TABLEAU DE BORD DE L'USAGE DE DROGUES ET SES CONSÉQUENCES SOCIO-SANITAIRES EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

2021

Clémentine Stévenot et Michaël Hogge

eurotox

EUROTOX ASBL | OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL-DROGUES | **FÉVRIER 2022**

TABLEAU DE BORD DE L'USAGE DE DROGUES ET SES CONSÉQUENCES SOCIO-SANITAIRES EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

2021

Auteurs
Clémentine Stévenot et
Michaël Hogge

Sous la direction de
Lucia Casero

Citation recommandée
Stévenot, C. & Hogge, M. (2022). Tableau de bord de l'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaires en Région de Bruxelles-Capitale. Bruxelles : Eurotox asbl.

Dépot légal
D/2022/10.063/2
Février 2022

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
https://eurotox.org/

AVEC LE SOUTIEN DE LA COCOF

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 8

REMERCIEMENTS 9

1 LE CADRE INTERNATIONAL ET FÉDÉRAL 10

1.1. CADRE EUROPÉEN ET INTERNATIONAL 10
1.1.1. Cadre européen 10
Décision-cadre du Conseil européen du 25 octobre 2004 10
Plan d'actions anti-drogue 2021-2025 de l'Union européenne 10
1.1.2. Cadre international 12
Conventions internationales 12
La stratégie «drogues» des Nations-Unies 13
Le programme de développement durable à l'horizon 2030 18
Stratégie mondiale contre le VIH et l'hépatite virale 2021-2026 18

1.2. CADRE LÉGAL ET POLITIQUE FÉDÉRAL 19
1.2.1. Le cadre politique fédéral 19
Le plan fédéral pour la reprise et la relance 19
Le programme du nouveau gouvernement 20
Les stratégies nationales «drogues» 22
La politique fédérale en matière de sécurité 24
Plan fédéral de lutte contre la pauvreté 25
1.2.2. Le cadre légal fédéral 26
La Loi du 24 février 1921 26
L'Arrêté royal du 6 septembre 2017 27
La circulaire commune du 21 décembre 2015 (révisée en 2018) 28
L'Arrêté royal du 29 juin 2003 : le système de détection des nouvelles substances en circulation 30
1.2.3. Le système carcéral 31
La santé des personnes détenues 31
Le transfert de la compétence «santé des personnes détenues» 32
Réduire le parc carcéral et appliquer les alternatives à la détention 33
Les projets pilotes «drogues et prison» 35
Perspectives 36

1.3. LES DÉPENSES PUBLIQUES EN MATIÈRE DE DROGUES 36
1.3.1. Comparaison par pilier 37
1.3.2. Comparaison par substances 38
1.3.3. Les conclusions de l'étude 38

1.4. L'HÉRITAGE DE LA 6e RÉFORME DE L'ETAT ET LA COOPÉRATION FRANCOPHONE 39
1.4.1. La 6e réforme et les accords de la «Sainte-Émilie» 39
L'organe de concertation intrafrancophone 39

1.5. MODIFIER LES POLITIQUES «DROGUES» : LES INITIATIVES DE LA SOCIÉTÉ CIVILE 40
1.5.1. «Plan drogue» 2021-2023 40
1.5.2. La campagne internationale «Support. Don't punish» («Soutenez. Ne punissez pas») 40
1.5.3. La campagne nationale «Stop 1921» 40

1.6. PERSPECTIVES ET ENSEIGNEMENTS DE LA PROHIBITION ET DE LA RÉGULATION DES DROGUES ILLICITES DANS LE MONDE ... 41
1.6.1. État des lieux de la régulation du cannabis et des autres drogues illicites ... 41
Afrique ... 41
Amériques ... 41
Europe ... 42
Océanie ... 44
Proche-Orient ... 44
1.6.2. Le coût de la prohibition ... 45
1.6.3. Des contraintes internationales ? ... 45
1.6.4. Régulation du cannabis et des autres drogues, une avancée de santé publique ... 47

2 LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES ... 50

2.1. DÉCLARATION DE POLITIQUE DE LA FWB 2019-2024 ... 50
2.2. PLAN DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ ET POUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES 2020-2025 ... 50
2.3. PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE ... 52
2.4. LUTTE CONTRE LE DOPAGE ... 53

3 LE CONTEXTE BRUXELLOIS ... 56

3.1. LE PLAN DE RELANCE ET DE REDÉPLOIEMENT DE LA RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE ... 56
3.2. LES STRATÉGIES CONCERTÉES COVID-19 DE LA COCOF ... 58
3.3. LA DÉCLARATION DE POLITIQUE GÉNÉRALE DE LA RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE DU 21 OCT OBRE 2021 ... 58
3.4. LA DÉCLARAT ION DE POLITIQUE GÉNÉRALE DE LA COCOF DU 29 OCTOBRE 2021 ... 59
3.5. RÉDUCTION DES RISQUES EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE ... 60
Modification du décret ... 60
Ordonnance bruxelloise d'agrément et subventionnement des services de réduction des risques ... 61
3.6. SÉCURITÉ ET PRÉVENTION EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE ... 62
3.6.1. Bruxelles Prévention & Sécurité ... 62
3.6.2. Le Plan global de sécurité et de prévention 2021-2024 ... 62
3.6.3. Le plan bruxellois de prévention et de proximité 2016-2019 ... 63
3.7. IRISCARE : L'ORGANISME D'INTÉRÊT PUBLIQUE DE LA COCOM ... 64
3.8. POLITIQUE SOCIAL-SANTÉ DE LA COCOM ... 64
3.8.1. Plan santé bruxellois de la COCOM 2019-2025 ... 64
3.8.2. Le Plan social-santé intégré ... 68
3.9. LE DÉCRET AMBULATOIRE DE LA COCOF ... 69
3.9.1. L'évaluation et la révision du décret ... 69
3.9.2. Une nouvelle réforme du décret de 2009 ... 69
3.10. LE PLAN STRATÉGIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ 2018-2022 DE LA COCOF ... 72
3.10.1. Le Plan stratégique de promotion de la santé 2018-2022 ... 72
3.10.2. Concertation avec les autres entités ... 74
3.11. LE PROGRAMME D'ACTION BRUXELLOIS DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ 2014-2019 ... 74
3.12. CRÉATION DE SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE ... 75
3.12.1. De l'efficacité des SCMR ... 75
3.12.2. Des SCMR à Bruxelles ... 76
3.12.3. Conclusion ... 77

4 L'USAGE DE DROGUES ET LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ 78

4.1. INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ET USAGE DE DROGUES 78
4.1.1. La répartition des risques liés à l'usage de drogue au sein de la population 79
4.1.2. Les conséquences du contexte prohibitionniste 81

4.2. PAPY ET MAMY «BOOM» CHEZ LES USAGER·ES DE DROGUES 82
4.2.1. Les facteurs d'augmentation du nombre d'usager·es âgés 82
4.2.2. Usage de drogues et vieillissement 83
Une épidémie invisible ? 85
4.2.3. Recommandation 85

5 LES PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES 88

5.1. L'ENQUÊTE HIS 88

5.2. L'ENQUÊTE HBSC 89

5.3. LE FLASH EUROBAROMÈTRE 90

5.4. LES DONNÉES PHARMANET 90

5.5. LE RÉSUMÉ PSYCHIATRIQUE MINIMUM 91

5.6. L'INDICATEUR DE DEMANDE DE TRAITEMENT 91

5.7. LE REGISTRE DE LA MORTALITÉ 92

5.8. LES STATISTIQUES POLICIÈRES 92

5.9. L'ENQUÊTE EUROTOX 2019 92

6 ÉTATS DES LIEUX DES USAGES AVEC ET SANS PRODUIT 94

6.1. L'ALCOOL 95
6.1.1. Le cadre législatif belge 95
L'interdiction de vente aux mineur·es d'âge 95
La répression de l'ivresse 96
La régulation du marketing 96
6.1.2. Les politiques publiques 97
Le Plan national alcool 97
Les mesures du ministère de la santé publique 97
À suivre… 99
6.1.3. Les recommandations des expert·es 100
Les recommandations de l'OMS 100
Les recommandations du Conseil supérieur de la santé 100
L'étude Almoregal 101
6.1.4. La disponibilité et l'offre d'alcool en Belgique 102
6.1.5. L'usage d'alcool dans la population générale 103
6.1.6. L'usage d'alcool chez les jeunes de l'enseignement primaire et secondaire 108
6.1.7. L'usage d'alcool chez les étudiant·es de l'enseignement supérieur 111
6.1.8. Perspectives 112

6.2. LE TABAC ET LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE 114
6.2.1. Le cadre législatif belge 114
Le cadre législatif du tabac 114
Le cadre législatif de la cigarette électronique 115
6.2.2. Les politiques publiques 117
Les politiques publiques en matière de tabac 117
Les politiques publiques en matière de cigarette électronique 118
6.2.3. Les recommandations des expert·es 120
L'avis du Conseil supérieur de la santé sur les produits à base de tabac chauffé 120
L'avis de l'Organisation mondiale de la santé sur les nouveaux produits du tabac et les cigarettes électroniques 120

6.2.4. La disponibilité et l'offre de tabac et de cigarettes électroniques en Belgique . . . 121
6.2.5. L'usage de tabac et de cigarettes électroniques dans la population générale . . . 122
6.2.6. L'usage de tabac et de cigarettes électroniques chez les jeunes de l'enseignement primaire et secondaire . . . 126
6.2.7. Perspectives . . . 128

6.3. LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES . . . 129
6.3.1. Le cadre législatif belge . . . 129
Cadre légal général . . . 129
Information et publicité . . . 130
Mésusages de médicaments psychotropes . . . 131
6.3.2. La disponibilité et l'offre de médicaments psychotropes en Belgique . . . 131
6.3.3. L'usage de médicaments psychotropes dans la population générale . . . 132
6.3.4. L'usage d'opioïdes dans la population générale . . . 133
6.3.5. L'usage de prégabaline (Lyrica®) dans la population générale et chez les personnes précarisées . . . 134
6.3.6. L'usage de médicaments psychotropes chez les jeunes de l'enseignement secondaire . . . 137
6.3.7. L'usage de médicaments psychotropes chez les étudiant·es de l'enseignement supérieur . . . 138
6.3.8. L'usage non-médical de médicaments psychotropes chez les jeunes adultes . . . 139
6.3.9. L'usage non-médical de médicaments psychotropes chez les usager·es de drogues en Belgique francophone . . . 140
6.3.10. Perspectives . . . 141

6.4. LE CANNABIS . . . 144
6.4.1. Le cadre législatif belge . . . 144
La Loi du 24 février 1921 . . . 144
La Loi du 4 avril 2003 modifiant la Loi de 1921 . . . 144
L'arrêté royal du 6 septembre 2017 . . . 144
La circulaire commune du 21 décembre 2015 (révisée en 2018) . . . 145
La vente de produits à base de cannabidiol (CBD) . . . 147
6.4.2. Le cannabis thérapeutique . . . 148
Les vertus thérapeutiques du cannabis . . . 148
Le cadre international et européen du cannabis thérapeutique . . . 149
Le cannabis médical en Belgique . . . 150
Perspectives en matière de cannabis thérapeutique . . . 150
6.4.3. Les politiques publiques . . . 152
La proposition de loi d'Ecolo . . . 152
La proposition de loi-cadre du Parti Socialiste . . . 152
6.4.4. Le contexte associatif . . . 152
Les cannabis social clubs en Belgique . . . 152
La proposition de loi du Centre d'action laïque asbl . . . 152
6.4.5. La disponibilité et l'offre de cannabis . . . 153
6.4.6. L'usage de cannabis dans la population générale . . . 155
6.4.7. L'usage de cannabis chez les élèves de l'enseignement secondaire . . . 157
6.4.8. Les motivations à l'usage de cannabis en Belgique . . . 159
6.4.9. L'usage de CBD en Belgique . . . 159
6.4.10. Perspectives . . . 160

6.5. LES AUTRES DROGUES ILLICITES (HÉROÏNE, COCAÏNE, AMPHÉTAMINES, MDMA, LSD…) . . . 162
6.5.1. Le cadre législatif belge . . . 162
6.5.2. Naloxone : réduire les overdoses d'opioïdes . . . 162
La crise des opiacés en Amérique du Nord . . . 162
Les décès par overdoses en Europe . . . 163
Stratégie intégrée de l'UNODC sur la crise mondiale des opioïdes . . . 163
La naloxone et ses effets . . . 164
Réduire les overdoses fatales d'opioïdes . . . 164
Disponibilité et législation en Belgique . . . 165
Recommandations de expert·es . . . 165
Conclusion . . . 166
6.5.3. La disponibilité et l'offre des autres drogues illicites en Belgique . . . 166
Pureté . . . 166
Prix . . . 169

6.5.4. L'usage des autres drogues illicites dans la population générale . . . 170
6.5.5. L'usage des autres drogues illicites chez les élèves de l'enseignement secondaire . . . 172
6.5.6. L'usage des autres drogues illicites chez les usager·es de drogues en Belgique francophone . . . 173
6.5.7. L'achat de drogues sur le *Dark web* chez les usager·es de drogues en Belgique francophone . . . 175
6.5.8. Perspectives . . . 175

6.6. LES NOUVELLES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (NSP) . . . 177
6.6.1. Le cadre législatif . . . 178
6.6.2. La disponibilité et l'offre de nouvelles substances psychoactives en Belgique . . . 178
6.6.3. L'usage de nouvelles substances psychoactives dans la population générale . . . 180
6.6.4. L'usage de nouvelles substances psychoactives chez les jeunes . . . 180
6.6.5. L'usage de nouvelles substances psychoactives chez les élèves de l'enseignement secondaire . . . 182
6.6.6. L'usage des nouvelles substances psychoactives chez les usager·es de drogues en Belgique francophone . . . 182
6.6.7. Perspectives . . . 185

6.7. LA POLYCONSOMMATION . . . 186
6.7.1. La polyconsommation dans la population générale . . . 186
6.7.2. La polyconsommation chez les élèves de l'enseignement secondaire . . . 187
6.7.3. La polyconsommation chez chez les usager·es de drogues en Belgique francophone . . . 188

6.8. LES USAGES DE JEUX DE HASARD ET D'ARGENT . . . 191
6.8.1. Le cadre législatif belge . . . 191
La Loterie nationale . . . 191
La Commission des jeux de hasard . . . 191
Âge minimum légal . . . 192
La protection des joueurs et joueuses . . . 192
Les jeux de table et les jeux électroniques . . . 194
Les paris . . . 194
Les jeux médias . . . 194
Les jeux par internet et gsm . . . 195
L'évaluation du cadre légal belge . . . 195
6.8.2. Le cadre européen . . . 196
6.8.3. Les recommandations des expert·es . . . 196
Les recommandations du Conseil supérieur de la santé . . . 196
La régulation du marketing et de la publicité . . . 197
6.8.4. La disponibilité et l'offre des jeux de hasard et d'argent en Belgique . . . 198
6.8.5. Les usages de jeux de hasard et d'argent dans la population générale . . . 200
6.8.6. Les usages de jeux de hasard et d'argent chez les jeunes . . . 202
6.8.8. Perspectives . . . 203

6.9. LES USAGES DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION (TIC) : JEUX VIDÉO, SMARTPHONE ET INTERNET . . . 204
6.9.1. De la nature de l'utilisation abusive de jeux vidéo . . . 204
6.9.2. Le cadre législatif belge . . . 207
La publicité sur les réseaux sociaux . . . 207
Cyberharcèlement . . . 207
Protéger les victimes de *revenge porn* . . . 207
La protection des mineur·es . . . 208
Les limites de la liberté d'expression . . . 208
Les normes PEGI (Pan European Game Information) . . . 208
6.9.3. La disponibilité des TIC en Belgique et en Région bruxelloise . . . 209
6.9.4. Les usages compulsifs des TIC dans la population générale . . . 211
6.9.5. Les usages des TIC chez les jeunes . . . 212
6.9.6. Les usages compulsifs des TIC chez les jeunes . . . 215
6.9.7. Perspectives . . . 217

7 CONSÉQUENCES SANITAIRES ET SOCIALES DE L'USAGE DE DROGUES 218

7.1. INTRODUCTION 218

7.2. LES INFRACTIONS LIÉES À L'ALCOOL ET AUX DROGUES 219
7.2.1. Les infractions liées aux drogues 219
7.2.2. Les infractions liées à l'alcool 222
7.2.3. Les infractions de roulage liées à l'alcool et aux drogues 222
7.2.4. La conduite sous influence d'alcool et de drogues 223
La conduite sous l'influence d'alcool 223
La conduite sous l'influence de drogues 224
7.2.5. Les accidents de la circulation sous l'influence d'alcool et de drogues 227
Les chiffres 2005-2020 relatifs à l'alcool 227
Les chiffres 2007-2009 relatifs à l'alcool, aux drogues et aux médicaments psychotropes 228

7.3. LES INTOXICATIONS LIÉES À L'USAGE D'ALCOOL ET DE DROGUES 229
7.3.1. Le projet Euro-DEN Plus 229
7.3.2. Les données de l'Agence intermutualiste 231
7.3.3. Les intoxications à l'alcool, aux drogues et aux médicaments psychotropes chez les nouveau-nés 233

7.4. LES DEMANDES DE TRAITEMENT POUR UN USAGE PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL OU DE DROGUES 234

7.5. LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS 245

7.6. LES PRISES EN CHARGE DANS LES SERVICES DE PSYCHIATRIE AVEC DIAGNOSTIC D'USAGE PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL OU DE DROGUES 247

7.7. L'INFECTION AU VIH ET AUX HÉPATITES B ET C CHEZ LES USAGER·ES DE DROGUES 249
7.7.1. Le registre belge des infections au VIH et des malades du sida 250
7.7.2. La prévalence des maladies infectieuses chez les usager·es de drogues 252
7.7.3. Les données issues du dispositif d'accessibilité au matériel d'injection 252

7.8. LA MORTALITÉ EN RAPPORT AVEC LA CONSOMMATION D'ALCOOL, DE DROGUES ET DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES 255

7.9. LE COÛT SOCIAL DES DROGUES 257

7.10. PERSPECTIVES 259

8 LES CONSÉQUENCES DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 SUR L'USAGE DE DROGUES ET LES USAGER·ES : MISE À JOUR DU DIAGNOSTIC ÉPIDÉMIOLOGIQUE 262

8.1. INTRODUCTION 262

8.2. IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR LE MARCHÉ DES DROGUES 263

8.3. IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR L'USAGE D'ALCOOL 264

8.4. IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR L'USAGE DE TABAC 266

8.5. IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR L'USAGE DE DROGUES 267

8.6. IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR L'UTILISATION DES ÉCRANS 271

8.7. IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR LA PRATIQUE DES JEUX DE HASARD ET D'ARGENT 272

8.8. IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR LA SANTÉ MENTALE DE LA POPULATION GÉNÉRALE ET DES USAGER·ES DE DROGUES 273

8.9. IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR LES SERVICES SPÉCIALISÉS, LES BÉNÉFICIAIRES ET LES TRAVAILLEUR·SES 275

8.10. PERSPECTIVES 277

BIBLIOGRAPHIE 280

AVANT-PROPOS

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

Depuis presque 20 ans, Eurotox remplit la fonction d'Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues pour la Région bruxelloise 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 ou en anglais EMCDDA).

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 quatrième Tableau de bord de l'usage de drogues légales et illégales en Région bruxelloise. 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 bruxellois. S'ensuit un chapitre consacré au lien entre les inégalités sociales de santé et l'usage de drogue, avec un focus sur les usager·es âgés. 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 (l'usage d'Internet et des réseaux sociaux, des jeux vidéo et des jeux de hasard et d'argent). Enfin, un dernier chapitre abordera les conséquences socio-sanitaires des différentes substances psychoactives.

Les années 2020 et 2021 ont bien évidemment été fortement marquées par la crise sanitaire et sociale provoquée par la pandémie de COVID-19. Cette édition (et probablement d'autres après elle) rapporte les spécificités politiques, sanitaires et sociales de ce contexte extra-ordinaire dans les chapitres consacrés aux politiques publiques (chapitres 1 et 3) et dans le focus thématique du chapitre 8 au sein duquel nous faisons le point sur l'impact de la crise sur les usages et usager·es de drogues légales et illégales.

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 bruxelloise, 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 Jézabel Legat (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 & Didier Meerschout), à l'Institut Vias (Nina Nuyttens), à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Marc de Falleur), à Sciensano (Jérôme Antoine & Els Plettinckx), au Service public fédéral (SPF) Santé publique (Delfien Verhelst), à Modus Vivendi (Robin Drevet et Nicolas Van der Linden) et à Alexandre Mouton (ULiège). 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 : Caroline Rasson et ses collègues (FARES asbl), Nicolas Van der Linden et Matthieu Méan (Modus Vivendi), ainsi que l'équipe de la MASS de Bruxelles.

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 XXème 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 si 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 sur 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 2021-2025.

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 2021-2025 DE L'UNION EUROPÉENNE

L'UE s'est dotée d'une Stratégie anti-drogue pour la période 2020-2024. Celle-ci est mise en œuvre grâce au plan d'action anti-drogue 2021-2025. Ces textes prennent la suite de la Stratégie anti-drogue de 2013-2020 et ses plans d'actions 2013-2017 et 2017-2020, qui ont fait l'objet d'une évaluation (voir le Tableau de bord 2020 pour prendre connaissance de cette évaluation).
La Commission européenne a publié son Programme antidrogue 2021-2025 et le Plan d'action l'accompagnant en juillet 2020[1].

La consommation de drogues a des effets négatifs sur l'économie, de même que le marché de la drogue notamment du fait de ses liens avec des activités criminelles plus larges, de ses effets perturbateurs sur l'économie légale, des violences, des dégâts environnementaux qu'il occasionne et de son rôle central dans la corruption. La disponibilité des drogues dites «naturelles» ou «traditionnelles» et des drogues de synthèse reste élevée en Europe. Le marché européen se caractérise même de plus en plus par l'accès à une grande variété de drogues très pures et très puissantes, dont le prix (en termes réels) est resté stable ces dix dernières années.

L'Europe reste un lieu important de production de cannabis et de drogues de synthèse et semble de plus en plus servir de zone de transit pour certaines drogues vers d'autres marchés, notamment la cocaïne. Les drogues, y compris des opioïdes de synthèse très puissants, sont de plus en plus souvent commercialisées en ligne et acheminées par des services de poste et de livraison. Les nouvelles technologies participent

1 Le programme est disponible dans son entièreté à l'adresse : https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/policies/european-agenda-security/20200724_com-2020-606-commission-communication_fr.pdf ; le Plan d'action est quant à lui consultable à l'adresse : https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/policies/european-agenda-security/20200724_com-606-annexe_fr.pdf

PROGRAMME ANTIDROGUE DE L'UE 2021-2025		
Axes principaux	**Priorités stratégiques**	**Domaines prioritaires**
Sécurité renforcée – Perturber les marchés de la drogue	Perturber et démanteler les grandes organisations criminelles liées à la drogue qui présentent un risque élevé et opèrent dans les États membres de l'UE, en sont issues ou les ciblent, et s'attaquer à leurs liens avec d'autres menaces pesant sur la sécurité	› Perturber les activités criminelles et les structures permettant leur continuité › Mettre l'accent sur le suivi, le gel et la confiscation des gains engendrés par le marché illégal de drogues ; limiter l'utilisation criminelle des équipements de laboratoire, des armes à feu, des technologies de cryptage, etc. › Renforcer la coopération internationale
	Renforcer la détection du trafic illicite de grandes quantités de drogues et de précurseurs de drogues aux points d'entrée et de sortie de l'UE	› Trafic de drogue à destination ou au départ de l'UE au moyen des circuits commerciaux légaux › Franchissement illicite ou non déclaré des frontières de l'UE
	Renforcer l'efficacité de la surveillance des circuits logistiques et numériques exploités pour la distribution de drogue en petites et moyennes quantités et accroître les saisies de substances illicites introduites clandestinement via ces circuits, en étroite coopération avec le secteur privé	› Marchés de la drogue utilisant les technologies numériques › Services postaux et express › Voies ferroviaires et fluviales et espace aérien
	Démanteler la production et la transformation de drogues, prévenir le détournement et le trafic de précurseurs pour la production de drogues illicites et éradiquer la culture illégale	› Démanteler les laboratoires de drogues de synthèse illicites › Remédier aux effets sur l'environnement, aux dangers sur la santé et aux coûts liés aux déchets chimiques engendrés par la production de drogues de synthèse › Lutter contre la culture à l'intérieur et à l'extérieur de l'UE (notamment en favorisant les mesures de développement de substitution : développement rural, lutte contre la pauvreté, accès à la terre, lutte contre le réchauffement climatique, respect des droits humains, etc.)
Prévention et sensibilisation	Prévenir la consommation de drogues, améliorer la prévention de la criminalité et sensibiliser aux effets néfastes des drogues sur les citoyen·nes et les communautés	› Soutenir les mesures de prévention et de soutien *evidence-based* et ciblant les groupes vulnérables et à risque › Prévenir la criminalité liée à la drogue (prévenir les violences et limiter la corruption) ; lutter contre l'exploitation des groupes vulnérables par les organisations criminelles › Améliorer la résilience de la population › Réduire la stigmatisation liée à la consommation de drogues
Lutter contre les dommages liés à la drogue	Améliorer l'accès à des options thérapeutiques qui répondent à l'éventail des besoins en matière de santé et de réadaptation des personnes victimes de dommages causés par la toxicomanie	› Lever les obstacles entravant l'accès aux soins en tenant compte des caractéristiques des groupes cibles › Recenser et éliminer les obstacles rencontrés par les femmes › Proposer des services de soins adaptés aux groupes ayant des besoins complexes
	Accroître l'efficacité des interventions de réduction des risques et des dommages afin de protéger la santé des consommateur·rices de drogues et de la population	› Lutter contre les maladies infectieuses liées à la consommation de drogues (les programmes d'échange de seringue, le traitement de substitution aux opiacés, les salles de consommation et autres mesures de réduction des dommages *evidence-based* sont essentielles) › Lutter contre l'usage détourné de médicaments tout en assurant la disponibilité de ceux-ci à des fin thérapeutiques et scientifiques › Favoriser la coopération internationale au sujet de la réduction des dommages, des alternatives aux sanctions coercitives, des traitements et de l'incidence des mesures de réduction de l'offre et de la demande sur la santé des usager·es et le grand public › Dépister les conduites sous influence, sensibiliser la population sur les risques liés et investir dans la recherche et l'évaluation des réponses politiques et opérationnelles › Mettre en œuvre des solutions efficaces de remplacement des sanctions coercitives › Réduire les surdoses et décès liés à la consommation de drogue
	Développer une stratégie équilibrée et globale de la consommation de drogues dans les prisons (réduire la demande et limiter l'offre)	› Assurer la continuité des soins en prison et dans les services probatoires › Limiter l'approvisionnement en drogues dans les prisons

parallèlement à l'uberisation du marché des drogues et à sa mondialisation.

La pandémie de COVID-19 (voir le chapitre 8 pour un état des lieux approfondi) n'a pas empiété sur la circulation de grandes quantités de drogues, malgré les restrictions de déplacement. Elle a toutefois temporairement perturbé le marché mondial des drogues, provoquant quelques pénuries de certaines d'entre elles et une hausse de leur prix. La distribution en Europe a aussi été perturbée par les mesures de distanciation physique ; l'instabilité de la situation a également entraîné une augmentation de la violence au sein des fournisseurs et distributeurs de niveau intermédiaire. Les demandes de traitement des consommations problématique et de réduction des dommages pourraient continuer à augmenter. Or certains États membres ont connu et connaissent des difficultés à assurer la continuité des soins à cause du manque de personnel, la perturbation voire la fermeture des services. La crise sanitaire n'étant pas près de se terminer, il est important d'élaborer des réponses adéquates aux problèmes à moyen et long terme qu'elle fait peser sur les services de prise en charge, sur les usager·es, sur les consommations problématiques et sur le fonctionnement du marché des drogues.

La Commission note que «L'UE a besoin d'un changement de paradigme dans sa politique antidrogue» et que celui-ci passe par l'intensification des efforts dans toutes les dimensions du programme antidrogue, tout particulièrement sur le plan sécuritaire, et par une approche davantage rigoureuse et concrète.

Le Programme 2021-2025 comprend huit priorités stratégiques qui s'articulent autour de trois axes principaux et qui se déclinent en activités et mesures opérationnelles (reprises dans le Plan d'action).

Le Programme antidrogue 2021-2025 s'inscrit dans la continuité de la Stratégie 2013-2020. Il se veut davantage opérationnel et réceptif aux tendances émergentes. Par le biais de ce Programme, la Commission européenne continue d'encourager l'échange de bonnes pratiques, la recherche scientifique et médicale, et le renforcement des services de soins et de réduction des risques et dommages liés à la consommation de drogues (notamment la distribution de naloxone, le testing, les traitements de substitution aux opiacés, les salles de consommation à moindre risque, la distribution de matériel d'injection stérile, le dépistage). Elle invite parallèlement les États membre à améliorer la détection des consommations problématiques à l'entrée en prison et la continuité des soins. Le Programme entend également identifier les leçons apprises de la pandémie à partir du monitoring de ses effets et conséquences à court, moyen et long terme.

Le Programme antidrogue met l'accès, en matière de lutte contre l'offre sur la lutte contre les organisations mafieuses et criminelles, très souvent transfrontalières, et les saisies de produits. Il ne se prononce pas sur la répression des petits trafiquants (les «petites mains») ou des usager·es de drogues, bien que ceux et celles-ci représentent la majorité des personnes arrêtées et poursuivies pour des faits liés aux drogues, bien que l'on sache que cela n'a que très peu d'impact sur l'offre. La Commission encourage toutefois à favoriser les sanctions non-coercitives ou tout du moins à débattre du sujet au sein de l'État membre.

L'évaluation de la Stratégie 2013-2020 a permis de rendre compte de plusieurs éléments : 1) Les mesures entreprises en matière de réduction de l'offre au cours de cette période n'ont pas rempli leurs objectifs ; 2) Les États membres n'ont pas tous suivi les mesures indiquées par la Stratégie, ou ne les ont pas totalement appliquées ; 3) La Stratégie a permis à la société civile de soutenir et défendre ses revendications auprès des autorités étatiques ; 4) Les mesures de réduction des risques ont montré des effets positifs.

Le nouveau Programme n'offre pas un nouveau paradigme *per se*, plutôt, il entend poursuivre les mesures et efforts entrepris jusqu'alors, malgré une évaluation en demi-teinte de ceux-ci. Il offrira cependant un soutien notable à la société civile, y compris dans le développement des alternatives aux sanctions coercitives, le renforcement de la réduction des risques, et la prise en compte des spécificités de certains publics vulnérables, de leurs besoins complexes et des obstacles qu'ils rencontrent dans l'accès aux services de soins et réduction des risques.

1.1.2. 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[2] 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

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

CLASSIFICATION DES SUBSTANCES STUPÉFIANTES D'APRÈS LA CONVENTION DE 1961			
Tableaux	**Dangerosité**	**Degré de contrôle**	**Exemples**
I	Propriétés addictives, présentant de sérieux risques d'abus	Très strict	Cannabis cocaïne, héroïne, morphine, opium…
II	Normalement utilisées dans un but médical, risque faible d'abus	Moins strict	Codéine, propirame…
III	Préparations à base des substances du tableau II et préparations à base de cocaïne	Permissif	Préparations de codéine, propirame…
IV	Substances les plus dangereuses, déjà listées dans le Tableau I, particulièrement nocives et ayant un intérêt thérapeutique faible ou nul	Très strict, voire interdiction totale	Héroïne… (Cannabis jusque 2020)

CLASSIFICATION DES SUBSTANCES PSYCHOTROPES D'APRÈS LA CONVENTION DE 1971			
Tableaux	**Dangerosité**	**Degré de contrôle**	**Exemples**
I	Sérieux risque d'abus, danger sérieux pour la santé publique, ayant un intérêt thérapeutique faible ou nul	Très strict	LSD, MDMA, THC, mescaline…
II	Risque d'abus, danger sérieux pour la santé publique, ayant un intérêt thérapeutique faible à modéré	Moins strict	Amphétamines…
III	Risque d'abus, danger sérieux pour la santé publique, ayant un intérêt thérapeutique modéré à élevé	Disponibles pour usage médicinal	Barbituriques, buprénorphine…
IV	Risque d'abus, danger mineur pour la santé publique, ayant un intérêt thérapeutique élevé	Disponibles pour usage médicinal	Tranquillisants, analgésiques, narcotiques…

Source : EMCDDA

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 eu lieu en décembre 2020 et s'est conclu par la reconnaissance de l'intérêt médicinal du cannabis. Pour davantage de détails, voir chapitre 6.4.

LA STRATÉGIE «DROGUES» DES NATIONS-UNIES

En 2009, les États membres des Nations-Unies avaient 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). Le segment ministériel de 2019 s'est conclu par la décision de poursuivre ces stratégies jusqu'en 2029.

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

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

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

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

PLAN D'ACTION DES NATIONS-UNIES	
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)

SEGMENT MINISTÉRIEL DE 2019

Dans l'optique de la date butoir de 2019, un segment ministériel a été organisé en mars 2019[3]. 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 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).

Suite au segment ministériel, 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»[4]. 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.

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. : Le 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.

3 Le segment ministériel se déroule au cours de la 62e session de la Commission of Narcotic Drugs (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.

4 Une évaluation 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 a elle aussi procédé à sa propre évaluation (IDPC, 2018 ; voir ci-après).

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 l'UNGASS de 2016[5]. 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 (voir le Tableau de bord 2020, chapitre 1.1.2), la Colombie, le Guatemala et le Mexique, ont connu un revirement politique ; les conservateurs ont accédé au pouvoir et la société civile a perdu de son influence. On peut également souligner la crise des droits humains en Asie du Sud-Est et les nombreuses violences contre les usager·es de drogues (entre 6.000 et 20.000 exécutions extrajudiciaires ont été perpétrées depuis 2016 aux Philippines, selon les estimations ; IDPC, 2018). L'arrivée du président Trump à la Maison Blanche avait quant à elle marqué 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.

