'alcool et de cannabis (environ 56 % et 27 % respectivement pour l'ensemble des deux régions francophones), et il avoisine les niveaux de prévalence des autres drogues illégales (ecstasy, cocaïne, LSD…)[473]. La majorité des adolescent·es qui ont consommé du N_2O ne l'ont fait qu'une ou deux fois, ce qui suggère que l'usage de ce produit est plutôt occasionnel et opportuniste. Mais une poignée de jeunes semble en avoir consommé plus régulièrement.

L'usage de ce produit augmente significativement avec l'âge des répondant·es et concerne davantage les garçons que les filles (voir tableau 66). Actuellement, les adolescent·es (en particulier les mineur·s d'âge) ne semblent donc pas davantage s'orienter vers ce produit. L'enquête HBSC ne permet pas de documenter une éventuelle augmentation de l'usage de N_2O, dans la mesure où l'usage de ce produit n'était pas spécifiquement étudié lors des enquêtes antérieures. La consommation pourrait en outre avoir augmenté depuis 2018.

Tableau 65 : Fréquence d'usage de protoxyde d'azote (exprimée en nombre de jours) au cours de la vie chez les élèves de l'enseignement secondaire supérieur de la Fédération Wallonie-Bruxelles, par région, 2018

	FWB %	Wallonie %	Bruxelles %
Jamais	96,8	96,62	97,21
1 à 2 jours	2,0	2,06	1,55
3 à 9 jours	0,9	0,97	0,45
10 à 29 jours	0,3	0,17	0,78
30 jours ou +	0,1	0,18	0,02

Source : Comportements, santé et bien-être des élèves – Enquête HBSC 2018 en Fédération Wallonie-Bruxelles - Sipes (École de Santé Publique - ULB)

Tableau 66 : Fréquence d'usage de protoxyde d'azote (exprimée en nombre de jours) au cours de la vie chez les élèves de l'enseignement secondaire supérieur de la FWB, par tranche d'âge et par genre, 2018

	Tranche d'âge			Genre	
	15-16 ans %	17-18 ans %	19 ans et + [474] %	Garçons %	Filles %
Jamais	97,8	96,2	93,5	95,7	97,8
1 à 2 jours	1,7	2,3	2,9	2,7	1,2
3 à 9 jours	0,4	0,9	2,2	1,1	0,6
10 à 29 jours	0,1	0,5	0,7	0,3	0,3
30 jours ou +	0,0	0,1	0,7	0,2	0,1

Source : Comportements, santé et bien-être des élèves – Enquête HBSC 2018 en Fédération Wallonie-Bruxelles - Sipes (École de Santé Publique - ULB)

471 Classement qui doit être relativité en raison de la visibilité différentielle selon les produits (e.g. une "calle" d'un joint de cannabis est moins visible qu'une capsule de N_2O).

472 L'enquête HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) est réalisée tous les quatre ans en partenariat avec le Bureau Régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Europe. L'étude est menée à l'échelle de la Fédération Wallonie-Bruxelles par le Service d'Information Promotion Éducation Santé de l'ULB (SIPES). En 2018, plus 6.500 élèves wallon·nes et bruxellois·es scolarisés dans l'enseignement secondaire (2e et 3e degré) ont répondu aux questions relatives à la consommation de drogues.

473 Une enquête réalisée en 2018 par la Cellule d'Aide aux Assuétudes en Milieu Scolaire dans plusieurs écoles secondaires de Charleroi révèle quant à elle que la prévalence d'usage sur la vie du protoxyde d'azote serait de 9,6 %, ce qui est nettement supérieur à ce que l'on observe dans l'enquête HBSC. Il pourrait donc y avoir des disparités en fonction des écoles, voire du niveau d'enseignement (les écoles interrogées sur Charleroi étaient pour la plupart des écoles d'enseignement technique ou professionnel). L'usage est toutefois à nouveau essentiellement expérimental (1 seule fois : 6,7 %) ou occasionnel (1 à 2 fois par mois maximum : 2,7 %).

474 La classe des élèves de 19 ans et plus ne peut être considérée comme représentative de l'ensemble des étudiant·es 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 7e année professionnelle.

Selon l'**enquête Eurotox 2019**[475], 28,5 % des 1.747 usager·es belges ayant participé à l'enquête[476] ont déjà expérimenté le N_2O, la majorité (20,4 %) l'ayant fait il y a plus de 12 mois. L'usage récent (au cours des 12 derniers mois) s'élève à 8,1 %, mais seule une petite proportion d'usager·es (1,5 %) en ont consommé régulièrement au cours de cette période (au moins une fois par mois).

Les répondant·es belges ayant déclaré un usage récent de ce produit sont significativement plus jeunes que ceux qui n'en ont jamais consommé ou que ceux qui en ont consommé il y a plus de 12 mois (voir tableau 67). Plus précisément, parmi les usager·es belges ayant rapporté un usage récent (N=143), 16,8 % ont moins de 18 ans, 25,9 % ont entre 18 et 20 % et 32,9 % ont entre 21 et 24 ans, et 24,5 % ont 25 ans ou plus. Seulement 8 répondant·es ont mentionné en avoir consommé plusieurs fois par semaine au cours des 30 derniers jours. Il s'agissait systématiquement de polyconsommateur·rices de substances psychoactives légales et illégales, dont 4 d'entre eux avaient moins de 20 ans.

Tableau 67 : Moyenne d'âge en fonction du statut d'usage de protoxyde d'azote chez les répondant·es belges de l'enquête Eurotox (N=1746), 2019

Usage de N_2O	Moyenne d'âge	N
Jamais	28,6	1249
Il y a plus de 12 mois	27,2	354
Au cours des 12 derniers mois	22,4	143

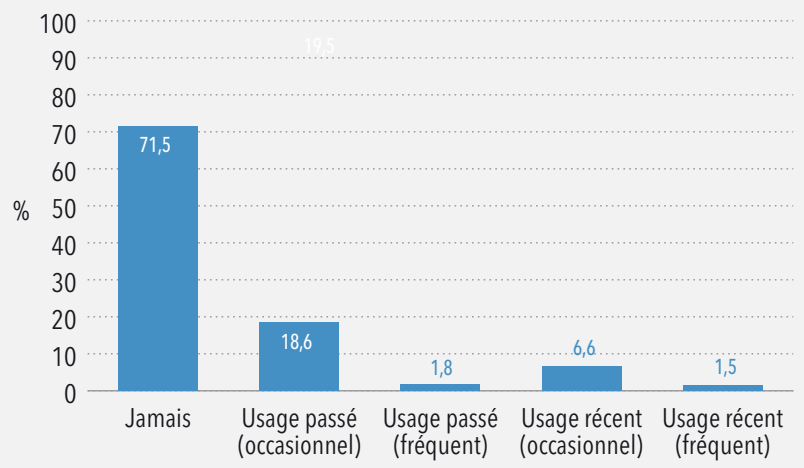
Source : Eurotox

La ***Global Drug Survey*** (GDS) fournit également quelques indications utiles par rapport à l'usage de N_2O (Winstock, Ferris, Maier & Barratt, 2017). Ainsi, parmi les quelques 1000 répondant·es belge de l'enquête en ligne réalisée en 2016, 18,6 % ont déclaré avoir déjà consommé du N_2O au cours de leur vie, et 7,4 % au cours des 12 derniers mois[478]. Ces proportions sont nettement inférieures à celles enregistrées aux Pays-Bas (47,1 % et 34 %) ainsi qu'au Royaume-Uni (51,3 % et 37,5 %). Ces résultats suggèrent donc que ce produit est consommé en Belgique dans une moindre mesure que dans d'autres pays. La situation pourrait toutefois avoir évolué puisque ces données ont été collectées en 2016.

La GDS fournit aussi un éclairage sur le profil d'usage de N_2O pour l'ensemble des personnes qui en ont consommé au cours des 12 derniers mois (N=8.511), toutes nationalités confondues. La plupart des usager·es ont consommé ce produit à l'aide d'un ballon (85,6 %), 13 % l'on consommé à l'aide d'un siphon à chantilly, 0,6 % à l'aide d'un sachet en plastique et 0,8 % directement sur la cartouche, ces trois derniers modes de consommation étant à risque. La plupart des usager·es ont eu accès à ce produit en l'achetant dans un supermarché (39 %) ou en le recevant d'un ami (36,8 %), alors que d'autres l'ont acheté sur Internet (27 %) ou dans un festival (22 %).

Enfin, la GDS s'est intéressée aux conséquences auto-rapportées de l'usage de N_2O. Parmi les 8.511 personnes ayant déclaré une consommation de N_2O au cours des 12 derniers mois, 30,3 % rapportent comme conséquences à court terme la survenue d'hallucinations, 29,3 % de la confusion, 12,3 % de nausées, 5,6 % des pertes de connaissance et 2,5 % des chutes ou des blessures accidentelles. Plus inquiétant, 3 % des usager·es rapportent des signes associés au premier stade de l'atteinte neurologique périphérique (engourdissements persistants des membres ou de la face). Enfin, un usager sur dix manifeste une inquiétude par rapport à l'impact de ce produit sur leur santé physique et mentale, et 2,5 % estiment avoir perdu le contrôle de leur consommation. Ces résultats confirment que l'usage de N_2O n'est pas sans risque qu'il est important d'informer au mieux les usager·es afin de les réduire.

Figure 44 : Statut[477] d'usage de protoxyde d'azote parmi les usager·es belges de l'enquête Eurotox (N=1747), 2019



Source : Eurotox

475 Voir chapitre 5 pour une brève présentation. Pour rappel, en l'absence de méthode d'échantillonnage stricte, les résultats de cette enquête doivent être extrapolés avec prudence et ne peuvent être considérés comme représentatifs de tous les usager·es de drogues vivant en Belgique francophone.

476 Nous nous sommes centrés sur les répondants ayant mentionné avoir consommé une drogue illégale au moins une fois dans la vie.

477 Lexique : Usage passé occasionnel : moins de 20 fois il y a plus de 12 mois ; Usage passé fréquent : plus de 20 fois il y a plus de 12 mois ; Usage récent occasionnel : moins d'une fois par mois au cours des 12 derniers mois ; Usage récent fréquent : au moins une fois par mois au cours des 12 derniers mois.