5 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.

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-

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

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[6]	› 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 milliards 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

Unies, des publications scientifiques et de la littérature grise produite par la société civile. Ce rapport évalue notamment les progrès réalisés par rapport aux objectifs poursuivis par le plan d'action 2009-2019 des Nations-Unies.

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

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

Si le rapport de l'IDPC est bien évidemment plus complet, nous soulignerons ici quelques données saillantes qui témoignent du non-respect des droits humains. Entre 2009 et 2019, 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).

LE PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT DURABLE À L'HORIZON 2030

En 2015, les États membres des Nations Unies ont adopté le Programme de développement durable à l'horizon 2030 dans lequel ils s'engagent à mettre en place un plan d'action visant à engager le monde sur la voie durable, à renforcer la paix et à éliminer la pauvreté sous toutes ses formes. Pour cela, le programme fixe 17 objectifs qui embrassent le développement durable dans ses trois dimensions (économique, sociale et environnementale).

Ainsi, développer l'agriculture durable est un point d'attention du programme, y compris aider les petits exploitants agricoles (notamment les femmes) et développer les zones rurales. Les pays en voie de développement sont particulièrement visés par ces mesures. Si le programme n'en fait pas mention, cela pourrait aisément comprendre des politiques publiques de soutien aux petits producteurs de cannabis, coca ou pavot, qui cultivent dans l'illégalité et sont autant soumis à la pression étatique qu'à celle des organisations criminelles. Plusieurs voies sont possibles, par exemple la légalisation de la culture et ainsi la régularisation des cultures déjà existantes, ou encore un soutien financier et commercial à la mise en œuvre d'alternatives à ces cultures. Cela permettrait d'améliorer les conditions de vie des petits producteurs et leurs familles, et de réduire les risques pénaux et sociaux qu'ils encourent.

Le programme poursuit également la lutte contre toutes les formes de criminalité organisée et, en matière de santé, entend permettre à tou·te·s de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être à tous les âges, ce qui comprend :

› Mettre fin à l'épidémie de sida et à la tuberculose, combattre les hépatites et les maladies transmissibles, ce qui pourrait impliquer la prévention et la réduction des risques liés à l'usage de drogue ;
› Promouvoir la santé mentale et le bien-être ;
› Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment les stupéfiants et l'alcool ;
› Renforcer l'application de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac ;
› S'assurer que chacun·e bénéficie d'une couverture sanitaire universelle.

STRATÉGIE MONDIALE CONTRE LE VIH ET L'HÉPATITE VIRALE 2021-2026

Dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 des Nations-Unies (voir ci-dessus), dont l'un des objectifs est de mettre fin à l'épidémie de sida et combatte les hépatites, l'ONUSIDA (Programme commun des Nations-Unies sur le VIH/sida, UNAIDS) a élaboré une stratégie mondiale courant sur la période 2021-2026[7].

La stratégie compte trois priorités :

1) Maximiser l'accès équitable et juste aux services et solutions de lutte contre le VIH ;
2) Eliminer les obstacles pour atteindre les objectifs de la lutte contre le VIH ;
3) Financer entièrement et soutenir efficacement les ripostes au VIH. Les intégrer aux systèmes de santé et de protection sociale, aux situations humanitaires et aux ripostes aux pandémies.

L'ONUSIDA entend mettre fin à l'épidémie de VIH grâce à la réduction des inégalités à travers le monde. Les mesures prioritaires sont réparties en dix domaines de résultats (les mesures prioritaires relatives aux usager·es drogues sont précisées) :

1) Prévention primaire du VIH pour les populations clés, les adolescent·es et les autres populations prioritaires (NB : l'ONUSIDA considère les usager·es de drogues et les usager·es de drogues par injection comme des populations prioritaires) ;
   › Redoubler d'efforts et les intensifier pour accroître la réduction complète des risques pour les personnes qui consomment de la drogue par injection dans tous les contextes : y compris des programmes liés aux seringues et aiguilles, une thérapie de substitution aux opioïdes, des médicaments utilisés pour bloquer les effets d'une surdose d'opioïdes et des interventions pour la consommation d'alcool et de drogues non injectables, ainsi que la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose et de l'hépatite virale, la sensibilisation communautaire et le soutien psychosocial ;

2) Les adolescent·es, les jeunes et les adultes vivant avec le VIH, en particulier les populations clés et les populations prioritaires, connaissent leur statut, reçoivent immédiatement des traitements et des soins intégrés de qualité qui optimisent la santé et le bien-être et y adhèrent ;
   › Forger des liens entre les services de lutte contre le VIH et les services de soutien pour les autres maladies transmissibles et non transmissibles, la santé mentale, la dépendance à l'alcool, aux drogues et à d'autres substances, et les services axés sur la santé sexuelle et reproductive, la violence sexiste, la réduction des risques et la santé mentale ;

3) Prestation de services pédiatriques et de transmission verticale adaptés, intégrés et différenciés pour les femmes et les enfants, en particulier pour les adolescentes et les jeunes femmes dans les endroits où l'incidence de VIH est élevée ;

4) Des réponses communautaires au VIH pleinement reconnues, habilitées, dotées de ressources et intégrées pour une riposte au VIH transformatrice et durable ;

5) Les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et les personnes à risque de contracter le VIH jouissent des droits humains, de l'égalité et de la dignité, sans stigmatisation ni discrimination ;
   › Créer un environnement juridique favorable en supprimant les lois et les politiques punitives et discriminatoires, y compris les lois qui criminalisent le commerce du sexe, la consommation ou la possession de drogues à des fins personnelles…

6) Les femmes et les filles, les hommes et les garçons, dans toute leur diversité, pratiquent et promeuvent des normes sociales équitables entre les sexes et travaillent ensemble pour mettre fin à la violence sexiste et pour atténuer les risques et l'impact du VIH ;
   › Veiller à ce que les femmes et les filles qui sont confrontées à des

7 Le Plan est consultable à l'adresse : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_en.pdf

formes croisées de discrimination et de violence (par exemple, les femmes autochtones, les femmes handicapées, les femmes qui consomment des drogues, les femmes incarcérées, les professionnelles du sexe et les femmes transgenres) reçoivent les services et l'appui adaptés dont elles ont besoin, et veiller à ce qu'elles participent véritablement à la prise de décisions relatives au VIH ;

7) Des jeunes pleinement autonomisés et dotés des ressources nécessaires afin de définir une nouvelle orientation pour la riposte au VIH et de débloquer les progrès nécessaires pour mettre fin aux inégalités et au sida ;

8) Une riposte au VIH entièrement financée et efficace mise en œuvre pour atteindre les objectifs à l'horizon 2025 ;

9) Des systèmes de santé et de protection sociale qui soutiennent le bien-être, les moyens de subsistance et des environnements favorables pour les personnes vivant avec le VIH afin de réduire les inégalités et de leur permettre de vivre et de prospérer ;

10) Une riposte au VIH résiliente et pleinement préparée qui protège les personnes vivant avec le VIH dans des contextes humanitaires et les prémunit contre les effets néfastes des pandémies et des chocs actuels et futurs.

1.2

CADRE LÉGAL ET POLITIQUE FÉDÉRAL

N.B. : Les cadres légaux et politiques spécifiques à certaines drogues (tabac, alcool, cannabis, etc.) et certains comportements (jeux d'argent et de hasard, réseaux sociaux, jeux vidéo) sont répartis dans les chapitres qui leur sont dédiés. Nous nous intéressons ici au cadre global des drogues illicites et d'autres thématiques en lien avec les assuétudes 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 pourraient avoir des répercussions au niveau fédéral, en particulier en matière de drogues. Quasi 500 jours après les élections, un accord a été finalement trouvé et un Gouvernement fédéral formé le 30 septembre 2020, avec à sa tête Alexander De Croo (Open VLD). La nouvelle législature sera menée par la coalition Vivaldi, qui rassemble les socialistes (PS et sp.a), les libéraux (MR et Open VLD), les écologistes (Ecolo et Groen!) et le CD&V.

Le détail des mesures fédérales prise dans le cadre de la crise COVID-19, en matière de distanciation physique, de santé physique et mentale, de dispositif hivernal et de politique pénitentiaires en 2020, est décrit dans le Tableau de bord 2020. Les spécificités régionales sont elles aussi présentées dans les chapitres régionalisés.

LE PLAN FÉDÉRAL POUR LA REPRISE ET LA RELANCE

Publié en juin 2021, le Plan pour la reprise et la relance a été élaboré conjointement par l'ensemble des Gouvernements du pays. Débuté en novembre 2020, il a été approuvé au sein de chaque Gouvernement et au sein du Comité de Concertation.

Le Plan est structuré en six axes :

1) Climat, durabilité et innovation : transiter vers une économie décarbonée, durable et résiliente face aux changements climatiques sera au cœur du Plan ;
2) Transformation numérique : accélérer la transformation numérique du pays tout en devant plus résilient face au risque des cybermenaces ;
3) Mobilité : Mieux connecter nos territoires, tout en garantissant un changement modal respectueux de chacun et de l'environnement ;
4) Social et vivre-ensemble : Renforcer la cohésion sociale et le vivre-ensemble au sein du pays, en assurant des systèmes éducatifs performants et inclusifs et en garantissant l'inclusion des groupes les plus vulnérables, constitue le quatrième axe stratégique du Plan. La crise a mis sous pression les systèmes éducatifs et aggravé la situation des publics les plus fragilisés, affectant ainsi la cohésion sociale et le vivre-ensemble au sein du pays ;
5) Economie du futur et productivité : la reprise et la résilience dépendent

LES PROGRAMMES DE LA COMMISSION EUROPÉENNE

Suite à la première vague de COVID-19 en Europe, la Commission européenne a adopté le Cadre financier pluriannuel («Multiannual financial framework») 2021-2027 et un programme de santé «l'UE pour la santé» («EU4Health») 2021-2027. Si le premier est un cadre de sept ans qui établit le budget annuel de l'Union européenne et faisant partie intégrante du règlement du Conseil de l'Europe depuis 1988, le second est un programme exceptionnel adopté afin de contrer les conséquences de la pandémie[8].

Afin de tenir compte de la crise sanitaire, un certain nombre de changements ont été opéré au sein du Cadre financier pluriannuel. En particulier, le financement du programme de santé sera augmenté et le Fonds social européen, dont l'objectif est de soutenir l'emploi des jeunes travailleur·ses, former les travailleur·ses, et la réduction de l'exclusion sociale et de la pauvreté, se poursuivra. Le Cadre financier comprend également depuis 2019 le financement du programme RescEU, dont la mission est d'améliorer la protection des citoyen·nes contre les catastrophes et la gestion des risques émergents. Le programme comprend notamment une réserve d'équipements médicaux et un système de distribution vers les pays requérant une aide[9].

Parallèlement, le programme EU4Health vise à construire des systèmes de santé résilients au sein de l'Union européenne, dans la perspective de mieux l'équiper pour l'avenir[10]. Le programme vise à :

› Lutter contre les menaces transfrontalières sur la santé, en :
- Assurant la prévention et la surveillance des menaces transfrontalière sur la santé, la préparation et à la réaction à celles-ci
- Constituant des réserves d'urgence de médicaments, de dispositifs médicaux et d'autres matériels sanitaires
- Mettant en place une équipe d'urgence sanitaire européenne chargée de fournir des conseils d'expert·es et une assistance technique en cas de crise sanitaire
- Coordonnant les moyens sanitaires d'urgence.

› S'assurer que les médicaments soient disponibles et abordables, en :
- Rendant les médicaments, les dispositifs médicaux et d'autres fournitures sanitaires essentielles disponibles et abordables pour les patient·es et les systèmes de santé
- Recommander une utilisation prudente et efficace des médicaments tels que les antimicrobiens
- Soutenir les produits médicaux innovants et une fabrication respectueuse de l'écologie.

› Renforcer les systèmes de santé ; en :
- Améliorant l'accessibilité, l'efficacité et la résilience des systèmes de santé
- Réduisant les inégalités d'accès aux soins de santé
- Luttant contre les maladies non-transmissibles telles que les cancers, grâce à l'amélioration des diagnostics, de la prévention et des soins
- Échangeant les bonnes pratiques de promotion de la santé et de prévention des maladies
- Développant la mise en réseau grâce aux réseaux de référence européens et l'étendant aux maladies infectieuses et non transmissibles
- Soutenant la coopération mondiale pour faire face aux nouveaux enjeux sanitaires de manière à améliorer la santé, réduire les inégalités et renforcer la protection contre les menaces mondiales sur la santé.

8 Conclusions du Conseil européen sur le Plan de relance et le cadre financier pluriannuel pour la période 2021-2027, 21 juillet 2020, URL : https://www.consilium.europa.eu/media/45125/210720-euco-final-conclusions-fr.pdf
9 Voir le site de la Commission européenne : https://ec.europa.eu/echo/what/civil-protection/resceu_en
10 Voir le site de la Commission européenne : https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/funding/docs/eu4health_factsheet_fr.pdf

du dynamisme du pays, lequel repose dans une large mesure sur un fonctionnement optimal du marché du travail et la capacité à innover et à développer de nouvelles manières de produire ;

6) Finances publiques : améliorer la composition des dépenses publiques.

LE PROGRAMME DU NOUVEAU GOUVERNEMENT

Deux formateurs désignés par le Roi, Paul Magnette et Alexander De Croo, sont parvenus à former une majorité au sein du Gouvernement et ont présenté leur rapport le 30 septembre 2020. Le rapport comprend six axes prioritaires, dont nous introduisons ici les éléments les plus saillants en matière de santé, promotion de la santé et assuétudes.

Le Gouvernement entend d'abord faire de la gestion de la crise sanitaire liée à la COVID-19 sa grande priorité. Les **soins de santé** seront significativement refinancés, avec une attention particulière aux soins de santé mentale. Le Gouvernement mènera parallèlement des réformes et se fixera, en collaboration avec les entités fédérées et les acteurs de la santé, des objectifs de santé clairs qui permettront d'améliorer la qualité des soins, de réduire les inégalités d'accès à ceux-ci et de réduire les dépenses qui ne profitent ni aux patient·es ni au personnel. Les objectifs du Gouvernement sont notamment de réduire, d'ici 2030, d'au moins 25 % les inégalités de santé entre les personnes les plus favorisées et les moins favorisées en matière d'espérance de vie en bonne santé, mais aussi de réduire le taux de mortalité évitable de 15 %. Le Gouvernement souhaite également combattre le phénomène de surconsommation de soins, d'analyse et de médicaments, tout en faisant de la sous-consommation de soins une priorité. Les réformes viseront également à rendre plus performant le système de soins.

Les politiques menées s'appuieront sur les dernières technologies et connaissances scientifiques, ainsi que sur un système de monitoring. Elles se baseront sur une vision large de la santé, comprenant la santé physique, le bien-être, l'empowerment, la résilience, la participation et le sens. Dans cette vision, la création d'un **environnement sain** tiendra une place

importante. Il s'agira non seulement de combattre les maladies, mais aussi faire de la prévention, en encourageant les examens de contrôle préventifs (dans le cadre des compétences fédérales) et en luttant contre la pollution ou une mauvaise alimentation. Le Gouvernement considère à cet égard qu'une politique **anti-tabac** volontariste et globale est essentielle. Son objectif en la matière est une génération sans tabac en réduisant l'attractivité et l'accessibilité du tabac. Le rapport ne précise cependant pas si le Gouvernement prévoit des mesures d'aide et d'accompagnement au sevrage et/ou à la réduction des risques à destination des fumeurs et fumeuses. Le traitement des **dépendances aux drogues et à l'alcool** fera également l'objet d'une attention particulière dans le cadre de plans d'action interfédéraux.

Les moyens nécessaires à la réforme des soins de **santé en milieu carcéral** sont prévus. Il s'agira de s'assurer que les personnes détenues aient accès à des soins de santé équivalents, qui répondent à leurs besoins de soins plus élevés.

Les soins de **santé mentale** et les soins de santé somatiques seront traités de la même manière en termes d'accessibilité (en institution, en ambulatoire, selon les besoins des personnes), de qualité, de proximité et d'accessibilité financière. Le Gouvernement compte élaborer une trajectoire pour les soins de santé mentale en collaboration avec les autres niveaux de pouvoir. Les réformes du **milieu hospitalier** et de son financement seront poursuivies au cours de la législature. De plus, le Gouvernement considère que le financement des hôpitaux doit être plus simple et transparent. Les hôpitaux doivent être financés dans le cadre de budgets pluriannuels, afin de leur permettre de proposer des soins de qualité et accessibles à tous les patient·es, et ce, de manière durable. En concertation avec les entités fédérées, le Gouvernement fédéré entend faciliter la conversion des lits hospitaliers dans les structures intermédiaires et le renforcement des soins ambulatoires. Toujours en collaboration avec les entités fédérées, le Gouvernement estime qu'il faudra revaloriser et poursuivre le renforcement des soins de **première ligne**. Dans le cadre de son financement, le Gouvernement souhaite encourager la coopération, le prévention et l'action ciblée et promouvoir le rôle des soins de santé de première ligne, en particulier l'observance thérapeutique et la prévention.

En matière de **lutte contre la pauvreté**, le combat recevra de nouveaux moyens et les minimas sociaux seront revalorisés au cours de la législature. Un plan de lutte contre la pauvreté est prévu et sera élaboré en concertation avec les organisations de lutte contre la pauvreté, les entités fédérées et d'autres parties concernées. Le plan reposera sur cinq principes :

- Une détection active et précoce de la pauvreté ;
- La possibilité de mieux atteindre les personnes et les familles dans la pauvreté, combinée à une politique déterminée, afin de déboucher sur la situation «1 ménage = 1 plan pauvreté» ; à cette fin, les CPAS sont vivement invités par le Gouvernement à développer l'outreach, une collaboration étroite entre eux et avec les organisations de 1re ligne, le pouvoir fédéral et les autorités régionales ;
- L'amélioration du revenu des ménages dans la pauvreté et le recours aux droits ;
- L'emploi durable, qui est un levier central dans la réduction de la pauvreté ;
- Une politique participative donnant une véritable place aux expert·es du vécu.

La simplification administrative et la levée des obstacles forment une partie importante du plan, de même qu'une attention particulière à la pauvreté infantile et aux familles monoparentales. Le Gouvernement prendra également des mesures facilitant l'accès des personnes dans la pauvreté à l'aide psychologique. Dans les limites de la protection de la vie privée, le Gouvernement luttera contre le **non-recours aux droits** et s'attachera à automatiser les droits sociaux. Ces derniers seront octroyés, autant que possible, sur la base du revenu et non du statut. La lutte contre la pauvreté passera aussi par la lutte contre le surendettement et les **addictions causées par les dettes de jeu**. Dans ce cadre, la législation sur les jeux de hasard (en ligne) sera évaluée et ajustée si nécessaire. La protection des mineur·es et le respect de celle-ci par les prestataires étrangers feront aussi l'objet d'une attention particulière.

L'accord de coopération sur le sans-abrisme sera actualisé afin de lutter contre le sans-abrisme en augmentant significativement les trajectoires «*housing first*». La règlementation sociale et fiscale sera examinée afin d'évaluer si elle est encore adaptée aux formes actuelles de vie commune (c'est-à-dire les nouvelles formes de cohabitation et de solidarité) et/ou de soins et aux choix de chacun·e.

La lutte contre l'**exploitation sexuelle** continuera à être une priorité et un travail de réflexion sera mené en concertation avec les acteurs de terrain, afin d'améliorer les conditions de vie et de travail des travailleurs et **travailleuses du sexe**.

Concernant la **justice**, le Gouvernement souhaite étendre le système de justice accélérée et veillera à l'application correcte des peines. Le nouveau Gouvernement entend poursuivre les efforts pour sortir les personnes internées du milieu carcéral, en donnant la priorité à la construction de nouveaux centres de psychiatrie légale. Les masterplans engagés pour augmenter la capacité des centres de psychiatrie légale et les prisons seront évalués. L'évaluation portera également sur les efforts du Gouvernement en matière d'**équivalence des soins de santé mentale** à l'égard des personnes détenues et des personnes internées qui relèvent de l'administration pénitentiaire, au même niveau appliqué dans la société. En concertation avec les entités fédérées, l'élargissement de l'accompagnement et de l'assistance sociales, des sanctions alternatives et de la surveillance électronique sera mis à l'étude. Si les initiatives qui pourraient permettre de lutter contre la surpopulation et les mauvaises conditions de détention sont timides, le Gouvernement entend mettre en place le cadre nécessaire pour préparer, dès le prononcé de peine, la **réintégration** des personnes détenues. Ceci devrait s'opérer par le moyen de plans de détention individualisés, d'un renforcement des services psychosociaux et du développement de projets de détention à échelle réduite pour certains profils de personnes détenues (parents avec enfants, personnes détenues avant leur libération, jeunes personnes coupables de délinquance, etc.). Le Gouvernement annonce la réforme en profondeur des **soins de santé en milieu carcéral**, en collaboration étroite avec le ministère de la Santé publique et les entités fédérées.

En matière de **sécurité**, la police sera renforcée (recrutement d'au moins 1600 agent·es par an) et les bourgmestres se verront attribués une plus grande marge de manœuvre. Les agent·es de police recrutés

devront être **représentatifs de la société**, être issus de la zone dans laquelle ils·elles interviennent. Un «trajet diversité» sera mis en place pour améliorer la coopération au sein des services de police et dans la perspective d'engager des agent·es supplémentaires. La formation des agent·es comprendra un volet consacré à la prise en compte de la diversité dans la société. En réaction au mouvement mondiale contre les violences policières (en particulier à motivation raciste), le Gouvernement souligne que la population belge doit pouvoir compter sur le professionnalisme, l'objectivité et l'intégrité des services de police et de secours. Il entend prendre les mesures nécessaires pour éviter tout écart de ces principes. Il précise que la tolérance zéro sera appliquée vis-à-vis des abus du monopole de la contrainte à l'encontre des citoyen·nes. Le statut de la police sera révisé pour garantir le traitement plus fluide des affaires disciplinaires.

Concernant la consommation de **drogues illégales**, le Gouvernement souhaite concentrer ses efforts sur la prévention, la réduction des risques et l'aide aux mineur·es d'âge et aux usager·es problématiques. Il est prévu de généraliser les chambres de traitement de la toxicomanie (actuellement mises en place à Anvers, Gand et Charleroi). En parallèle, le Gouvernement entend renforcer la lutte contre les bandes organisées de trafiquants et le trafic international de la drogue, au moyen d'une stratégies globale et intégrée. Dans la poursuite de cet objectif, les cinq grandes directions judiciaires de la Police fédérale développeront et renforceront des équipes spécialisées et multidisciplinaires chargées des enquêtes en matière de drogue. Le Gouvernement note qu'il sera aussi nécessaire de s'attaquer aux dealers de rue et aux bars dans lesquels des activités illégales liées aux drogues sont menées.

La **sécurité routière** aussi devrait connaître un renforcement. Le Gouvernement prévoit en effet d'augmenter les risques de se faire contrôler à hauteur d'un conducteur sur trois chaque année pour contrôler sa vitesse, la consommation d'alcool ou de drogues, le port de la ceinture de sécurité et l'usage du téléphone portable au volant.

Le Gouvernement entend également mener un chantier important de modernisation, d'augmentation de l'efficacité et d'approfondissement des **structures de l'État**. Son objectif est une nouvelle structure de l'État à partir de 2024 qui porterait une répartition plus homogène et plus efficace des compétences dans le respect des principes de subsidiarité et de solidarité interpersonnelle. In fine, ce processus devrait aboutir au renforcement des entités fédérées dans leur autonomie et du niveau fédéral dans son pouvoir. La coopération et le respect seront à la base de ce processus.

En termes de **renouveau de la démocratie**, une évaluation du registre des lobbyistes à la Chambre des représentant·es est prévue et l'application dudit registre devrait être étendue au Gouvernement et aux cabinets. Une telle mesure permettrait de mieux mesurer et lutter contre les interférences des lobbies du tabac, de l'alcool et des jeux de hasard et d'argent dans l'adoption et mise en œuvre de politiques publiques visant à protéger les usager·es adultes et mineurs. Le Gouvernement souhaite également expérimenter de nouvelles formes de participation citoyenne, par exemple les cabinets citoyens ou les panels mixtes à la Chambre réunissant parlementaires et citoyen·nes tirés au sort. Il s'agira pour les participant·es de formuler des recommandations à l'adresse du pouvoir législatif. Le rapport note parallèlement qu'il conviendrait que les formations de Gouvernement ne s'éternisent plus à l'avenir. Afin de remédier à cela, une évaluation des règles de formation d'un nouveau Gouvernement fédéral sera menée.

L'égalité des chances et la lutte contre les discriminations tiennent une place notable au sein du rapport. Le Gouvernement mettra en place une politique active et transversale en matière de diversité et d'égalité des chances, et intensifiera la lutte contre toute forme de discrimination, telle que prévu par la loi. De plus, la législation anti-discrimination sera de nouveau évaluée et, au besoin, adaptée. Quant à la lutte contre les délits de discrimination et de haine (y compris en ligne), elle sera reprise dans le prochain plan national de sécurité. Enfin, en matière d'**égalité des genres**, le Gouvernement mènera une politique active et volontariste qui s'attaquera aux déséquilibres structurels et historiques, et renforcera le monitoring.

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 ministériels des entités fédérale et fédérées et assiste la Réunion thématique drogues dans ses missions. Elle prépare la CIM Santé publique et formule des propositions. Ces dernières sont soumises à la Réunion thématique drogues qui prend la décision finale.

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

et de répression. La répression envers les consommateurs et consommatrices est «l'ultime remède».

En 2015, la Réunion thématique drogues a décidé d'actualiser cette déclaration et a confié cette tâche à la CGPD. L'actualisation de cette déclaration est toutefois conditionnée par la résolution d'une série de sous-discussions portant notamment sur l'alcool (et le plan national alcool, voir le chapitre 6.1), le tabac, les jeux de hasard et d'argent, et les salles de consommation à moindre risque (SCMR, voir chapitre 4.11. 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 a été menée par l'Université de Gand et celle de Leuven, dès le début de l'année 2019 et ses résultats ont paru en décembre 2021[11].

LA CONFÉRENCE INTERMINISTÉRIELLE SANTÉ PUBLIQUE DU 15 JUILLET 2021

La Réunion Thématique Drogues de la CIM Santé Publique a publié, via un communiqué de presse, ses thèmes prioritaires pour les années à venir, à savoir[12] :

- Le développement et la mise en œuvre d'une politique interfédérale en matière d'usage nocif d'alcool ;
- Le développement et la mise en œuvre d'une politique interfédérale en matière de tabac, visant une génération sans tabac. L'objectif serait d'élaborer un plan validé en septembre 2022[13] ;
- L'élaboration d'un plan politique interfédéral en matière de jeux de hasard et d'argent ;
- La préparation d'une discussion sur la structuralisation des salles de consommation à moindre risque ;
- L'analyse et la discussion des éventuelles lacunes, points névralgiques et questions de modifications de la loi «drogues» de 1921.

L'ensemble des discussions et travaux se dérouleront au sein de la Cellule Générale Politique Drogues (CGPD) qui réunit les réprésentant·es de tou·te·s les ministres compétents.

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
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.

11 Document «Réalisations 2014-2019 et recommandations pour la prochaine législature» de la CGPD (2019) ; Rapport final «EVADRUG : An evaluation of the Belgian drug policy» (2021), URL : http://www.belspo.be/belspo/fedra/DR/DR83_EVADRUG_FinRep.pdf

12 Le communiqué de presse est consultable à l'adresse : https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/communique-de-presse-les-themes-prioritaires

13 Compte rendu intégral, Commission de la santé et de l'égalité des chances du 19/10/2021, URL : https://www.lachambre.be/doc/CCRI/pdf/55/ic603.pdf

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[14]. 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. Les ministères de l'Intérieur et de la Justice ont décidé de prolonger le PNS et la NCSI jusqu'à la fin de 2021[15]. Le contenu des futurs PNS et NCSI n'a pas encore été publié à l'heure de rédaction de ces lignes.

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

LA NOTE-CADRE DE SÉCURITÉ INTÉGRALE 2016-2019[16]

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[17], 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[18]. Concernant plus spécifiquement les nouvelles substances psychoactives (NSP), dont l'une des caractéristiques est d'être en évolution permanente afin de contourner la législation, la NCSI rappelle que la Belgique s'appuie sur un système d'alerte précoce belge et européen rapide et réactif. Enfin, la politique belge en matière de drogues doit être soutenue par un monitoring permanent et des recherches scientifiques. Le monitoring devra plus particulièrement porter sur :

- Le développement des «instruments et pratiques de monitoring pour l'implantation des indicateurs clés[19] 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 compétence des Communautés et de celle des Régions ;
- Etendre la couverture territoriale et soutenir la diversité de l'offre d'assistance et de bien-être. Garantir la continuité des soins implique l'existence et l'accès à un nombre suffisant de services généraux et spécialisés, de centres et d'équipes ambulatoires ou résidentiels et de réseaux adéquats ;
- Prévoir davantage de places dans des services résidentiels spécialisés en assuétudes ;
- Poursuivre les mesures alternatives pour les consommateurs de drogues aux différents niveaux de la chaîne pénale ; d'une part, en soutenant les collaborations entre acteurs (de la police, de la Justice, des services d'aide et d'assistance) et, d'autre part, en élargissant le recours à la médiation afin qu'elle puisse «être adaptée aux victimes de crimes et offrir un cadre juridique aux projets pilotes en cours» ;
- Développer la politique de santé pour les consommateurs en prison, «avec une attention particulière pour la continuité

14 Du niveau fédéral, des entités fédérées, local, du monde administratif, judiciaire, policier et académique.
15 Site officiel de la Police fédérale, consulté le 17/12/2021, URL : https://www.police.be/5998/fr/a-propos/police-integree/le-plan-national-de-securite
16 Nous invitons le lecteur ou la lectrice à se référer à notre rapport 2016 pour une analyse critique de la NCSI 2016-2019.
17 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.
18 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.
19 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 usager·es de drogues (TDI), les maladies infectieuses liées à l'usage de drogues, et la mortalité liée à l'usage de drogues.

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[20]. 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.

PLAN FÉDÉRAL DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ

En juillet 2016, le Conseil des ministres a adopté le 3e Plan fédéral de lutte contre la pauvreté (2016-2019). Le plan poursuit six objectifs[21] :

1) Assurer la protection sociale de la population ;
2) Réduire la pauvreté infantile ;
3) Améliorer l'accès au marché du travail par l'activation sociale et professionnelle ;
4) Combattre le sans-abrisme et les logements inadéquats ;
5) Assurer le droit à la santé ;
6) Rendre les services accessibles à toutes et tous.

En 2019, le SPP Intégration sociale (Service public fédéral de programmation intégration sociale) a rédigé un mémorandum à l'adresse du futur Gouvernement. Il y recommande, en matière de lutte contre la pauvreté, de :

› Élaborer un nouveau Plan fédéral de lutte contre la pauvreté prenant compte de l'évaluation du Plan 2016-2019 et en coopération étroite avec les différents niveaux de pouvoirs et ministères compétents ;
› Renforcer la Plateforme belge contre la pauvreté et l'exclusion sociale
› Élaborer un nouveau plan national de lutte contre la pauvreté infantile
› Lutter contre le sans-abrisme et l'absence de chez-soi de manière efficiente et stratégiquement orientée vers une sortie de la vie en rue, notamment en :
  – Améliorant la gouvernance, au moyen d'un renforcement de l'Accord de coopération sur le sans-abrisme et l'absence de chez soi de 2014 ;
  – Identifiant une meilleure articulation entre les compétences de chaque niveau de pouvoir ;
  – Ancrant l'innovation dans des processus pérennes (notamment en matière de *housing first*) ;
  – Soutenant et accompagnant les dispositifs d'aide vers des nouveaux modèles (sortir de la gestion saisonnière, privilégier les solutions structurelles et durables orientées autour du logement)
› Favoriser l'intégration sociale et économique des Roms
› Lutter contre le surendettement
› Dresser un état des lieux de la pauvreté en Belgique
› Lutter contre le non recours aux droits grâce à un plan national qui comprend : l'autonomisation les droits sociaux, la simplification les statuts, l'humanisation des procédures et une communication plus efficacement auprès des publics vivant en situation de pauvreté et d'exclusion sociale. Ce plan devra couvrir les différentes branches de la sécurité sociale et de l'assistance sociale ;
› Soutenir la continuité et élargir le champ d'action des expert·es du vécu en matière de pauvreté et d'exclusion sociale dans les administrations fédérales et dans le secteur de la santé afin d'améliorer l'accès aux droits.

Le Conseil des ministres du 16 juillet 2021 a approuvé la stratégie d'élaboration du plan fédéral de lutte contre la pauvreté et contre les inégalités. Le plan sera construit autour de quatre axes de travail :

1) Prévenir et détecter précocement la pauvreté (et y apporter des réponses adéquates) ;
2) Faire de l'emploi durable un levier essentiel de lutte contre la pauvreté et garantir une vie digne par l'accès à la protection sociale ;
3) Garantir l'émancipation et l'inclusion de chacun·e dans une société en évolution (dans le respect de la Constitution – droit au logement, droit à la justice, droit à la santé…)
4) Agir sur l'agenda européen et construire un monde solidaire (c'est-à-dire mener une action concertée au niveau européen et international)

De plus, le futur plan devra prendre en compte quatre priorités transversales :

1) Prendre en compte la question du genre, afin de proposer une réponse enforcée aux situations de pauvreté vécues par les femmes ;
2) Intégrer le plan de lutte contre la pauvreté infantile ;
3) Construire le plan en partenariat avec les associations de lutte contre la pauvreté, de manière à pouvoir définir des plans d'actions centrés sur les personnes et sur leur situation spécifique ;
4) Déposer un projet de loi entérinant l'adoption d'un plan fédéral contre la pauvreté à chaque législature.

À noter que les Régions disposent de leurs propres plans de lutte contre la pauvreté, qui sont décrits dans les chapitres dédiés aux contextes régionaux.

20 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 personnes détenues et non-détenues. La Concertation Assuétudes-Prison de Bruxelles (CAPB) a lancé un appel pour un transfert de compétences en mars 2014, avec le soutien de la Fédito bruxelloise et de la Fédito wallonne.

21 L'intégralité du Plan est disponible à l'adresse : http://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/plan_federal_de_lutte_contre_la_pauvrete_2016-2019_0.pdf

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[22]	**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[23].

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

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

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

Si la loi de 1921 (avant et après la réforme de 1975) ne vise pas la consommation *per se* de drogues, force est de constater que de nombreux usager·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 usager·e poursuivi 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).

ÉVALUER LA LOI DE 1921

Le 22 février 2021, soit lors du centenaire de la loi de 1921, une vingtaine de sénateurs et sénatrices ont demandé un rapport d'information sur l'évaluation générale des résultats de ladite loi. La demande a été adoptée et l'évaluation à établir l'efficience des politiques menées en matière de drogues et plus particulièrement en matière de cannabis.

22 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).

23 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 3.11. 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)[24]		
Types de substances	**Peines encourues[25]**	
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[26]	**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.

L'ARRÊTÉ ROYAL DU 6 SEPTEMBRE 2017

La loi du 7 février 2014 modifiant la loi du 21 février 1921[27] 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, sous l'ancienne législature, 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[28]. 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)[29] et vise une lutte plus efficace contre la diffusion de celles-ci, en réduisant totalement le délai de procédure entre la découverte d'une NPS par les autorités et son interdiction légale. L'objectif d'une classification générique des substances illégales est donc, certes, de poursuivre leur interdiction, mais également d'anticiper l'introduction de nouveaux produits qui dérivent d'une même structure de base. Le nouvel arrêté royal interdit donc de fait des substances qui n'existent pas encore. 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[30]. 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.

24 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).

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

26 Pour le cas particulier du cannabis, voir chapitre 6.4.

27 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.

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

29 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).

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

Les procédures de demande, de modification, de suspension et de retrait des autorisations, ainsi que les inspections, sont réglées par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS)[31].

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[32] 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[33]. 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·nes 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. L'ancienne ministre semblait donc vouloir continuer à soutenir les dispositifs de testing. Il est toutefois important de préciser que le cadre législatif actuel ne garantit pas la pérennité du testing, et que celle-ci repose sur la bonne volonté du ou de la ministre de la santé en fonction.

L'arrêté royal de 2017 contient des mesures propres au cannabis, que nous détaillons au chapitre 6.4.

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»). Le Conseil d'État a finalement rejeté la requête en décembre 2020.

LA CIRCULAIRE COMMUNE DU 21 DÉCEMBRE 2015 (RÉVISÉE EN 2018)[34]

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.

31 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.

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

33 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).

34 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.

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, 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.

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

Les circulaires ne sont pas des textes contraignants, si ce n'est pour les membres du ministère public. Un magistrat·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 : LE SYSTÈME DE DÉTECTION DES NOUVELLES SUBSTANCES EN CIRCULATION

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 6.6. 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.

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

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)

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[35]. 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).

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[36]. La capacité moyenne journalière de l'ensemble de ces établissements s'élevait à un peu plus de 9.000 places. Toutefois, les prisons belges ont accueilli une moyenne journalière de 10.559 personnes en 2019 (SPF Justice, 2019[37]).

Sur cette moyenne de 10.559 personnes détenues, on compte 37,5 % de personnes prévenues, 56 % de personnes condamnées, 5 % personnes internées et 1,5 % 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 directement ou indirectement aux drogues illicites. Tous produits confondus, plus de 70 % des infractions enregistrées (c'est-à-dire les procès-verbaux) au niveau national en 2017 sont liés à des faits de détention de drogues ; et 18 % à leur commerce et importation/exportation[38] (voir chapitre 7.2). La moitié de la population carcérale belge est incarcérée pour des faits directement ou indirectement liés aux drogues (42,2 % en 2005 puis 50,8 % en 2018[39]).

Les prisons comptent également un certain nombre de personnes internées. 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).

LA SANTÉ DES PERSONNES DÉTENUES

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.

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

35 Actuellement le seul dispositif existant est celui de l'asbl Modus Vivendi.
36 Les prisons de Forest et de Berkendael sont considérées comme un seul établissement pénitentiaire
37 À noter que la population carcérale a été réduite en 2020, suite aux différentes mesures prises dans le cadre de la pandémie de COVID-19 (voir le Tableau de bord 2020 au chapitre 1.2.1), après avoir augmenté en 2019. Nous ne disposons cependant pas de données précises pour les années 2020 et 2021.
38 À noter que les procès-verbaux sont susceptibles de rapporter à la fois des faits de détention, commerce ou importation/exportation et d'autres délits (vol, contentieux routier, bagarre, etc.).
39 Question écrite du sénateur Julien Uyttendaele au ministre de la Justice Koen Geens du 22/07/2019.

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.

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[40]. 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[41]. 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[42] ; 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[43].

Les mauvaises conditions de détention et l'éclatement des compétences contribuent à une mauvaise santé physique et mentale de ces dernières (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 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[44]. 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. L'ancienne 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 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, l'ancien 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[45]. 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 directrices à l'attention du prochain ou de la prochaine ministre de la Santé publique[46].

Suite à la formation du nouveau Gouvernement fédéral en 2020, le

40 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).

41 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.

42 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).

43 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 traitante de la personne incarcérée (Mistiaen et al, 2017).

44 Appel lancé par la Concertation Assuétudes-Prison de Bruxelles (CAPB) en mars 2014, avec notamment le soutien de la Fédito bruxelloise et de la Fédito wallonne.

45 Question orale de Mme Lambrecht à M. Geens, Compte rendu intégrale, Chambre des représentants, Séance plénière du 19/10/2017.

46 Vinciane Salliez, I.Care asbl, communication personnelle, 06/02/2020.

nouveau ministre de la Justice a déclaré poursuivre le travail engagé sous l'ancienne législature. Les différents groupes de travail ont repris en 2021 et la note de vision du groupe de pilotage précédent a été validé. La réforme sera réalisée en concertation avec le ministère de la santé, la Conférence interministérielle Santé publique et l'ensemble des partenaires concernés. Une première phase de cette réforme sera l'intégration des personnes détenues à l'INAMI ; un plan pluriannuel sera élaboré[47,48].

RÉDUIRE LE PARC CARCÉRAL ET APPLIQUER LES ALTERNATIVES À LA DÉTENTION[49]

Le Comité européen de prévention de la torture (CPT) du Conseil de l'Europe s'était inquiété de la surpopulation carcérale suite à sa visite des prisons belges en 2013. La surpopulation persistait malgré l'augmentation du parc pénitentiaire. Suite à cette visite, le taux moyen de surpopulation a globalement baissé, passant de 24,1 % à 11,8 % en 2017. Le taux moyen de surpopulation n'est toutefois pas représentatif de la situation dans chaque établissement. Certaines prisons ne sont en effet pas ou moins surpeuplées que la moyenne, tandis que d'autres dépassent (largement) cette moyenne. En 2016 et 2017, 11 établissements pénitentiaires avaient un taux moyen de surpopulation supérieur à 25 % (7 dépassent les 35 %) (SPF Justice, 2018). La situation reste donc préoccupante dans certaines prisons et, comme le souligne le CPT, la seule extension de la capacité carcérale n'est pas une solution suffisante ni durable aux problèmes de surpopulation. Des politiques limitant le nombre de personnes détenues sont nécessaires et la détention doit rester une sanction ultime (OIP Belgique, 2016 ; CPT, 2018).

47 Compte rendu intégral, Commission de la Justice du 20/01/2021, Chambre des Représentants, URL : https://www.lachambre.be/doc/CCRI/pdf/55/ic343.pdf

48 Question écrite de Fatima Ahallouch du 30 septembre 2021, Sénat, URL : https://www.senate.be/www/?MIval=/Vragen/SchriftelijkeVraag&LEG=7&NR=1366&LANG=fr

49 Pour une analyse approfondie des problèmes liés à l'incarcération et des alternatives et solutions possibles, voir notre article «Les peines alternatives à la prison» sur notre site internet : https://eurotox.org/2020/06/26/les-peines-alternatives-a-la-prison/

LES RECOMMANDATIONS DU KCE (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, le KCE a été chargé 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. L'étude relève une série de problèmes au niveau des soins de santé pénitentiaires qui rendent difficile l'application concrète de la loi de Principe[50]. 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 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
3) Une nouvelle fonction de coordination de soins de santé doit être créée et implantée dans chaque prison
4) 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
5) Les problématiques de santé mentale légères à modérées doivent être prises en charge par l'équipe interdisciplinaire de première ligne
6) Les soins de santé mentale graves ou complexes doivent être pris en charge par des équipes psychiatriques externes spécialisées
7) Les besoins de formation du personnel soignant et du personnel pénitentiaire doivent être inventoriés
8) 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
9) 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
10) 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
11) Un environnement sain et promoteur de santé doit être créé
12) L'indépendance des professionnel·les de santé doit être garantie
13) 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.

50 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.

La surpopulation a de nombreuses conséquences sur le quotidien des personnes détenues, qu'elles soient sociales (tensions entre les co-détenu·es et/ou avec les agent·es pénitentiaires), mentales (manque d'intimité, conflits, nombre de sorties limité, etc.), sanitaires et physiques (hygiène problématique, promiscuité, transmissions de maladies infectieuses, manque de suivi des médecins, etc.), ou encore matérielles (matelas au sol, manque d'essuis de bain, d'oreillers, de sous-vêtements, de chaussures,… en bon état). De plus, dans un contexte de surpopulation, le travail en prison devient plus difficile pour un personnel pénitentiaire en sous-effectif. L'aspect social et l'objectif de réinsertion sociale[51] passent dès lors en davantage au second plan, pour laisser place à la gestion quotidienne et logistique.

L'État belge a été condamné à deux reprises pour sa responsabilité dans la surpopulation des prisons de Lantin (le 9 octobre 2018) et de Bruxelles (le 9 janvier 2019). Le tribunal montois a également été saisi ; la décision n'a pas encore été rendue à l'heure de la rédaction de ces lignes. Ces actions judiciaires montrent la difficulté pour les personnes détenues d'accéder à la justice ; il aura en effet fallu attendre 2018 pour qu'une condamnation soit prononcée en la matière, alors que la surpopulation carcérale sévit depuis de nombreuses années en Belgique[52].

À contre-courant d'autres États membres de l'Union européenne et des conseils de la Cour des Comptes européenne, la solution du ministère de la Justice pour contrer la surpopulation est d'agrandir encore et toujours le parc carcéral. La surpopulation n'est cependant que le symptôme de l'inflation carcérale, c'est-à-dire le recours trop important à la prison.

L'inflation carcérale s'explique par trois facteurs principaux (OIP Belgique, 2016 ; Fassin, 2019) :

- La détention préventive : en moyenne 35 % de la population carcérale est en détention préventive ;
- La multiplication et l'allongement des peines : la recherche a montré un allongement général des peines prononcées, sans que la criminalité ne connaisse une augmentation. La pénalisation de nouveaux types de comportements (incivilités, environnement, cybercriminalité, etc.) pèse également dans la balance ;
- Les libérations conditionnelles trop rares : elles sont en effet attribuées de plus en plus tard et leur obtention se fait de plus en plus ardue, notamment à cause de conditions restreintes d'octroi et d'un personnel psychosocial pénitentiaire en sous-effectif dont le rôle est notamment d'assurer le suivi, l'accompagnement psychosocial et la (ré)insertion dans la société.

De plus, les peines alternatives sont trop souvent considérées comme des faveurs, bien que le législateur les considère comme de véritables peines. Elles sont également le plus souvent refusées aux personnes n'ayant pas de titre de séjour[53].

Les expert·es scientifiques, les professionnel·les de la justice et le monde associatif s'accordent pour affirmer qu'agrandir le parc carcéral n'entrainera que davantage d'incarcérations et ne permettra pas de résorber la surpopulation, ni améliorer les conditions de détention. Au contraire, il est nécessaire d'entamer un processus de décriminalisation, de dépénalisation et de décarcération.

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[54].

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[55]. 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 sociosanitaire 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.

La réforme du Code pénal aurait pu entamer un tel changement de paradigme, en retirant l'incarcération des peines applicables aux plus petites infractions et en encourageant le recours aux peines alternatives. Si cette volonté a été poursuivie par la Commission *ad hoc*, le Gouvernement a toutefois réintroduit les peines d'incarcération à tous les niveaux d'infraction (voir chapitre 1.2.2).

51 C'est-à-dire les formations et cours, rencontres avec des intervenant·es extérieurs, cultes, transferts vers le palais de justice ou les services de soins extérieurs, limitation des déplacements dans et hors de la prison, etc.

52 Article «Deux décisions de justice déclarent l'État belge responsable de la surpopulation carcérale» de Justice en ligne, 18/02/2019, URL : https://www.justice-en-ligne.be/Deux-decisions-de-justice

53 Opinion dans La Libre du 23/01/2019 «Surpopulation carcérale et nouvelles prisons : l'État belge va-t-il droit dans le mur ?», URL : https://www.lalibre.be/debats/opinions/surpopulation-carcerale-et-nouvelles-prisons-l-etat-belge-va-t-il-droit-dans-le-mur-5c482ffc9978e2710edf947a (liste des signataires disponible en ligne).

54 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.

55 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

LES PROJETS PILOTES «DROGUES ET PRISON»

Sous l'ancienne législature, le ministère de la santé publique avait annoncé vouloir élaborer un plan pour améliorer les soins de santé pour les personnes détenues ces prochaines années. Il souhaitait notamment, avec le concours du Ministère de la Justice, offrir à toutes les personnes détenues ayant une consommation problématique des soins sur mesure et adaptés au contexte carcéral[56].

D'une part donc, le ministère avait 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[57]. Le ministère de la Justice a également lancé deux projets-pilotes de maison de transition, l'un à Malines débuté en septembre 2019, l'autre à Enghien en janvier 2020. Le ministre de la justice souhaite en ouvrir de nouvelles[58] ; leur gestion a été confiée à une société de sécurité privée. Le projet de Malines a été évalué positivement après un an de fonctionnement et reconduit pour un an supplémentaire. Les maisons de transition préparent et accompagnent les personnes détenues en fin de peine hors des murs de la prison pour une meilleure réinsertion dans la société. Le principe est inspiré des Pays-Bas qui ont intégré les maisons de transition dans leur politique de détention depuis plus de 30 ans avec succès[59].

56 Communiqué de presse du cabinet De Block du 20/11/2017, «Des soins supplémentaires pour les détenus avec une problématique de drogues».

57 Article «Maggie De Block va lancer un projet pilote sur l'usage de drogue dans les prisons», RTBF.be, 13/11/2017.

58 Compte rendu intégral, Commission de la Justice du 14/07/2021, Chambre des Représentants, URL : https://www.lachambre.be/doc/CCRI/pdf/55/ic556.pdf

59 Article «La première maison de transition wallonne ouvre ses portes à Enghein» du 14/01/2020, SPF Justice ; Compte rendu intégral, Commission de la Justice du 16/09/2020, Chambre des Représentants, URL : https://www.lachambre.be/doc/CCRI/pdf/55/ic261.pdf

DES MAISONS DE TRANSITION

Certains observateurs, notamment l'Observatoire international des prisons – Section belge et la Ligue des Droits Humains, notent que ces projets sont largement insuffisants pour enclencher une véritable politique de transition de la vie carcérale vers la société libre, notamment parce que les critères d'accès aux maisons de transition sont extrêmement restreints. De plus, les projets-pilotes ont été confiés à des entreprises privées, plutôt qu'à des associations reconnues du secteur pénitentiaire. Or, la littérature scientifique internationale soulève que les institutions privées d'exécution des peines coûtent plus cher sur le long terme que les institutions gérées par l'État, notamment parce qu'elles sont moins efficaces en matière de lutte contre la récidive[60]. De plus, certaines questions restent en suspens, notamment quant à l'identité de l'organe indépendant chargé de la surveillance des maisons de transition et quant aux recours accessibles aux personnes détenues fréquentant ces maisons[61].

D'autre part, le SPF Santé publique avait 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 l'ancienne ministre Mme De Block, la consommation de drogue et de médicaments en prison était trop élevée et l'offre en termes de soins en santé mentale et de désintoxication insuffisante[62]. Le projet-pilote se déroulait de décembre 2017 jusque fin juillet 2021, avec pour objectif d'élaborer un modèle de soins pour des personnes en détention présentant des problèmes liés aux drogues et ainsi améliorer la continuité des soins[63]. Dans ce cadre, les associations financées devaient offrir un soutien en matière d'expertise et de formation, ainsi qu'un soutien organisationnel (en matière de personnel) aux prisons. Les équipes de chaque étaient composées d'un·e coordinateur·rice, de médecin(s), d'infirmier·e(s) et de psychologue(s).

60 Voir Mamun, Saleh & Li, Xiaoxue & Horn, Brady & Chermak, Janie. (2020). Private vs. public prisons? A dynamic analysis of the long-term tradeoffs between cost-efficiency and recidivism in the US prison system. Applied Economics. 52. 1-13.

61 Article «Les maisons de transition : entre zone de non-droit et renforcement du complexe carcéro-industriel» (2020) de l'Observatoire international des prison – Section belge, URL : https://www.oipbelgique.be/les-maisons-de-transition-entre-zone-de-non-droit-et-renforcement-du-complexe-carcero-industriel/

62 Article «La première maison de transition wallonne ouvre ses portes à Enghein» du 14/01/2020, SPF Justice ; Compte rendu intégral, Commission de la Justice du 16/09/2020, Chambre des Représentants, URL : https://www.lachambre.be/doc/CCRI/pdf/55/ic261.pdf.

63 Pascale Hensgens, coordinatrice de projets, Fédito Wallonne asbl, communication personnelle, 25/11/2020.

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 a été chargée d'évaluer et accompagner le projet-pilote.

Ainsi, de mars 2019 à août 2020, une équipe de chercheur·es de l'Université de Gand et de l'Institut National de Criminalistique et de Criminologie a mené l'évaluation de ces projets et épinglé une série de recommandations (Vandevelde et al, 2021), dont :

- Renforcer la collaboration entre les ministères de la Justice et de la Santé
- Impliquer des partenaires/experts du domaine du traitement des assuétudes pour développer davantage le traitement en prison
- Composer des équipes plus diversifiées pour favoriser une offre individuelle et/ou de groupe qui comprend la prévention des rechutes et le soutien par les pairs[64].

Puis, au cours de l'année 2021, ces mêmes institutions de recherche ont évalué le modèle de prise en charge des personnes détenues consommatrices de drogues dans les trois prisons. Les objectifs poursuivis par cette recherche sont d'investiguer la sélection et la mise en œuvre d'un instrument de screening et d'obtenir une définition claire d'un parcours de soins optimal pour les personnes détenues (y compris après la sortie de prison). Un

64 Pascale Hensgens, coordinatrice de projets, Fédito Wallonne asbl, communication personnelle, 25/11/2020.

guide verra également le jour rassemblant notamment les lignes directrices essentielles à la mise en œuvre des bonnes pratiques et des activités ou système évalués positivement au cours des projets pilotes, afin de les implanter dans d'autres prisons du pays[65].

Les recommandations pour implanter de tels projets au sein d'une prison se situent à plusieurs niveaux[66] :

- Au niveau politique :
  - Favoriser la collaboration entre les ministères de la Justice et de la Santé publiques et d'autres partenaires ;
  - Promouvoir/défendre l'équivalence des soins en prison et dans la société ;
  - Organiser un financement structurel des projets ; Proposer une composition d'équipe plus diversifiée pour favoriser une offre individuelle et/ou de groupe qui comprend la prévention des rechutes et le soutien par les pairs.
- Au niveau des projets pilotes :
  - Développer le réseautage, la création de collaborations constructives et d'une base de soutien en prison ;
  - Élargir le groupe cible ;
  - Mettre en place un Screening pour toutes personnes entrant en prison ;
  - Proposer *intramuros* un modèle de traitement global et intégré à bas seuil ;
  - Organiser la continuité des soins pendant et après la détention ;
- Au niveau des prisons :
  - Informer toute personne concernée de la mise en place d'un tel projet ;
  - Accueillir le projet en mettant en place le matériel et logistique nécessaires ;
  - Soutenir les initiatives du projet.

Le projet «drogues et prison» semble concentrer ses efforts sur l'aspect sanitaire et médical de l'usage de drogue. Or, s'il est effectivement central d'améliorer la continuité des soins, la santé des personnes détenues et l'accompagnement de ceux et celles ayant un usage (problématique) de drogue dépasse largement les soins de santé et la mise en œuvre de traitements. La prévention et la réduction des risques 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). Préparer la sortie de prison, également, est tout à fait indispensable pour réduire les risques de récidive et de rechute. Il est nécessaire pour cela, certes d'offre un suivi sanitaire, mais aussi de former, d'accompagner dans la recherche d'un travail et d'un logement, et de proposer un soutien psychosocial.

PERSPECTIVES

Les mesures menées de concert par le ministère de la Justice et celui de la Santé publique 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 personnes ex-détenues, que les mesures de formation professionnelle et d'aide au logement à la sortie de prison 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).

65 Fédito Wallonne asbl, communication personnelle, 03/12/2021

66 Fédito Wallonne asbl, communication personnelle, 03/12/2021

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[67], RdR, sécurité, autre) et 7 catégories :

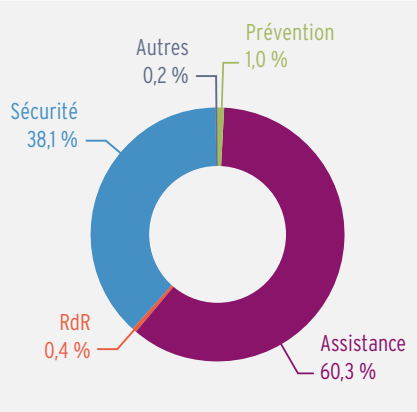
- Prévention en matière d'alcool, de drogues illicites et de médications psychoactives ;
- Prévention en matière de tabac ;
- Assistance en matière d'alcool de drogues illicites et de médications psychoactives ;
- Assistance en matière de tabac ;
- Réduction des risques (RdR) ;
- Sécurité en matière 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 le chapitre 7.9).

67 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.

1.3.1. COMPARAISON PAR PILIER

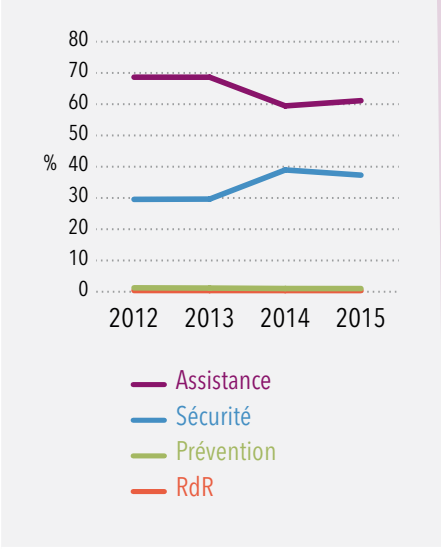
Figure 1 : Répartition des dépenses publiques entre les piliers (moyenne sur 2014-2015)



Source : CGPD (2018)

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

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[68], RdR[69] et autre[70] restent stables et relativement dérisoires, même si leurs proportions dans les dépenses publiques totales diminuent. Ceci s'explique par une plus forte augmentation des budgets investis en sécurité et en assistance (voir tableau 1). Il ne s'agit donc pas d'une réorientation des dépenses, mais d'une augmentation globale quoique fortement disparate des dépenses publiques.

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

68 1,21 % en 2012-13, 1,02 % en 2014-15.
69 0,39 % en 2012-13, 0,37 % en 2014-15.
70 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 €

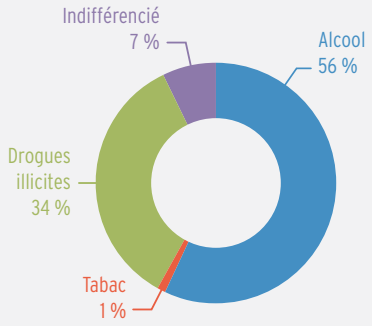
Sources : CGPD (2016 et 2018)

l'**hospitalisation**[71] (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)[72]



Source : CGPD (2018)[73]

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

Ainsi, le monitoring des dépenses publiques permet, d'une part, de mettre en exergue les difficultés que peuvent rencontrer les professionnel·les de l'ensemble des secteurs concernés[75] 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.

71 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.

72 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.

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

74 Les auteur·es 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).

75 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-EMILIE»

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-Emilie», le 19 septembre 2013. Lors de sa conception, le projet s'inscrivait clairement dans une volonté de maintenir les «liens privilégiés entre la Wallonie et Bruxelles» et de travailler à une cohérence aussi large que possible des services proposés aux citoyen·nes.

Ces décisions ont ensuite été consolidées par l'accord de coopération-cadre du 27 février 2014[76], 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**[77], 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.

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

77 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 désignés 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) d'alors, le 4 mai 2018[78].

L'organe de concertation est désormais opérationnel et s'est déjà réuni à plusieurs reprises. Sa composition est établie par l'accord de coopération et détaillée dans notre Tableau de bord 2019.

78 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. «PLAN DROGUE» 2021-2023

La Fédito BXL (Fédération bruxelloise des Institutions pour Toxicomanes) et les représentant·es de ses associations membres ont coconstruit un second «plan drogues», qui propose une centaine de mesures visant à améliorer la santé des citoyen·nes, la prise en charge des bénéficiaires des services spécialisés ou des secteurs connexes, ainsi que les politiques en matière d'usages ou de mésusages de drogues et de conduites addictives pour l'ensemble de la société[79].

Le plan se compose de sept volets thématiques qui concernent à la fois l'usage de drogues légales et illégales et les comportements de consommation sans produit (jeux d'argent et de hasard, jeux vidéo, internet, etc.) : 1) prévention, 2) réduction des risques, 3) soins et accompagnement psycho-médico-social, 4) accompagnement social et insertion socioprofessionnelle, 5) recherche et développement de dispositifs novateurs, 6) cadre législatif et politique et 7) formation et renforcement de la concertation aux niveaux local, fédéral et international. Chaque thématique est divisée en milieux d'intervention (média/internet, sport, enseignement, justice/prison, rue, festif, résidentiel, etc.).

Ces volets thématiques soulignent la diversité du secteur actif dans le domaine des assuétudes et l'importance de la collaboration entre ses différentes composantes et avec d'autres secteurs (sans-abrisme, médecine générale, prison, jeunesse, aide à la jeunesse, lutte contre la pauvreté, prison, santé mentale, etc.).

Le plan a non seulement pour vocation d'orienter le travail de terrain, mais sert également d'outil à l'attention du politique puisqu'il constitue l'apport du secteur «drogues» au futur Plan Social-Santé Intégré (voir chapitre 3.8.2 du Tableau de bord bruxellois). Il est de plus un rappel des réformes législatives nécessaires, en particulier de la loi de 1921 (voir chapitre 1.2.2), qui permettraient enfin l'accès à certains traitements médicaux et la mise en place de dispositifs sociosanitaires innovants, de lutter contre la stigmatisation des personnes dépendantes et favoriser leur accès aux soins.

La Fédito BXL et ses membres attirent l'attention sur les conséquences de la crise sanitaire sur les travailleur·ses du secteur et sur les usager·es, sur l'aggravation des situations et de la santé mentale. Or, plus cette aggravation perdure, plus elle perdurera dans le temps et sera difficile à résorber. Il est dont urgent d'apporter des réponses durables et structurelles, notamment sous forme d'une augmentation des effectifs de certains services (voir le chapitre 8 pour davantage de détails sur le diagnostic de la Fédito BXL et Eurotox).

1.5.2. LA CAMPAGNE INTERNATIONALE «SUPPORT. DON'T PUNISH» («SOUTENEZ. NE PUNISSEZ PAS»)

La campagne «Soutenez. Ne Punissez Pas»[80] 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.

1.5.6. 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.

79 Le «plan drogues» 2021-2023 est consultables à l'adresse : https://feditobxl.be/fr/2021/06/mesusages-de-drogues-et-conduites-addictives/

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

1.6

PERSPECTIVES ET ENSEIGNEMENTS DE LA PROHIBITION ET DE LA RÉGULATION DES DROGUES ILLICITES DANS LE MONDE

1.6.1. ÉTAT DES LIEUX DE LA RÉGULATION DU CANNABIS ET DES AUTRES DROGUES ILLICITES

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.

AFRIQUE

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 zimbabwéennes peuvent demander une autorisation pour posséder, produire, transporter et vendre du cannabis. L'usage récréatif reste cependant illégal[81].

AMÉRIQUES

Après l'Uruguay (en décembre 2013), le **Canada** est devenu le deuxième pays à légaliser l'usage récréatif du cannabis en juin 2018. Les adultes canadiens peuvent depuis le 17 octobre 2018 acheter du cannabis produit sous licence et détenir jusqu'à 30 grammes (OFDT, 2018). L'application du «Cannabis Act» appartient aux Provinces canadiennes et chacune transpose les propositions fédérales sur leur territoire. Dès lors, 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[82]. Toutefois, 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[83]. Pour davantage de détails sur la légalisation canadienne et les premières estimations de son impact, voir le chapitre 1.6.3 du Tableau de bord 2020.

Le **Panama** a rejoint le Mexique, la Colombie, le Chili, le Pérou et l'Argentine en légalisant le cannabis à usage thérapeutique en octobre 2021. L'**Argentine** a de plus légalisé la culture personnelle de cannabis thérapeutique en novembre 2020. Le **Brésil** a approuvé en décembre 2019 la délivrance de médicaments à base de cannabis dans les pharmacies sur prescription médicale. Le **Costa Rica** pourrait légaliser le cannabis médical dans un avenir proche, le Cour Constitutionnelle ayant jugé le projet de légalisation constitutionnel.

Le **Mexique** pourrait également devenir le deuxième pays d'Amérique du Sud à légaliser l'usage récréatif de cannabis. La Cour Suprême a en effet statué pour la cinquième fois en 2018 que la loi interdisant l'usage récréatif était anticonstitutionnelle, ce qui a déclenché un mandat législatif invitant le Sénat à modifier les articles de la Loi générale sur la Santé jugés inconstitutionnels sous un délai de 90 jours. Après plusieurs demandes de prolongement du délai, le Sénat a finalement adopté le Loi Fédérale pour Réguler et Contrôler le Cannabis en novembre 2020 et l'a renvoyée au Parlement pour révision et approbation. La Chambre des Représentant·es a procédé à de nombreux changements de la loi

81 «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/

82 «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

83 «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

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.

avant de la soumettre de nouveau au Sénat en mars 2021. Ce dernier n'a cependant pas terminé la procédure dans les délais impartis, déclenchant un mécanisme de garantie des droits, à savoir la Déclaration générale d'inconstitutionnalité, permettant à la Cour Suprême de modifier le Loi générale sur la Santé, autorisant ainsi les personnes majeures de cultiver du cannabis à domicile pour usage personnel. La Déclaration générale d'inconstitutionnalité donne quelques instructions quant à son implication : les adultes ne peuvent pas consommer en présence de personnes mineures, ni en présence de personnes majeures n'ayant pas donné leur permission ; les autorisations de culture pour usage personnelle ne permettent pas la commercialisation de cannabis ou de produits dérivés ; les personnes ayant consommé du cannabis ne peuvent conduire ni manipuler des machines quand elles sont sous l'emprise du produit. Toutefois, la Cour Suprême recommande fortement au Sénat de légiférer afin d'élaborer un cadre légal complet et cohérent, qui comprenne notamment la décriminalisation de la possession, un programme d'amnistie pour les personnes incarcérées pour possession de petites quantités de cannabis, l'autorisation des Cannabis social clubs, ou encore un marché régulé[84].

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 médical et récréatif. L'Alaska, la Californie, le Colorado, l'Illinois, le Maine, le Michigan, le district de Columbia, l'État de Washington, le Nevada, le Massachusetts, l'Oregon et le Vermont ont donc légalisé le cannabis récréatif, chacun selon des modalités différentes[85]. Ils ont été rejoints en novembre 2020 par l'Arizona, le New Jersey, le Montana, le Dakota du Sud, puis en 2021 par l'État de New York, le Nouveau Mexique et la Virginie. Ces trois États ont choisi de mettre l'accent sur la justice sociale, notamment en automatisant le retrait des condamnations pour des infractions mineures liées au cannabis des casiers judiciaires. De plus, l'État de New York et la Virginie ont créé des fonds pour soutenir les personnes et communautés qui ont le plus souffert de la guerre contre la drogue (majoritairement des personnes noires ou latinos). L'État de New York entend également soutenir la conversation des personnes travaillant dans le marché illégal vers le nouveau marché légal[86]. En 2020, l'Oregon est devenu le premier état à décriminaliser la détention de petites quantités de drogues illégales (quelles qu'elles soient). En juillet 2021, trois sénateurs ont déposé un projet de réforme fédéral du cannabis baptisé «Cannabis Administration and Opportunity Act» visant à légaliser le cannabis à un niveau fédéral. Si plusieurs états ont déjà légalisé le cannabis médical et/ou récréatif, une légalisation au niveau fédéral permettrait notamment de supprimer les peines fédérales en lien avec le cannabis, effacer des casiers judiciaires les infractions à la loi fédérale sur le cannabis, affecter des fonds pour les programmes de justice réparatrice, fixer les taux de taxation des produits du cannabis et autoriser formellement les États à légaliser le cannabis. De plus, supprimer les sanctions fédérales devrait encourager les banques à collaborer avec des entreprises impliquées dans la production et le commerce de cannabis et résoudre les problèmes liés à la taxation et au transport[87].