478 Cette enquête cible spécifiquement l'usage de drogues légales et illégales. Elle est diffusée sur Internet avec l'appui de nombreuses associations et de certains médias. En l'absence de méthode d'échantillonnage stricte, il est impossible de savoir de quelle(s) population(s) cet échantillon est éventuellement représentatif, puisque les participant·es se sont auto-désignés. Mais il est raisonnable de penser qu'il s'agit majoritairement de personnes qui manifestent un intérêt par rapport à la consommation d'alcool et de drogues.

Au niveau du centre Antipoisons belge[479], les appels faisant mention de cas d'exposition au N_2O sont rares mais en légère augmentation : 2 en 2016, 5 en 2017 et 9 en 2018. En 2019, 10 appels ont été enregistrés par le centre en date du 12 décembre 2019 (Moens, 2019). Ils émanaient le plus souvent de services d'urgence. Les personnes intoxiquées présentaient des maux de tête (n=4), des paresthésies (n=2), des vertiges/malaises (n=2), des palpitations (n=1) ou des douleurs abdominales (n=1). Malheureusement, nous ne disposons pas actuellement en Belgique d'un monitoring systématique des prises en charge aux urgences suite à une intoxication par une drogue, qui permettrait de comptabiliser exhaustivement les cas d'usage problématique. L'indicateur des demandes de traitement (TDI) confirme quant à lui que l'usage d'inhalants volatiles engendre rarement des prises en charge dans les services spécialisés en assuétudes ou dans les hôpitaux. En effet, les inhalants ne sont mentionnés comme produits problématiques que dans 0,2 % des épisodes de traitement enregistrés en Belgique de 2015 à 2018[480], soit 50 à 70 cas par an (Antoine, 2019).

8.1.4. PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS

L'usage de protoxyde d'azote semble être en augmentation en Belgique, quoiqu'il reste peu répandu comparativement à celui d'autres substances et à ce que l'on observe dans d'autre pays. Selon les données disponibles, malgré la disponibilité et la légalité du produit, les adolescent·es ne semblent pas y être les plus exposés, puisque ce sont surtout des jeunes majeur·es qui rapportent en avoir consommés. La plupart des personnes qui en ont consommé l'ont fait de manière expérimentale ou occasionnelle, l'usage régulier étant exceptionnel.

Outre le N_2O, d'autres inhalants volatiles (colles, solvants, poppers, éther…) font l'objet d'un usage détourné à visée récréative depuis de nombreuses décennies. Leur consommation est le plus souvent le fait d'adolescent·es, qui s'orientent vers ces produits d'usage commun en raison de leur disponibilité, leur faible coût et de leur légalité, mais aussi parce qu'ils ne sont pas encore en contact avec le marché des drogues illégales. L'usage de ce type de produit subit généralement des effets de mode cycliques et passagers. Il est probable que le succès actuel du N_2O soit exacerbé par le caractère viral de la circulation des publications qui en font l'apologie sur Internet, en particulier sur YouTube ainsi que sur les réseaux sociaux. L'emballement médiatique pour la thématique et la réaction prohibitionniste des politiques pourraient également participer à la publicité et à l'attractivité du produit.

Face à l'augmentation des traces d'usage dans l'espace public, des inquiétudes ont émergé et certaines communes ont pris des mesures (via une adaptation du règlement général de police) de manière à restreindre la vente des capsules à chantilly aux mineur·es d'âge ou afin de pouvoir verbaliser l'usage dans l'espace public. Le produit devrait être interdit (détention et usage) très prochainement au niveau de la Région bruxelloise via une adaptation du règlement général de police commun aux 19 communes, selon les déclarations du Bourgmestre de la Ville de Bruxelles, Philippe Close. Des restrictions locales ou nationales n'auront probablement qu'un faible impact sur la disponibilité du produit, dans la mesure où il restera accessible dans les communes ou pays voisins, via une commande sur Internet, ou encore via un achat par un pair majeur. Et sanctionner l'usage dans l'espace public ne fera que le pousser dans la clandestinité, ce qui est généralement contre-productif. Étant donné 1) le niveau de prévalence de consommation relativement bas ; 2) le type d'usage qui en est généralement fait (occasionnel et récréatif) ; 3) le faible pouvoir addictif du produit ; et 4) sa faible dangerosité pour autant qu'il soit consommé adéquatement et occasionnellement, il ne paraît pas opportun d'en interdire l'usage ou d'en restreindre excessivement l'accessibilité. En revanche, il est important d'informer préventivement les consommateur·rices sur les risques liés à la consommation de ce produit et sur les moyens de les minimiser, en prenant notamment appui sur les travailleur·ses de terrain en contact avec les jeunes (AMO, référent·es assuétudes dans les écoles, éducateur·rices de rue…) et sur les acteur·rices de la promotion de la santé. Il importe également de se rappeler que l'expérimentation de substances psychoactives est un phénomène fréquent à l'adolescence, et qu'il est contre-productif de le «pathologiser». La consommation d'alcool et de tabac est d'ailleurs globalement beaucoup plus préjudiciable à la santé des jeunes que celle de toutes les autres substances réunies. Néanmoins, en France, les signalements d'usage régulier (voire quotidien) avec conséquences neurologiques sont en augmentation (25 cas depuis janvier 2019, dont 10 cas graves), de sorte qu'il convient de rester vigilant par rapport à ce phénomène et d'améliorer les outils de monitoring.

479 Ce centre propose une permanence téléphonique d'information toxicologique en urgence 24h/24. Des médecins ou pharmacien·nes du centre évaluent la gravité de l'exposition, donnent des indications sur les éventuels premiers soins, déterminent la nécessité d'une intervention médicale et orientent si nécessaire l'appelant·e vers le service le plus approprié. Les appels liés à une exposition aux drogues ou aux substances d'abus représentent généralement moins de 1 % des appels. Ces appels émanent le plus souvent de victimes, de proches ou de professionnel·les (services d'urgence).

480 Il est encore plus rare qu'un inhalant volatile soit mentionné comme produit principal à l'origine de la demande de traitement (moins de 10 cas par an). Il n'est malheureusement pas possible de connaître précisément le nombre de cas liés au N_2O.

8.2

LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE

8.2.1. LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE AU NIVEAU EUROPÉEN

Le système d'alerte précoce sur les drogues (*Early Warning System* - EWS) a été mis en place par la Commission européenne dans le cadre de l'«Action commune du 16 juin 1997 fondée sur l'article K.3 du traité de l'Union européenne, relative à l'échange d'informations, à l'évaluation des risques et au contrôle des nouvelles drogues de synthèse» (article modifié par la décision du 10 mai 2005). Il est implémenté au niveau de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT), lequel est chargé de centraliser et de valoriser les informations récoltées par les pays membres via l'intermédiaire des points focaux nationaux du réseau REITOX (Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies). Ces points focaux ont notamment pour mission de transmettre à l'OEDT des informations relatives aux nouvelles substances psychoactives détectées sur leur territoire (formule chimique, description de l'échantillon, quantités saisies, nombre d'occurrences annuelles, etc.).

Ce système a été mis en place en raison de l'apparition, de plus en plus fréquente au cours des années 90, de nouvelles substances psychoactives (NSP), substances qui étaient à l'époque le plus souvent dérivées de la MDMA et des amphétamines, et pour lesquelles des informations relatives aux effets et à la dangerosité n'étaient pas disponibles.

Au niveau européen, l'EWS alimente les rapports conjoints développés par l'OEDT et Europol (EMCDDA-*Europol joint reports*) afin de capitaliser les connaissances permettant de décrire au mieux certaines nouvelles substances psychoactives (*objectif d'échange d'informations*). Il permet aussi d'alimenter les procédures d'évaluation des risques enclenchées à la demande du Conseil lorsque certaines substances en libre circulation sont soupçonnées d'engendrer des risques importants pour la santé (*objectif d'évaluation des risques*), cette procédure pouvant *in fine* déboucher sur une interdiction de commercialisation de ces substances à l'échelle de l'Union européenne (*objectif de contrôle*).

Au-delà de ces objectifs officiels, l'EWS fait aussi souvent l'objet d'une **réappropriation** au niveau national afin de servir de **système de veille sanitaire**, permettant d'informer les travailleur·ses de terrain et les usager·es de drogues de la circulation de nouvelles substances potentiellement dangereuses, d'échantillons de drogues connues hautement dosés en principe(s) actif(s), ou encore de la présence de produits de coupe présentant un risque important sur le plan sanitaire. Nous allons brièvement illustrer cette réappropriation à partir du système d'alerte précoce belge.

8.2.2. LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE AU NIVEAU BELGE

CADRE LÉGAL

L'EWS a été formalisé au niveau belge dans une «note politique du Gouvernement fédéral relative à la problématique de la drogue» datant du 19 janvier 2001, qui précise brièvement la manière dont le système doit être organisé au niveau fédéral. Cette note est à la base de la création, en 2002, du Belgian Early Warning System on Drugs (BEWSD), une unité développée au sein du programme drogues du Sciensano, spécifiquement dédiée au fonctionnement et à la coordination de l'EWS. Afin d'améliorer la diffusion d'informations des laboratoires cliniques ou toxicologiques vers le BEWSD, l'arrêté royal du 14/07/2003, modifié par celui du 17 octobre 2006, précise que ces laboratoires sont tenus de signaler quotidiennement au BEWSD les résultats d'analyses toxicologiques ou biologiques qui se sont révélés positifs pour les drogues illicites autres que le cannabis, ainsi que pour les nouvelles drogues de synthèse. Il en va de même pour les résultats d'analyses biologiques des victimes décédées suite à l'ingestion d'opiacés, de cocaïne et/ou d'amphétamines et dérivés, même si ces analyses sont réalisées dans le cadre d'une instruction judiciaire ou d'une enquête judiciaire.