84 Article "How Mexico Has Legalized But Still Not Regulated Cannabis" de Zara Snapp, 30/07/2021, Filtermag.org, URL : https://filtermag.org/mexico-cannabis-legalization/ ; Article "Marihuana en México : 5 preguntas sobre qué cambia ahora que la ley no prohíbe el consumo lúdico de cannabis" de Marcos González Días, 30/06/2021, BBC, URL : https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-57661464.

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

86 Article «L'État de New York régule le cannabis en visant l'égalité» du GREA, 06/04/2021, Groupement Romand d'Etudes des Addictions, Suisse, URL : https://www.grea.ch/publications/letat-de-new-york-regule-le-cannabis-en-visant-legalite ; Article «Legalisation of cannabis in 3 US states : New York, Virginia, New Mexico», EMCDDA, 04/05/2021, URL : https://www.emcdda.europa.eu/news/2021/legalisation-cannabis-3-us-states-new-york-virginia-new-mexico_en

87 Article «U.S. Senate Democrats rool out draft bill to legalize weed», de Arathy Nair et Shariq Khan, 14/07/2021, Reuter.com, URL : https://www.reuters.com/world/us/us-senate-democrats-release-discussion-draft-federally-legalize-cannabis-2021-07-14/ ; Article "Senate moves to legalize pot at federal level. What are the chances?" de Sasha Hupka, 29/07/2021, Los Angeles Times, URL : https://www.latimes.com/politics/story/2021-07-29/what-are-the-chances-senate-will-legalize-pot-marijuana

EUROPE

L'**Irlande** considère une décriminalisation des drogues (y compris le cannabis), selon les modalités proches de ce qui se fait au Portugal[88]. 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 ; seuls 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[89].

La nouvelle coalition gouvernementale **allemande** (Verts, sociaux-démocrates et libéraux) entend légaliser le cannabis à des fins non-médicales. La distribution devrait se faire dans un cadre étatique et contrôlé, au moyen de magasins agréés. Une évaluation de la loi devrait être menée quatre ans après son adoption[90].

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[91]. Le Parlement **norvégien** avait voté pour la dépénalisation de l'usage drogue en 2017 sans qu'il y ait de suite. Finalement, en 2021 le Gouvernement a proposé de dépénaliser l'usage de plusieurs drogues, dont l'héroïne, la cocaïne, la MDMA et le cannabis, selon un modèle proche du Portugal. Constatant que le recours à la sanction manquait d'efficacité, le Gouvernement souhaite privilégier le dialogue, l'aide et le traitement. Ainsi, si une personne est interpelée en possession d'une quantité de drogue inférieure une quantité maximum définie par la loi, elle recevra une convocation obligatoire chez un ou une

88 Le modèle portugais et le fonctionnement des commissions de dissuasion de la toxicodépendance sont expliqués dans notre Tableau de bord 2018 au chapitre 1.6.3.

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

90 Article «En Allemagne, la nouvelle coalition souhaite légaliser le cannabis», AFP, Le Monde, 24/11/2021 ; URL : https://www.lemonde.fr/international/article/2021/11/24/la-nouvelle-coalition-a-la-tete-de-l-allemagne-souhaite-legaliser-le-cannabis_6103449_3210.html

91 «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

conseillère spécialiste des addictions et son casier judiciaire ne sera pas entaché[92].

Le Conseil fédéral (organe exécutif) de la **Suisse** a proposé en juin 2020 d'assouplir la législation portant sur les médicaments à base de cannabis. Considérés comme stupéfiants, il est interdit de cultiver, fabriquer, importer ou remettre aux patient·es des médicaments à base de cannabis ou du cannabis à usager médical. Les médecins peuvent toutefois introduire une demande d'autorisation exceptionnelle à l'Office fédéral de santé publique. Le Conseil fédéral considère que la procédure administrative constitue un obstacle dans l'accès au traitement, retarde le début des thérapies et n'est plus adéquate au regard de l'augmentation du nombre de demandes, contraignant une partie des patient·es à se fournir auprès du marché illégal. La culture, la fabrication, la mise sur la marché et l'exportation du cannabis à usage médical seront régis par le système d'autorisation et de contrôle assuré par Swissmedic (Institut suisse des produits thérapeutiques). Une collecte de données sera mise en place afin de suivre l'évolution des prescriptions et évaluer leurs effets. Le remboursement des traitements doit encore être évalué et fera l'objet d'un rapport[93]. Parallèlement, le pouvoir législatif travaille sur l'autorisation d'un essai de distribution contrôlée de cannabis. Le Conseil national suisse (c'est-à-dire la Chambre basse représentant la population suisse) et le Conseil des États (Chambre représentant les cantons) ont autorisé un essai de distribution contrôlée de cannabis en 2020. Le projet-pilote de cinq ans devrait ainsi autoriser la distribution de cannabis (à des fins non-médicales) à des consommateur·rices (majeurs de plus de 18 ans) de quelques grandes villes afin d'en mesurer l'impact sur les consommateur·rices et le trafic. Les projets-pilotes pourraient débuter à l'été 2021, dans le meilleur des cas[94,95]. De plus, la Commission du Conseil national en mai 2021, puis la Commission de la sécurité sociale et de la santé du Conseil des États en octobre 2021, se sont prononcées en faveur de la légalisation du cannabis en Suisse[96]. Un projet de loi devra ensuite être élaboré par le Parlement suisse, qui s'en suivra d'une large consultation, et possiblement un avis du Conseil fédéral et un référendum auprès de la population. Le processus de légalisation pourrait ainsi prendre plusieurs années. Toutefois, l'ensemble des partis politiques semblent s'accorder sur le sujet et une grande partie de la population se déclare favorable à la légalisation[97].

La consommation de cannabis à des fins médicales est autorisée en **Italie** depuis 2013. Les patient·es s'approvisionnent auprès des pharmacies agréées. Depuis janvier 2020, la Sicile a signé un décret annonçant que le coût du cannabis délivré sur ordonnance aux patient·es souffrant de certaines pathologies (sclérose en plaque, douleurs chroniques et paralysie cérébrale) sera pris en charge par le gouvernement sicilien. En décembre 2019, la Cour de cassation italienne a quant à elle statué que l'autoculture à domicile de petites quantités n'était pas un délit, sous couvert que les cultures ne soient pas mises sur le marché, qu'elles soient à destination d'un usage personnel et que les techniques de culture soient artisanales et rudimentaires, créant ainsi une jurisprudence en la matière[98]. Afin de traduire cette jurisprudence en loi, le Parlement a entamé le long travail parlementaire visant à autoriser et encadre la culture à domicile d'un maximum de quatre plants[99].

La situation belge en matière de cannabis est détaillée au chapitre 6.4.

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 2018 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. Dix municipalités ont finalement reçu l'autorisation de mener l'expérience. En juillet 2020, le Gouvernement a lancé un appel à candidatures auprès de cultivateurs candidats. Les municipalités concernées devront au cours des quatre années suivantes superviser la culture du cannabis et sa distribution auprès des coffee shops. Le Gouvernement pourrait élargir le nombre de municipalités participantes, afin de garantir un base scientifique pertinente à l'expérience. Le succès du projet pourrait *in fine* mener à la légalisation du cannabis[100].

Le **Luxembourg** a également entamé le chemin législatif vers la légalisation du cannabis (le cannabis thérapeutique est déjà autorisé). Le ministre de la santé et celui de la justice ont en effet proposé une législation qui, si elle aboutit, permettrait la mise en

92 Article "Norway proposes easing of drugs law in bid to help addicts", Reuters.com, 19/02/2021, URL : https://www.reuters.com/article/us-norway-politics-drugs-idUSKBN2AJ1FM ; Article "La Norvège engage une vaste réforme de dépénalisation des drogues" de Anne-Françoise Hivert, Le Monde, 18/03/2021, URL : https://www.lemonde.fr/international/article/2021/03/18/la-norvege-engage-une-vaste-reforme-de-depenalisation-des-drogues-douces-et-dures_6073581_3210.html?fbclid=IwAR2Pq5-snbUre7JvcB-XdbQxaJsUxiXZqMBI5dNUIQ_lhl1uovV8_7DW0uE

93 Communiqué du Conseil fédéral du 24 juin 2020, URL : https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-79564.html

94 «Des tests de distribution de cannabis devraient avoir lieu», ATS/NXP, Lematin.ch, 12/08/2020, URL : https://www.lematin.ch/story/des-tests-de-distribution-de-cannabis-devraient-avoir-lieu-620398410524

95 Communiqué de presse d'Addiction Suisse, GREA et Fachverband Sucht «Le Parlement est unanime : de nouvelles formes de réglementation du cannabis pourraient bientôt être étudiées» du 23/09/2020, URL : https://www.grea.ch/publications/le-parlement-est-unanime-de-nouvelles-formes-de-reglementation-du-cannabis-pourraient

96 Communiqué de presse «Feu vert à une nouvelle réglementation du cannabis» du 19/10/2021, URL : https://www.parlament.ch/press-releases/Pages/mm-sgk-s-2021-10-19.aspx?lang=1036

97 Article "Le cannabis récréatif fait son chemin en Suisse" de Belga, 01/07/2021, RTBF.be, URL : https://www.rtbf.be/info/societe/detail_le-cannabis-recreatif-fait-son-chemin-en-suisse?id=10796017

98 "Italy: Supreme Court rule on cannabis cultivation and the shame of politicians", de Fuori Luogo, IDPC, 17/01/2020, URL : https://idpc.net/alerts/2020/01/italy-supreme-court-rule-on-cannabis-cultivation-and-the-shame-of-politicians

99 Article «Italy set to decriminalize cultivation of cannabis plants for personal use" de Batchelor, 09/09/2021, Independent, URL : https://www.independent.co.uk/news/world/europe/grow-your-own-cannabis-italy-b1917212.html

100 «Pays-Bas : le gouvernement lance une expérience de culture légale de cannabis», Agence Belga, Sudinfo.be, 06/07/2020, URL : https://www.sudinfo.be/id63638/article/2018-07-06/pays-bas-le-gouvernement-lance-une-experience-de-culture-legale-de-cannabis ; «Pays-Bas : le gouvernement va recruter des cultivateurs de cannabis», Agence Belga, Lesoir.be, 09/06/2020, URL : https://www.lesoir.be/306019/article/2020-06-09/pays-bas-le-gouvernement-va-recruter-des-cultivateurs-de-cannabis.

place d'un marché légal de cannabis. Elle devrait instituer un système de licence pour la production et la distribution de cannabis et réguler la consommation et détention. Deux producteurs devraient bénéficier d'une licence et quatorze magasins privés seraient autorisés à vendre un maximum de 30 grammes par personne majeure par mois. Les magasins bénéficiant d'une autorisation ne pourraient pas vendre de l'alcool ou du tabac. Le texte n'autoriserait cependant pas la culture à domicile, ni la consommation dans les lieux publics ou les lieux où fumer est interdit. L'argent des taxes et amendes pourraient être utilisé pour financier des campagnes de prévention. Le prix de vente pourrait être fixé par le Gouvernement et il est fort probable que les produits du cannabis contiennent un taux de THC faible à moyen. La publicité et la vente en ligne devraient être interdites. Enfin, la vente devrait être réservée aux personnes résidant au Luxembourg depuis au moins six mois, afin d'éviter le tourisme du cannabis. La légalisation est un processus de longue haleine et le Gouvernement entend faire passer la loi d'ici 2023[101]. Cependant, la mise en œuvre du projet a pris du retard, et ce, pour différentes raisons liées à la pandémie de COVID-19, aux relations diplomatiques et aux contraintes internationales. Pour cela, le Gouvernement a décidé en octobre 2021 d'entamer les travaux législatifs en instaurant l'autorisation de cultiver jusqu'à quatre plants de cannabis à des fins de consommation personnelle, par ménage (et par des personnes majeures). Le commerce de graines devrait dès lors être autorisé. Il est important de noter que l'interdiction de consommer en public et l'interdiction de vendre ou céder du cannabis sont maintenues. De plus, le Gouvernement met en place la «décorrectionnalisation» des infractions de consommation, détention, transport en public et acquisition, lorsque la quantité est inférieure ou égale à trois grammes (en l'absence d'indice de vente ou de trafic et/ou d'autres circonstances aggravantes)[102].

Le Gouvernement **maltais** a adopté un cadre législatif pour la légalisation du cannabis qui repose sur l'autorisation de l'autoculture et des Cannabis social clubs[103]. La possession de moins de sept grammes de cannabis par une personne de plus de 18 ans ne sera plus considérée comme une infraction. La consommation de cannabis en public, sauf pour raison médicale, sera cependant passible d'une amende. La culture de maximum 4 plants par résidence sera autorisée, de même que le fait de conserver au maximum 50 grammes de cannabis séché par résidence. Les personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas faire pousser leur propre cannabis pourront devenir membres de Cannabis social clubs[104].

OCÉANIE

La **Nouvelle-Zélande** a 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. Toutefois, la proposition a été rejetée par la population (quoiqu'il faille noter que les résultats étaient relativement serrés avec 48,4 % «pour», 50,7 % «contre»).

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.

PROCHE-ORIENT

Israël a partiellement décriminalisé la consommation récréative de cannabis en 2017, en remplaçant les procédures criminelles par des amendes et/ou une obligation de soins. Une proposition de loi visant à légaliser le cannabis est soutenue par une membre du Parlement. Le texte prévoyait de décriminaliser la possession de moins de 50 grammes de cannabis, tout en légalisant la possession et la consommation d'un maximum de 15 grammes par personne de plus de 21 ans. La vente et l'achat de cannabis et de produits dérivés pour usage personnel seraient légalisés pour les plus de 21 ans et via des magasins autorisés. Toutefois, la culture à domicile resterait illégale. La proposition de loi entendait aussi réformer le cannabis médical[105]. Le texte a été rejeté par le Parlement en juillet 2021. Son auteure entend toutefois poursuivre ses efforts pour légaliser l'usage de cannabis.

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. Le Tableau de bord 2019 présentait quant à lui le **modèle américain**, qui ancre la légalisation du cannabis dans une logique globalement néolibérale. Celui de 2020 présentait quant à lui le **modèle canadien**, ses défis et les leçons à tirer de la légalisation du cannabis.

101 "'Time to try something else' : Luxembourg official tells Euronews on cannabis legislation" de Sandrine Amiel, euronews.com, 10/08/2019, URL : https://www.euronews.com/2019/08/10/time-to-try-something-else-luxembourg-official-tells-euronews-on-cannabis-legalisation ; "The legal situation of cannabis in Luxembourg" de Victor Bercea, straininsider.com, 01/06/2020, URL : https://straininsider.com/legal-situation-cannabis-luxembourg/ ; «L'achat de cannabis limité à 30 grammes par mois» de Jean-François Colin, Luxembourg Wort, 24/02/2020, URL : https://www.wort.lu/fr/luxembourg/l-achat-de-cannabis-limite-a-30-grammes-par-mois-5e53a44ada2cc1784e356d4e

102 Site official du Gouvernement luxembourgeois, URL : https://gouvernement.lu/fr/dossiers.gouv_mj%2Bfr%2Bdossiers%2B2021%2BCannabis.html (consulté le 24/11/2021)

103 Communiqué de presse du Ministère de l'Egalité, de la Recherche et de l'Innovation «New law on the responsible use of cannabis entres into force» du 18/12/2021, URL : https://www.gov.mt/en/Government/DOI/Press%20Releases/Pages/2021/December/18/pr212248en.aspx

104 Article "Cannabis reform : home gorwing and membership associations but no public smoking" de Matthew Wuereb, 06/10/2021, Times Malta, URL : https://timesofmalta.com/articles/view/cannabis-reform-bill-proposes-introduction-of-regularised-source-to.905887 ; Article "Malte : La légalisation du cannabis permettra seulement l'autoculture et les Cannabis clubs" d'Aurélien Bernard, 06/10/2021, Newsweed, URL : https://www.newsweed.fr/malte-la-legalisation-du-cannabis-permettra-lautoculture-et-les-cannabis-clubs/

105 "Cannabis legalization bill clears first hurdle", Time of Israel, 21/06/2020, URL : https://www.timesofisrael.com/cannabis-legalization-bill-clears-first-hurdle/

1.6.2. 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).

1.6.3. DES CONTRAINTES INTERNATIONALES ?[106]

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

106 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. Si l'on adopte l'angle des droits humains, il existe en effet un espace pour la légalisation[107] 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, toujours depuis l'angle des droits humains[108], 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. 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)[109].

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)[110] ;
- Le THC est considéré comme une substance présentant des risques sérieux d'abus et pour la santé publique, avec peu ou pas de valeur thérapeutique (tableau I de la Convention de 1971) ;
- 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

107 Ou dépénalisation, ou décriminalisation.

108 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).

109 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.

110 Les Nations Unies ont décidé en décembre 2020 de retirer le cannabis du tableau IV, reconnaissant ainsi son intérêt thérapeutique. Le cannabis reste cependant classé dans le tableau I de la Convention de 1961 regroupant les substances ayant des propriétés addictives et présentant de sérieux risques d'abus, faisant dès lors l'objet d'un contrôle strict.

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[111]. 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[112]. Elle ignore les recherches scientifiques qui épinglent le potentiel thérapeutique du cannabis (pour apaiser la douleur, certaines formes d'épilepsie, etc. voir chapitre 6.4), 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[113].

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)[114], 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 6.4 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.

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

112 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.

113 À noter que l'OMS a recommandé aux Nations-Unies de reclasser le cannabis, voir chapitre 6.4.

114 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 PLAN DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ ET POUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES 2020-2025

En janvier 2021, la FWB a publié son plan de lutte contre la pauvreté et pour la réduction des inégalités sociales 2020-2025. Celui-ci s'articule autour de deux principes directeurs, à savoir l'inclusion et la prévention. L'inclusion signifie qu'il n'est pas demandé aux individus de s'ajuster au système social, mais que c'est désormais l'institution qui s'assure que chacun·e puisse jouir de l'ensemble de ses droits et participer à la vie en société pleinement et de manière autonome. La FWB entend ainsi se rendre plus accueillante envers les personnes en situation de pauvreté, en tachant de lever les barrières à l'origine de leur exclusion et d'une inégale participation. La prévention quant à elle vise à enrayer les mécanismes de reproduction de la violence économique et sociale, à limiter leurs conséquences, grâce à une approche globale. Pour cela, différentes actions de prévention seront mises en œuvre dès la petite enfance et tout au long du parcours des individus. Dans la perspective de ces principes directeurs, un ensemble de mesures traiteront également la question du non-recours aux droits et services. Le Plan comprend de plus des mesures visant à améliorer la coordination et la mise en réseau des acteurs concernés afin de proposer un accompagnement global des personnes et de leurs situations souvent complexes. Le Plan devra parallèlement s'articuler avec les plans fédéral, wallon et bruxellois de lutte contre la pauvreté,

ainsi qu'avec les autres plans de la FWB, notamment le Plan d'Actions Relatif aux Droits de l'Enfant et le Plan Droits des Femmes. La FWB souhaite inclure davantage les personnes en situation de pauvreté dans l'élaboration des mesures et politiques qui les concernent et ont un impact sur leur vie, afin de consolider les connaissances de la FWB et de développer des services en adéquation avec les besoins et attentes réels de ces publics.

Le Plan se divise ainsi en trois axes, qui comprennent chacun plusieurs mesures, dont :

AXE 1 : Garantir l'accessibilité des services de la FWB et de l'offre des opérateurs partenaires aux personnes en situation de pauvreté

1.1 Améliorer la gratuité de l'offre et renforcer l'ancrage territorial des services

1.2 Accroitre la visibilité des services et augmenter la lisibilité de l'information

1.3 Améliorer l'accueil et la prise en charge administrative des publics

AXE 2 : Prévenir les situations de vulnérabilité tout au long du parcours de vie des publics dans les compétences de la FWB

2.1 Renforcer les actions spécifiques de prise en charge des publics vulnérables

2.2 Améliorer l'accompagnement des publics vulnérables lors des moments de transition
- Développer l'offre de service auprès des publics spécifiques de l'Aide à la jeunesse (Institution public de protection de la jeunesse (IPPJ) et Centre communautaire pour mineurs dessaisis, CCMD) et des Maisons de Justice : alphabétisation et actions culturelles en prison, activités sportives en prison et IPPJ et CCMD, épreuves certificatives en IPPJ, enseignement de promotion sociale pour les justiciables
- Poursuivre l'implémentation du modèle de la désistance (processus de sortie de la dé-linquance) au sein des services de l'Aide à la jeunesse et des Maisons de Justice en portant une attention particulière aux personnes en situation de pauvreté
- Recenser et soutenir les partenariats locaux en vue de favoriser l'accès au logement aux jeunes les plus vulnérables pris en charge par l'Aide à la jeunesse, au moins deux ans avant leur majorité

2.3 Développer des dispositifs de réduction des inégalités scolaires liées à la précarité sociale

AXE 3 : Développer l'expertise de la FWB en matière de lutte contre la pauvreté et de réduction des inégalités sociales

3.1 Développer et valoriser les connaissances de la FWB en matière de lutte contre la pauvreté
- Créer un réseau d'échange de connaissances/de données en matière de pauvreté et d'inégalités sociales en collaboration avec les observatoires régionaux, le secteur académique et les acteurs de terrain
- Diagnostiquer l'état de la pauvreté et des inégalités sociales au travers de la définition d'indicateurs synthétiques propres à la FWB ; identifier les publics cibles et étudier leurs caractéristiques et leurs trajectoires de vie
- Impulser et soutenir des recherches sur des problématiques et des publics spécifiques en lien avec les compétences de la FWB
- Mener une étude sur l'effet, à moyen et long terme, de la crise sanitaire de la Covid-19 sur l'augmentation de la pauvreté et le creusement des inégalités sociales en FWB

3.2 Améliorer la gouvernance et le pilotage des politiques et mesures en lien avec la pauvreté
- Mesurer l'impact des politiques et mesures en vigueur de la FWB sur la pauvreté et la réduction des inégalités sociales.
- Prendre en compte la parole des personnes en situation de pauvreté (besoins, attentes, écueils, etc.) dans l'élaboration et l'évaluation de l'offre de service via la création d'espaces de concertation et/ou l'intégration de représentants au sein d'instances de la FWB

3.3 Outiller les (futurs) professionnel·les face aux situations d'inégalités sociales et de pauvreté
- Définir et lancer une campagne de sensibilisation multicanal afin de conscientiser les agents et professionnels de la FWB à la problématique de la pauvreté
- Intégrer la dimension de lutte contre la pauvreté et de la réduction des inégalités sociales dans la formation initiale des futurs professionnels de la FWB

La mise en œuvre et le suivi du plan sont coordonnés par la Cellule pour la réduction des inégalités sociales et pour la lutte contre la pauvreté. Deux rapports de suivi sont prévus à la mi-législature puis six mois avant le terme du plan. Une évaluation finale et indépendante, réalisée par des expert·es externes, est également prévue. Le plan est conçu comme un outil ouvert et évolutif, qui peut être actualisé en fonction des besoins nouveaux ou non rencontrés par les personnes en situation de pauvreté, et des problématiques émergentes.

2.3

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[115]. 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. 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[116].

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 :

- Depuis 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.

- Depuis 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 ou 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.

- Depuis 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 ou une tabacologue reconnue.

Suite à cet appel à projet, 38 établissements ont été sélectionnés pour bénéficier de ce dispositif à la rentrée 2019[117]. 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.

115 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.

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

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

2.4

LUTTE CONTRE LE DOPAGE

En 2003, les États parties de l'AMA (Agence mondiale antidopage) ont adopté le Code mondial antidopage, mis à jour en 2019[118]. Le Code poursuit deux objectifs principaux :

1) Protéger le droit fondamental des sportifs de participer à des activités sportives exemptes de dopage, et ainsi de promouvoir la santé, l'équité et l'égalité des sportifs du monde entier ;
2) Veiller à l'harmonisation, à la coordination et à l'efficacité des programmes antidopage aux niveaux international et national afin de prévenir le dopage.

Ces programmes antidopage comprennent plusieurs volets, à savoir :

- Éducation : sensibiliser, informer, communiquer, inculquer des valeurs, développer des compétences essentielles et des capacités décisionnelles afin de prévenir les violations intentionnelles ou non intentionnelles des règles antidopage ;
- Dissuasion : détourner les contrevenants potentiels en veillant à ce que des règles et des sanctions solides soient en place et connues de tous les partenaires ;
- Détection : un bon système de contrôles et d'enquête non seulement renforce l'effet dissuasif, mais est également efficace pour protéger les sportifs propres et l'esprit sportif en identifiant ceux qui commettent des violations des règles antidopage, tout en visant à décourager toute personne qui s'engage dans un comportement dopant ;
- Mise en application : poursuivre et sanctionner les personnes s'étant rendues coupables de violations des règles antidopage ;
- Règle de droit : veiller à ce que tous les partenaires concernés acceptent d'être liés par le Code et les standards internationaux, et à ce que toutes les mesures prises en application de leurs programmes antidopage respectent le Code, les standards internationaux et les principes de proportionnalité et des droits de l'Homme.

Le Code liste les différentes substances et méthodes interdites en et hors compétition. Les agents anabolisants, les hormones, facteurs de croissance 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 : la manipulation de sang ou de composants sanguins (y compris l'amélioration du transfert d'oxygène), la manipulation chimique et physique, et le dopage génétique et cellulaire. Les stimulants, les narcotiques, les cannabinoïdes (sauf le cannabidiol ou CBD), 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 des bétabloquants[119].

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 ou la sportive 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.

La Convention est appliquée par le décret relatif à la lutte contre le dopage adopté par la FWB, dont les compétences comprennent la lutte contre le dopage dans le sport. Un nouveau décret a été adopté en juillet 2021. Le décret s'applique aussi bien aux sportif·ves amateurs que professionnels. 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.

Ce décret comporte deux volets principaux. Le premier concerne l'éducation, l'information et la prévention en matière de lutte contre le dopage. La FWB s'engage à élaborer, mettre en œuvre, évaluer et promouvoir un programme cohérent d'éducation, d'information et de prévention. Le programme vise à promouvoir et inculper les valeurs et principes du sport propre et sans dopage, à préserver l'esprit sportif et à protéger la santé des sportif·ves et leur droit de concourir sur un pied d'égalité. De plus, il sensibilise, fournit des informations exactes et de développer les capacités décisionnelles des sportifs, notamment celles des personnes mineures et des sportif·ves amateurs, afin de prévenir toute violation intentionnelle ou involontaire des règles antidopage. Les organisations sportives, les sportif·ves, le personnel d'encadrement, les organisateurs, les responsables des salles de fitness, les médecins contrôleurs, etc. sont invités à prendre activement part à la mise œuvre, le développement et/ou la promotion dudit programme. Chaque organisation sportive diffuse auprès de son personnel et de ses affilié·es les principes et obligations liés au décret et à la Convention.

Le second volet porte sur les mesures de lutte contre le dopage. Le décret rappelle que la pratique du dopage est interdite, ce qui comprend :

- La présence d'une substance interdite, de ses métabolites ou de ses marqueurs dans un échantillon fourni par un ou une sportif·ve ;
- L'usage ou la tentative d'usage d'une substance interdite ou d'une méthode interdite ;
- Se soustraire, refuser ou ne pas se soumettre au prélèvement d'un échantillon ;
- Manquements aux obligations en matière de localisation de la part d'un ou d'une sportif·ve ;
- La falsification ou la tentative de falsification de tout élément du contrôle de dopage ;

118 Le Code est consultable à l'adresse : https://www.wada-ama.org/sites/default/files/resources/files/wada_anti-doping_code_2021_french_v9.pdf

119 Voir le site de l'Agence mondiale antidopage, à l'adresse : https://www.wada-ama.org/fr/content/liste-des-interdictions

- La possession d'une substance interdite ou d'une méthode interdite par un ou une sportif·ve ou une autre personne ;
- Le trafic ou la tentative de trafic d'une substance interdite ou d'une méthode interdite ;
- L'administration ou la tentative d'administration, par un ou une sportif·ve ou une autre personne, en compétition, d'une substance ou une méthode interdite, ou l'administration ou la tentative d'administration, hors compétition d'une substance ou une méthode interdite hors compétition ;
- La complicité ou la tentative de complicité ;
- L'association interdite de la part d'un sportif ou d'une autre personne ;
- Les actes commis par un ou une sportif·ve ou une autre personne pour décourager les signalements aux autorités, ou les représailles à l'encontre de tels signalements.

La FWB 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[120]. Le décret décrit les infractions punissables et charge la Commission de la Communauté française de délivrer les autorisations 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 institue également une instance disciplinaire, la CIDD (Commission interfédérale disciplinaire en matière de dopage), qui a la forme d'une association sans but lucratif. Elle assure notamment l'indépendance et l'impartialité de ses juges disciplinaires, garantit le respect des droits de la défense et prévoit une procédure d'audition équitable et contradictoire, dans un délai raisonnable.

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 en 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».

120 À noter que les contrôles ne sont pas le seul apanage de l'ONAD, et celle-ci peut conclure des conventions avec d'autres organisations antidopage et d'autres autorités publiques belges, européennes ou internationales.

3 LE CONTEXTE BRUXELLOIS

N.B. : Les élections législatives de 2019 ont abouti à la formation d'une coalition entre le Parti socialiste (PS), Ecolo-Groen, Open-Vld, Défi et one.brussels. Les accords des Gouvernements 2019-2024 de la COCOM, de la Région de Bruxelles-Capitale et de la COCOF sont décrits dans le Tableau de bord 2019.

Suite à la 6e Réforme de l'État, les entités fédérées bruxelloises ont hérité de nombreuses compétences, notamment en promotion de la santé, prévention, assuétudes, soins de santé et santé mentale. La nouvelle législature s'est accompagnée d'une volonté d'élaborer un Plan social-santé bruxellois, porté de concert par l'ensemble des entités politiques bruxelloises. Un nouveau plan bruxellois de lutte contre la pauvreté doit être adopté et mis en œuvre. La COCOM a entamé la réforme de la première ligne de soins et la COCOF poursuit la mise en œuvre de son plan de promotion de la santé et prévoit de réformer le décret ambulatoire. La crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID-19 en 2020 a considérablement bouleversé les programmes politiques ; les mesures de gestion de la crise sanitaire et les mesures générales prises par les Gouvernements s'entrecroisent dès lors.

N.B. : Les effets de la crise sanitaire et des mesures prises par les autorités publiques sur les usages de drogues, les usager·es, les inégalités sociales de santé et les services social-santé spécialisés et non spécialisés sont détaillés dans le focus thématique au chapitre 8.

3.1 LE PLAN DE RELANCE ET DE REDÉPLOIEMENT DE LA RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

Face aux conséquences sociales, économiques, sanitaires et environnementales de la pandémie de COVID-19 au printemps 2020, les différents Gouvernements ont élaboré des plans de relance et de redéploiement post-crise. L'avènement de la seconde vague en automne 2020 a cependant mis en pause ces plans et détourné l'attention des Gouvernement vers la gestion de celle-ci.

Le Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale (RBC) a présenté son plan de relance et de redéploiement le 7 juillet 2020 afin de faire face à la pandémie de COVID-19 et ses conséquences[121]. Élaboré avant la deuxième vague de l'épidémie par un comité de pilotage réunissant l'ensemble des cabinets ministériels, ce plan doit permettre le redémarrage progressif et sûr de toutes les activités à court, moyen et long terme.

La crise sanitaire a eu des effets considérables sur le renforcement des inégalités et de la vulnérabilité de personnes déjà précarisées. La réponse socio-économique à la crise est précédée par l'urgence de permettre au système sociosanitaire de faire face à la crise. Celui-ci doit être soutenu afin de faire face aux effets de la crise sanitaire, notamment le report des soins de santé physique et mentale. Il doit être renforcé et, le cas échéant, adapté, pour qu'il puisse être plus efficace face à ce type de pandémie et ses effets. Le Gouvernement relève aussi qu'il lui faut tirer les leçons de la crise, en adressant les situations difficiles qu'elle a révélé, en particulier les besoins d'encadrement et de places supplémentaires au sein des milieux d'hébergement (maisons de repos, accueils de personnes porteuses d'un handicap, etc.).

Le Gouvernement bruxellois compte tirer de cette crise un momentum en relevant les défis et opportunités qu'elle a visibilisés, notamment : la revalorisation des fonctions essentielles dans l'aide et les soins aux personnes et les services à la société, la transition économique, la qualité de l'emploi, le processus d'inclusion global, le renforcement des solidarités à l'échelle des quartiers, l'accélération de la production de logements publics et l'amélioration de l'accès et de la qualité du logement pour toutes et tous.

Le projet régional s'articule autour de trois enjeux centraux :

1) Soutenir les publics les plus fragilisés, qui sont particulièrement vulnérables aux effets de la crise : les personnes ayant un faible revenu, les personnes vivant seules et les familles monoparentales, les travailleur·ses en incapacité de travail ou sans emploi… De plus, les femmes étant généralement plus exposées que les hommes, le Gouvernement veillera, de manière transversale, à être attentif aux questions de genre et à l'égalité entre les femmes et les hommes. La crise a également mis en exergue et souvent aggravé les disparités socio-spatiales préexistantes et interdépendances (i.e. le «croissant pauvre» de Bruxelles ;

121 Compte rendu intégral, Séance plénière du 17/07/2020, Parlement de la Région de Bruxelles-Capitale, URL : http://weblex.irisnet.be/data/crb/cri/2019-20/00029/images.pdf

2) Contrer les conséquences sociales et économiques de la crise. La pandémie s'est traduite par une réduction drastique des activités économiques, en particulier les secteurs de l'Horeca, des arts, du spectacle et des activités récréatives, de la construction, du commerce de gros et de détail et les activités de service administratif et de soutien qu'une majorité de Bruxellois·es occupent. L'impact de la crise est donc différencié entre secteurs professionnels. Il l'est également entre groupes de travailleur·ses. Les travailleur·ses précarisés ont été particulièrement touchés par l'accroissement des inégalités qui a aggravé leur situation et exercent de plus des métiers dans les secteurs les plus touchés. Les conditions de travail, en particulier en première ligne de la crise (personnel soignant, personnel dans les grandes surfaces, aides à domicile, etc.). L'épuisement de ces travailleur·ses doit faire l'objet d'une grande attention et leurs conditions de travail doivent être revalorisées. Le Gouvernement entend parallèlement veiller à ce que la reprise économique ne s'opère pas au dépend de ses objectifs de transition vers une économie plus respectueuse de l'environnement et plus durable ;

3) Changements de comportements et résilience sociale, économique et environnementale face aux crises futures, qui passera par le renforcement et la promotion des modes de transport actifs et en commun, la stimulation de la vie de quartier (en protégeant les petits commerces locaux), la délivrance plus rapide et massive de logements sociaux de qualité et d'espaces verts et de loisirs proches à destination des populations précarisées pour lesquelles le confinement a été difficile, etc.

En complément, le Gouvernement a épinglé cinq objectifs transversaux à l'ensemble des mesures :

1) Les mesures doivent être équitables et inclusives ; elles contribuent aux objectifs de promotion de la diversité, de lutte contre toute forme de discrimination et d'égalité des chances ;

2) Les mesures permettent de contribuer de façon directe ou indirecte aux objectifs de la Région en matière de lutte contre le changement climatique et de biodiversité ;
3) Les mesures doivent permettre de préserver les emplois et/ou créer des emplois durables ;

4) Les budgets investis par le Gouvernement doivent bénéficier à l'économie réelle et locale bruxelloise, notamment les projets contribuant à la transition vers une économie décarbonnée, circulaire, régénérative et sociale ;

5) Les mesures répondent à un besoin d'adaptation de la RBC aux crises sociales, économiques, sanitaires et environnementales et visent à les prévenir.

Les mesures se déclinent en trois axes : la transition socio-économique et emploi, les politiques sociales et de santé, et développement territorial et environnement. Plus spécifiquement, l'axe consacré aux politiques sociales et de santé comprend 10 mesures en plus des mesures transversales, dont :

- Non-accès aux droits : la crise sanitaire ayant renforcé les inégalités socio-sanitaires, il est nécessaire de s'assurer que tous les Bruxellois·es touchés puissent avoir accès aux droits sociaux fondamentaux et aux aides existantes, y compris l'aide médicale (urgente ou non) ;
- Première ligne : la pandémie a entraîné une augmentation des reports des soins et des besoins sociaux et sanitaires, provoquant une augmentation de la charge travail des services sociaux et sanitaires de première ligne. La crise aggrave ainsi non seulement la surcharge de travail préexistante, mais également les situations déjà complexes qu'ils prennent en charge ;
- Santé mentale : la crise entraîne sur le court, moyen et long terme une nette augmentation des problèmes de santé mentale, en particulier auprès des personnes fragiles. Le plan prévoit notamment de renforcer l'offre de soins en service de santé mentale et en équipe mobile, ainsi que l'accessibilité bas seuil aux soins de santé mentale. Il entend aussi investir dans la mobilité bas seuil en matière d'assuétudes ;
- Lutte contre le sans-abrisme : la crise a visibilisé les limites des politiques d'aide aux sans-abri menées jusqu'à présent ; de plus, la pandémie a participé à précariser un plus grand nombre de ménages. En conséquence, les mesures du Gouvernement comprennent entre autres le renforcement de l'accès structurel, de l'aide et de l'accompagnement vers le logement et le maintien dans ledit logement, ou encore l'amélioration de la qualité des infrastructures d'hébergement collectif des personnes sans-abri ;
- Maintien d'une offre hospitalière de qualité, capable de faire face aux résurgences de cas de COVID-19. En dehors des périodes de crise, le Gouvernement souhaite poursuivre les chantiers déjà entamés en matière de réseautage hospitalier, de révision des normes, d'amélioration de la complémentarité avec la première ligne de soin et les soins résidentiels, etc.
- Soutien des services publics et des professionnel·les du secteur : il s'agit de renforcer et préserver l'offre de services à la population, les emplois et les activités de nombreux, notamment en élaborant une politique de gestion des risques sanitaires régional en articulation avec les plans d'urgence sanitaires fédéraux et en valorisant le secteur non-marchand (en dehors de hôpitaux).

3.2

LES STRATÉGIES CONCERTÉES COVID-19 DE LA COCOF

La crise sanitaire a accentué les enjeux de promotion de la santé antérieurs ; elle a notamment participé à la dégradation des déterminants jouant sur la santé des populations les plus précarisées. Les inégalités sociales, notamment celles basées sur le genre, se sont aggravées. Le contact des services avec les publics cibles se sont aussi délité au cours différentes phases de confinement et de distanciation sociale.

Face à ces constats, le cabinet de la ministre Barbara Trachte et l'administration de la COCOF ont souhaité la production d'outils de communication et de sensibilisation autour de la COVID-19 avec les associations bruxelloises de promotion de la santé. De cette impulsion est née la volonté de réfléchir à des stratégies concertées s'inspirant de la réduction des risques et prenant en compte la santé mentale, sociale et physique. L'administration a rassemblé plusieurs institutions autour de trois pôles :

1) Actions locales (Centre Bruxellois de Promotion de la Santé – CBPS asbl, Fédération Bruxelloise de Promotion de la Santé – FBPS asbl, Culture&Santé asbl, Question Santé asbl)
2) Milieux festifs (réseau Safe Ta Night – Modus Vivendi asbl)
3) Jeunesse (secteur de l'Aide à la jeunesse)

De plus, Réso UCLouvain a été chargé de l'évaluation de la concertation. Le comité de pilotage est composé de Culture&Santé asbl, Question Santé asbl, du FBPS, du CBPS, du réseau Safe Ta Night et de Réso UCLouvain, et organisé par le CBPS. Le comité d'accompagnement regroupe le comité de pilotage, le Cabinet Trachte, l'administration de la COCOF et d'organismes invités.

La concertation dû ajuster ses objectifs, contrainte par à la durée du financement[122]. Plusieurs objectifs ont été poursuivis, à travers des actions réalisées par les membres du comité de pilotage tout au long de l'année 2021, visant à faire face à l'urgence, notamment en matière de promotion des gestes barrières et de la vaccination :

- Élaborer un diagnostic du vécu, des besoins et des pratiques des publics finaux priorisés au regard de la pandémie ;
- Élaborer un diagnostic du vécu, des besoins et des pratiques des relais priorisés au regard de la pandémie ;
- Développer des outils de communication, de sensibilisation, d'animation et de formation en réponse aux besoins créés par la pandémie ;
- Former et accompagner les relais à répondre aux besoins des publics finaux dans une démarche de promotion de la santé ;
- Mener des actions communautaires et d'*outreach* dans les milieux de vie de certaines populations prioritaires ;
- Monitorer, évaluer et adapter les objectifs, les stratégies et les actions ;
- Mener une concertation avec les acteurs mettant en œuvre des actions communautaires (concertation qui débouchera sur un rapport fait aux acteurs et au Parlement francophone bruxellois en 2022) ;

Les stratégies concertées entendent notamment participer à construire des liens de collaboration pour appuyer les stratégies de prévention de la COVID-19 dans une démarche de renforcement du pouvoir d'agir des personnes et collectivités, et ainsi promouvoir la santé des populations en contexte pandémique.

Pour cela, la concertation clôturera son travail avec un ensemble de recommandations en matière de politiques publiques[123,124].

122 Les financements prenant fin en décembre 2021, la concertation a été contrainte de revoir ses ambitions à la baisse. L'un des objectifs initiaux, qui poursuivait une vision à long terme, était de renforcer le pouvoir d'agir des populations et des collectivités en contexte pandémique.

123 Zoé Boland, chargée de projets, FBPS asbl, communication personnelle, 07/12/2021.

124 Article «La promotion de la santé, dans les stratégies concertées de prévention du COVID-19», interview de la ministre Barbara Trachte, d'Anoutcha Lualaba Lekede, Bxl Santé n°5, 01/03/2021, URL : https://questionsante.org/articles-bxl-sante/la-promotion-de-la-sante-dans-les-strategies-de-prevention-du-covid-19/

3.3

LA DÉCLARATION DE POLITIQUE GÉNÉRALE DE LA RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE DU 21 OCTOBRE 2021

Le ministre-président de la Région de Bruxelles-Capitale a présenté la déclaration de politique générale (DPG) pour l'année 2021-2022 au Parlement bruxellois le 21 octobre 2021[125]. Le Gouvernement poursuivre la politique entamée en privilégiant ses quatre priorités régionales majeures, à savoir le logement, le climat, la mobilité et l'économie emploi.

La lutte contre le sans-abrisme comprend le financement de la coordination de l'élaboration des conventions d'occupation temporaire et démarches de mise en conformité, de l'aménagement ou petites rénovations ou mise en conformité des logements mobilisés et des espaces d'accueil collectif qualitatifs, ainsi que du renforcement des opérateurs psychosociaux (notamment *housing first* et guidance à domicile).

Le Gouvernement entend poursuivre ses efforts pour garantir l'exercice effectif des droits sociaux et l'accès à des soins de qualité, notamment en décloisonnant les compétences social-santé. Les mesures visant à soutenir les personnes les plus précarisées et lutter contre le non-recours aux droits sociaux et contre la précarité énergétique, débutées en 2021, se poursuivront en 2022 (augmentation de la subvention des CPAS, prévenir l'endettement auprès des fournisseurs d'énergie, etc.).

Le Gouvernement maintient également l'augmentation de l'offre de travail mobile en santé mentale et l'accessibilité bas

125 La Déclaration est consultable à l'adresse : https://rudivervoort.brussels/wp-content/uploads/2021/10/DPG-211021.pdf

seuil au soin de santé mentale. Le numéro d'urgence sociale est quant à lui prolongé.

En matière d'égalité des chances, le Gouvernement prévoit quatre volets, à savoir :

1) La mise en œuvre de plusieurs plans d'actions : le premier plan bruxellois de lutte contre les violences faites aux femmes, le premier plan bruxellois de soutien à la monoparentalité et le plan d'inclusion des personnes LGBTQIA+ ;
2) L'application des plans d'actions basé sur des obligations légales, c'est-à-dire le plan handistreaming et le plan genderstreaming ;
3) Le soutien au secteur associatif actif en matière de lutte contre le racisme et les discriminations, accessibilité et handicap, droits des femmes et lutte contre les violences faites aux femmes et LGBTQIA+ ;
4) La codification unique des législations bruxelloises relatives à la lutte contre le racisme et les discriminations et la promotion de la diversité : évaluer, renforcer et coordonner le cadre réglementaire.

3.4

LA DÉCLARATION DE POLITIQUE GÉNÉRALE DE LA COCOF DU 29 OCTOBRE 2021

La ministre-présidente du Gouvernement francophone bruxellois a exposé la Déclaration de politique générale de la législature 2020-2021 au Parlement francophone bruxellois le 29 octobre 2021[126]. La DPG souligne l'importance et la rôle central du secteur non-marchand dans la qualité de vie de la population bruxelloise ; il est dès lors essentiel de le soutenir et de renforcer les travailleur·ses actifs sur le terrain. La ministre-présidente espère que le nouvel accord du non-marchand pourra être notamment centré sur l'harmonisation et la revalorisation des conditions salariales et sur le renforcement de la transition par la mobilité intrabruxelloise.

Via le travail du milieu associatif bruxellois, la COCOF entend contribuer au déploiement d'une première ligne social-santé intégrée et qui va à la rencontre des publics fragilisés ou isolés. La DPG relève l'importance de développer l'offre de services de proximité, de médiation de dettes, d'aide à domicile, de santé mentale ou encore des maisons médicales. Favoriser les démarches de santé communautaires et renforcer les actions de promotion de la santé sont des actions tout aussi centrales.

Les centres de médiation de dettes et les centres d'action sociale globale (CASG), qui jouent un rôle fondamental dans l'accès aux droits et, de cette manière, dans la lutte contre les inégalités, ont été renforcés conséquemment à la crise de la COVID-19 et le Gouvernement prévoit de pérenniser ce renforcement.

La crise sanitaire s'est également accompagnée du renforcement du secteur de la santé mentale, via le financement de nouveaux projets et modes d'action. Ces moyens supplémentaires visant à soutenir la mobilité des soins de santé mentale vers les personnes en difficulté deviendront structurels.

En matière de santé, le Plan stratégique de promotion de la santé 2018-2022 (voir chapitre 3.10) est en cours s'évaluation et fera donc l'objet d'une révision sous la législature. La ministre-présidente a indiqué souhaite que le plan soit rendu davantage lisible et soit simplifié.

Le Gouvernement entend de plus favoriser et accompagner les primo-arrivant·es, qui passera par l'amélioration des conditions de l'entrée en vigueur du parcours d'accueil obligatoire et l'élargissement du public ayant accès au parcours d'accueil.

Le soutien à la généralisation de l'éducation de l'éducation à la vie relationnelle et affective et sexuelle (EVRAS) se poursuivra en 2022, de même que la mise en œuvre du Plan intrafrancophone de lutte contre les violences sexistes et intrafamiliales avec la Fédération Wallonie-Bruxelles et la Région wallonne.

126 La DPG est consultable à l'adresse : https://www.parlementfrancophone.brussels/documents/compte-rendu-de-la-seance-pleniere-du-29-octobre-2021/document

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

Gérer l'épidémie de COVID-19 a exigé l'adoption de mesures urgentes inédites, dont il a pu être difficile de présager ou limiter les conséquences néfastes. Un jeu d'essai et erreur s'est mis en place au fur et à mesure que les données scientifiques rendaient compte de la réalité, entraînant des ajustements constants en matière de gestion de l'épidémie et ses conséquences.

Le manque systémique de considération et de soutien envers la promotion de la santé dans le renforcement des inégalités sociale de santé, avant la crise et pendant celle-ci (voir le chapitre 8 du Tableau de bord 2020). S'il est nécessaire de répondre aux urgences sociales, économiques, sanitaires et environnementales, il est tout aussi central d'engager un réel travail de fond et de long terme. Seul un tel travail, en effet, qui renforce la littératie en santé de la population, promeut une communication non paternaliste et adaptée à l'ensemble des publics cibles, et agit en amont sur l'ensemble des déterminants de la santé, est à même de prévenir la propagation du virus, de nourrir la résilience de la population face aux crises présentes et à venir, et de lutter contre la perte de confiance et de patience de la population.

La problématique des assuétudes ne doit pas être abordée que sous l'angle de la prise en charge en bas seuil et via une approche santé mentale. Ces dispositifs sont évidemment indispensables en temps ordinaires et d'autant plus pour traiter les effets de la crise sur les usager·es de drogue porteurs d'une comorbidité et/ou les usager·es les plus précarisés ou souffrant du confinement. Ils font toutefois partie d'un continuum prévention-réduction des risques-soins qui intervient tout au long du parcours des usager·es de drogues.

Certains effets de la crise sur l'usage de drogues légales et illégales ne sont pas encore visibles, à la fois parce que les données épidémiologiques ne sont actuellement pas représentatives de la situation, et parce qu'il existe un (parfois long) temps de latence entre le développement d'une consommation problématique et la recherche d'aide. Afin de prévenir plutôt que guérir, afin d'éviter de créer des environnements propices au développement d'une consommation problématique, de détecter précocement les consommations problématiques et de réduire efficacement les risques liés à la consommation de drogues, il est nécessaire de :

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

3.5

RÉDUCTION DES RISQUES EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

MODIFICATION DU DÉCRET AMBULATOIRE DE 2009

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 (voir chapitre 3.9), 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 tableau). L'équipe doit être pluridisciplinaire et comprendre des minima d'équivalents temps plein en fonction médicale, psychologique, sociale, infirmière, et accueil/administration. Le service doit également respecter une série d'obligations, notamment quant à l'aménagement des locaux (logique des trajectoires, sécurité), la collaboration avec les établissements hospitaliers, les services ambulatoire (en particulier actifs en toxicomanie), ou encore la cohabitation avec le voisinage. Le service doit également conclure une convention de collaboration avec la zone de police concernée et le service de prévention de la commune concernée (le contenu de la convention sera déterminé par le Collège). Les auteurs de la proposition de décret, avec notamment le soutien d'Ecolo, souhaitent poursuivre un travail d'harmonisation juridique auprès des autres niveaux de pouvoir bruxellois[127].

127 Compte rendu de la séance plénière du 26 avril 2019, Parlement francophone bruxellois.

FINALITÉS ET ACTIVITÉS D'UN SERVICE ORGANISANT UNE SCMR D'APRÈS LE DÉCRET DE 2009

Concernant les usager·es

- Réduire les risques de surdose (létale ou non), d'infections et d'autres complications liées à la consommation de drogues en procurant un environnement respectant des règles d'hygiène fondamentales, en fournissant du matériel stérile et en supervisant la consommation
- Encourager les usagers à pratiquer des dépistages de maladies infectieuses (VIH, hépatites notamment) afin de connaître leur statut sérologique
- Améliorer l'accès aux soins somatiques, psychologiques et l'accès aux traitements des dépendances des usager·es les plus précaires en favorisant leur inscription dans le circuit de soins et les services socio-sanitaires (orientations)
- Stabiliser les usager·es en leur donnant accès à un suivi social pour favoriser leur réinsertion et restaurer leur dignité
- Constituer une porte d'entrée vers la remise en ordre socio-administrative et l'hébergement
- Créer et maintenir un lien social avec des personnes marginalisées, voire exclues du système de droit commun

Concernant l'environnement

- Améliorer la tranquillité publique et le cadre de vie pour les riverain·es
- Réduire les consommations de drogues et les nuisances associées dans l'espace public
- Diminuer la visibilité de l'usage notamment liées aux scènes ouvertes de consommation
- Diminuer la présence de seringues et des déchets associés à la consommation dans l'espace public

ORDONNANCE BRUXELLOISE D'AGRÉMENT ET SUBVENTIONNEMENT DES SERVICES DE RÉDUCTION DES RISQUES

Au Parlement bruxellois en juin 2021, plusieurs député·es, Zoé Genot, Julien Uyttendaele, Juan Benjumea Moreno, Els Rochette, Khadija Zamouri et Nicole Bomele Nketo, ont déposé une proposition d'ordonnance relative à l'agrément et au subventionnement des services actifs en matière de réduction des risques liés aux usages de drogues. Le Parlement a adopté l'ordonnance en juillet 2021[128]. Celle-ci énumère de manière exhaustive les différentes activités qui peuvent être menées par un service agréé, à savoir :

1) L'information, la sensibilisation et l'éducation des usager·es de drogues, de la population en général et des acteur·rices sociosanitaires, psychosociaux, scolaires et socioculturels en matière de risques liés à l'usage de drogues et des moyens de les réduire ;

2) L'orientation des usager·es de drogues vers les services sociaux et les services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en œuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique permettant une gestion de l'assuétude, une amélioration de leur état de santé physique et psychique et une insertion sociale ;

3) Le dépistage et la promotion du dépistage, sous toutes ses formes, de maladies infectieuses (VIH et hépatites, notamment) ;

4) La promotion et la distribution, y compris sur la voie publique, de matériel et de produits de santé destinés à la réduction des risques ;

5) La promotion et la supervision des comportements, des gestes et des procédures de prévention des risques de surdose (létale ou non), d'infections et d'autres complications liées à la consommation de drogues, y compris dans une salle de consommation à moindre risque. La supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risque, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances psychoactives ou classées comme stupéfiants afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation ;

6) La gestion d'une salle de consommation à moindre risque ;

7) La participation à l'analyse, à la veille et à l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées.

L'Ordonnance précise également que les personnes (y compris les travailleur·ses sociaux, les professionnel·les de la santé, les volontaires, les jobistes étudiants et les pairs usager·es) et services exerçant des actions de réduction des risques dans son cadre ne peuvent être poursuivies pour une infraction à la loi de 1921.

Les premiers agréments seront octroyés pour une durée d'un an renouvelable ; un agrément définitif sera octroyé après évaluation, pour une durée illimitée. De plus, Iriscare prépare et suit l'agrément et le subventionnement, ainsi que les missions d'inspection et de contrôle des services organisant une salle de consommation à moindre risque.

128 Ordonnance relative à l'agrément et au subventionnement des services actifs en matière de réduction des risques liés aux usages de drogues du 22 juillet 2021, URL : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/api2.pl?lg=fr&pd=2021-08-10&numac=2021042608

3.6

SÉCURITÉ ET PRÉVENTION EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

3.6.1. BRUXELLES PRÉVENTION & SÉCURITÉ

La 6e Réforme de l'État a renforcé les compétences des Régions en matière de politiques de prévention et de sécurité. C'est dans ce cadre que la Région de Bruxelles-Capitale (RBC) a décidé de créer un nouvel Organisme d'intérêt public (OIP) baptisé «Bruxelles Prévention & Sécurité» par l'Ordonnance du 28 mai 2015[129]. Ce Service autonome régional est directement sous l'autorité du Ministre-Président Rudi Vervoort et a notamment pour objectif «d'améliorer la concertation et la coordination des politiques en matière de sécurité» dans la RBC[130].

Bruxelles Prévention & Sécurité (BPS) inclut en son sein l'Observatoire bruxellois pour la Prévention et la Sécurité qui assure, depuis 2010, le suivi et l'évaluation des politiques en matière de sécurité et qui réalise des études thématiques à la demande.

La création de BPS doit permettre l'organisation d'une gestion administrative centralisée et transversale de la sécurité à Bruxelles, ainsi que le développement d'une politique régionale en matière de sécurité. L'OIP coordonne également les différents opérateurs de la chaîne de prévention et de sécurité à l'échelle de la Région. Enfin, il a rédigé le Plan global de sécurité et de prévention (PGSP) et assure la coordination de sa mise en œuvre en rendant compte des mesures exécutées aux autorités compétentes[131].

129 Ordonnance du 28 mai 2015 créant un organisme d'intérêt public centralisant la gestion de la politique de prévention et de sécurité en RBC.
130 Déclaration de politique générale Du gouvernement de la Région de Bruxelles-capitale, 15/10/2014.
131 Site officiel be.brussels, URL : http://be.brussels/a-propos-de-la-region/les-organismes-regionaux/bruxelles-prevention-et-securite

3.6.2. LE PLAN GLOBAL DE SÉCURITÉ ET DE PRÉVENTION 2021-2024

Le PGSP se situe entre le Plan national de sécurité (qui découle directement de la Note-cadre de sécurité intégrale 2016-2019 du Gouvernement fédéral, voir chapitre 1.2.1. Le cadre politique fédéral) et les Plans zonaux de sécurité. Il se concrétise sur la période 2021-2024 et sert de cadre de référence stratégique aux différents plans zonaux et locaux. Le PGSP n'est pas strictement un plan policier, mais entend définir un cadre stratégique global pour l'ensemble des acteurs.

Le plan a été élaboré par Bruxelles Prévention & Sécurité, sur base des points d'attention et leçons apprises du bilan du PGSP précédent[132].

DROGUES ET ASSUÉTUDES

L'une des dix thématiques-phare du PGSP concerne les «Drogues et assuétudes». Le plan considère à la fois les produits psychotropes licites et illicites. Il souligne la plus forte vulnérabilité des personnes en situation de précarité (sans-abris, sans papiers, sortants de prison) et la nécessité de mettre en œuvre des mesures adaptées afin d'améliorer leur prise en charge et leur (ré)insertion sociale et socio-professionnelle. Certains milieux requièrent de plus une approche adaptée et spécifique, notamment les écoles, les prisons et les milieux virtuels. Le plan statue enfin que la prise en charge des problématiques d'assuétudes doivent inclure des mesures relevant tant de la prévention, de l'assistance, de la réduction des risques, que de l'insertion sociale et la répressions.

Les acteurs de la prévention et de la sécurité actifs sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale doivent ainsi répondre à différentes mesures :

1) Renforcer des dispositifs d'accompagnateurs sociaux mobiles à destination des usager·es de drogues souffrant d'exclusion sociale ;

2) Constituer un répertoire actualisé des structures spécialisées en promotion de la santé et en prévention des assuétudes à destination des services non spécialisés ;

3) Poursuivre le déploiement et le renforcement de l'offre de formation multidisciplinaire afin de capitaliser sur l'expertise existante au sein de la Région et de contribuer aux échanges et expériences entre acteurs de terrain ;

4) Organiser des campagnes de communication et de prévention liées à la thématique, ainsi que développer et renforcer la sensibilisation des consommateur·rices ;

5) Améliorer la détection rapide et l'identification des producteurs (par exemple de cannabis) sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale ;

6) Diagnostiquer les besoins relatifs à une approche des marchés locaux de la drogue via Internet.

7) Poursuivre la mise en réseau des équipes de recherche bruxelloises dans le domaine de drogues afin de développer l'expertise pour orienter la politique et améliorer la connaissance des produits en circulation ;

8) Mettre en place et diversifier l'offre de prise en charge à destination des personnes souffrant d'assuétudes et renforcer l'accompagnement des usager·es ;

9) Affiner la connaissance et l'image des assuétudes en lien avec la sécurité et le sentiment de sécurité par la récolte de données, le développement et le suivi d'indicateurs et l'élaboration d'analyses permettant d'identifier des réponses adaptées.

132 Le PGSP 2021-2004 est disponible à l'adresse : https://bps-bpv.brussels/sites/default/files/2021-03/1507-BPS%20-%20PGSP-FR-AS.pdf

UN CENTRE INTÉGRÉ RÉGIONAL[133]

L'asbl Transit a été désignée comme Opérateur Régional Bruxelles Assuétudes et mandatée par la RBC pour ouvrir un centre intégré, qui devrait être opérationnel d'ici 2023 (initialement 2019, le projet a pris du retard). Ce centre intégré répondrait à l'une des priorités fixées par BPS et le Ministre-Président M. Vervoort. Il combinerait un accueil à bas seuil d'accès de jour et de nuit et un comptoir d'échange de seringues (le 4e en Région bruxelloise).

Au sein de ce centre, l'asbl Transit aurait une équipe pluridisciplinaire, Médecins du Monde mettrait à disposition des médecins (et probablement un·e gynécologue) et l'asbl Projet Lama assurerait le suivi psycho-médico-social. Le centre devrait comprendre également un programme de délivrance de traitement de substitution aux opiacés par diacétylmorphine (à l'image du projet-pilote TADAM mené à Liège), un laboratoire de recherche et d'innovation, un centre d'hébergement d'urgence à moyen terme et un centre permanent d'écoute pour les femmes. Un espace devrait être dédié à la mise en place d'une salle de consommation à moindre risque ; malgré l'absence de consensus politique au niveau fédéral et d'un cadre légal tous deux favorables à un tel projet, la Ville de Bruxelles s'est engagée à mettre en place une telle salle (voir chapitre 3.12. Les salles de consommation à moindre risque).

LES ENJEUX

Un enjeu récurrent, inhérent à la mise en place de politiques publiques en Belgique, est bien évidemment la coordination entre les différentes autorités politiques. Les compétences en matière de prévention et de sécurité, notamment concernant les drogues et assuétudes, relèvent de plusieurs niveaux de pouvoir. Il est indispensable, afin d'assurer une certaine cohérence politique, de mettre en place des modalités de coordination entre le PGSP de la RBC, la COCOM, la COCOF, la FWB et le pouvoir fédéral. Le Ministre-président de la RBC a précisé que la concertation avec la COCOF avait eu lieu lors de l'élaboration du PGSP (grâce à la participation de la Fédito bruxelloise agréée par la COCOF) et qu'elle se poursuivra avec la mise en œuvre du PGSP[134].

Le nouveau plan semble moins se positionner que son prédécesseur sur une série de sujets en lien avec les assuétudes. En particulier le PGSP 2017-2020 se prononçait en faveur de la modification de la loi de 1921 afin de permettre la mise en place de projets de distribution de traitement par diacétylmorphine (TADAM) ou d'autres dispositifs expérimentaux (comme les salles de consommation à moindre risque). Il développe également moins le volet prévention et reste globalement généraliste quant aux mesures qu'il promeut. Il entendait de plus favoriser les peines et mesures alternatives l'emprisonnement pour les usagers et usagères n'ayant commis aucun autre délit.

3.6.3. LE PLAN BRUXELLOIS DE PRÉVENTION ET DE PROXIMITÉ 2016-2019

Le Plan bruxellois de prévention et de proximité remplace les aides octroyées par le Gouvernement de la RBC dans le cadre de la prévention et de la sécurité pendant plusieurs années. Le Plan bruxellois de prévention et de proximité (2016-2019) fait partie intégrante du Plan global de sécurité et de prévention. Dans ce cadre, les communes concluent un accord avec la Région pour élaborer un plan local de prévention et de proximité. Des appels à projets ont donc été lancés auprès des 19 communes bruxelloises. Ces projets quadri-annuels doivent répondre à cinq axes prioritaires, dont : la prévention et la lutte contre les assuétudes[135].

L'asbl Transit s'est vue confier par Bruxelles Prévention & Sécurité le rôle d'Opérateur Régional Bruxellois en matière d'assuétudes, avec notamment la mission de réaliser un diagnostic de l'usage de drogues. Ce diagnostic servira à développer un plan d'actions en adéquation avec le terrain, dont l'objectif est d'aider chaque commune bruxelloise à prendre en charge la problématique des assuétudes sur son territoire.

Le Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale a décidé de prolonger le Plan en 2020 et 2021 ; le nouveau plan est prévu pour 2022 et devrait être aligné avec le Plan global de Sécurité et de Prévention[136].

133 https://feditobxl.be/fr/2017/02/bruxelles-centre-regional-assuetudes-dici-2019-dh-be/

134 Présentation du Plan global de sécurité et de prévention de la Région de Bruxelles-Capitale, Rapport fait au nom de la commission des Affaires intérieures, Parlement de la Région de Bruxelles-Capitale, 07/03/2017, URL : http://weblex.irisnet.be/data/crb/doc/2016-17/132233/images.pdf.

135 Note concernant le Plan bruxellois de Prévention et de Proximité 2016-2019 du Ministre-président Rudi Vervoort, 12/01/2016

136 Voir site de l'Association Villes & Communes de Bruxelles, URL : https://www.avcb-vsgb.be/fr/subsides.html?sub_id=10

3.7

IRISCARE : L'ORGANISME D'INTÉRÊT PUBLIQUE DE LA COCOM[137]

Les accords de la Sainte-Emilie ont avalisé la création de deux nouveaux organismes d'intérêt publique (OIP) chargés d'accueillir les matières touchant à la santé, au handicap, aux personnes âgées et aux allocations familiales ; l'un au sein de la Région wallonne, l'autre au sein de la COCOM.

Les nouvelles compétences de la COCOM ont été réparties entre les Services du Collège réuni (appelés aussi Administration) et le nouvel OIP (c'est-à-dire Iriscare). L'Administration s'occupe principalement des normes et agréments et travaille directement pour les membres du Collège réuni. Iriscare est chargé de la gestion quotidienne de nouvelles matières transférées à la COCOM et est l'interlocuteur privilégié des citoyen·nes et professionnel·les bruxellois.

Iriscare est compétent en matière de politique de santé, politique familiale, politique des personnes handicapées, politique du troisième âge et les prestations familiales. Le nouvel OIP est dirigé par trois organes : le comité général de gestion, le conseil de gestion Santé et Aide aux personnes, et le conseil de gestion Prestations familiales.

L'organigramme d'Iriscare et la répartition des compétences entre ses différents organes sont détaillés dans le Tableau de bord 2019, au chapitre 3.3.

137 La COCOM est compétente pour les mesures directement applicables aux personnes sur le territoire bruxellois, c'est-à-dire les matières personnalisables. Les autres entités bruxelloises, quant à elles, justifient leurs compétences à l'égard des institutions. Toutefois, la COCOM est également compétente pour les institutions bruxelloises qui ne peuvent pas être considérées comme exclusivement de l'une ou l'autre communauté linguistique.

3.8

POLITIQUE SOCIAL-SANTÉ DE LA COCOM

3.8.1. PLAN SANTÉ BRUXELLOIS DE LA COCOM 2019-2025

N.B. : En attendant l'élaboration et le mise en œuvre du Plan social-santé intégré commun à toutes les entités bruxelloises (voir ci-après), le Plan santé bruxellois de la COCOM, lancé sous l'ancienne législature, reste d'application.

La DPG 2014-2019 de la Commission communautaire commune (COCOM) avait pour ambition d'élaborer un Plan santé bruxellois (PSB). Une large concertation a donc été menée en 2015 en vue d'élaborer ce plan, rassemblant des acteurs et actrices de terrain, les associations de patient·es, les organismes assureurs et les partenaires sociaux. Les ministres bruxellois·es et les ministres en charge de la santé dans les autres entités politiques ont également été concertés[138].

Le PSB a été adopté par le Collège réuni et par l'Assemblée réunie de la COCOM pour être finalement publié en juillet 2019. Dans la DPG 2019-2024, le nouveau Gouvernement de la RBC et le nouveau Collège réuni de la COCOM ont exprimé leur intention d'élaborer un Plan social-santé bruxellois qui remplacerait *in fine* le Plan Santé Bruxellois (voir chapitre 3.3). D'ici là, le Plan Santé Bruxellois reste d'application.

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

Le PSB soutient une réorientation des politiques de santé vers davantage de **prévention**. La démarche préventive doit s'inscrire dans une approche intégrée et s'adapter aux spécificités des publics fragilisés. Un lien fort doit être créé entre la prévention et les acteurs actifs auprès de ces publics. Les politiques de prévention sont portées conjointement par la COCOM, la FWB et la Vlaamse Gemeenschap. L'élaboration d'objectifs communs et la complémentarité des approches ou des moyens sont des plus-values non-négligeables à l'efficacité de ces politiques.

De plus, la prévention est épinglée comme un facteur de réduction des inégalités sociales de santé. C'est notamment le cas en matière de réduction des problèmes sanitaires, sécuritaires et socio-économiques liés à la **consommation d'alcool**. La COCOM s'engage à plaider auprès de la Conférence interministérielle (CIM) Santé publique pour un renforcement de la réglementation de la publicité et de la réglementation sur la vente d'alcool (en particulier auprès des jeunes) et de leur contrôle. La COCOM poursuit le financement des structures de prise en charge des personnes souffrant de troubles liés à la consommation d'alcool. Elle entend également mener une réflexion au sujet du développement d'une «ligne 0,5» afin d'assurer la prise en charge des personnes exclues du système social (et de l'assurance maladie). Enfin, afin d'intégrer la détection précoce au sein de la pratique de la première ligne, le PSB prévoit d'intensifier la sensibilisation des acteurs de première ligne. Au final, un élément d'évaluation et de suivi sera la diminution du nombre de consommateur·rices à risque.