Malgré ces avancements, le BEWSD peine encore actuellement à obtenir rapidement et systématiquement les résultats d'analyses lorsqu'une instruction judiciaire est en cours, parce que les laboratoires ou les juges d'instruction ont pour habitude de se réfugier derrière la disposition du secret de l'instruction afin de ne pas avoir à communiquer ces résultats. Légalement, ce refus n'est plus recevable puisque la loi de 1921 a récemment fait l'objet d'un amendement (Moniteur belge du 10/03/2014) afin que l'on ne puisse plus invoquer le secret de l'instruction pour ne pas communiquer d'information dans ce contexte. Néanmoins, ce n'est pas pour autant que ces informations sont communiquées spontanément.

MODE DE FONCTIONNEMENT

Au niveau belge, comme dans d'autres pays, la mise en œuvre de l'EWS dépasse les seules drogues de synthèse pour intégrer également les nouvelles drogues en général, les nouveaux modes de consommation ou encore les échantillons fortement concentrés de drogues connues (y compris légales), susceptibles d'entraîner une augmentation des risques pour le consommateur·rice. Ce système est coordonné au niveau national par Sciensano (via le BEWSD), et géré au niveau communautaire par le VAD (Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, pour la Flandre) et Eurotox (pour la Wallonie et la Région bruxelloise). Dans ce contexte, la politique d'Eurotox en matière d'alerte précoce est strictement axée sur la prévention et la réduction des risques pour les usager·es potentiels, dans une démarche de santé publique.

Comme indiqué à la figure 45, ce système est principalement alimenté par les résultats

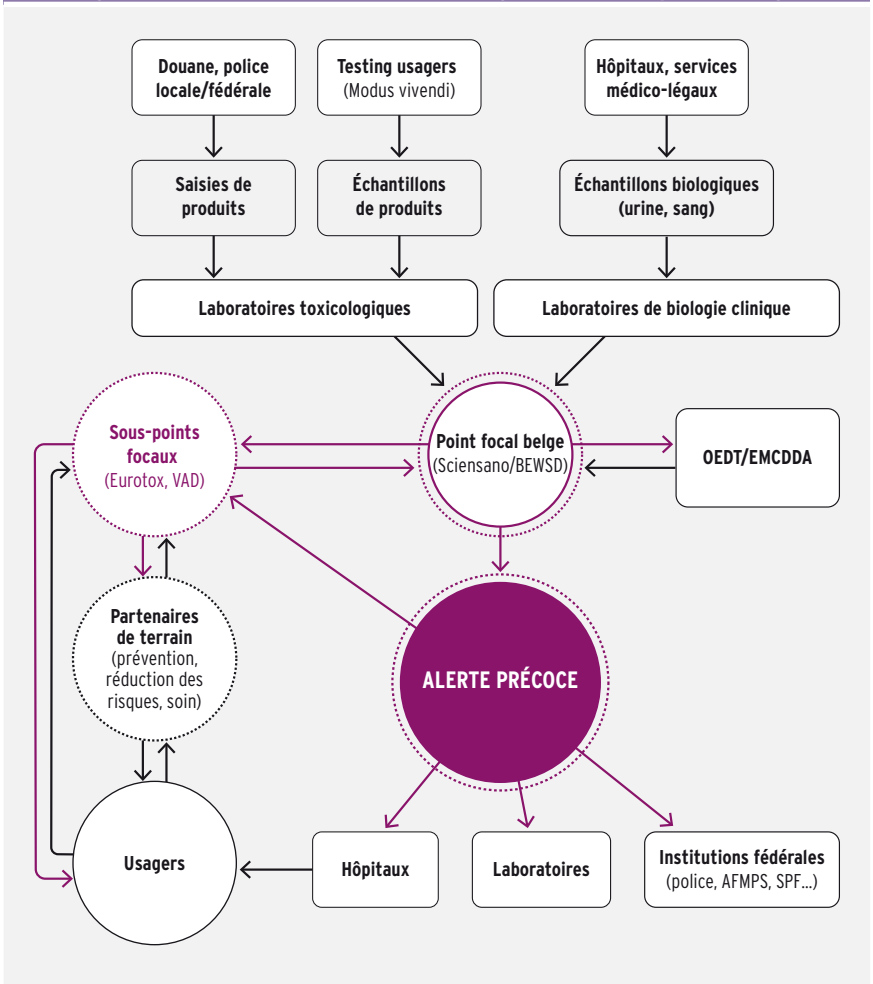
d'analyses réalisées par les laboratoires toxicologiques sur certains échantillons prélevés lors de saisies policières ou douanières, ainsi que, dans une moindre mesure, par les résultats d'analyse de produits soumis par des usager·es de drogues au service de testing de produits psychotropes développé par l'asbl Modus Vivendi[481]. Mais il est également alimenté par les prélèvements biologiques (de sang et d'urine) analysés par les laboratoires de biologie clinique des hôpitaux ou des services médico-légaux, effectués lors d'intoxications ou morts suspectes. Les résultats de ces différentes analyses sont communiqués (voir toutefois la réserve émise plus haut) de manière régulière au BEWSD, qui analyse l'information et juge de la pertinence (si nécessaire, après consultation du VAD et d'Eurotox) de recourir à l'EWS belge pour diffuser une information ou un message d'alerte précoce. Enfin, ce système est également alimenté de manière complémentaire par d'éventuels constats ou signalements d'intervenant·es de 1re ou 2e ligne belges ou transfrontaliers, ainsi que par les alertes lancées par les points focaux d'autres pays européens, lesquelles sont parfois susceptibles de concerner également les usager·es vivant en Belgique.

481 Ces analyses sont principalement effectuées lors de permanence dans un local fixe à Bruxelles (Modus Fiesta), et occasionnellement lors d'un festival de musique.

Les informations diffusées à travers l'EWS belge sont de deux types :

- Les messages d'information : ils sont destinés uniquement aux intervenant·es de terrain, et peuvent informer, par exemple, de la circulation en Belgique d'un nouveau produit sans dangerosité apparente.
- Les messages d'alerte précoce : ils sont diffusés de manière pyramidale afin d'informer les intervenant·es de terrain et les usager·es de drogues des risques liés à la consommation d'un produit relativement bien identifié en circulation sur le territoire belge ou susceptible de l'être. Ces messages sont initialement lancés par le BEWSD, qui les communique aux points focaux régionaux (VAD et Eurotox) ainsi qu'aux hôpitaux, laboratoires et autres structures gouvernementales (police, SPF santé, etc.). Pour la partie francophone du pays, Eurotox se charge ensuite de les adapter et les diffuser vers des intervenant·es de terrain et les usager·es via différents canaux : mailing liste d'intervenant·es en prévention, réduction des risques et soins, sites Internet d'associations (Eurotox, Modus Vivendi, Infor-Drogues, Fédito Bruxelles, Réseaux assuétudes wallons, Ex-Aequo, etc.), partenaires du label Quality Nights ou d'autres interventions en milieu festif, réseaux sociaux, etc. Notre mailing liste se compose actuellement de 767 contacts. Nous publions également certaines alertes directement sur les principaux forums d'usager·es francophones (Psychonaut.fr et PsychoACTIF.org). Et depuis décembre 2019, les échantillons problématiques issus du service de testing de Modus Vivendi sont également diffusés sur l'application Know Drugs.

Figure 45 : Flux d'information au sein du système d'alerte précoce belge



Source : Eurotox

Eurotox adapte systématiquement les alertes lancées par le BEWSD afin de les présenter sous un format A4 imprimable qui contient toutes les informations disponibles permettant d'identifier le produit (description, photo, signes distinctifs éventuels), et décrivant les effets et risques associés. Un parcours de la littérature scientifique et des sites ou forums spécialisés est également réalisé par nos soins lorsque nous avons affaire à des substances peu connues. Les alertes sont en outre complétées par une série de conseils de réduction des risques ainsi que par des renseignements utiles (numéro de téléphone des urgences, etc.). De manière générale, Eurotox se réserve aussi le droit de ne pas diffuser auprès des usager·es certaines alertes lancées par le BEWSD, par exemple lorsque la dangerosité du produit n'est pas avérée mais qu'il s'agit juste de la détection d'un nouveau produit sur le territoire. Dans ce cas, nous avertissons les intervenant·es de terrain à l'aide un simple message d'information.

8.2.3. LE SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE EN QUELQUES CHIFFRES

Pour rappel, l'EWS a deux fonctions principales : détecter l'apparition de NSP (et en évaluer la dangerosité) et informer les intervenant·es de terrain et les usager·es de drogues lorsque la santé de ces dernier·es est menacée pour une raison précise (échantillon hautement dosé, nouveau produit toxique, etc.). Nous allons donc aborder successivement les statistiques relatives à la détection de NSP ainsi qu'au lancement des alertes précoces.

LES NSP DÉTECTÉES EN BELGIQUE ET EN EUROPE DE 2005 À 2018[482]

Le nombre de NSP recensées sur le territoire européen était relativement peu élevé et constant au début des années 2000, mais il n'a cessé de croître ces dernières années, passant de 13 NSP en 2008 à 98 en 2015, et 55 en 2018, ce qui porte le nombre total de nouvelles substances surveillées à plus de 730 (voir figure 46). Environ 50 % d'entre elles sont détectées dans l'UE chaque année, ce qui souligne la grande diversité des substances circulant sur ce marché mais également leur constant renouvellement. L'EWS 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, 18 en 2017 et 5 en 2018. Actuellement, seules 32 NSP sont interdites à l'échelle de l'Union européenne. En revanche, les législations nationales sont généralement plus contraignantes. Ainsi, pour rappel, en Belgique, la majorité des NSP sont interdites sur base d'une législation générique.

Le décours temporel entre la détection d'une substance, l'évaluation de sa dangerosité, et son éventuelle interdiction est particulièrement longue (deux à trois ans). C'est pour cette raison que le parlement européen avait 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 NSP dangereuses sur le plan socio-sanitaire. Cette directive a notamment permis de réduire à 6 mois le délai d'interdiction au niveau national d'une substance interdite par l'UE. Il s'agit toutefois de changements minimes par rapport à ce qui était prévu dans le règlement et la directive proposée en 2013.

482 Pour plus de détail sur la disponibilité des NSP, voir chapitre 6.2.6.

LES SERVICES DE TESTING DE PRODUITS À DESTINATION DES USAGER·ES

Les services de testing de produits psychoactifs sont des dispositifs de réduction des risques permettant aux usager·es de connaître la nature des produits qu'ils consomment. Ils ne visent ni à encourager la consommation, ni à la dissuader, mais bien à réduire les risques dans une stratégie de promotion de la santé. Les objectifs poursuivis sont multiples (voir Libois, Hogge, Boudoux, Lonfils & Van der Linden, 2019) : 1) réduire la morbidité et la mortalité liées à l'usage des drogues ; 2) améliorer les connaissances des usager·es sur les risques liés aux drogues ; 3) promouvoir les changements d'attitudes et de comportements vis-à-vis de ces risques ; 4) améliorer la connaissance des produits en circulation ; 5) reconnaître les usager·es en tant que citoyen·nes à part entière. Ce dispositif dépasse la simple réduction des risques individuelle puisqu'ils permettent d'alimenter l'EWS et d'informer plus généralement la communauté des usager·es de drogues en cas de circulation d'un produit particulièrement dangereux pour la santé.

En 2017, on dénombrait 33 services d'analyse de produits psychotropes à l'échelle mondiale, dont plus d'un tiers ont émergé récemment (Barratt, Kowalski, Maier et Ritter, 2018). Ces dispositifs sont généralement gratuits, mais il est parfois possible de soumettre des produits par voie postale contre un montant forfaitaire. Ils peuvent être fixes ou mobiles. Les méthodes d'analyses sont de précision variable (tests colorimétriques, chromatographie sur couche mince, chromatographie en phase gazeuse ou liquide couplée à une spectrométrie de masse, spectroscopie infrarouge à transformée de Fourier, etc.). En outre, les kits colorimétriques à usage domestique se sont aussi diversifiés (notamment pour détecter la présence de certaines NSP) et sont directement proposés à la vente sur Internet. Au niveau européen, ce type d'initiative existe depuis plus de 20 ans et s'est initialement développé de manière à réduire les risques liés à la consommation de pilules d'ecstasy en milieu festif (en particulier dans les «scènes» techno et *rave*), dans le contexte de l'essor de nouveaux produits de synthèse sur le marché des drogues[483]. Le premier dispositif à s'être développé est le réseau DIMS (*Drug Information and Monitoring System*), instauré aux Pays-Bas en 1992 et qui se compose actuellement de plus d'une vingtaine de sites d'analyse répartis sur le territoire, où les usager·es peuvent se rendre afin de connaitre la composition de leurs pilules (pour une présentation détaillée du dispositif, voir Brunt & Niesink, 2011).

LE SERVICE DE TESTING EN BELGIQUE (MODUS VIVENDI)

En Belgique, les premières actions de testing ont été mises en place au festival de Dour en 1996 par l'asbl Modus Vivendi, initialement sans subside. En 2000, un premier subside ainsi qu'une autorisation de transport permettront au projet de s'inscrire dans un cadre réglementaire. Mais suite à une médiatisation importante en 2002, le ministre de la justice de l'époque s'exprimera dans la presse en le déclarant comme illégal et incitatant à la consommation. Il a annoncé également qu'il en officialiserait l'interdiction auprès des parquets. Même si cela n'a pas été le cas, le projet n'a pu être reconduit que sporadiquement jusqu'en 2005 en raison de la frilosité des organisateurs d'événements festifs, de la difficulté d'obtenir une autorisation des parquets, et de l'absence de soutien (voire l'opposition) de certain·es ministres concernés. En effet, même si le

483 Au niveau européen, ces services sont implantés dans de nombreux pays : Pays-Bas (DIMS), Espagne (Energy Control), Autriche (Check It), Suisse (Nuit Blanche et Safeparty), Pays de Galles (WEDINOS), France (SINTES et Médecins du monde), Luxembourg (DUCK), Italie (BAONPS), Portugal (Kosmicare), Pologne (SIN Lab), Slovénie (DrogArt), Hongrie (DAT2 Psy Help), Belgique (Modus Fiesta).

testing de produits psychotropes n'est pas réglementé en Belgique et n'est donc pas en soi illégal, il tombe sous le coup de la loi de 1921 (modifiée en février 2014) et de l'arrêté royal publié le 26 septembre 2017, qui interdisent l'importation, l'exportation, la fabrication, la détention, la vente, l'offre, la délivrance et l'acquisition d'une série de produits psychotropes considérés dès lors comme illégaux, sauf en cas d'autorisation préalable par le·la ministre de la Santé publique. Par conséquent, et dans la mesure où le testing implique la détention temporaire et éventuellement le transport de produits illégaux, une autorisation doit être délivrée par le·la ministre en charge. Le projet renaîtra de ses cendres en 2009, avec un partenariat avec l'Institut de santé publique (Sciensano). Actuellement, Modus Vivendi bénéficie d'une autorisation de transport délivrée par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé. Dans le cadre d'activités de testing *in situ* (par exemple dans un festival), l'asbl doit également négocier des autorisations avec les organisateurs de l'événement ainsi qu'avec les autorités locales.

L'asbl Modus Vivendi est la seule association à fournir un service de testing à destination des usager·es de drogues en Belgique, sous forme de projet pilote depuis sa création. Ce service est proposé dans un lieu fixe à Bruxelles (dans les locaux de Modus Fiesta), lors d'une permanence hebdomadaire, mais il est également proposé de manière plus occasionnelle en milieu festif, généralement lors d'un festival de musique. Le projet est également en train de s'étendre en Région bruxelloise en raison de l'acquisition d'un nouvel outil d'analyse qui permet de développer le testing mobile en partenariat avec d'autres associations (comptoirs d'échange de seringues, etc.).

Concrètement, les usager·es qui souhaitent faire tester leur produit peuvent s'adresser à ce service de manière anonyme et gratuite. Un entretien préalable est mené afin de caractériser au mieux la demande et de fournir toutes les informations utiles relatives à l'échantillon (lieu d'achat, composition supposée, effets ressentis en cas de consommation, etc.). L'échantillon est ensuite directement soumis à un premier test présomptif colorimétrique (test de Marquis) réalisé par les chimistes de l'équipe[484]. Ce test pourra aussi être complété ou remplacé par un test de chromatographie sur couche mince (CCM) qui est plus précis[485]. Enfin, si les informations obtenues à partir de ces deux premiers tests sont insuffisantes, que les tests ne peuvent être pratiqués, et que l'usager·e n'est pas pressé d'obtenir un résultat, l'échantillon pourra être envoyé au laboratoire partenaire du Sciensano, où il sera analysé à l'aide de la chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse (GC-MS) endéans un délai de minimum une semaine. Cette technique est beaucoup plus précise que les deux autres tests et la base de données de produits sur laquelle elle s'appuie est beaucoup plus étendue et continuellement mise à jour. En outre, cette technique permet de déterminer la concentration en principe(s) actif(s) des échantillons testés, ce qui en fait un outil particulièrement utile dans le cadre de l'EWS[486]. Depuis 2019, Modus Vivendi utilise également la spectroscopie infrarouge en testing mobile, en partenariat avec d'autres associations.

484 Tous les échantillons ne sont pas soumis au test colorimétrique car seulement un nombre limité de produits peut être détecté par ce biais. En outre, des méthodes d'analyse plus précises sont systématiquement privilégiées si le produit analysé est fourni en quantité insuffisante.

485 Ce test n'est pas toujours proposé parce que le produit est fourni en quantité insuffisante (le test en laboratoire est alors privilégié), parce que certains produits peu courants ou spécifiques ne sont pas détectables à partir de la base de données de ce test, ou encore parce que tous les produits ne sont pas forcément solubles dans les réactifs utilisés pour réaliser ce test.

486 Néanmoins, dans les faits, tous les échantillons testés ne sont pas systématiquement dosés, soit parce que l'échantillon a été fourni en quantité insuffisante, soit parce que cette opération supplémentaire ne peut se faire sans un échantillon standard de comparaison, c'est-à-dire une petite quantité de la molécule à doser, dont on connait précisément la concentration. Or ces échantillons standards ne peuvent être achetés qu'auprès des firmes pharmaceutiques, et sont particulièrement onéreux. Actuellement, le laboratoire du Sciensano ne bénéficie pas d'un financement suffisant dans le cadre de l'EWS, et privilégie donc l'achat des standards des drogues les plus courantes ou problématiques sur le plan sanitaire (MDMA, cocaïne, héroïne, amphétamine, PMMA, etc.).

BILAN DU SERVICE DE TESTING DE MODUS VIVENDI SUR LA PÉRIODE 2011-2018[487]

Sur la période 2011-2018, un total de 1.138 demandes d'analyse de produits psychotropes ont été soumises au service de testing de Modus Fiesta. La grande majorité des demandes ont été introduites par des hommes et plus de deux tiers des bénéficiaires ont 25 ans ou plus. Plus de la moitié des bénéficiaires avait déjà consommé une partie du produit avant de le faire analyser (51.4 %). Ils ou elles font alors généralement appel à ce service après avoir expérimenté des effets indésirables ou différents de ceux attendus, et dans un souhait de connaître la composition exacte du produit.

Les échantillons supposés de MDMA/XTC sont ceux qui ont le plus fréquemment fait l'objet d'une demande d'analyse sur la période 2011-2018 (39,5 %), alors que les échantillons supposés de speed/amphétamine représentent près d'un cinquième des demandes (17,7 %). Les échantillons de cocaïne et ceux de NSP représentent, chacun, plus de 10 % des demandes d'analyse. Les autres produits (kétamine, LSD, héroïne, etc.) font moins souvent l'objet d'une demande d'analyse (6 % des demandes ou moins). Enfin, près de 3 % des demandes d'analyse portent sur des échantillons dont la nature est inconnue (produits trouvés par terre, etc.)[488].

Globalement, le test du Marquis a été utilisé sur 63,4 % des échantillons, la chromatographie sur couche mince (CCM) sur 68,6 % des échantillons et la chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse (GC-MS) sur 62 % des échantillons. Concernant plus spécifiquement les échantillons soumis à

487 Libois, Hogge, Boudoux, Lonfils & Van der Linden, 2019. Le lecteur ou la lectrice intéressé trouvera dans ce carnet du risque un examen complet du service de testing belge. De nombreux extraits ont été repris de manière littérale, dans la mesure où nous étions co-auteur de ce document.