En matière de **drogues illégales**, les mesures du PSB se limitent essentiellement aux tâches de la Plateforme de Concertation en Santé mentale. Il est attendu de celle-ci qu'elle collecte des données liées aux assuétudes et même une concertation entre acteurs concernés par les assuétudes et la santé mentale, en vue d'améliorer la collaboration entre professionnel·les de la santé et le travail en réseau. La Plateforme devra s'articuler avec le Plan global de sécurité et de prévention et examiner la possibilité de développer l'accès bas seuil (notamment avec le projet de centre intégré

138 Dossier de presse «Plan santé bruxellois», site officiel du ministre M. Gosuin, 12/07/2018, URL : https://didiergosuin.brussels/fr/news/sante/la-region-bruxelloise-se-dote-du-premier-plan-sante-du-pays

PLAN SANTÉ BRUXELLOIS 2019-2024 DE LA COCOM[139]		
AXES	**OBJECTIFS**	**MESURES ET ACTIONS**
Axe 1 : Réduire les inégalités de santé	Objectif 1 : Mettre la santé dans toutes les politiques en agissant sur les déterminants de la santé	› Évaluer l'impact des politiques sur la santé › Monitorer les inégalités
	Objectif 2 : Favoriser l'accès des publics fragiles aux soins de santé et de prévention	› Améliorer l'information et la compréhension des différents groupes de patient·es › Développer les dispositifs particuliers pour publics fragiles › Coordonner une analyse sur les mécanismes d'exclusion socio-sanitaire › Intégrer la réinsertion socio-professionnelle dans la prise en charge en santé
	Objectif 3 : Favoriser l'équité dès le départ de la vie : promouvoir la santé des mères, des enfants et des adolescent·es	› Construire un plan périnatalité en vue de réduire les inégalités en santé › Améliorer la santé mentale des enfants et des adolescents › Renforcer la couverture vaccinale des enfants et femmes enceintes
Axe 2 : Assurer à chaque Bruxellois·e un parcours de soins accessible et cohérent	Objectif 1 : Renforcer la prévention dans le parcours des patient·es*	› Intégrer la prévention dans les prises en charge des patient·es › Créer un point unique d'information et d'adressage en matière de prévention › Renforcer les dispositifs de dépistage et de suivi des patient·es atteints de tuberculose › Poursuivre la réduction des risques et le soutien aux campagnes de prévention › Poursuivre la réduction des risques et renforcer le soutien au sevrage tabagique › Articuler les dispositifs liés aux addictions aux drogues au Plan global de sécurité et de prévention et développer le bas seuil en matière de drogues illicites* › Poursuivre la réduction des risques liés à la consommation de l'alcool*
	Objectif 2 : Renforcer et mieux organiser la 1re ligne de soins*	› Développer et structurer la première ligne de soins afin de soutenir une approche intégrée et centrée sur les personnes (création d'une structure régionale d'appui)* › Créer un cadre à la collaboration et au travail en réseau entre les hôpitaux et la première ligne de soins et soutenir la concertation entre les secteurs › Encadrer les nouveaux services ambulatoires › Renforcer les liens entre la médecine générale et les services d'urgence afin de promouvoir le recours approprié à la médecine générale › Soutenir la médecine générale dans la prise en charge en santé mentale
	Objectif 4 : Améliorer la santé mentale de la population	› Poursuivre le développement du Réseau et créer un point de contact unique › Améliorer l'accessibilité en augmentant l'offre › Développer une politique de sensibilisation et de déstigmatisation de la maladie mentale
Axe 3 : Améliorer la conduite de la politique de santé	Objectif 1 : Développer la participation des patient·es et soutenir les droits du patient	› Organiser la participation des patient·es au sein des institutions de santé et des organes d'avis
	Objectif 5 : Concerter et évaluer le Plan Santé Bruxellois*	› Assurer le suivi et d'évaluation du Plan et développer une méthodologie de concertation permanente (sous forme de plateforme de concertation permanente)*
	Objectif 6 : Organiser la coordination des différentes entités politiques	› Organiser une plateforme de concertation permanente entre les autorités en matière de santé compétentes sur le territoire bruxellois (+ les ministres en charge de l'aide aux personnes)

139 Nous ne reprenons pas ici l'entièreté du PSB, mais uniquement les objectifs et mesures les plus pertinents pour notre sujet. Les objectifs et mesures marqués d'un * sont davantage développés dans le corps de texte.

à très bas seuil d'accès ; voir chapitre 3.2.2). Certains aspects pourtant développés en matière de consommation d'alcool ou de santé mentale ne se retrouvent pas dans les mesures liées aux drogues illégales : sensibilisation des acteurs de première ligne, déstigmatisation des usager·es, détection précoce, action sur les déterminants sociaux de la santé, comorbidités (santé mentale, IST/VIH). Ici le PSB se concentre sur l'aspect soin, laissant de côté la prévention et la réduction des risques. On peut s'interroger également sur l'absence de terminologie nuancée ; il n'est pas question en effet de distinguer les consommations problématiques des non-problématiques. De plus, si le PSB a pour objectif d'organiser la coordination des différentes entités politiques compétentes en matière de santé, les liens entre le PSB et le Plan de promotion de la santé de la COCOF ne sont pas explicites.

Dans la perspective d'assurer un parcours de soins accessible et cohérent, le PSB entend renforcer et mieux organiser la 1re ligne de soins et la coordination des différents acteurs concernés. Il est notamment prévu de créer une structure de soutien bicommunautaire ; la **structure régionale d'appui à la 1re ligne de soins et d'aide de la RBC** est créée à partir de 4 asbl existantes : le réseau multidisciplinaire local (RML), les deux services intégrés de soins à domicile (SISD) et l'Association pluraliste de soins palliatifs de la Région de Bruxelles-Capitale (Palliabru). Les missions de cette structure baptisée Brusano comprennent dans un premier temps la production d'outils de soutien aux professionnel·les de la santé (cartographie, information), l'organisation de la formation des professionnel·les de 1re ligne et la concertation nécessaire au développement du travail en réseau au sein de la 1re ligne et entre les différentes lignes de soins. *In fine*, la structure devra s'associer à l'ensemble des acteurs de la 1re ligne, de la «fonction 0,5», les réseaux et plateformes, afin de structurer effectivement les parcours de soins[140]. Les mesures liées à la structuration et l'organisation de la 1re ligne et de la fonction 0,5 sont mises œuvre grâce à l'ordonnance du 13 mars 2019 (voir ci-après).

140 Question orale de Mme Plovie à M. Gosuin, Compte rendu intégral des interpellations et questions, Commission de la santé, Parlement bruxellois, réunion du 12/12/2018.

La mission d'**évaluer** le PSB sera confiée à l'Observatoire de la santé et du social. Dans cette perspective, il sera chargé de construire un outil de suivi de la réalisation des différents objectifs, ainsi que d'intégration des recommandations qui découlent des études et projets-pilotes mis en œuvre dans le cadre du PSB.

Afin de recueillir les avis et expertises du terrain et d'établir un consensus le plus large possible autour des politiques et projets à mener, une **plateforme de concertation permanente** sera mise en place. Elle sera composée :

- Des Membres du Collège compétents pour la politique de santé ;
- Des différents acteur·rices sectoriels, à savoir une représentation des Conseils consultatifs et du Conseil de gestion d'IRISCARE, le cas échéant, complétée par certaines organisations non représentées dans ces organes et en garantissant une représentation des associations de patient·es ;
- D'une représentation du Conseil économique et social ;
- Et de l'Observatoire de la Santé et du Social, qui assurera le secrétariat de la plateforme, avec le soutien technique des Services du Collège réuni et des services d'Iriscare.

RÉFORME DE LA 1RE LIGNE DE SOINS

Suite à la 6e réforme de l'État, la COCOM a hérité d'une série de compétences liées à l'organisation de la 1re ligne. Il était donc nécessaire qu'elle se dote d'un cadre juridique pour organiser et structurer le secteur.

La Déclaration de politique générale du Collège réuni de la COCOM 2014-2019 avait pour projet de renforcer de soins de santé primaire, de développer de réseaux de soins, de renforcer de la prise en charge des soins à domicile, d'instaurer un continuum de soins, et de créer un véritable réseau autour du médecin généraliste. Ces résolutions ont notamment pris la forme du Plan Santé Bruxellois, dont l'un des objectifs est de renforcer et mieux organiser la première ligne de soins.

Dans ce cadre, l'Assemblée réunie de la COCOM a approuvé le projet d'ordonnance relative à la politique de première ligne de soins du 4 avril 2019. Le premier arrêté d'exécution porte sur la création d'une structure régionale d'appui à la 1re ligne dont la mission principale est de soutenir les acteurs de soins bruxellois. Il a permis d'officialiser la structure baptisée Brusano déjà mise en place depuis le second semestre 2018 et qui avait d'ores et déjà développé des collaborations avec la Plateforme de concertation en santé mentale, les réseaux locaux et les quartiers.

ORDONNANCE RELATIVE À LA POLITIQUE DE PREMIÈRE LIGNE DE SOINS DU 4 AVRIL 2019

L'Ordonnance avance une définition large des soins, qui comprennent «l'ensemble des actions dont l'objectif principal est de préserver, améliorer et rétablir la santé». La première ligne de soins inclut les acteurs qui offrent, favorisent ou soutiennent des soins généralistes qui répondent à la grande majorité des problèmes rencontrés par les personnes dans le domaine de la santé et du bien-être. Elle assure également la continuité et la coordination de la prise en charge des personnes dans leur milieu de vie.

L'Ordonnance définit les missions générales de la première ligne de soins :

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

L'Ordonnance reconnaît la fonction 0,5 dont l'objectif est de prendre en charge, y compris au moyen de dispositifs d'*outreach*, les personnes qui n'ont pas accès aux soins. Les acteurs de la fonction 0,5 prennent en charge les besoins de ce public et les aident à accéder au système de soins classique.

Afin de réaliser ces missions, la COCOM peut agréer et financer des acteurs de première ligne, de la fonction 0,5, des associations de patient·es, d'aidant·es ou de quartier qui visent à améliorer le bien-être et la santé, des structures d'appui, de coordination et d'organisation, ou encore des réseaux d'acteurs de première ligne actifs dans un quartier spécifique.

LA FONCTION 0,5 SUR LE TERRITOIRE BRUXELLOIS

Le ministre de la santé de la COCOM souhaite que la fonction 0,5 participe à améliorer l'accessibilité des services de première ligne pour les publics qui en sont exclus. Afin de palier à ce problème, il est nécessaire de :

- Renforcer l'offre de première ligne, la rendre disponibles et accessible sur l'ensemble du territoire bruxellois afin de répondre aux besoins des populations et d'offrir une porte de d'entrée vers le système sociosanitaire à toutes et tous ;
- Faciliter l'accès aux services existants. Les services devront disposer des compétences et de la disponibilité requis pour accueillir l'ensemble de la population du territoire. Ceci reposera sur la construction de projets d'équipes forts et inclusifs et sur la formation des travailleur·ses à l'accueil des publics actuellement exclus ;
- Augmenter la perméabilité entre les acteurs de la fonction 0,5 et les services de 1re ligne. Il s'agira de lever les obstacles qui obstruent l'accès à l'ensemble des services sociosanitaires et maintiennent les publics fragilisés dans la fonction 0,5.

Le travail autour de la fonction 0,5 (ou «concertation 0,5») est menée au sein de Brusano. L'objectif du Gouvernement est de parvenir à une couverture totale de la population présente sur le territoire, indépendamment du statut administratif des personnes.

Dans l'exposé des motifs, le Collège réuni précise que les soins ambulatoires dispensés par les hôpitaux relèvent de la loi sur les hôpitaux, et donc ne sont pas concernés par l'Ordonnance. En revanche, les structures que les hôpitaux mettront en place pour assurer une coordination entre la première et la seconde ligne de soins, entrent dans le champ de l'Ordonnance.

Afin de garantir la cohérence entre les politiques menées en matière de santé, le Collège réuni de la COCOM a assuré que l'ensemble des gouvernements de la Région, de la COCOM, de la COCOF et de la VGC assistent aux réunions hebdomadaires du Collège réuni. Les Conférences interministérielles (CIM) Santé publique se poursuivront avec la participation de l'ensemble des niveaux de pouvoir) ; et il est prévu que des administrateur·rices de la COCOF et de la Communauté flamande soient présents au sein de la structure régionale d'appui à la 1re ligne de soins. Enfin, la COCOM entend organiser une plateforme de concertation permanente entre les autorités en matière de santé compétentes sur le territoire bruxellois dans le cadre de son Plan Social-Santé Bruxellois (voir chapitre 3.8.2).

CRÉATION DE LA STRUCTURE D'APPUI À LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS BRUSANO

Le Collège réuni de la COCOM a publié un arrêté actant la création de la structure d'appui à la 1re ligne de soins le 23 mai 2019[141]. La structure d'appui est constituée en asbl et a pour missions de :

1) Contribuer au développement de la 1re ligne de soins dans la région, afin d'offrir des soins de qualité, intégrés, accessibles et centrés sur les besoins du patient·e ;
2) Développer et renforcer l'articulation de l'ensemble des lignes de soins, en particulier le lien entre la 1re ligne et les hôpitaux.

La structure a pour public cible les acteurs de la 1re ligne de soins situés sur le territoire bruxellois et est composée principalement d'acteurs de la première ligne de soins tels que définis par l'Ordonnance du 4 avril 2019. Afin de mener à bien ses missions, la structure d'appui agit notamment comme une plateforme de conseil et d'accompagnement des acteurs de 1re ligne, et peut apporter son aide pour la mise en place et le suivi de soins dans des situations complexes. Sans être exhaustif, elle contribue également à améliorer la visibilité des services de 1re ligne disponibles au sein de la Région, et à faciliter le développement de pratiques multidisciplinaires au niveau des bénéficiaires, des quartiers et de la Région. La structure soutient à travers ses services l'accessibilité, la qualité, la sécurité et la continuité de la 1re ligne et organise la concertation entre les acteurs de la 1re ligne, afin, d'une part, d'identifier les besoins de ces acteurs et d'y répondre dans le cadre de ses missions et, d'autre part, de faciliter les collaborations et la coordination entre ces acteurs.

L'Arrêté spécifie que la structure d'appui doit collaborer avec les cercles de médecins généralistes de la région et avec le Centre de Documentation et de Coordination Sociales, l'association d'institutions et de services psychiatriques pour la santé mentale et la plate-forme régionale d'échange électronique des données de santé entre acteurs de la santé, ainsi qu'avec les hôpitaux et autres structures de soins résidentielles. La structure est agréée pour cinq ans.

En matière de dépendances et assuétudes, Brusano propose plusieurs formes d'appui aux intervenant·es de première ligne :

- Orientation des professionnel·les et des patient·es dans l'offre de soins grâce au dispositif *helpdesk*
- Soutien à la concertation locale avec les services spécialisés en toxicomanie et/ou entre médecins généralistes et pharmacien·nes
- Information relative aux traitements de substitution
- Publication documentant et évaluant les projets.

LE PLAN STRATÉGIQUE 2021-2026 DE BRUSANO

Brusano a publié en octobre 2020 son plan stratégique 2021-2026 qui présente ses fondements théoriques, ses missions, son organisation, ses collaborations, ses valeurs et principes d'action, ainsi que ses objectifs sur cinq ans[142].

En accord avec les textes légaux à la base de sa création, Brusano est un service pluraliste et bicommunautaire de coordination et d'appui aux professionnel·les de santé de la 1re ligne. Son soutien s'étend aux articulations avec tous les intervenant·es de la santé et du social. Les bénéficiaires finaux de ses actions sont toutes les personnes ayant besoin de soins à Bruxelles, en particulier les personnes en situation complexe ou en fin de vie.

141 Arrêté relatif à la structure d'appui à la première line de soins dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

142 Le document est disponible sur le site de Brusano à l'adresse https://brusano.brussels/2020/09/14/plan-strategique-2021-2026/

Afin de remplir sa mission, Brusano s'est fixé quatre objectifs déclinés en actions :

1) Lisibilité du système : les citoyen·nes et professionnel·les trouvent facilement les informations concernant les services et offres dont ils ont besoin, au moment où ils en ont besoin, en tenant compte du principe de subsidiarité y compris territoriale
   - Les professionnels de 1re ligne ont accès à de l'information et de la formation concrètes dans certaines thématiques prioritaires
   - Un dispositif intégré d'orientation est connu des acteurs et leur permet de trouver de l'aide dans les situations complexes
   - Le répertoire intégré développé à Bruxelles est construit sur base des besoins prioritaires des professionnel·les de 1re ligne

2) Coordination et multidisciplinarité : chaque personne présentant une situation de prise en charge chronique et/ou complexe bénéficie de soins et aides coordonnés, interdisciplinaires, et dans lesquels la personne et ses aidants proches sont partenaires. La continuité des services et de l'information sont assurées
   - Le projet INTEGREO/Chronicare bruxellois BOOST est coordonné comme laboratoire d'expérimentation[143]
   - Des nouvelles fonctions de coordination et d'appui aux patient·es sont définies, expérimentées sur le terrain et proposées en vue d'être intégrées structurellement dans le système
   - Des modalités pratiques de concertation interdisciplinaire et intersectorielle sont proposées pour le niveau méso
   - BRUSANO contribue à ce que les solutions e-santé répondent aux besoins des professionnel·les de 1re ligne pour l'accompagnement interdisciplinaire des patient·es
   - Des stratégies sont développées pour soutenir la place des patient·es comme partenaires et le respect de leurs priorités
   - Les professionnel·les et usager·es trouvent des ressources pour faire face à la crise ou à l'urgence à domicile
   - La couverture, la continuité et la subsidiarité des soins sont organisées entre différents services afin d'assurer un accompagnement optimal de la fin de vie à domicile

3) Accessibilité et vulnérabilités : les personnes qui vivent dans des situations de grande pauvreté, de vulnérabilités particulières liées à leurs conditions de vie ou comportements à risque, particulièrement les personnes discriminées, ont accès aux soins et aides dont elles ont besoin
   - Une attention particulière et concrète est posée sur l'accès aux dispositifs pour les publics vulnérables et/ou discriminés : accès à l'information pour les prestataires qui les prennent en charge, coordination interdisciplinaire, concertation entre acteurs à l'échelon local
   - Brusano soutient le dialogue et la collaboration entre acteurs spécifiquement adressés à ces publics et acteurs généralistes de la 1re ligne, avec pour but notamment une inclusion croissante de ces publics dans les pratiques de 1re ligne généraliste
   - Brusano soutient les acteurs de 1re ligne dans leur développement d'une attitude d'écoute et d'ouverture qui facilite l'accès aux soins adaptés pour les publics discriminés quels que soient leurs modes de vie et dans le respect de leurs priorités
   - Des dispositifs d'accompagnement sont disponibles pour les acteurs de 1re ligne qui souhaitent développer des stratégies proactives d'inclusion de ces publics.

4) Approche quartier : chaque Bruxellois·e trouve, s'il ou elle le souhaite, les services dont il ou elle a besoin au plus proche de son lieu de vie
   - Brusano appuie des dispositifs qui se développent au niveau local pour soutenir l'information, la collaboration et l'intégration à l'échelle locale, avec la participation des habitant·es
   - Brusano contribue à l'articulation des zones de responsabilité territoriale en santé, le partage des rôles et leur complémentarité à Bruxelles : le quartier, les zones «méso», la Région.

3.8.2. LE PLAN SOCIAL-SANTÉ INTÉGRÉ

Les différentes entités bruxelloises compétentes, à savoir la Région de Bruxelles-Capitale, la COCOM et la COCOF, se sont engagées, dans leurs programmes respectifs, à collaborer dans l'élaboration d'un Plan social-santé intégré commun afin de conjointement garantir l'accès à la santé et lutter contre les inégalités[144]. Il est prévu que le Plan social-santé donne un rôle central aux CPAS et repose sur les bases suivantes :

- En concertation avec l'ensemble des acteurs, assurer la cohérence des politiques social-santé et développer une programmation globale ;
- Lutter efficacement contre les inégalités et la pauvreté, notamment en menant des politiques spécifiques d'action sociale répondant aux besoins de chaque quartier et aux différentes réalités sociales locales ;
- Assurer un accès universel aux soins de santé ;
- Soutenir les personnes dépendantes ou en perte d'autonomie ;
- Apporter une attention particulière à certains publics spécifiques.

Il devrait articuler les trois plan social-santé déjà existants, à savoir le Programme d'actions de lutte contre la pauvreté, le Plan Santé Bruxellois (COCOM) et le Plan stratégique de promotion de la santé (COCOF).

Dans la perspective de garantir la cohérence des politiques menées, de répondre aux besoins réels et de coconstruire le Plan social-santé bruxellois, le Gouvernement a initié les États généraux bruxellois de la santé et du social en 2020, pilotés

143 Le projet-pilote BOOST a été sélectionné dans le cadre du plan fédéral en faveur des malades chroniques «Des soins intégrés pour une meilleure santé» (INTERGREO). BOOST entend améliorer la continuité des soins, renforcer la participation et l'autonomie des patient·es, optimiser l'accès aux soins, mettre en réseaux les professionnel·les pour une prise en charge globale et intégrée des patient·es, améliorer la coordination des soins. Le projet-pilote propose des référent·es de proximité et hospitaliers pour les patient·es et une série d'outil et service de soutien pour les professionnel·les.

144 La Déclaration de politique général commune au Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale et au Collège réuni de la Commission communautaire commune 2019-2024 et l'Accord du Gouvernement francophone bruxellois 2019-2024 sont résumés dans notre Tableau de bord 2019 bruxellois.

conjointement par le Cabinet Maron et l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Ces États généraux rassemblent les acteurs publics et associatifs, les usager·es et les chercheur·es. Ils reposent sur trois structures participatives, à savoir un Comité stratégique, des Groupes thématiques et un Panel Citoyen. Le Comité stratégique est composé du cabinet Maron, de l'Observatoire de la Santé et du Social, des administrations compétentes (Service du Collège réuni de la COCOM, Iriscare, COCOF et VGC), des représentant·es du terrain sociosanitaire bruxellois et du monde académique.

Pour chacune des 8 thématiques abordées par les États généraux (1) santé et inégalités environnementales, 2) accès à une alimentation durable, saine et de qualité, 3) Accès aux soins et services socio-sanitaires, 4) santé mentale, 5) autonomie des personnes âgées, 6) (més)usage de drogue et conduites addictives, 7) approche quartier, et 8) accès aux droits sociaux), un groupe de travail *ad hoc* a été formé, déterminé par le Comité stratégique sur proposition du Comité de pilotage. Ces groupes thématiques seront composés de 4 à 7 personnes de l'administration, du milieu associatif et de représentant·es des prestataires et du secteur[145].

Les citoyen·nes sont consultés au moyen d'une enquête effectuée à la fois en ligne et en face-à-face dans les rues de Bruxelles. Le processus participatif «*Brussels Takes Care*» consiste ensuite en l'organisation de focus groupes au sein desquels les participant·es et les expert·es conviés peuvent identifier les obstacles qu'ils rencontrent dans l'offre de soins de santé, leurs préoccupations et leurs recommandations[146].

La publication du Plan est prévue pour 2022. L'évaluation et le suivi du Plan seront prévus par un décret et une ordonnance conjoints, dans le courant de 2022[147].

145 Question écrite de Véronique Jamoulle à Elke Van den Brandt et Alain Maron, 22/02/2020, Parlement bruxellois.

146 Article «La chantier de *Brussels Takes Care* a démarré», Bruxelles santé, Question Santé asbl, URL : https://questionsante.org/nos-publications-periodiques/bruxelles-sante/e-mag-bxl-sante/257-par-categorie/politiques-de-sante/1441-le-chantier-du-futur-plan-social-sante-integre-a-demarre

147 Compte rendu intégral, Commission de la Santé et de l'Aide aux personnes du 23/09/2021, Assemblée réunie de la Commission communautaire commune, URL : http://weblex.irisnet.be/data/arccc/biq/2021-22/00001/images.pdf

3.9 LE DÉCRET AMBULATOIRE DE LA COCOF

Le décret dit «ambulatoire» de la COCOF et son arrêté d'application ont été adoptés en 2009. Ces textes législatifs établissent les missions de chaque secteur de l'ambulatoire[148], ainsi que les procédures et normes d'agrément communes. Le décret ambulatoire rassemble donc les différents secteurs de l'ambulatoire (y compris le secteur «toxicomanie») dans un même texte législatif, permettant la transversalité entre les secteurs du social et de la santé.

Le décret reconnaît et agrée également des organismes de coordination, ainsi que des organismes représentatifs. Il intègre l'organisation de sa propre évaluation, ainsi que la programmation des services sur base d'une cartographie de l'offre et des besoins.

3.9.1. L'ÉVALUATION ET LA RÉVISION DU DÉCRET

Le décret prévoit l'évaluation de sa mise en œuvre. Dans cette perspective, une première analyse a été menée en 2012 par l'Administration de la COCOF et la Direction d'Administration des affaires sociales et santé. Elle a dégagé une série de pistes d'actions qui serviront à adapter et réviser le décret[149] :

- L'harmonisation des rapports d'activités afin de favoriser la lisibilité de l'offre existante et son analyse transversale ;
- La reconnaissance et la clarification du rôle des coordinateurs des services ;
- L'usage de l'informatique comme outil de simplification administrative ;
- La simplification de la situation des services multi-agréés ;
- La mise en place d'une récolte de données ;
- La clarification des spécificités des secteurs ;
- Le renforcement de la professionnalisation des services.

La révision du décret ambulatoire est toutefois un projet de longue haleine. Une première modification a eu lieu en 2016, visant principalement la simplification administrative et la reconnaissance de la réduction des risques comme une stratégie de santé publique à part entière. Une révision en profondeur du décret a quant à elle débuté en 2018. Cette deuxième phase de révision portera notamment sur l'harmonisation des missions des différents secteurs (voir ci-après). Le travail de réflexion au sujet des missions des services ambulatoires est mené en concertation entre les services de l'administration, les cabinets et l'Interfédération ambulatoire. Une note reprenant les travaux depuis 2016 devra être présentée au gouvernement[150]. Le gouvernement entend également viser la simplification et l'harmonisation des procédures de financement et de justification des subventions liées au personnel des associations, et ce, en concertation avec les secteurs concernés[151].

3.9.2. UNE NOUVELLE RÉFORME DU DÉCRET DE 2009[152]

Le contexte dans lequel a été élaboré le décret de 2009 a fortement changé, la COCOF juge dès lors nécessaire de réformer son décret ambulatoire. Depuis lors, la Région de Bruxelles-Capitale a connu de nombreuses évolutions (notamment un boom démographique, en termes de pauvreté, de migration, d'urbanisation, etc.). Les quartiers se sont transformés et les

148 C'est-à-dire : les services de santé mentale, d'action globale sociale, de planning familial, de toxicomanie, les maisons médicales, les services de médiation de dettes, la coordination de soins et de services à domicile, les soins palliatifs et continués, l'aide à domicile et les centres téléphoniques.

149 Compte rendu, Parlement francophone bruxellois, séance plénière du 10/07/2015.

150 Interpellation de M. Maron et de M. Colson à Mme Jodogne et Mme Fremault, Compte rendu, Parlement francophone bruxellois, séance plénière du 06/10/2017.

151 Interpellation de M. Maron à Mme Jodogne et Mme Fremault, Compte rendu, Parlement francophone bruxellois, séance plénière du 17/03/2017.

152 Présentation PowerPoint «Chambulatoire ! Les professionnels des 10 secteurs ambulatoires et les services de la Santé et des Affaires sociales du SPFB se rencontrent pour croiser les regards et les expertises sur les axes de la Réforme.», COCOF, 12/11/2018.

publics ont changé (leurs profils, besoins et demandes). Le contexte institutionnel n'est plus le même non plus, en particulier suite à la 6e Réforme de l'État ; et les pratiques des services et des professionnels du secteur ambulatoire se sont développées. Il faut également tenir compte de la précarisation et de la diversification des usager·es, de situations sociales de plus en plus complexes et inextricables, d'un accès aux droits sociaux et à l'aide de plus en plus laborieux, et de problématiques de plus en plus lourdes, multidimensionnelles et multifactorielles.

La réforme poursuit trois grandes finalités :

- Renforcer la qualité de vie et le bien-être des Bruxellois·es ;
- Veiller à la qualité du service public aux citoyen·nes ;
- Adapter l'offre aux besoins des Bruxellois·es.

La réforme se déroulera en plusieurs phases :

PHASE 1 : L'identification des besoins, sur base des indicateurs contextuels généraux définis par l'étude de PROTEIN (voir tableau) et des indicateurs spécifiques pour chaque secteur de l'ambulatoire (taux de fécondité, nombre de contacts avec un·e médecin, patient·es ayant bénéficiés de soins palliatifs, etc.) ;

PHASE 2 : Le plan intégré : définir des objectifs et des stratégies ; sur base de l'identification des besoins, il s'agira de définir, pour une durée indéterminée et pour l'ensemble du secteur ambulatoire, les grandes finalités de l'ambulatoire, les priorités (en termes de public, de quartier, de problématique à traiter, etc.), les objectifs (spécifiques, transversaux, thématiques, etc. et les stratégies et moyens de mise en œuvre ;

PHASE 3 : L'agrément ; l'agrément à durée indéterminée des services est maintenu afin de garantir la sérénité des opérateurs et la pérennité de l'action ;

PHASE 4 : L'évaluation et l'adaptation du projet de service ; L'évaluation se fait sur base des objectifs et des indicateurs prédéterminés selon une méthode établie en commun. L'objectif est d'améliorer ensemble la qualité du service et la réponse aux bénéficiaires ;

PHASE 5 : L'évaluation du dispositif et l'élaboration d'un nouveau cycle ; après une période à définir, l'ensemble du dispositif est évalué afin de vérifier s'il répond dans son ensemble aux besoins de la population. L'évaluation se fait avec les partenaires qui auront élaboré la planification et les opérateurs. Un nouveau cycle de planification peut ensuite être proposé.

L'élaboration du projet de réforme est prévu pour 2020-2021, la rédaction des arrêtés d'exécution devraient suivre au cours des années 2021-2022, afin que le dispositif puisse être mis en œuvre en 2022-2023.

Certains points d'attention pourraient survenir lors de la préparation de la réforme, notamment la confirmation de la reconnaissance de la réduction des risques en tant que stratégie, voire mission, à part entière, la définition de la philosophie ou l'éthique dans laquelle se placent les acteurs de l'ambulatoire, ou encore la place du plaidoyer dans les missions de 2e ligne.

LE PROJET DE RÉFORME[153]

Le projet de réforme entend réorganiser le décret ambulatoire autour de 5 référentiels d'activité qui correspondent aux missions transversales du secteur ambulatoire : l'accueil, l'accompagnement, les soins, la prévention et le support aux professionnel·les.

Le projet de réforme poursuit plusieurs visées :

- Mieux s'inscrire dans le contexte régional, notamment en tenant davantage compte de ce que réalisent les autres niveaux de pouvoir ;
- Disposer d'un suivi plus poussé des activités des services ;
- Favoriser l'intersectorialité et la mutualisation des ressources ;
- Tenir compte de la diversité des publics et des besoins ;
- Décloisonner les secteurs au profit des bénéficiaires ;
- Inscrire les services dans un projet qui tienne compte à la fois d'une vision régionale et des spécificités de leur contexte d'intervention ;
- Permettre l'innovation ;
- Créer des ponts entre les services ambulatoires et la promotion de la santé.

Ceci se concrétise de trois manières :

1) Un dispositif régional (ou plan intégré), établi sur base d'indicateurs principalement chiffrés, des grandes finalités vers lesquelles tend le dispositif, des priorités et objectifs plus concrets, et des stratégies et moyens disponibles ;
2) Chaque service agréé rend un «projet de service» qui comprend l'analyse du contexte et des besoins locaux, le choix d'une ou plusieurs thématiques (qui correspondent aux différents secteurs actuels de l'ambulatoire), la ou les missions transversales poursuivies, les objectifs à atteindre et les moyens nécessaires ;
3) En fin d'opérationnalisation, le projet de service et le dispositif régional sont évalués. Les projets de services se dérouleraient sur un temps relativement court, équivalent à la durée d'une législature.

La réforme s'inscrit dans une volonté d'harmoniser l'offre de service sur le territoire bruxellois. Pour cela, il s'agira de mieux tenir en compte le contexte régional, de prendre en compte les projets bicommunautaires, mono-communautaires flamands ou régionaux, et d'avoir une vision plus claire de l'activité des services ambulatoires et opérateurs bruxellois.

L'AVIS DE L'INTERFÉDÉRATION AMBULATOIRE[154]

Dans le cadre de ses missions, le CBCS (Conseil bruxellois de coordination sociopolitique) organise l'Interfédération ambulatoire (IFA), dont l'objectif est

153 D'après le document «Projet de réforme du secteur ambulatoire : constats, apports, balises et propositions» de l'Interfédération Ambulatoire, suite à la présentation du projet de réforme au secteur ambulatoire de Mesdames les Ministres Cécile Jodogne, chargée de la Politique de de la Santé au sein du Collège de la Commission Communautaire Française (CoCoF) et Céline Fremault, chargée de l'Action Sociale pour la CoCoF, ainsi que par Madame Isabelle Fontaine, Directrice d'Administration des Affaires sociales, de la Santé, de la Cohésion sociale et de l'Enfance au SPFB, janvier 2019.

154 D'après le document «Projet de réforme du secteur ambulatoire : constats, apports, balises et propositions» de l'Interfédération Ambulatoire, janvier 2019.

l'échange d'information et la concertation sur des dossiers et thématiques que les participant·es mettent à l'agenda. L'IFA regroupe plusieurs fédérations social-santé[155].