488 La consommation de produits de nature incertaine ou inconnue est une pratique à risque qui n'est pas exceptionnelle. En effet, 8 % des répondant·es belges de la Global Drug Survey 2016 (Winstock et al., 2016) ont mentionné avoir consommé au moins une fois de la poudre blanche de nature inconnue, au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, la grande majorité (86 %) des UD ayant eu recours à cette pratique à risque était déjà sous l'effet d'autres produits et donc en état de vigilance réduite au moment où ils l'ont consommé.

une analyse par GC-MS, les échantillons d'ecstasy/MDMA sont à nouveau les plus nombreux (37,7 %), suivis par les échantillons de speed (18 %), de NPS (15,2 %) et de cocaïne (10,7 %).

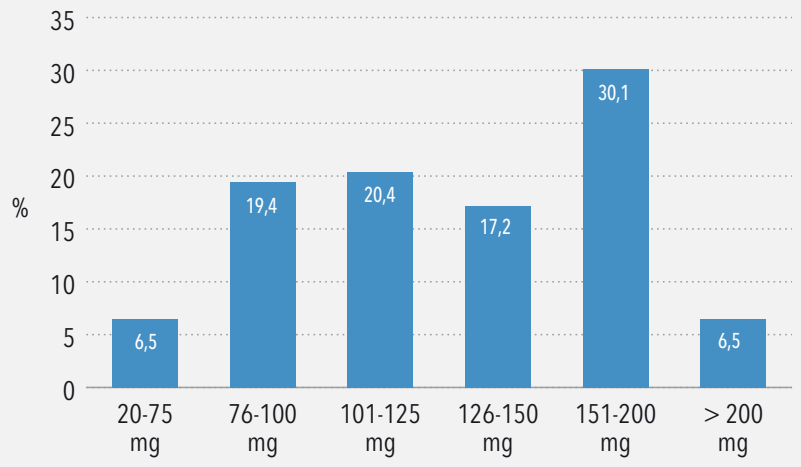
Au niveau des résultats des analyses en GC-MS, 79,2 % des échantillons analysés étaient effectivement composés de la substance annoncée. À l'inverse, 18 % des échantillons analysés étaient discordants par rapport à la composition annoncée. Globalement, il apparait que les échantillons de NSP et ceux de LSD sont ceux pour lesquels la correspondance entre le produit annoncé et le produit identifié était la moins élevée[489]. Dans environ 29 % des cas de discordance, l'échantillon ne contenait aucune substance psychoactive. Dans un quart des cas (26 %), la substance identifiée était en fait une molécule similaire ou dérivée de la substance annoncée et ayant des effets semblables, mais pouvant dans quelques cas s'avérer beaucoup plus toxique. Par exemple, il pouvait s'agir d'un échantillon supposé de LSD qui contenait en fait une phénétylamine dérivée du 2C-B ou du 2C-C particulièrement dangereuse (du 25B-NBOMe ou du 25C-NBOMe). Dans environ un cinquième des cas (22 %), le produit était uniquement composé d'une ou plusieurs molécules légales, distinctes du produit annoncé. Il s'agissait d'adultérants usuels (caféine, lidocaïne, etc.). Dans un autre cinquième des cas, on retrouvait une substance distincte mais cette fois illégale, ayant des propriétés différentes de celles de la substance annoncée (de la méthoxétamine à la place de 4-FA, de la kétamine à la place de speed, du mCPP à la place de MDMA, etc.). Dans un cas de discordance sur dix (11,7 %, soit 9 échantillons), il y avait présence d'une molécule psychoactive non identifiée. Enfin, deux échantillons (2,6 %) contenaient la substance annoncée mais en présence d'une autre molécule aux effets clairement distincts : dans le premier cas, il s'agissait de MT-45 (un opioïde de synthèse) associé à un cannabinoïde de synthèse, et dans le second cas il s'agissait à nouveau de MT-45 mais associé cette fois à une cathinone de synthèse aux effets proches de ceux de la MDMA (méthylone).

Tableau 68 : Concordance entre nature supposée et nature réelle des produits soumis à l'analyse GC-MS du service de testing de Modus Vivendi (2011-2016 ; N=422[490])

	Échantillons analysés par GC-MS		Échantillons concordants		Échantillons discordants	
Nature supposée	N	%	N	%	N	%
Ecstasy/MDMA	159	37,7	147	92,5	12	7,5
Speed/amphétamine	76	18,0	68	89,5	8	10,5
Cocaïne	45	10,7	41	91,1	4	8,9
NSP	64	15,2	41	64,1	23	35,9
Kétamine	24	5,7	18	75,0	6	25,0
LSD	16	3,8	0	0,0	16	100
Héroïne	12	2,8	11	91,7	1	8,3
Inconnue[491]	17	4,0	/	/	6	35,3
Autre	9	2,1	8	88,9	1	11,1
Total	422	100	334	79,2	77	18,2

Source : Modus Vivendi (Libois et al., 2019)

Figure 46 : Dosage en MDMA des pilules d'ecstasy analysées par GC-MS sur la période 2011-2016 (N=93)



Source : Modus Vivendi (Libois et al., 2019)

Sur la période 2011-2018, 81 échantillons sur les 683 échantillons soumis à une analyse GC-MS ont fait l'objet d'alertes précoces[492], soit plus d'un échantillon sur dix. Il s'agissait majoritairement de pilules hautement dosées en MDMA. Le nombre d'échantillons ayant fait l'objet d'une alerte précoce a considérablement augmenté au cours de la période étudiée, tant dans l'absolu que d'un point de vue

489 L'identification de LSD par GC-MS nécessite une analyse particulière exigeant un coût supplémentaire, que ne peut actuellement pas supporter le projet. Les analyses de ce produit sont donc uniquement réalisées afin de vérifier si une autre molécule dangereuse est présente à la place du LSD (un NBOMe). Par conséquent, ce produit est très probablement associé à un certain nombre de faux-négatifs, que l'on ne peut pas dénombrer. Il est donc vraisemblable que le nombre d'échantillons discordants soit surestimé pour ce produit.

490 Sept échantillons ont été analysés par GC-MS sans que leurs résultats soient encodés et cinq sans que la nature supposée du produit ne soit précisée. Nous les avons exclus de l'analyse.

491 En ce qui concerne les échantillons analysés par GC-MS dont la nature supposée était inconnue (N=17), l'examen de correspondance n'a pu être établi (n=11) sauf en cas d'absence de substance psychoactive (n=6). Dans ce cas, l'échantillon était considéré comme discordant.

492 En général, plusieurs échantillons contribuent à une même alerte, et les échantillons analysés dans le cadre du service de testing peuvent contribuer à une alerte qui est conjointement alimentée par des échantillons provenant d'autres sources d'information (par exemple, une saisie policière).

relatif, en particulier en 2016. Ainsi, 4 % des échantillons soumis à une analyse GC-MS en 2012 et en 2013 ont fait l'objet d'alertes précoces contre 5 % en 2014 et 2015, 12 % en 2016, 11 % en 2017 et 9 % en 2018. Outre son intérêt en termes de réduction des risques pour l'usager·e, le service de testing est donc particulièrement utile à la collectivité sur le plan de la santé publique car il alimente aussi l'EWS en permettant d'identifier des produits dangereux qui sont en circulation. Plus généralement, ce service participe à une meilleure connaissance de la composition et de la pureté des produits en circulation, car les produits saisis par la police sont peu souvent analysés à l'aide de méthodes quantitatives, et lorsqu'ils le sont, il peut s'agir de produits qui étaient destinés à être recoupés avant d'être vendus.

PERSPECTIVES CONCERNANT LE SERVICE DE TESTING DE MODUS VIVENDI

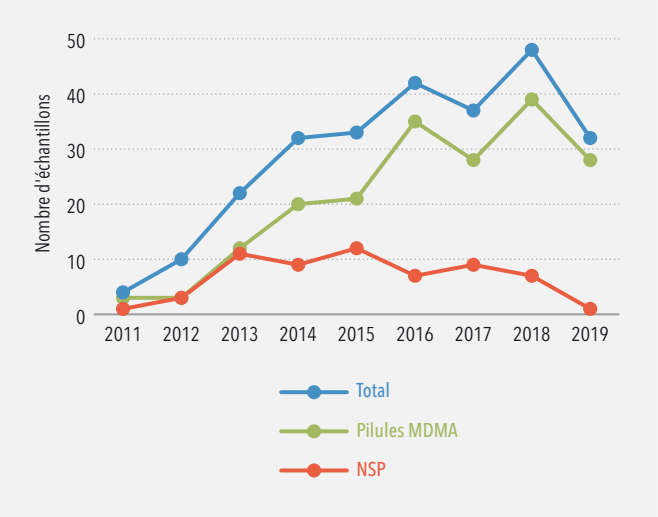
Les activités de réduction des risques menées par l'asbl Modus Vivendi ont fait l'objet d'une évaluation externe (Favresse, 2012). Cette recherche qualitative a notamment permis de sonder les motivations des bénéficiaires de ce service ainsi que leur perception du dispositif. Les usager·es qui font appel à ce service ont généralement une certaine expérience en matière d'usage de drogues. Le premier contact avec le service était généralement précédé de craintes, liées d'une part au produit lui-même (apprendre la mauvaise qualité de l'ecstasy, perte d'une quantité importante de la pilule sacrifiée au testing, etc.), et d'autre part, en lien avec d'éventuelles répercussions socio-judiciaires. Même s'ils étaient initialement motivés par la curiosité, les usager·es saisissent rapidement que ce dispositif est un réel outil de réduction des risques, qui leur a permis de prendre conscience de la variété des risques liés à la consommation de produits dont on ne connait pas la composition. Néanmoins, les usager·es regrettent parfois que les informations les plus utiles (composition exacte et dosage) ne puissent être fournies immédiatement ou systématiquement. Plus généralement, cette évaluation fait ressortir que les usager·es estiment que le testing devrait idéalement combiner quatre qualités : rapidité (voire immédiateté), précision (afin que l'information soit fiable et suffisamment précise), exhaustivité (identification des composants psychoactifs et non-psychoactifs) et régularité (institutionnalisation et financement par les pouvoirs publics).

Depuis 2019, Modus Vivendi dispose d'un nouvel appareillage permettant de considérablement consolider son service de testing : la spectroscopie infrarouge à transformée de Fourier (spectroscopie IRTF). Ce nouvel outil permettra de développer le testing mobile et d'assurer des permanences dans différents lieux (locaux d'associations partenaires telles que les comptoirs d'échange de seringues, milieux festifs…). Cette technologie permet de détecter avec précision et rapidité une grande variété de substances dans des échantillons solides ou liquides. En revanche, il ne parvient pas à quantifier précisément leur concentration en principe actif. Cet outil facilitera l'accès au service en raison de sa mobilité, et améliorera considérablement la connaissance de la composition des produits en circulation en Belgique.

LES ALERTES PRÉCOCES DIFFUSÉES PAR EUROTOX DE 2011 À 2019

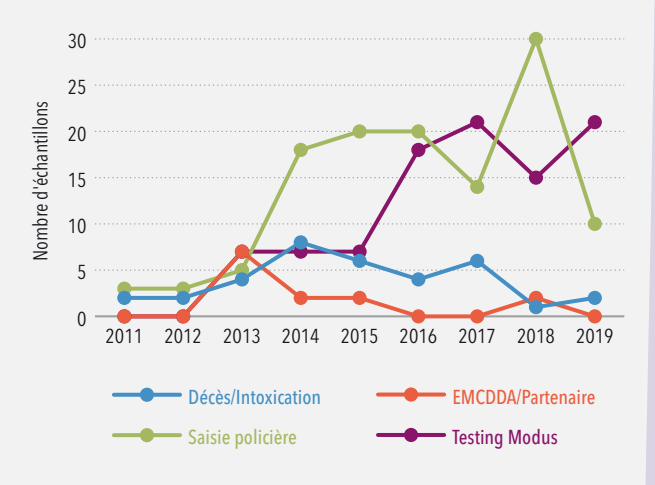
Les alertes que nous diffusons peuvent porter sur plusieurs échantillons d'un même produit ayant une composition différente (par exemple, plusieurs pilules d'ecstasy fortement dosées en MDMA) ou sur un ou plusieurs produits distincts. Chaque année, depuis 2013, nous diffusons entre 10 et 15 alertes précoces. En 2019, le nombre d'alerte a diminué parce que nous avons pris la décision d'échelonner davantage les alertes portant sur des pilules hautement dosées en MDMA (au rythme d'une alerte tous les deux mois environs). Comme on peut le voir sur la figure 47, le nombre d'échantillons problématiques a considérablement augmenté ces dernières années, d'une part en raison d'une augmentation du nombre de NSP problématiques (relativement stabilisée depuis 2013, voir en régression en 2019), mais surtout en raison d'une augmentation du nombre de pilules fortement dosées en MDMA.

Figure 47 : Nombre d'échantillons problématiques ayant fait l'objet d'alertes précoces sur la période 2011-2019



Source : Eurotox

Figure 48 : Source d'information des échantillons problématiques ayant fait l'objet d'alertes précoces sur la période 2011-2019



Source : Eurotox

Sur la période 2011-2019, le nombre d'échantillons intégrés dans des alertes provenant d'une source policière ou du testing de Modus Vivendi ont considérablement augmenté. Ceux liés à des alertes émises dans d'autres pays (via EMCDDA, DIMS, etc.) ainsi que ceux liés à des décès ou intoxications sont en revanche relativement stables.

Le tableau 69 présente le descriptif des alertes diffusées en 2018 et 2019. La grande majorité des alertes concernait en tout ou en partie des pilules d'ecstasy fortement dosées en MDMA. Et deux alertes portaient sur des opioïdes de synthèse dérivés du fentanyl.

Tableau 69 : Les messages d'alertes précoces et d'information diffusés par Eurotox en 2018 et 2019

N°	Date	Titre	Type
1	15/01/2018	Identification de poudre contenant de l'atropine	Alerte
2	08/02/2018	Un décès suite à la consommation d'une poudre contenant de la cocaïne et un dérivé du fentanyl	Alerte
3	27/02/2018	Identification de nouveaux comprimés d'ecstasy fortement concentrés en MDMA	Alerte + update
4	30/04/2018	Deux décès et de nombreuses intoxications aux États-Unis suite à la consommation de cannabis synthétique coupé avec du brodifacoum (mort aux rats)	Alerte
5	02/05/2018	Identification de nouveaux comprimés d'ecstasy fortement concentrés en MDMA	Alerte
6	08/06/2018	Identification de nouveaux comprimés d'ecstasy fortement concentrés en MDMA	Alerte
7	03/07/2018	Identification de nouveaux comprimés d'ecstasy fortement concentrés en MDMA et d'un échantillon supposé de cocaïne contenant de la kétamine	Alerte
8	16/07/2018	Identification d'une poudre brune contenant de l'Ocfentanil et du W-18	Alerte
9	17/07/2018	Identification de nouveaux comprimés d'ecstasy fortement concentrés en MDMA	Alerte
10	19/09/2018	Identification de nouveaux comprimés d'ecstasy fortement concentrés en MDMA, contenant du 2C-B et du 25I-NBOMe	Alerte
11	06/12/2018	Identification de nouveaux comprimés d'ecstasy fortement concentrés en MDMA et d'un comprimé contenant du 2C-B	Alerte
1	29/01/2019	Identification de nouveaux comprimés d'ecstasy fortement concentrés en MDMA	Alerte
2	15/02/2019	Un décès suite à la consommation de MDMA	Alerte
3	08/05/2019	Identification d'une poudre blanche contenant de la méthadone, vendue comme MDMA	Alerte
4	27/05/2019	Identification d'une poudre blanche contenant de la méthadone, vendue comme MDMA ou amphétamine	Alerte + update
5	10/07/2019	Identification de nouveaux comprimés d'ecstasy fortement concentrés en MDMA	Alerte
6	16/10/2019	Identification de nouveaux comprimés d'ecstasy fortement concentrés en MDMA	Alerte

AVIS DES EXPERT·ES

L'équipe de permanence d'Infor-Drogues

L'asbl Infor-Drogues organise une permanence téléphonique de première ligne du lundi au vendredi de 8 à 22h et le samedi de 10 à 14h. Disponible pour toute personne qui se pose des questions de près ou de loin en lien avec les drogues, on y retrouve différentes catégories d'utilisateurs tels que des consommateurs de produits, des personnes de l'entourage de consommateurs, des professionnels ou des étudiants. Certains consommateurs nous contactent suite à des difficultés liées à la consommation de comprimés d'XTC. Qu'il s'agisse de consommateurs plus «fréquents» ou de personnes qui ont consommé pour la première fois, ils évoquent souvent des difficultés similaires : la prise a eu lieu depuis quelques jours, voire plusieurs semaines et malgré cela, ils continuent à se sentir mal (troubles anxiodépressifs, parfois sentiments de déréalisation). Outre le travail d'accompagnement/soutien par téléphone ou la proposition d'une réorientation quand cela s'avère nécessaire, c'est ici que les alertes précoces peuvent être utilisées comme outil «complémentaire» de réduction des risques. Nous portons le dispositif d'alertes précoces à la connaissance de l'utilisateur. Parfois, une connexion simultanée pendant l'appel sur la page des alertes précoces d'Eurotox permet à l'usager de constater qu'il a consommé une pilule très fortement dosée en substance active sans le savoir. Mises à la connaissance du consommateur, les alertes précoces restent à partir de là à disposition du consommateur dans le cas où il réitérerait l'expérience d'une consommation de pilule d'XTC constituant par-là, un outil de réduction des risques supplémentaire. Pour certains consommateurs, il s'agit parfois d'un premier contact avec des approches de réduction des risques via notamment les conseils qui accompagnent les alertes. Comme pour le dispositif de testing, la médiation de ce dispositif en compagnie d'un professionnel permet de limiter l'écueil du «dévoiement» des alertes dans une perspective de recherche et consommation de comprimés d'XTC particulièrement dosés. Malgré les écueils potentiels du dispositif lorsqu'il n'est pas médié par une rencontre professionnel-consommateur, la diffusion à plus large échelle des alertes nous semble pertinente. Les alertes sont mises en ligne dans la rubrique actualités du site internet d'Infor-Drogues. Depuis sa mise en place en février 2017, la page relayant les alertes a été vue 1 535 fois. Sur cette même période de (presque) deux ans, il s'agit de la 25e page la plus vue de notre site. En 2019, la page a été vue 624 fois et est la 20e plus consultée de notre site.

BIBLIOGRAPHIE

Aarseth,. E, Bean, A.M., & Boonen, H. (2016). Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder proposal. Journal of Behavioral Addictions, 6, 267-270.

Achermann Stürmer, Y., Meesmann, U. & Berbatovci, H. (2019). Driving under the influence of alcohol and drugs. ESRA2 Thematic report Nr. 5. ESRA project (E-Survey of Road users' Attitudes). Bern: Swiss Council for Accident Prevention.

Ahmed, S.A., Ross, S.A., Slade, D., Radwan, M.M., Zulfiqar, F., et al. (2008). Cannabinoid ester constituents from high-potency Cannabis sativa. Journal of Natural Products, 71, 536-542.

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.

APA (2018). Internet Gaming, American Psychiatric Association, URL : https://www.psychiatry.org/patients-families/Internet-gaming

Antoine, J. (2019). L'enregistrement TDI en Belgique. Rapport annuel: année d'enregistrement 2018. Bruxelles: Sciensano.

Barbier, C. (2008). Les inégalités socio-économiques de santé. Education Santé, 238, octobre.

Barratt, M. J., Kowalski, M., Maier, L. J. et Ritter, A. (2018). Global review of drug checking services operating in 2017. Drug Policy Modelling Program Bulletin No. 24. Australia: National Drug and Alcohol Research Centre.

Barrett, D. (2018). Drug policy and human rights in Europe: Managing tensions, maximizing complementarities. Pompidou Group and Council of Europe.