L'IFA accueille avec intérêt la réforme du décret ambulatoire de 2009, qui d'après ses membres porte une série d'incohérences et d'inégalités entre les secteurs. La réforme est une opportunité d'harmoniser certaines règles de fonctionnement et de financement, de mieux structurer l'action sociale et de santé, et de réguler l'offre de services. L'IFA a formulé plusieurs remarques et propositions au sujet du projet de réforme. De son point de vue, la réorganisation du décret autour de 5 référentiels d'activité pourrait faciliter l'intersectorialité et la complémentarité des interventions. Toutefois, la réforme semble faire passer l'identification des problématiques au second plan, pour se concentrer sur l'identification de la ou des modalités d'interventions dites transversales. L'existence de différents secteurs est perçue une source de difficultés, notamment en réponse à l'intrication et la complexité des problématiques. Or, l'IFA rappelle que les secteurs ont depuis longtemps 1) mis en place des pratiques de collaboration avec des partenaires issus de l'ambulatoire et des secteurs extérieurs ; 2) permis de développer des spécialités, qui permettent de répondre à des problématiques qui, par certains aspects, sont spécifiques. L'IFA juge qu'une approche par missions et la reconnaissance des secteurs spécifiques ne sont pas incompatibles et propose que la réforme fixe des objectifs plutôt que des contenus (qui relèvent de l'expertise des professionnel·les de l'ambulatoire). Il est central lors de la réforme, d'assurer la continuité des compétences et expertises développées au sein des secteurs tout au long de leur histoire.

L'IFA redoute que l'introduction des projets de service ne mette en concurrence les associations entre elles, plutôt que de favoriser leur collaboration. En effet, actuellement, les différents services partagent des missions semblables qu'ils délivrent au sein de différents secteurs, afin de répondre à des problématiques tantôt spécifiques, tantôt complexes, qui requièrent à la fois leur spécialisation et de l'intersectionnalité. Avec le projet de réforme, les projets de service devront répondre à une ou plusieurs des 5 missions transversales (accueil, accompagnement, soins, prévention et support aux professionnel·les). Les services risqueraient dès lors de s'orienter vers des projets similaires, au détriment de la pluralité de l'offre et de l'expertise. De plus, il est possible que certains publics, davantage complexes, géographiquement éloignés ou chronophages, ou certaines thématiques moins «attrayantes» soient laissés pour compte. La logique d'appels à projets, sur des périodes relativement courtes, risque d'installer une forme d'insécurité et de précarisation des travailleur·ses, au détriment de la stabilité et de la cohésion des équipes. De même, les services risquent d'adopter des orientations favorables à leur financement, potentiellement au détriment des différents publics-cibles. L'IFA rappelle que certaines politiques ne peuvent se mener et se mesurer sur court ou moyen terme et plaide en faveur d'agréments à durée indéterminée, au cours desquels des évaluations à intervalles réguliers permettraient de comprendre les besoins des équipes et de mener une réflexion sur leurs actions (quitte à les réorienter).

L'IFA rappelle que la volonté d'harmoniser l'offre de services sur le territoire bruxellois repose est conditionnée par la prise en compte des services relevant de la COCOM et de la RBC, et encore d'autres niveaux de pouvoir communaux et fédéraux. L'IFA souligne l'importance de conserver une offre de petites structures diversifiées et de proximité sur tout le territoire, aux côtés de structures intégrées ou sectorielles. Elle plaide également pour un plan intégré social-santé régional à long terme, qui reposerait sur une réelle concertation entre le terrain, la COCOF, la COCOM, la Communauté flamande, et, pour certaines compétences, la RBC.

Le projet de réforme prévoit une évaluation périodique des projets de service et du plan intégré, afin de mesurer l'évolution des besoins de la population et de la demande. L'évaluation pourra s'ensuivre de l'adaptation du plan intégré, et conséquemment des projets de service. Pour l'IFA, il est important que cette évaluation soit menée de manière différenciée au niveau des services, secteur et inter-secteur, soit tant quantitative que qualitative, continue, menée hors de l'administration et n'induise pas une surcharge de travail pour les services. Il conviendrait de créer un espace de connaissance permettrait de s'entendre sur des constats et des visions partagés, disposerait d'appuis méthodologiques éprouvés, et produirait des évaluations scientifiquement contrôlées.

Enfin, l'IFA fait remarquer que les fédérations et réseaux sont absents du projet de réforme et appelle à une meilleure concertation des services dans l'élaboration de la réforme.

155 Il s'agit de la Fédération des services sociaux (secteurs des Centres d'action sociale globale, des services d'aide aux justiciables et des Espace-Rencontres), la Fédération des services bruxellois d'aide à domicile, la Fédération des maisons médicales, la Fédération laïque de centres de planning familial, la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale, la Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes, la Fédération bruxelloise pluraliste des soins palliatifs et continus, la Fédération bruxelloise des centres de coordination de soins et de services à domicile, le Centre d'appui – Médiation de dettes, et la Fédération des maisons d'accueil et des services d'aide aux sans-abri.

3.10

LE PLAN STRATÉGIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ 2018-2022 DE LA COCOF

Suite au transfert de compétences, le ministère de la santé de la COCOF avait opté pour la rédaction d'un nouveau décret de promotion de la santé. Adopté par le Parlement francophone bruxellois et sanctionné par le Collège réuni de la COCOF en février 2016, ce décret abroge celui de juillet 1997 qui organisait la promotion de la santé en Communauté française.

Le décret établit notamment la création d'une section «Promotion de la santé» au sein du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé, ainsi que les missions et modalités de fonctionnement de l'instance de pilotage, des services d'accompagnement (SAPS) et de support (SESU), des acteurs et des réseaux de promotion de la santé, et des programmes de médecine préventive[156]. L'instance de pilotage, les SESU et SAPS, les acteurs et réseaux de terrain et la section «Promotion de la santé» forment un dispositif qui définit les objectifs du Plan et assure la mise en œuvre de ce dernier (voir schéma «dispositif organisationnel de la promotion de la santé de la COCOF»).

LA SECTION «PROMOTION DE LA SANTÉ» DU CONSEIL CONSULTATIF

Elle est l'organe d'avis du secteur. Elle est chargée de donner son avis sur toutes les questions qui concernent la promotion de la santé, à sa propre initiative, à la demande du Parlement francophone bruxellois (concernant les propositions de décret), ou à la demande du Collège de la COCOF. L'avis de la section est donc requis pour toutes les questions qui concernent la promotion de la santé, y compris la médecine préventive, mais aussi sur des questions éthiques, sur des projets de décrets et d'arrêtés d'exécution relatifs à la politique de santé, et sur le plan de promotion de la santé[157].

156 Le dispositif de promotion de la santé est plus amplement détaillé dans notre rapport 2015.

3.10.1. LE PLAN STRATÉGIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ 2018-2022

Le décret décrit également les dispositions relatives au plan de promotion de la santé et à son évaluation[158]. Le plan a été élaboré par l'Administration en concertation avec les services et les acteurs de la promotion de la santé, dans la perspective de «promouvoir la santé et [réduire] les inégalités sociales de santé en Région de Bruxelles-Capitale»[159]. Il a ensuite été analysé et approuvé par l'Instance de pilotage, et enfin adopté par le Gouvernement francophone bruxellois.

Suite à un appel candidature clôturé le 15 septembre 2017, les différents opérateurs (services et acteurs) ont été désignés par le Collège réuni de la COCOF afin d'opérationnaliser le plan de promotion de la santé dès janvier 2018. Parmi les 35 opérateurs chargés de mettre en œuvre le plan, un service d'accompagnement (SAPS)[160], 7 services de supports (SESU) et 4 réseaux soutiennent l'ensemble du dispositif. Deux nouveaux appels à projet ont été lancés par après, afin de couvrir la thématique relative à la prévention auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et celle relative à la nutrition (en lien avec les activités physiques)[161].

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

1) Organiser et apporter, en concertation avec les services de support, l'aide méthodologique dans les démarches en promotion de la santé aux acteurs et aux relais, et mettre à leur disposition les ressources d'accompagnement disponibles, notamment en documentation, formation, outils et expertise ;

157 Décret relatif à la promotion de la santé de la COCOF du 18 février 2016.
158 Le dispositif de promotion de la santé, les modalités d'évaluation et les enjeux liés aux politiques de promotion de la santé de la COCOF sont détaillés dans nos rapports 2015 et 2016.
159 Décret relatif à la promotion de la santé de la COCOF du 18 février 2016.
160 C'est le CBPS (Centre bruxellois de promotion de la santé) qui a été désigné comme service d'accompagnement.
161 Rapport fait au nom de la Commission santé de la COCOF, «Mise en œuvre du plan stratégique de promotion de la santé 2018/2022 du Gouvernement francophone bruxellois», 6 mars 2018.

LES OBJECTIFS DU PLAN STRATÉGIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ 2018-2022

Finalité		
Promouvoir la santé et réduire les inégalités sociales de santé en Région de Bruxelles-Capitale		
Objectifs généraux		
Contribuer de manière ciblée à la prévention des maladies chroniques transmissibles et non transmissibles, ainsi que des traumatismes.	Renforcer les facteurs favorables à la santé, en agissant sur les déterminants de la santé	
Objectifs thématiques		
Contribuer de manière ciblée à prévenir les maladies non transmissibles et les traumatismes	Contribuer de manière ciblée à prévenir les infections et maladies transmissibles	Favoriser la santé (et donc le bien-être) des publics, sur des territoires et dans des milieux de vie
Objectifs transversaux		
› Améliorer la qualité (accessibilité, compétences, connaissances) des interventions › Favoriser et promouvoir la santé dans toutes les politiques › Lutter contre les inégalités de santé basées sur le genre		

DISPOSITIF DU PLAN DE PROMOTION DE LA SANTÉ : SAPS, SESU ET RÉSEAUX		
Objectifs transversaux visés	**Moyens de mise en œuvre**	**Opérateurs désignés**
Améliorer la qualité des interventions	**SAPS**	CBPS asbl
	SESU 1 «Soutien aux acteurs en matière de littératie en santé»	Culture & Santé asbl
	SESU 2 «Soutien aux acteurs en matière de communication et nouveaux médias»	Question Santé asbl
	SESU 3 «Soutien à l'évaluation et à la transférabilité en promotion de la santé»	UCL RESO
	SESU 4 «Soutien à la formation continue des acteurs en promotion de la santé	Repères asbl
Favoriser et promouvoir la santé dans toutes les politiques	/	/
Lutter contre les inégalités de santé basées sur le genre	**Réseau 1** «Genre, femmes et promotion de la santé» visant l'intégration transversale de la dimension genre dans les programmes et projets de promotion de la santé»	Femmes et Santé asbl (Plateforme pour promouvoir la santé des femmes)
Objectifs thématiques visés	**Moyens de mise en œuvre**	**Opérateurs désignés**
Contribuer à prévenir les maladies non transmissibles et les traumatismes	**SAPS**	CBPS asbl
	SESU 5 «Soutien en matière de promotion d'environnements et comportements favorables à la santé : alimentation et activité physique»	ULB SIPES
	SESU 7 «Soutien aux acteurs en matière de prévention de l'usage de drogues et de réduction des risques»	Eurotox asbl
	SESU 2 «Soutien aux acteurs en matière de communication et nouveaux médias»	Question Santé asbl
	Réseau 2 «prévention et réduction des risques lié à la consommation d'alcool»	Univers Santé asbl (groupe «Jeunes, alcool et société»)
Contribuer à prévenir les infections et maladies transmissibles	**SESU 6** «Soutien aux acteurs en matière de prévention des IST, dont le VIH et le VHC»	Observatoire du Sida et des sexualités
Favoriser la santé des publics, sur des territoires et dans des milieux de vie	**SAPS**	CBPS asbl
	Réseau 3 «Promotion de la santé et MGF»	GAMS asbl (Coordination bruxelloise des stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines)
	Réseau 4 «Milieu festif»	Modus Vivendi asbl («Safer fiesta»)

2) Accompagner et/ou coordonner des dynamiques qui soutiennent la promotion de la santé et ses méthodes de travail telles que le développement de partenariats, l'intersectorialité et la participation communautaire ;

3) Soutenir et coordonner des concertations rassemblant les acteurs et les relais, notamment sous la forme d'une plateforme.

Les services de support, quant à eux, apportent, sur la base de leur expertise, un support permanent en matière de formation, de documentation, d'évaluation, de communication, de recherche ou de recueil de données à l'instance de pilotage, aux acteurs et aux relais[162].

Le plan définit comme publics prioritaires : les adolescent·es et jeunes adultes, les femmes (et leurs enfants), les personnes migrantes (en situation d'exil), les usager·es de drogues licites et illicites, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleuses et travailleurs du sexe, les personnes vivant en rue et les personnes incarcérées[163].

Il cible une série de territoires, de communautés et de milieux de vie privilégiés afin de les améliorer et de les utiliser comme ressources pour l'action : les milieux de vie des jeunes, les milieux de soin, le milieu festif, le milieu du sport, le milieu de la rue, le milieu carcéral et les milieux de vie virtuels.

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

163 Le plan identifie également : les personnes en situation de précarité, les familles monoparentales, les personnes âgées et les enfants, et les personnes vivant avec une maladie chronique.

LES MISSIONS D'EUROTOX EN TANT QUE SESU «SOUTIEN AUX ACTEURS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DE L'USAGE DE DROGUES ET DE RÉDUCTION DES RISQUES»

En tant que SESU, Eurotox est chargé d'apporter un soutien méthodologique et scientifique aux acteurs, aux relais et à l'instance de pilotage en matière de prévention de l'usage de drogues et de réduction des risques, en articulation avec le service d'accompagnement et les autres services de support.
En lien avec les priorités du Plan de promotion de la santé, Eurotox :

- Monitoring épidémiologique sur l'usage des drogues à Bruxelles. Eurotox réalise un tel monitoring afin de mettre à la disposition des politiques, des chercheur·es, des acteurs de terrain, mais aussi du grand public et des médias, un cliché régulier de la situation épidémiologique et de son évolution ;
- Met en place d'un monitoring sociologique et législatif sur l'usage des drogues à Bruxelles. Ce monitoring donne une vue d'ensemble du paysage institutionnel belge mais aussi des évolutions/débats en cours ;
- Recueil de données et développement d'indicateurs pertinents ;
- Rédaction du «Tableau de bord socio-épidémiologique sur l'usage de drogues à Bruxelles» ;
- Rédaction de livrets thématiques qui visent à proposer un outil informatif et opérationnel accessible, traitant un sujet de manière détaillée
- Participation au système d'alerte précoce ;
- Description des tendances émergentes et gestion du forum dédié ;
- Analyse des possibilités de mise en place d'une collecte des données «drogues» bruxelloises ;
- Réalisation d'un état des lieux des besoins et de l'offre de services à l'échelle régionale
- Lutte contre la stigmatisation des usager·es de drogues ;
- Réalise ponctuellement des recherches dans le domaine des assuétudes, soit sur fonds propres, soit en bénéficiant de financements spécifiques. Une recherche sur le milieu virtuel est notamment en cours ;
- Travail d'expertise et de consultance (comités d'accompagnement d'études scientifiques, groupes de travail, rédaction d'articles, intervention dans les médias, éclairage méthodologique).

3.10.2. CONCERTATION AVEC LES AUTRES ENTITÉS

La promotion de la santé, puisqu'elle agit sur les déterminants de la santé, relève de plusieurs compétences politiques. Une priorité de promotion de la santé peut donc relever de plusieurs compétences. Les assuétudes, à titre d'exemple, conjuguent des compétences en promotion de la santé, en logement, en aide à la jeunesse, en sécurité, en prévention, en réduction des risques, en soins et en accompagnement. Il est donc nécessaire, afin de garantir la cohérence des politiques publiques et la liberté de circulation des usager·es, d'organiser les articulations et les collaborations entre les différents ministères ayant des compétences relatives aux déterminants de la santé, et ce, au sein d'un même gouvernement, et entre tous les niveaux de pouvoir, qu'ils soient fédéraux, régionaux ou communautaires.

La COCOF devra donc à la fois collaborer avec la COCOM et la RBC, d'une part, et avec la Région wallonne, le Gouvernement fédéral et la Fédération Wallonie-Bruxelles (en particulier l'Office de la Naissance et de l'Enfance), d'autre part.

*Retrouvez dans le Tableau de bord 2020 le **Mémorandum des Fédérations bruxelloise et wallonne de promotion de la santé**, 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.*

3.11

LE PROGRAMME D'ACTION BRUXELLOIS DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ 2014-2019

Adopté en 2018, le Programme d'action bruxellois est entré en application à mi-parcours. Il comprend cinq axes différents[164] :

1) Renforcer la lutte contre la pauvreté et la précarité sociale au travers d'actions spécifiques ;
2) Renforcer les soins pour les publics précarisés ;
3) Réduire les inégalités et prévenir les ruptures sociales ;
4) Viser l'insertion socio-professionnelle et l'intégration ;
5) Coordonner l'action sociale et renforcer la participation des personnes en situation de pauvreté.

Suite aux élections de 2019, les Gouvernements bruxellois nouvellement formés se sont engagés à élaborer un nouveau plan de lutte contre la pauvreté dans leurs déclarations de politique générale.

164 Le Programme d'actions bruxellois de lutte contre la pauvreté est disponible à l'adresse : https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapport-pauvrete/programme_actions_bruxellois_pauvrete_2014-2019.pdf

3.12

CRÉATION DE SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE

La mise en place de salles de consommation à moindre risque en Wallonie et à Bruxelles a été un travail de longue haleine, mobilisant à la fois le secteur spécialisé et nombre de député·es. Afin de prendre connaissance de l'historique des débats politiques depuis 2015, nous invitons le lecteur ou la lectrice à se référer au Tableau de bord de 2020, chapitre 3.7.

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)[165].

165 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.

3.12.1. 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»[166].

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 environnement non hygiéniques et peu sûrs (présence policière, insalubrité, peur du regard social, etc.).

Les SCMR participent également à réduire les nuisances liées à l'usage de drogues dans certains lieux publics dits «de consommation» et à diminuer la présence de seringues et aiguilles usagées sur la voie publique, de même que d'autres problème d'ordre public (par exemple, des conflits entre usager·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[167] 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 ; Noël et al, 2009 ; INSERM, 2021) :

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

167 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.

- Réduction significative des accidents par overdose, des problèmes liés à l'échange de seringues usagées (maladies infectieuses) et des blessures post-injection (abcès, infections bactériennes…) ;
- Absence d'augmentation du nombre d'usager·es de drogue et maintien du taux de rechute au sein des anciens usager·es[168] ;
- Point d'entrée vers les services de soins et autres services sociaux pour usager·es (réinsertion, traitement de substitution, prise en charge en addictologie…) ;
- Réduction des déchets liés à l'injection dans l'espace public ;
- Absence d'augmentation de la criminalité associée à l'usage de drogue ;
- Réduction des nuisances publiques.

Les différentes évaluations des SCMR australiennes et françaises rapportent un coût-efficacité positif, leur fonctionnement permettant notamment de réduire les coûts liés à la mortalité, aux abcès, aux infections au VIH et aux hépatites B et C[169].

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 marginalisés 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 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 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.

3.12.2. DES SCMR 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[170]. Interpelée quant à la position de la COCOF, la ministre en charge de la santé à la COCOF d'alors avait déclaré soutenir un tel dispositif, préférant toutefois que sa mise en place soit précédée d'une modification de l'article 3 de la loi de 1921. Aucun projet-pilote concret n'était alors en réflexion[171].

Par ailleurs, le Parquet de Bruxelles avait annoncé avoir conclu un protocole d'accord et qu'il ne poursuivrait ni les travailleur·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[172].

Le Parlement francophone bruxellois en 2019, puis le Parlement bruxellois en 2021, ont institué un cadre légal à la réduction des risques liés aux drogues en Région bruxelloise, autorisant ainsi l'agrément et le subventionnement de salles de consommation sur son territoire (voir chapitre 3.5).

Deux projets de SCMR suivent leur cours à Bruxelles. Une première salle devrait ouvrir ses portes début 2022, dans le centre de Bruxelles, sous l'impulsion du bourgmestre de la commune. Un centre intégré régional, comprenant notamment une SCMR, est également projeté pour 2026 du côté de Tour et Taxis. Ce projet est inscrit dans l'Accord de la majorité 2018-2024 de la Capitale et fait partie intégrante du Plan global de sécurité et de prévention ; il est confié aux asbl Transit, Médecins du Monde et Projet Lama, et soutenu par la Ville de Bruxelles et son CPAS[173,174,175].

168 L'une des craintes liées à l'implantation des SCMR est qu'elles encourageraient la consommation de drogues et donc pourraient provoquer une augmentation du nombre d'usager·es et du taux de rechute parmi les anciens usager·es. Les différentes évaluations des SCMR montrent cependant que ce n'est pas ce qui se passe.

169 Les évaluations ne tiennent pour le moment pas en compte de tous les bénéfices liés à l'implantation d'une SCMR (par exemple, les effets sur la santé mentale, les autres infections bactériennes évitées, l'amélioration de l'accès aux droits sociaux, la réduction des actes de délinquance, etc.). Voir Vander Laenen et al (2017) et INSERM (2021).

170 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.

171 Interpellation de M. Uyttendaele à Mme Jodogne, Compte rendu, Séance plénière du 23 février 2018, Parlement francophone bruxellois.

172 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 ?»

173 Article «Le bourgmestre Philipe Close veut ouvrir une «[salle de consommation à moindre risque]» à Bruxelles en 2019» du 28/08/2018, 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

174 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

175 Article «Bruxelles : un centre d'accueil intégré pour usagers de drogues le long du canal à l'horizon 2026» du 12/10/2021, Belga, RTBF.be, URL : https://www.rtbf.be/info/regions/detail_bruxelles-un-centre-d-accueil-integre-pour-usagers-de-drogues-le-long-du-canal-a-l-horizon-2026?id=10858813

LE POINT 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»[176] 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 du ministère wallon de la santé.

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 formés aux usages de consommateurs de rue, les riverain·es, les autorités communales et la police).

Parallèlement à cette proposition de résolution, la Ville de Liège s'est également saisie de la question. En tant que bourgmestre de la ville de Liège, M. Willy Demeyer avait officiellement demandé début 2017 à l'ancienne ministre fédérale de la santé Mme De Block une dérogation pour ouvrir la première SCMR en Belgique, à titre de recherche-action[177]. 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[178].

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[179].

La SCMR de Liège baptisée Såf Ti («Protège toi») a ouvert le 5 septembre 2018 et accepte tout usager·e de plus de 18 ans qui ne vient pas pour une première expérience. Entièrement financée par 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[180,181].

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 mobile dans le centre-ville de Charleroi, initialement prévue pour la fin 2021[182,183].

176 Cette proposition de résolution a été introduite conjointement par le cdH, le MR et le PS, avec le soutien d'Ecolo.
177 «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/
178 «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/
179 Procès-verbal de la séance du Conseil communal du 28 mai 2018, Ville de Liège.
180 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)
181 «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/
182 Article «'Salle de shoot' à Charleroi : le projet se concrétise», guidesocial.be, 02/07/2019.
183 Article «Toxicomanie et mendicité, principaux soucis du conseil zonal de sécurité à Charleroi» de Hugues Decaluwé et Daniel Barbieux, du 01/10/2021, RTBF, URL : https://www.rtbf.be/info/regions/hainaut/detail_toxicomanie-et-mendicite-principaux-soucis-du-conseil-zonal-de-securite-a-charleroi?id=10852323

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

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 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.

4 L'USAGE DE DROGUES ET LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

La santé physique, mentale et psychosociale des individus dépend d'un ensemble de déterminants. Une approche globale de la santé et des inégalités sociales de la santé doit tenir compte de l'ensemble de ces déterminants de la santé qui englobent les caractéristiques individuelles, les milieux de vie, les systèmes sociétaux et le contexte globale. La santé, l'accès aux soins de santé et la répartition des risques liés à l'usage de drogue sont ainsi notamment influencés par les déterminants sociaux et structurels relatifs aux rapports de domination reposant sur les classes sociales, le racisme, l'hétéronormativité, le validisme ou encore le patriarcat. D'autant plus lorsque ces différentes formes de domination ou de discrimination se cumulent et se renforcent les unes les autres ; c'est ce phénomène que décrit la notion d'*intersectionnalité*.

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 et au Tableau de bord 2019 pour un chapitre sur les droits humains des usager·es de drogues.

4.1 INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ET USAGE DE DROGUES[184]

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. Un focus spécifique sur les relations entre la crise sanitaire du COVID-19, l'usage de drogues et le renforcement des inégalités sociales de santé se trouve au chapitre 8.

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[185]. 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 risque d'être 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 commun e de résidence et l'écart se creuse toujours davantage entre les plus défavorisés et les plus favorisés (Observatoire belge des inégalités, OBI, 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 9,1 % des ménages belges en 2018 (8,4 % en 2011 ; la Région bruxelloise et la Wallonie sont davantage touchées avec une proportion respective de 16,1 % et 12,8 %, pour 5,4 % en Flandre). Et ce pourcentage diminue au fur et à mesure que le niveau d'enseignement et les moyens financiers augmentent (18,5 % des revenus les plus bas contre 2,5 % des revenus les plus élevés). Le report des soins touche davantage les familles monoparentales ; 21,8 % d'entre elles sont en effet concernées, sachant que la majorité est dirigée par des femmes (enquête HIS 2018 ; WIV-ISP, 2013 ; OBI, 2017). L'observatoire social européen note dans un rapport datant de 2020 que le nombre de personnes déclarant des besoins médicaux non satisfaits pour des raisons financières a augmenté entre 2011 et 2017, en particulier chez les femmes, chez les personnes ayant une activité professionnelle faible ou nulle et chez les personnes se

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

185 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.

déclarant en mauvaise santé. Il ajoute que cette augmentation est corrélée à celle du nombre de personnes menacées de pauvreté depuis 2011 (Baeten et Cès, 2020).

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.

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.[186] 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 personnes socialisées comme hommes ou comme 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 garants de la santé globale, de l'accès aux droits, de la participation citoyenne et du sentiment d'appartenance de ces personnes.

186 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[187].

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,

187 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[188] (Les éléments des colonnes ne sont pas à mettre en opposition)	
Facteurs protecteurs	**Facteur de risque**
Individu	
› Facteurs neurologiques et génétiques › *Coping* (aptitude à faire face) et résilience › Pratique pieuse de la religion* › Certains traits de personnalité (tempérance, sociabilité, etc.) › Estime de soi › Compétences psycho-sociales (résilience, esprit critique, capacité à résoudre des problèmes, etc.) › Sentiment d'appartenance à une communauté ou une société et adhésion à ses valeurs › Accès à la parentalité	› Facteurs neurologiques et génétiques › Troubles du comportement › Esprit de rébellion › Certains traits de personnalité (recherche de sensations, faible estime de soi, etc.) › Échecs scolaires et rupture scolaire › Éducation genrée (masculine)** › Précocité du premier usage › 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 › Présence d'un adulte important ou d'un pair aidant	› Contexte familial conflictuel › Violences intra-familiales › Abus de substances psychoactives au sein de la famille et des pairs › Problèmes de santé mentale des parents
Réseaux sociaux et communautaires	
› Participation à la vie de quartier › Insertion sociale (école, pairs, communauté) ou professionnelle › Engagement dans des activités structurées (sport, musique, quartier, etc.) › Réseau social fort (soutien)	› Voisinage ou environnement de vie défavorisé › Discriminations basées sur le genre, l'orientation sexuelle, la religion ou l'appartenance ethnique › Pression sociale à la conformité › Exclusion sociale/marginalisation › Pairs consommateurs › Conditions de travail difficiles (stress, pénibilité physique)
Statut socio-économiques	
› Situation d'emploi › Niveau d'enseignement élevé › SSE élevé (moindres dommages et conséquences)	› Situation de chômage › Faible niveau d'éducation › SSE faible (davantage de dommages et conséquences) › Précarité du logement
Contexte socioéconomique, culturel et environnemental	
› Disponibilité restreinte des substances › Interdiction du marketing et publicité (alcool) › Culture dévalorisant la consommation › Politiques publiques veillant à ne pas renforcer les inégalités sociales (y compris de genre) › Etc.	› Disponibilité forte des substances › Marketing et publicité (alcool) › Faible coût des substances › Banalisation de la consommation › Société inégalitaire et discriminante › Etc.

* Il faut toutefois noter que si, de manière générale, la pratique d'une religion est associée avec une moindre consommation d'alcool (Fearer, 2004), la relation entre religion et consommation d'alcool est cependant plus complexe. En effet, certaines composantes de la religiosité (culpabilité, pratique religieuse privée) peuvent être propices au développement d'une consommation problématique (Braun et al, 2018).

** 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.).

sur le maintien de l'abstinence, sur les probabilités de rechute ou d'arrêt de la consommation, etc. Or ces facteurs et/ou les diverses ressources pour réduire les facteurs de risques ou renforcer les facteurs de protection sont inégalement répartis au sein de la population. Dès lors, les conséquences sociales, pénales et sanitaires liées à l'usage de drogues, sont différemment distribuées selon le 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 (Origer, 2016), suivent le gradient social.

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.

188 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

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)[189]. 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 marginalisés risquent en effet d'éviter tout contact avec les services de soin ou d'accompagnement de peur d'être mal accueillis, jugés, renvoyés vers la justice, de perdre la garde de leurs enfants, etc. Les 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[190] 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 producteurs, les dealers, les consommateur·rices et les acteurs associatifs actifs sur le terrain. Le contexte prohibitionniste, par définition, retire la production et la distribution des substances illicites des entités légales (que ce soit le marché «légal», l'État ou des associations sans but lucratif). Ce sont alors l'économie souterraine et/ou le crime organisé qui prennent le relais. Les vendeurs (particulièrement de 1re ligne) et les acheteurs prennent dès lors part à des activités illégales et encourent des risques (notamment légaux). De nouveau, ces risques ne sont pas les mêmes selon le SSE de l'acheteur et du vendeur. En effet, les ressources pour échapper à l'appareil policier et judiciaire, ou pour en minimiser les conséquences, ne sont pas équitablement réparties au sein de la population : le contrôle au faciès, le bagou, la présomption de l'innocence, l'accès à un·e avocat·e, la maîtrise du vocabulaire judiciaire, un casier judiciaire vierge, etc. sont autant de facteurs protecteurs ou de risque que la population ne partage pas uniformément. 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 intervenant·es, 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, 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.

189 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.

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

4.2

PAPY ET MAMY «BOOM» CHEZ LES USAGER·ES DE DROGUES

Dans certains pays, la prévalence de la consommation de drogues illégales chez les personnes âgées s'est accrue au cours des années 2010 et même à un rythme plus rapide que pour les groupes d'âge plus jeunes (c'est notamment le cas aux États-Unis et en Allemagne). Plus particulièrement, la consommation de cannabis est en augmentation chez les 55-64 ans de plusieurs pays d'Europe occidentale (UNODC, 2018).

Les usager·es de drogues âgés tendent davantage à expérimenter et consommer des drogues traditionnelles en comparaison avec leurs homologues plus jeunes. La prévalence de la consommation sur la vie des drogues traditionnelles (c'est-à-dire sur le territoire depuis plusieurs décennies, comme le cannabis, l'héroïne, le LSD…) est en effet plus élevée parmi les usager·es âgés. Au contraire, la prévalence de la consommation sur la vie des drogues plus récentes (par exemple la MDMA) est plus importante chez les usager·es jeunes.

Les observateurs internationaux relèvent une augmentation du nombre et de la proportion de patientes et patients âgés entrant en traitement pour une consommation problématique de drogues illégales depuis les années 2000 au niveau international et européen (UNODC, 2018 ; EMCDDA, 2010 ; OICS, 2021). En 2010, un tiers des usager·es problématiques avaient entre 35 et 64 ans (EMCDDA, 2010 ; OICS, 2021). De plus, la proportion de patient·es de plus de 40 ans en traitement d'un usage problématique d'opioïdes est passée d'1 sur 5 en 2006 à 1 sur 3 en 2013 (UNODC, 2018). En Belgique, le vieillissement de la population en traitement s'observe également depuis de nombreuses années, avec près d'1 patient·e sur 4 ayant plus de 50 ans (Antoine, 2020). Le vieillissement des patient·es est moins marqué en matière de consommation d'alcool.

Le vieillissement de la population, et plus spécifiquement celui des usager·es, soulèvent des inquiétudes quant à la capacité des services spécialisés et non spécialisés à prendre en charge et gérer un nombre croissant d'usager·es âgées, leurs besoins de santé et leurs problématique parfois complexes (problèmes de santé mentale, douleurs chroniques, polyconsommation, comorbidités, etc.) au cours des prochaines décennies.

4.2.1. LES FACTEURS D'AUGMENTATION DU NOMBRE D'USAGER·ES ÂGÉS

Plusieurs facteurs influencent l'accroissement de l'étendue de l'usage de drogues chez les personnes âgées. L'un de ces facteurs pourrait être un effet de cohorte, par lequel un groupe d'individus, ici la génération du babyboom, partagent des expériences sociales et culturelles communes à cause de leur période de naissance (entre 1946 et 1964). Ces expériences peuvent être différentes des cohortes précédentes. Les babyboomers ont grandi dans un moment où l'usage des drogues illicites atteignaient des niveaux relativement élevés et ont dès lors davantage expérimenté des drogues au cours de leur jeunesse que les générations précédentes ; et une partie d'entre eux et elles ont poursuivis leur consommation.

Les usager·es de drogues illégales tendent en effet à poursuivre le type de consommation qu'ils ont initié au cours de leur jeunesse et sont généralement moins exposés aux drogues plus récentes que les plus jeunes (UNODC, 2018). Les opioïdes (principalement l'héroïne), la cocaïne et le cannabis sont les drogues les plus consommées par les usager·es âgés, et la majorité d'entre eux consomment également de l'alcool (Wu et Blazer, 2011 ; EMCDDA, 2010). Cet effet de cohorte explique en partie une prévalence de l'usage plus importante au sein des personnes plus âgées dans nombres de pays occidentalisés (UNODC, 2018 ; OICS, 2021).