Bellon J-P. & Gardette B. (2014). Harcèlement et cyberharcèlement à l'école – une souffrance scolaire 2.0. ESF Editeur.

Benjelloun, A. (2018). Je smartphone ! Dans V. Sacriste (Ed.), Nos vies, nos objets. Enquête sur la vie quotidienne. Presses Universitaires du Septentrion.

Benson, B.L., Mast, B.D. & Rasmussen, D.W. (1999). Deterring drunk driving fatalities: An economics of crime perspective. International Review of Law and Economics, 19, 205–225.

Billieux, J., Thorens, G., Khazaal, Y., Zullino, D., Achab, S., & Van Der Linden, M. (2015). Problematic involvement in online games: A cluster analytic approach. Computers in Human Behavior, 43, 242–250.

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.

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.

Blaya, C. (2018). Le cyberharcèlement chez les jeunes. Enfance, 3, 421-439.

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.

Brion, M., Meunier, J-C. & Silverans, P. (2019). Alcool au volant : l'état de la situation en Belgique – Mesure nationale de comportement «Conduite sous influence d'alcool» 2019. Bruxelles: Institut Vias – Centre de Connaissance.

Brunt, T. M., Nagy, C., Bücheli, A., Martins, D., Ugarte, M., Béduwé, C., et Ventura Vilamala, M. (2017). Drug testing in Europe: monitoring results of the Trans European Drug Information (TEDI) project. Drug Testing and Analysis, 9, 188-198.

Butzkueven, H., & King, J.O. (2000). Nitrous oxide myelopathy in an abuser of whipped cream bulbs. Journal of Clinical Neuroscience, 7, 73-75.

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.

Clarck, M.S., & Brunick, A.L. (2015). Handbook of nitrous oxide and oxygen sedation (4th edition). St Louis: Elsevier.

CCNPPS (2016). L'utiisation 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., & 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. Suisse : Centre du jeu excessif, Département psychiatrie.

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

Cole, C., Jones, L., McVeigh, J., Kicman, A., Syed, Q. et al. (2010). Adulterants in illicit drugs: a review of empirical evidence. Drug Testing and Analysis, 3, 89–96.

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, Education 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. & Gouaux, B (2012). Smoked cannabis for spasticity in multiple sclerosis: a randomized, placebo-controlled trial. CMAJ 184, 1143-1150.

Crawford, V., Crome, I.B., & Clancy, C. (2003). Co-existing Problems of Mental Health and Substance Misuse (Dual Diagnosis): a literature review. Drugs: Education, 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.

DaCoTA (2012). Road Safety Project. http://www.dacota-project.eu/

Dalgarno, P. & Shewan, D. (2005). Reducing the risks of drug use: The case for set and setting. Addiction Research & Theory, 13, 259-265.

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.

De Lagasnerie, G. (2017). Guerre aux drogues, guerre aux Noirs. Libération, [en ligne] consulté le 12/12/2017.

Di Forti, M., Sallis, H., Allegri, F., Trotta, A., Ferraro, L., et al., (2014). Daily use, especially of high-potency cannabis, drives the earlier onset of psychosis in cannabis users. Schizophrenia Bulletin, 40, 1509–1517.

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.

Drieskens, S., Charafeddine, R., Demarest, S., Gisle, L., Tafforeau, J. & Van der Heyden, J. (2019). Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013 - 2018: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussels: Sciensano.

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. Public Health Reports, 125, 1-5.

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, 376:2011-2020.

Dryburgh, L.M., Bolan, N.S., Grof, C.P.L., Galettis, P., Schneider, J., et al. (2018). Cannabis contaminants: sources, distribution, human toxicity and pharmacologic effects. British Journal of Clinical Pharmacology, 84, 2468-2476.

EMCDDA (2012). Prisons and drugs in Europe: the problem and responses. Luxembourg (Publications Office of the European Union): European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2015a). New psychoactive substances in Europe: an update from the EU Early Warning System. Luxembourg (Publications Office of the European Union): European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2015b). Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone. Luxembourg (Publications Office of the European Union): European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2016). Preventing opioid overdose death with take-home naloxone. Insight, 20. Luxembourg (Publications Office of the European Union): 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. Luxembourg (Publications Office of the European Union): European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2017c). Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions. Luxembourg (Publications Office of the European Union): European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2017d), Health and social responses to drug problems: a European guide. Luxembourg (Publications Office of the European Union): European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2017e). Les cannabinoïdes de synthèse en Europe. Perspectives sur les drogues. Luxembourg (Publications Office of the European Union): European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2018a). Rapport européen sur les drogues 2018 : Tendances et évolutions. Luxembourg (Publications Office of the European Union): European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2018b), Fentanils and synthetic cannabinoids: driving greater complexity into the drug situation. An update from the EU Early Warning System. Luxembourg (Publications Office of the European Union): European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2018c). Recent changes in Europe's cocaine market. Results from an EMCDDA trendspotter study. Luxembourg (Publications Office of the European Union): European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2019). Rapport européens sur les drogues 2019. Tendances et évolutions. Luxembourg (Publications Office of the European Union): European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

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, 2019. Comparative price levels for food, beverages and tobacco. Statistics Explained. (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do)

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.

FARES (2016). La cigarette électronique, Bruxelles, URL : https://www.fares.be/static/upload/1/2/Ecigarette.pdf

Ferguson, C. (2010). Introduction to the special issue on video games. Review of General Psychology, 14, 66-67.

Ferguson, C., Coulson, M. & Barnett, J. (2011). A meta-analysis of pathological gaming prevalence and comorbidity with mental health, academic and social problems. Journal of psychiatric research, 45, 1573-1578.

Ferguson, C. & 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, 19-46.

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-imm-diatement-les-paquets-neutres-et

Freeman, T.P., & Winstock, A.R. (2015). Examining the profile of high-potency cannabis and its association with severity of cannabis dependence. Psychological Medicine, 45, 3181-3189.

Frischer, M. & Baldacchino, A. (2012). Preventing opioid overdoses in Europe: a critical assessment of known risk factors and preventative measures. Luxembourg (Publications Office of the European Union): European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

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.

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. & Drieskens, S. (2019). Enquête de santé 2018 : Usage des drogues. Bruxelles: Sciensano. Numéro de rapport : D/2019/14.44/68.

Gisle, L. Demarest, S. & Drieskens, S. (2019). Enquête de santé 2018 : Consommation

d'alcool. Bruxelles: Sciensano. Numéro de rapport : D/2019/14.440/65.

Gisle, L. Demarest, S. & Drieskens, S. (2019). Enquête de santé 2018 : Consommation de tabac. Bruxelles: Sciensano. Numéro de rapport : D/2019/14.440/66.

Gisle, L., Braekman, E. & Drieskens, S. (2019). Enquête de santé 2018 : Usage de la cigarette électronique. Bruxelles: Sciensano. Numéro de rapport : D/2019/14.440/67.

Gisle, L. & Drieskens, S. (2019). Enquête de santé 2018 : Pratique des jeux de hasard et d'argent. Bruxelles: Sciensano. Numéro de rapport : D/2019/14.440/69.

Gisle, L., Drieskens, S., Demarest, S., & Van der Heyden, J. (2020). Santé mentale. Enquête de santé 2018. Bruxelles: Sciensano.Numéro de rapport : D/2020/14.440/3.

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

Government of Australia (2019). Return on Investment 2: Evaluating the Cost-effectiveness of Needle and Syringe Programs in Australia. Canberra : National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research.

Gruslin, B. (2019). Quels liens entre usage de nouvelles substances psychoactives et profil sociodemographique ? Une étude exploratoire. Université de Liège. Mémoire non publié.

Guillain, C. (2003). La politique pénale du gouvernement arc-en-ciel en matière de drogues», Courrier hebdomadaire du CRISP, 11, 5-49.

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, 119-132.

Hajek, P., Phillips-Waller, A., Przulj, D., Pesola, F. et al. (2019). A randomized trial of e-cigarettes versus nicotine-replacement therapy. The New England Journal of Medecine, 380, 629-637.

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, 61, 371-377.

Hels, T., Bernhoft I. M., Lyckegaard, A., Houwing S., Hagenzieker M., Legrand S.-A., Isalberti, C., Van der Linden T., & Verstraete A. (2011). Risk of injury by driving with alcohol and other drugs. DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). 6th Framework programme. Deliverable 2.3.5.

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.

Houwing, S., Hagenzieker, M., Mathijssen, R., Bernhoft, I. M., Hels, T., Janstrup, K. Van der Linden, T., Legrand, S.-A. & Verstraete, A. (2011b) Prevalence of alcohol and other psychoactive substances in drivers in general traffic Part II: Country reports. Review version. DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). 6th Framework programme. Deliverable 2.2.3 Part II.

Humbeeck, B., Lahaye, W. & Berger M. (2016). Prévention du harcèlement et des violences scolaires, Prévenir, agir, réagir…, De Boeck.

I.Care asbl (2017). Mursmurs, n°3, printemps-été.

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. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 173, 453-459.

INHESJ et OFDT (2017). Cannalex, Une analyse comparée des expériences de régulation du cannabis (Colorado, Etat de Washington, Uruguay) : Une étude de l'INHESJ en partenariat avec l'OFDT pour le compte du CSFRS. Rapport final synthétique, 76 pages, octobre.

Iñiguez, S.D. et al. (2009). Nicotine exposure during adolescence induces a depression-like state in adulthood. Neuropsychopharmacology, 34, 1609-1624.

INPES (2010). Baromètre santé 2010. Paris : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

INSERM (2012). Médicaments psychotropes : consommation et pharmacodépendance. Paris: Les éditions INSERM.

INSERM (2014). Pratique des jeux vidéo/Internet . In 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.

Isalberti, C., Van der Linden, T., Legrand, S.-A., Verstraete, A., Bernhoft, I., Hels, T., Olesen, M., Houwing, S., Houtenbos, M. & Mathijssen, R. (2011) Prevalence of alcohol and other psychoactive substances in injured and killed drivers. DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). 6th Framework programme. Deliverable 2.2.5.

Jackson, S. E., Kotz, D., West, R., and Brown, J. (2019) Moderators of real-world effectiveness of smoking cessation aids: a population study. Addiction, 114, 1627-1638.

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.

Jürgens, R., Csete, J., Amon, J. J., Baral, S., & Beyrer, C. (2010). People who use drugs, HIV, and human rights. The Lancet, 376(9739), 475-485.

Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P., & Rimpelä, A. (2000). Bullying at school–an indicator of adolescents at risk for mental disorders. Journal of Adolescence, 23, 661–674.

Kardefelt-Winther, D., Heeren, A., Schimmenti, A., van Rooij, A., Maurage, P., Carras, M., Edman, J., Blaszczynski, A., Khazaal, Y., & Billieux, J. (2017). How can we conceptualize behavioural addiction without pathologizing common behaviours?. Addiction, 112, 1709-1715.

Kaptsis, D., King, D., Delfabbro, P., Gradisar, M. (2016). Trajectories of abstinence-induced Internet gaming withdrawal symptoms: A prospective pilot study. Addictive Behaviors Reports, 4, 24-30.

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.

Klingemann H. & Klingemann J., (2008). L'intervention thérapeutique est-elle nécessaire ? La rémission naturelle et les systèmes de traitement. Psychotropes, 14, 111- 126.

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. European Journal of Pain, 22: 440-454.

Kuss, D. J., Griffiths, M. D., & Pontes, H. M. (2016). Chaos and confusion in DSM-5 diagnosis of Internet Gaming Disorder: Issues, concerns, and recommendations for clarity in the field. Journal of Behavioral Addictions, 6, 103–109.

Lan, S.-Y., Kuo, C.-Y., Chou, C.-C., Kong, S.-S., Hung, P.-C. et al. (2019). Recreational nitrous oxide abuse related subacute combined degeneration of the spinal cord in adolescents – A case series and literature review. Brain & Development, 41, 428-435.

Lannoy, S. & Maurage, P. (2015). La consommation d'alcool chez les étudiants de l'UC. Université Catholique de Louvain.

Layden, J.E., Ghinai, I., Pray, I., Kimball, A., Layer, M. et al., (2019). Pulmonary illness related to E-cigarette use in illinois and wisconsin – preliminary report. The New Journal of Medecine.

Libois, B., Hogge, M., Boudoux, A., Lonfils, C., & Van der Linden (2019). 20+ ans d'analyse de produits psychotropes en Belgique francophone - Le testing : évolution d'un projet pilote en Réduction des Risques. Carnet du risque N° 50. Bruxelles : Modus Vivendi.

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.

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., Treves, T.A., Roditi, Y. & Djaldetti, R. (2014). Medical marijuana (cannabis) treatment for motor and non-motor symptoms in Parkinson's disease. An open-label observational study. Clinical Neuropharmacology, 37, 41-44.

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.

Maisse, L. (2020). Communication personnelle. Bruxelles: asbl Transit.

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. Paris : OFDT.

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.

McClellan, C., Lambdin, B.H., Ali, M.M., Mutter, R., Davis, C.S., Wheeler, E., Pemberton, M. & Kral, A.H. (2018). Opioid-overdose laws association with opioid use and overdose mortality. Addictive Behaviors, 86, 90-95.

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.

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.

Min, K, Dai-Jin, K., Hyun, C., & Soo, Y. (2013). The Smartphone Addiction Scale: Development and Validation of a Short Version for Adolescents. Plos One, 8, 12, e83558.

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).

Mistiaen P., Cornelis J., Detollenaere J., Devriese S., Ricour C. (2019). Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).

Moens, J. (2019). Communication personnelle. Centre Antipoisons belge.

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, Education Santé (SIPES), Ecole 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.

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. (2019). Communication personnelle. Bruxelles : Institut Vias – Centre de connaissance.

OFDT (2018). Synthèse thématique : médicaments psychotropes, URL : https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/medicaments-psychotropes/

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. Paris: OFDT.

Obradovic I. (2018). La légalisation du cannabis au Canada. Genèse et enjeux de la réforme. Note n°2018-04. Paris : OFDT.

Obradovic, I. (2019). La légalisation du cannabis aux Etats-Unis. Vers une régulation du marché ? Note n°2019-01, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, France : Paris.

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. Genève: Organisation mondiale de la santé.

OMS (2007). Health in prisons : a WHO guide to the essentials in prison health. Genève: Organisation mondiale de la santé.

OMS (2008). The Right to Health. Fact sheet n°31. Genève: Organisation mondiale de la santé.

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. Genève: Organisation mondiale de la santé.

OMS (2014a). Community management of opioid overdose. Genève: Organisation mondiale de la santé.

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.

Patesson, R. et al., (2016). SMART.USE - Enquête sur l'usage du smartphone auprès de 1589 jeunes en Fédération Wallonie-Bruxelles. Bruxelles : ULB & Reform.

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 Medecine, 130, 1–8.

Pennay, A., Livingston, M., & MacLean, S. (2015). Young people are drinking less: It is time to find out why. Drug and Alcohol Review, 34, 115–118.

Petry, N.M., Rehbein, F., Ko, C.H. & O'Brien, C.P. (2015). Internet gaming disorder in the DSM-5. Current Psychiatry Report, 17, 72.

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, 23, 1–11.

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.

Potocka-Banaś, B., Dembińska, T., & Borowiak, K. (2016). Acute and long-term toxicity caused by addictive inhalation of nitrous oxide and impact on neuropathology. In V.R. Preedy (Ed.), Neuropathology of Drug Addictions and Substance Misuse Volume 2: Stimulants, Club and Dissociative Drugs, Hallucinogens, Steroids, Inhalants, and International Aspects, pages 998-1003.

Radwan, M.M., ElSohly, M.A., El-Alfy, A.T., Ahmed, S.A., Slade, D., Husni, A.S., Manly, S.P., Wilson, L., Seale, S., Cutler, S.J., Ross, SA. (2015) Isolation and Pharmacological Evaluation of Minor Cannabinoids from High-Potency Cannabis sativa. Journal Natural Product, 78, 1271-1276.

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.

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.

Roynard, M. (2017). Ce que pensent les Wallons de la conduite sous influence de drogues – Enquête d'opinion auprès des conducteurs de voiture - 2017. Namur : Agence wallonne pour la Sécurité routière.

Salomon, L. (2010). Cerveau, drogues et dépendance. Belin.

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

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. De Rouck, M., Montourcy, M., & Van Beckhoven, D. (2019). Epidémiologie du SIDA et de l'infection au VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2018. 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, 7, 23-36.

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.

SPF Justice (2017). Rapport annuel 2016. Direction générale des établissements pénitentiaires. Bruxelles.

SPF Justice (2018). Rapport annuel 2017. Direction générale des établissements pénitentiaires. Bruxelles.

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. Paris : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.

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

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.

Stockdale, L., & Coyne, S. M. (2018). Video game addiction in emerging adulthood: Cross-sectional evidence of pathology in video game addicts as compared to matched healthy controls. Journal of Affective Disorders, 225, 265–272.

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, 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.

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

Talpur, M.A., Touseef, T., Jilanee, S. D., Shabu, M.M. & Ali Khan, A. (2018). Effects of Cyber Bullying on Teenagers: a Short Review of Literature. Open Access J Addict & Psychol. 1(3), 1-4.

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

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. Journal of Glaucoma, 15, 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.

Törrönen, J., Roumeliotis, F., Samuelsson, E., Kraus, L., & Room, R. (2019). Why are young people drinking less than earlier? Identifying and specifying social mechanisms with a pragmatist approach. International Journal of Drug Policy, 64, 13-20.

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.

Townsend, T., Blostein, F., Doan, T., Madson-Olson, S., Galecki P. & Hutton, D.W. (2019). Cost-effectiveness analysis of alternative naloxone distribution strategies: First responder and lay distribution in the United States, inInternational Journal of Drug Policy.

Tytgat, J., Van Damme, P. Cuypers, E. et al. (2017). La culture illicite de cannabis en intérieur - les dangers pour l'environnement et le personnel d'intervention (HILCAN) : résumé. Bruxelles : BELSPO.

Union nationale des mutualités socialistes (2014). Accessibilité financière aux soins de santé. Bilan et priorités de Solidaris, 18 février.

UNAIDS (2016). Do no harm. Health, Human Rights and people who use drugs. Suisse : Genève.

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 Amsterdam, J., Nabben, T. & van den Brink, W. (2015). Recreational nitrous oxide use. Prevalence and risks. Regulatory Toxicology and Pharmacology, 73, 790-796.

Van Baelen, L., Antoine, A., De Ridder, K., Muyldermans, G. & Gremeaux, L. (2019). Diagnostic hepatitis C testing of people in treatment for substance use disorders in Belgium between 2011 and 2014: a cross-sectional study. Acta Gastroenterologica Belgica, 82, 35-42.

Van Kempen, P.H.M.C. & 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.

van Rooij, A. J., Ferguson, C. J., Colder Carras, M., Kardefelt-Winther, D., Shi, J., Aarseth, E.,… Przybylski, A. K. (2018). A weak scientific basis for gaming disorder: Let us err on the side of caution. Journal of Behavioral Addictions, 7, 1-9.

Van Ruymbeke (2019). Enquête drogues. Le Vif L'express, 18, 35-38.

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.

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

Wartel N., Marhraoui O. et Salle C. (2017). Le Cyberharcèlement des enfants et des adolescents. Les études du Centre GoI. Bruxelles.

Waters, M.F., Kang, G.A., Mazziotta, J.C. & DeGiorgio, C.M. (2005). Nitrous oxide inhalation as a cause of cervical myelopathy. Acta Neurologica Scandinavica, 112, 270-272.

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., 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

Wolke, D., & Lereya, S. T. (2015). Long-term effects of bullying. Archives of disease in childhood, 100(9), 879–885.

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

Young, K. (1998). Caught in the net : how to recognize the signs of Internet addiction--and a winning strategy for recovery. New York: J. Wiley.

Zastrow M. (2017). Is video game addiction really an addiction?, Proceedings of the National Academy of Sciences, 114 (17) 4268-4272

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 2020**

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