L'usage simple de cannabis (i.e. non problématique), tout particulièrement, est marqué par cet effet de cohorte, contribuant ainsi à une augmentation de la prévalence. Cet effet de cohorte est renforcé d'une part par la baisse progressive des risques perçus liés à la consommation et, d'autre part, par la progression d'une opinion plus informée et plus favorable, concomitante aux différentes initiatives de légalisation depuis les années 2000 (Uruguay, Canada, États-Unis, etc. voir le chapitre 1.6.1).

CULTURE DE LA DROGUE : ÉVOLUTIONS DU 20e SIÈCLE

Le rapport de l'Occident à la consommation de drogues a significativement évolué depuis les années 1960. L'usage de drogues s'est érigé en totem de la contre-culture politisée, alternative, post-matérialiste, transgressive et libératrice de la jeunesse des années 1960-1970, en réaction aux valeurs des générations précédentes et du monde politique. Les drogues illicites les plus consommées étaient alors le cannabis, le LSD et les amphétamines. L'héroïne est devenue de plus en plus disponible à partir de la moitié des années 1970, jusqu'à atteindre un pic dans les années 1980-1990 en Europe occidentale. L'augmentation de la disponibilité de l'héroïne, en combinaison avec l'effet de cohorte, est à l'origine de l'épidémie d'usage d'héroïne, d'infections au VIH et d'overdoses des années 1980 et 1990 (EMCDDA, 2010).

Le nombre croissant d'usager·es âgés entrant en traitement peut s'expliquer par le vieillissement des usager·es ayant connu un long parcours de consommation (problématique) et plusieurs tentatives de traitement. La grande majorité des usager·es âgés entrant en traitement ont effectivement débuté leur consommation avant leurs 30 ans et beaucoup sont référés par le système judiciaire (Wu et Blazer, 2011 ; en Beglique, le référencement judiciaire s'élève à environ 11 % des demandes de traitement enregistrées dans le TDI, mais il peut considérablement varier selon les produits : ainsi il s'élève à environ 30 % pour les demandes de traitement pour usage problématique de cannabis alors qu'il n'est que de 10 % et 6 % pour celles en lien avec un usage problématique de cocaïne ou d'opiacés, respectivement ; voir Antoine, 2021). Cette

tendance illustre la nature chronique et le risque de rechute qui composent les consommations problématiques (y compris les dépendances ; EMCDDA, 2010).

Toutefois, 35 % des usager·es âgés entrant en traitement en Europe le font pour la première fois, ce qui signifie qu'ils peuvent avoir développé une problématique tardivement au cours de leur vie (EMCDDA, 2010).

Ainsi, l'augmentation de la consommation de drogues et des entrées en traitement des usager·es âgés s'explique parallèlement par des facteurs jouant sur l'initiation tardive aux drogues (ou la reprise d'une ancienne consommation ; UNODC, 2018) :

- L'évolution de la perception des risques liés à la consommation de drogues ;
- L'augmentation de la disponibilité des drogues ;
- Des changements dans l'acceptabilité sociale de l'usage ;
- La médication ou l'automédication pour lutter contre la douleur, l'anxiété ou encore les défis et maux liés à l'entrée en pension ou au vieillissement.

Concernant ce dernier point, les personnes âgées présentent en effet des niveaux plus élevés de problèmes de santé mentale, par exemple des états dépressifs, et de plus hauts taux de facteurs de risques sociaux, tels que le deuil, l'isolation sociale, les problèmes financiers et le manque de soutien social. Le passage à la pension pourrait également avoir un impact sur l'usage de drogues, mais les preuves scientifiques sont actuellement limitées (UNODC, 2018). Un usage tardif peut aussi être associé à une prescription d'analgésiques, qui présentent des risques de mésusage si leur prise n'est pas correctement ou suffisamment encadrée. De plus, de nombreuses personnes âgées rapportent souffrir de douleurs qui ne sont pas traitées de manière suffisante, à cause d'autres substances qui ont accru leur tolérance aux analgésiques. L'allongement de l'espérance vie et le vieillissement de la population impliquent également que la proportion de patient·es âgés subissant des interventions chirurgicales et suivant des traitements médicamenteux augmente (OICS, 2021).

L'allongement de l'espérance de vie ne concerne évidemment pas uniquement la génération des babyboomers. Les générations suivantes poursuivent cette tendance, tout en présentant des taux de prévalence de consommation au moins aussi élevés ; il est dès lors nécessaire de penser l'adaptation des services et des soins sur le long terme (Specht et al, 2021).

4.2.2. USAGE DE DROGUES ET VIEILLISSEMENT[191]

Le processus de vieillissement et l'usage de drogues s'influencent mutuellement, selon différents mécanismes. En premier lieu, le vieillissement du corps humain altère son fonctionnement et sa constitution. Un corps humain plus âgé peut maintenir des niveaux de concentration de substances psychoactives dans le sang plus longtemps que les corps plus jeunes. Ceci affecte bien évidemment les fonctions motrices et cognitives, augmentant ainsi les risques d'accident, de

191 À noter que la recherche scientifique est encore lacunaire en la matière, et qu'elle ne distingue pas toujours les usager·es de drogues de longue durée (de drogues légales et illégales) et les usager·es tardifs (notamment de médicaments psychotropes prescrits). Elle ne s'accorde pas non plus sur l'âge à partir duquel une personne usagère est considérée comme âgée. Il varie de 40 ans (en particulier pour les usager·es de drogues illégales) à 60-65 ans. La plupart des développements de cette partie s'appliquent principalement aux usager·es de drogues illégales, bien qu'ils puissent aussi concerner les usager·es de médicaments prescrits.

LES DEMANDES DE TRAITEMENT EN BELGIQUE

L'indicateur de demandes de traitement (TDI) donne un aperçu du profil et du parcours des personnes en demande de traitement. Ainsi, les demandeur·ses de plus de 45 ans ayant des antécédents thérapeutiques ont en moyenne commencé la consommation de la substance problématique avant leurs 35 ans (32 ans pour les opiacés, 27 ans pour la cocaïne et 35 ans pour les hypnotiques). Les primo-demandeur·ses tendent à avoir débuté leur consommation plus tard (respectivement 36 ans, 33 ans et 41 ans).

L'origine de la demande est semblable pour les primo-demandeur·ses et les demandeur·ses ayant des antécédents thérapeutiques de plus de 45 ans, et émanent principalement de la personne elle-même, de la famille, du ou de la médecin généraliste ou de l'hôpital ; une orientation par la justice est beaucoup moins fréquente.

Enfin, les usager·es de plus de 45 ans représentent environ 30 % des demandes (chiffre stable depuis 2015). Les personnes de plus 65 ans sont davantage représentées au sein des primo-demandeur·ses (3,8 % en 2019, contre 2,9 % chez les demandes avec antécédents thérapeutiques).

La photographie de la situation en Belgique est cependant partielle. Le TDI n'est en effet récolté que dans les services spécialisés en assuétudes et dans les hôpitaux (généraux et psychiatriques). Les cabinets et institutions privés, le milieu pénitentiaire, les maisons médicales et la grande majorité des services de santé mentale non spécialisés n'y prennent pas part. Ainsi, les usager·es précarisés sont surreprésentés. Or, on peut considérer que les personnes âgées ayant des problèmes de consommation sont sous-représentées au sein des services participant au TDI (hormis les personnes vivant en grande précarité), d'une part, parce qu'elles sont plus souvent suivies par des généralistes ou par des institutions privées (ambulatoires ou résidentielles). La recherche «Up To Date» pointe par exemple que les personnes consultant un ou une médecin généraliste pour des problèmes liés à l'abus de substances sont majoritairement des adultes entre 45 et 64 ans (57,9 % ; Vanmeerbeek et al, 2015). D'autre part, les personnes âgées sont, du fait de leur âge et parfois d'un usage problématique ou à risque de longue durée, davantage impactées par la mortalité (précoce) liée à l'usage de substances.

chute et de blessure, ou rendant difficile l'accomplissement d'activités quotidiennes. La prise de substances ayant des propriétés hallucinogènes et désorientantes (médicaments psychotropes inclus) est particulièrement risquée. Les personnes âgées ont une sensibilité accrue, ce qui décuple les effets de ces substances, et leur tolérance est généralement plus basse. De plus, elles sont également davantage susceptibles de prendre des médicaments prescrits pour traiter différents maux physiques et psychiques. Or, les effets des médicaments prescrits et ceux des drogues peuvent interagir, s'annuler ou se potentialiser, mettant les personnes en danger (Diniz et al, 2017 ; Han, Gfroerer et Colliver, 2009).

Parallèlement, nous l'avons vu, le processus de vieillissement peut affecter les facteurs de risque de développer une consommation problématique sur le tard, en renforçant ou déclenchant des problèmes psychologiques, sociaux ou de santé. Atteindre un âge avancé s'accompagne en effet de nombreux bouleversements psychosociaux et physiques (pension, solitude, douleurs chroniques, deuil, problèmes de santé mentale, etc.). Les facteurs participant à détériorer la santé psychique comprennent le manque de ressources personnelles (faibles compétences professionnelles, faible intelligence émotionnelle, manque de perspectives, image de soi négative, sentiment de ne pas contrôler sa vie) et la rupture progressive des liens sociaux (familles, ami·es, travail) (Diniz et al, 2017).

L'usage de drogue (en particulier de longue durée) peut à son tour aggraver l'état de santé mentale et physique des personnes, compliquer voire accélérer le processus de vieillissement du corps et du cerveau. Les personnes âgées usagères ont en effet plus de problèmes physiques et de santé mentale que leurs pairs en population générale et les jeunes usager·es. Les usager·es, en particulier qui fument ou qui ont recours à l'injection, sont davantage sujets à des maux cardiorespiratoires. De même, les maladies infectieuses sont plus fréquentes parmi les usager·es âgés, notamment parce que leur consommation peut dater de plus longtemps, d'une période où les services de réduction des risques étaient moins répandus. L'usage de drogue est aussi associé à un risque accru de diabète précoce et plus sévère, de troubles neurologiques et de cancer. Les usager·es plus âgés expérimentent aussi souvent une accélération des morbidités médicales et une progression dans la détérioration de leurs organes, en particulier les usager·es dépendants. Le système immunitaire des personnes usagères, notamment celles ayant longtemps vécu dans de mauvaises conditions, est davantage affecté par le vieillissement (Beynon, 2009 ; Beynon et al, 2009). Ainsi, on estime qu'à 40 ans, ils/elles peuvent requérir un niveau de soin normalement destiné aux personnes âgées (Vogt, 2009).

Additionnellement, les usager·es de drogues sont disproportionnellement plus affectés par des problèmes psychologiques et psychiatriques, qui sont souvent plus complexes et sévères qu'au sein de la population générale (anxiété, démence, solitude, problèmes de mémoire, confusion). L'usage prolongé de drogues illicites est en effet associé à des troubles dépressifs et cognitifs. Et des évènements de vie stressant, courants au sein des usager·es âgés (notamment le décès de proches), peuvent de plus exacerber des problèmes de santé mentale et/ou provoquer une augmentation de la consommation ou l'adoption de modes de consommation plus risqués (EMCDDA, 2010 ; UNODC, 2018).

Enfin, les études rapportent également que les usager·es de drogues illégales plus âgés sont souvent socialement exclus et isolés de leurs proches et réseaux externes à leurs réseaux d'usager·es. Ils/elles sont davantage marginalisés, ont de plus hauts taux de chômage, un niveau d'éducation plus bas, sont plus souvent sans abri et sont plus susceptibles d'avoir fait un séjour en prison (Cassar et al, 2009 ; Nézet et al, 2009 ; UNODC, 2018).

Les usager·es de drogues âgés ont donc des profils souvent plus complexes que leurs jeunes pairs, présentent davantage de comorbidités et disposent généralement de moins de ressources pour faire face aux dommages et risques liés à une consommation de drogue. Le processus de vieillissement aggrave en effet les facteurs de risques et tend à fragiliser les facteurs de protection (insertion sociale, activités sportives et de loisir, santé physique et mentale, soutien des proches, etc.).

PROBLEMES ET RISQUES CHEZ LES USAGER·ES DE DROGUES ÂGÉS (OICS, 2021)

Santé physique et mentale

- Risque accru de décès par maladie, overdose et suicide
- Âge médian plus jeune au décès
- Apparition prématurée de troubles dégénératifs, problèmes cardiovasculaires, maladie du foie, douleurs physiques, capacité physique fonctionnelle réduite, problèmes respiratoires et diabète
- Risque accru d'infection au VIH et à l'hépatite C
- Risque accru de chutes, de fractures, de blessures et d'accidents de route sous influence d'une substance psychoactive (légale ou illégale)
- Difficulté accrue à effectuer les tâches de la vie quotidienne (douleurs, état dépressif…)
- Risque accru de sursédation, d'overdose, de confusion et d'évanouissement
- Incidence accrue de problèmes chroniques de santé mentale

Social

- Stigmatisation et sentiment de honte freinant la détection des consommations problématiques et l'accès aux soins
- Incidence accrue des problèmes financiers, du chômage et du sans-abrisme
- Contacts limités avec la famille et la communauté, isolement social, solitude et exclusion
- Probabilité plus élevée d'entrée en traitement par obligation judiciaire
- Crainte de subir la désapprobation du personnel soignant

UNE ÉPIDÉMIE INVISIBLE ?

La recherche scientifique n'a pris que récemment conscience du problème de l'usage de substances psychoactives chez les personnes âgées. Ceci découle du fait que, du point de vue scientifique, épidémiologique et culturel, les personnes âgées et les personnes usagères de drogues sont souvent négligées voire oubliées. Et si les problématiques liées au «bien vieillir» sont reconnues, les défis relatifs au processus de vieillissement des personnes âgées consommant des drogues légales et illégales le sont beaucoup moins.

L'invisibilisation de l'augmentation de la consommation chez les personnes âgées s'explique par les nombreux obstacles handicapant l'identification, le diagnostic et le traitement des usages problématiques au sein de cette population (Wu et Blazer, 2011) :

- Manque de connaissances et données scientifiques
- Réticence du personnel médical à aborder la question des consommations
- Déni de la consommation problématique
- Visites médicales précipitées, trop courtes
- Stigmate ou honte de la consommation
- Réticence générale à chercher une aide professionnelle
- Manque de ressources financières ou de moyen de transport
- Absence d'assurance ou de mutuelle
- Comorbidités compliquant le diagnostic ou le traitement
- Réduction du réseau de soutien social

Le manque de données et de connaissances signifie en retour d'importantes lacunes en matière d'outils de détection adaptés, de programmes de prévention, traitement et réadaptation ayant montré de bons résultats, de structures et formations adaptées et spécialisées, et plus globalement signifie une attention insuffisante à la problématique lors de l'élaboration des politiques et programmes publics (OICS, 2021 ; UNODC, 2018).

Le déficit en matière d'identification et de détection (précoce) des consommations problématiques s'explique d'abord par le manque de connaissance et de formation des professionnel·les de la santé, ainsi que par des croyances erronées au sujet de la consommation de drogues (en général et chez les personnes âgées). Ensuite, les personnes âgées rapportent peu leur consommation lors de leurs contacts avec le personnel soignant, que ce soit à cause de la honte, de la peur, de formes de démence ou de l'isolation sociale (Diniz et al, 2017). Il n'existe par ailleurs pas actuellement d'outil de dépistage et diagnostic de l'usage de drogues spécifiquement conçu pour les personnes âgées. Les outils destinés à la population générale ne sont en effet pas adaptés à cette population, pour différentes raisons, à savoir (Wu et Blazer, 2011) :

- La pharmacocinétique et la physiologie des individus changent avec le vieillissement. Les manifestations, la sensibilité et les réponses des personnes âgées aux symptômes physiologiques d'une dépendance peuvent dès lors être altérés et ne pas correspondre aux critères diagnostiques ;
- Le déclin de la santé physique, les troubles cognitifs ou les comorbidités sévères peuvent jouer sur la capacité des personnes âgées à se souvenir, à monitorer les consommations ou à interpréter certains critères diagnostiques. De plus, dans les cas où le processus de vieillissement s'accompagne d'un accroissement de la sensibilité aux effets des drogues, une réaction négative peut se produire même avec un faible usage ;
- Les critères diagnostiques ayant trait à la dégradation des liens sociaux et professionnels et aux problèmes judiciaires s'appliquent moins aux personnes âgées qui sont souvent pensionnées, moins actives, ont moins d'obligations, perdent davantage de proches et voient leur réseau social diminuer.

La prise en charge et le traitement d'usages problématiques chez les personnes âgées présentent de réelles difficultés (situations psychosociales complexes, comorbidités). Les personnes dépendantes, en particulier, requièrent des soins continus et l'intervention de multiples disciplines (pharmacologie, thérapie comportementale, accompagnement social…). Plusieurs observateurs s'inquiètent de la capacité actuelle des structures spécialisées et non-spécialisées à absorber l'augmentation du nombre de personnes âgées usagères de drogues et à répondre à leurs besoins en santé physique et mentale (UNODC, 2018 ; EMCDDA, 2010).

4.2.3. RECOMMANDATIONS

Le vieillissement de la population représente une série de défis en termes d'organisation de la société. Une modification de la pyramide des âges augmente notamment le poids des pensions sur la part active de la population. Elle implique également l'adaptation de nombreuses politiques publiques, y compris l'enseignement, la formation, le logement, le transport et les loisirs. L'augmentation du nombre de personnes âgées signifie de plus grands besoins en santé et assistance, en logements spécialisés et, plus généralement, en infrastructures publiques (EMCDDA, 2010).

Les services de soins devront s'ajuster à ce changement, et plus spécifiquement à l'augmentation de la proportion de personnes âgées usagères de drogues (de longue durée ou sur le tard) en leur sein. Les services non-spécialisés et la première ligne de soins devront proposer une prise en charge intégrée, souple, holistique et adaptée à l'âge. Les services spécialisés en assuétudes devront quant à eux adapter leurs programmes, fonctionnement et organisation afin de prendre en compte les besoins complexes et spécifiques des usager·es âgés.

Les services spécialisés, en particulier, ne sont actuellement pas forcément adaptés ni équipés pour accueillir des usager·es de drogues illégales âgés, ayant une longue histoire de consommation, ponctuée de période d'abstinence et de rechutes. Les traitements de substitution aux opiacés, la gestion de la douleur et un recours plus important aux thérapies psychosociales (entretien motivationnel, thérapie cognitivo-comportementale) semblent particulièrement indiqués pour cette population (Lay et al, 2008 ; Wu et Blazer, 2011)[192].

192 Pour davantage de bonnes pratiques relatives aux soins et à la prévention auprès des personnes âgées, voir les livrets thématiques d'Eurotox asbl «Bonnes pratiques en matière d'aide et de soins» (2020) et «Bonnes pratiques en matière de prévention et réduction des risques liés à la consommation d'alcool» (2020).

RECOMMANDATIONS[193]

Prévention et détection

- Renforcer la prévention et la promotion de la santé grâce à la coopération intersectorielle
- Porter une attention particulière aux inégalités sociales de santé et les obstacles dans l'accès aux services et dispositifs de prévention et détection précoce
- Ajuster le type et le dosage des médicaments à la physiologie et pharmacocinétique des personnes âgées
- Surveiller et encadrer la prescription de benzodiazépines et d'opiacés aux personnes âgées. Être vigilant aux risques de surconsommation et d'usage problématique[194]
- Les adultes de plus de 60 ans devraient être systématiquement dépistés pour le mésusage d'alcool, de drogues et de médicaments psychotropes lors de leurs visites médicales
- En cas de détection d'une consommation problématique, les praticien·nes réorientent les patient·es vers les services d'accompagnement ou de traitement adéquats
- Les professionnel·les de la santé sensibilisent aux effets néfastes de l'usage de drogues légales et illégales et des médicaments psychotropes
- Le personnel soignant participe à identifier et réduire les obstacles dans l'accès aux traitements
- Créer ou améliorer les outils de détection et de diagnostic, afin qu'ils soient adaptés aux parcours et aux réalités des personnes âgées

Soin et *care*

Prise en charge intégrée et holistique

- Offrir une prise en charge intégrée, holistique et adaptée à l'âge
- Développer un cadre pour guider les soins, la création de services, la formation du personnel soignant et la prescription appropriée de médicaments
- Recourir à des technologies d'assistance innovantes ou mettre à profit les technologies existantes pour assurer la coordination du traitement, le soutien et le suivi de la situation des personnes âgées qui font usage de drogues (services de télémédecine, services de téléphonie permettant la prise en charge et le suivi des personnes âgées et de leur proches aidant)
- Appuyer les politiques publiques à l'adresse des personnes âgées qui font usage de drogues sur les principes d'indépendance, de participation, de soins, d'épanouissement personnel et de dignité
- Garantir le droit au soulagement de la douleur dans le cadre des soins palliatifs et l'accès universel aux médicaments essentiels
- Concevoir un modèle de soins intégrés souple et adaptable (à domicile ou résidentiel, aidants naturels/familiaux ou aidants professionnels…), qui ne visent pas forcément l'abstinence
- Coordonner et fluidifier le continuum de soins depuis le dépistage jusqu'à la revalidation
- Développer des services d'*outreach* pour entrer en contact avec les personnes âgées marginalisées
- Améliorer la communication entre les professionnel·les spécialisés en assuétudes et les soignant·es de première ligne
- Intégrer des professionnel·les de la santé ayant des expériences dans le domaine des assuétudes au sein des services gériatriques
- Développer des stratégies de soin et des services adaptées aux personnes âgées, qui prennent en compte les préoccupations et contextes psychologiques, sociaux et sanitaires, ainsi que des inégalités sociales de santé et des obstacles dans l'accès aux soins et services
- Impliquer les personnes usagères de drogues dans le processus d'élaboration des politiques de prise en charge intégrée et dans l'évaluation des services et programmes

193 Wu et Blazer, 2011 ; Diniz et al, 2017 ; UNODC, 2018 ; OICS, 2021 ; EMCDDA, 2010

194 Voir notamment les recommandations de l'INAMI : 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.

Former et anticiper

- Renforcer la formation du personnel soignant non-spécialisé (détection des usages et des dépendances, lutte contre la stigmatisation des usager·es, orientation vers les services spécialisés)
- Renforcer la formation du personnel soignant non-spécialisé (détection des usages et des dépendances, lutte contre la stigmatisation des usager·es, orientation vers les services spécialisés)
- Former les professionnel·les spécialisés en assuétudes à la prise en charge des personnes âgées et leurs besoins particuliers (y compris la perte de mobilité, le deuil, l'isolation sociale…)
- Préparer les services spécialisés à l'augmentation de la proportion de personnes âgées (équipement adapté, formation, gestion des comorbidités, prise de médicaments)

Lutte contre la stigmatisation

- Veiller à ce que le dépistage soit mené de façon bienveillante et sans stigmatisation
- Revoir le vocabulaire et le langage employés dans les médias et les stéréotypes véhiculés
- Encourager les personnalités publiques à parler de leurs expériences personnelles
- Mieux former le personnel non-spécialisé
- Favoriser le contact entre les personnes usagères de drogues et non-usagères
- Associer les personnes âgées et les personnes usagères de drogues à l'élaboration de messages de lutte contre la stigmatisation et à la formation continue des prestataires de prévention et de soins
- Observer et évaluer en permanence les programmes de formation visant à lutter contre la stigmatisation pour s'assurer qu'ils restent actuels et adaptés aux objectifs poursuivis

Recherche et collecte de données

- Améliorer la mesure et la surveillance de la santé et du bien-être des personnes âgées (et particulièrement des personnes usagères de drogues)
- Élargir la tranche d'âge de la population ciblée par les études épidémiologiques portant sur l'usage de drogues
- Améliorer l'évaluation et la surveillance de l'usage de médicaments soumis à prescription et en vente libre (et ainsi réduire les prescriptions multiples, le nomadisme médical et les admissions aux services d'urgence)
- Mener des recherches portant sur les comportements de consommation, la santé et les caractéristiques sociales des personnes âgées usagères, et identifier leurs besoins
- Renforcer les connaissances en matière de différences genrées au sein des personnes âgées usagères de drogues
- Renforcer les connaissances relatives aux effets des inégalités sociales de santé sur la santé des personnes âgées, leur usage de drogues légales et illégales et leur accès aux services et soins
- Soutenir et évaluer la mise en place de projets innovants afin de dégager des bonnes pratiques prévention, détection, réduction des risques et soins

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.

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 participant·es 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 participant·es 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·e 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 personnes immigrées clandestines. 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

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 Région bruxelloise, environ 1.400 personnes pour le volet sur les «drogues illicites» et 1.800 personnes pour les volets sur l'alcool, le tabac, 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 et à l'usage de jeux de hasard et d'argent)

chèque-cadeau pour stimuler la participation (10 euros par ménage) : en 2018, 37,4 %[195] 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.

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

L'ENQUÊTE HBSC

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

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

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

Les résultats de l'enquête HBSC 2018 que nous présentons ici reposent sur des analyses réalisées par nos soins au niveau régional. Les résultats au niveau communautaire sont présentés par l'équipe du SIPES dans les rapports suivants :

Dujeu M., Pedroni C., Lebacq T., Desnouck V., Moreau N., Holmberg E., Castetbon K. Consommations de tabac, alcool, cannabis et autres produits illicites. Comportements,

196 Depuis 2014, le questionnaire de l'enquête 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, ce qui rend les comparaisons temporelles compliquées.

ENQUÊTE HBSC	
Années de collecte de données[196]	**1994-1998-2002-2006-2010-2014-2018**
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 2018, en Région bruxelloise, près de 3.500 élèves pour le volet sur l'alcool et le tabac et plus de 1.600 élèves pour le volet «drogues illicites»*
Taux de réponse	32,5 % des écoles primaires et 33,4 % des écoles secondaires contactées en 2018 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 aux élèves qu'à partir de la 3e secondaire.

santé et bien-être des élèves en 2018 – Enquête HBSC en Belgique francophone. Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES), École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles. 2020. 48 pages.

Des tableaux de bords régionalisés sont également disponibles sur le site du SIPES : https://sipes.esp.ulb.be/publications. Les résultats de nos analyses diffèrent légèrement de ceux publiés dans ces tableaux de bord car nous utilisons les données brutes, alors que le SIPES utilisent des données pondérées au niveau individuel afin d'améliorer la représentativité des estimations au regard de la population cible de l'étude. Nous préférons avoir recours aux données brutes par souci de cohérence avec les autres sources de données que nous exploitons.

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.

LE FLASH EUROBAROMÈTRE

Depuis 2002, la Commission européenne finance des Flash Eurobaromètres, sous la forme d'enquêtes téléphoniques thématiques menées auprès de groupes cibles. Les Flash Eurobaromètres 233 (Young people and drugs among 15-24 year-olds), 330 (Youth attitudes on drugs) et 401 (Young people and drugs) ont permis d'appréhender l'attitude des jeunes par rapport aux drogues ainsi que l'évolution de la consommation de certaines substances telles que le cannabis et les euphorisants légaux. Les informations sont récoltées via une interview téléphonique assistée par ordinateur (WebCATI). Afin de garantir une représentativité des échantillons nationaux, les responsables de l'enquête sélectionnent aléatoirement les participant·es 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 participant·es. 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

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

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)

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 forme 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

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)[197]. 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[198]. 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 ou la patiente mais le séjour, certains patient·es 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 forme 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

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'EMCDDA 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[199]. 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[200] 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 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 patient·es 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 ou la lectrice 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/default.aspx

197 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.

198 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.

199 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 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.

200 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.

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[201] selon le système de classification internationale des maladies (CIM-10)[202]. Les bases de données sont ensuite transmises à la DG Statistique du SPF Economie qui les fusionne en vue d'établir des statistiques nationales sur base de la cause initiale.

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

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

Les statistiques de mortalité sont notamment publiées sous forme 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

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 forme 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/

À noter que nous n'avons pu inclure au présent tableau de bord les statistiques policières relatives aux saisies pour l'année 2019 en raison d'un congé de maternité de la personne chargée de compiler ces données à la police fédérale.

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

201 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».

202 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.

numériques, ou encore la recherche d'aide par rapport à une éventuelle problématique de consommation.

Au total, 2.831 personnes ont participé à l'enquête. Après suppression des questionnaires avortés (abandon rapide) ou aberrants, 2.608 questionnaires se sont révélés exploitables, dont 2.601 complétés par des usager·es de drogues légales ou illégales ; 2.479 personnes ont déclaré avoir déjà consommé une drogue illégale au cours de leur vie, dont 1.747 Belges (1.028 Wallon·nes et 678 Bruxellois·es)[203].

Une partie des résultats de cette enquête a également été publiée dans la fiche de synthèse «Milieux virtuels et usage de drogues en Belgique francophone : synthèse des résultats». https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox-Synthese-milieux-virtuels_3.pdf

203 De nombreux usager·es francophones, provenant principalement de France, ont également répondu à l'enquête et y étaient 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.

INTÉRÊTS ET LIMITES DES ENQUÊTES EN LIGNE

Les enquêtes en ligne constituent une méthode de collecte de données très utile pour sonder rapidement une population cible et y estimer l'ampleur d'un comportement à moindre coût. Certaines enquêtes en ligne sont ainsi diffusées à grande échelle et permettent de sonder des milliers de répondant·es en peu de temps (e.g. les enquêtes Santé & COVID de Sciensano). Ces dernier·es ne sont toutefois pas forcément représentatifs de la population cible, car contrairement aux enquêtes avec échantillon probabiliste[204], les participant·es des enquêtes en ligne ne sont pas aléatoirement sélectionnés, mais «s'auto-sélectionnent» en raison de leur degré d'intérêt par rapport à la thématique abordée et leur disponibilité au moment où l'enquête est diffusée. En outre, même si la fracture numérique est en net recul ces dernières années, de nombreux individus sont peu ou pas touchés par les enquêtes en ligne (en particulier les personnes qui ne se connectent pas ou peu à Internet). On parle ainsi d'échantillon de convenance. Lorsque la taille de l'échantillon de convenance est suffisante proportionnellement à la taille de la population étudiée, et que les caractéristiques[205] de cet échantillon ne diffèrent pas significativement de celles de la population cible, il est toutefois possible de générer des estimations relativement fiables quant à la prévalence des comportements étudiés. Ces conditions ne sont toutefois bien souvent pas rencontrées. Les enquêtes en ligne sont en revanche très utiles pour réaliser des études exploratoires.

204 Un échantillon probabiliste est constitué d'individus choisis et ciblés de manière à représenter proportionnellement la population générale et ses minorités. Chaque individu doit avoir autant de chance que les autres de participer à l'enquête.

205 Notamment en termes sociodémographiques.

6

ÉTATS DES LIEUX DES USAGES AVEC ET SANS PRODUIT

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 Région bruxelloise. 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 Région bruxelloise (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. D'autres biais sont susceptibles d'accentuer ce degré d'imprécision (e.g. faible représentativité des personnes marginalisées, institutionnalisées ou incarcérées ; biais de sélection en cas d'enquête en ligne). 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 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. Enfin, certaines enquêtes rapportent, pour les principaux indicateurs de consommation, à la fois les taux bruts (% observés au niveau de l'échantillon) et les taux standardisés (% «corrigés» en fonction de certaines variables démographiques). Nous ne mentionnerons ici que les taux bruts, par soucis d'homogénéité. Néanmoins, lorsque certaines différences significatives disparaissent après standardisation, nous le mentionnerons dans la mesure du possible.

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 (voir le chapitre 5 pour prendre connaissance des détails méthodologiques des différentes sources de données).

PETIT GLOSSAIRE VULGARISÉ DES NOTIONS DE BASE EN ÉPIDÉMIOLOGIE

Prévalence : Mesure de dénombrement des cas estimés de survenue d'un comportement (e.g. usage d'un produit) ou d'une maladie (e.g. infection virale) dans une population donnée à un moment ou sur une période donnée. Ce nombre est généralement exprimé en pourcentage de la population concernée, ou en nombre de cas par 100.000 habitants. Un exemple : selon l'enquête HIS 2018, la prévalence de l'usage de cannabis sur la vie est estimée à 22 % dans la population générale en Wallonie. Autrement dit, 22 % de la population wallonne aurait déjà consommé du cannabis au moins une fois dans la vie.

Incidence : Mesure de dénombrement des nouveaux cas estimés de survenue d'un comportement (e.g. usage d'un produit) ou d'une maladie (e.g. infection virale) dans une population au cours d'une période donnée (généralement une année civile). Un exemple : l'incidence du VIH en Belgique était de 923 en 2019, ce qui signifie que 923 personnes ont été diagnostiquées positives au VIH en 2019 en Belgique.

Intervalle de confiance : En statistique, la valeur réelle d'un paramètre de la population (e.g. la prévalence d'un comportement ou d'une maladie) est inférée sur base de la valeur observée au niveau d'un échantillon supposé représentatif de cette population. Cette inférence comporte une marge d'erreur, que l'intervalle de confiance permet de chiffrer en fournissant une «fourchette» dans laquelle est censée se trouver la valeur réelle, et ce pour un niveau de certitude prédéfini (généralement 95 %). Un exemple : selon l'enquête HIS 2018, la prévalence de l'usage de cannabis sur la vie est estimée à 22 % (IC 95 % : 19,2-24,7) dans la population générale en Wallonie. Autrement dit, il y a 95 % de chance que la valeur réelle de la prévalence de l'usage de cannabis sur la vie dans la population générale en Wallonie se situe entre 19,2 % et 24,7 %, étant donnés la valeur calculée au niveau de l'échantillon (à savoir 22 %) ainsi que la taille de cet échantillon (N=2113).

Standardisation : En épidémiologie, comparer des valeurs estimées au niveau de deux populations ou de sous-échantillons est une opération compliquée parce que ces valeurs peuvent «naturellement» varier en fonction de certaines variables dites de confusion (e.g. l'âge, le sexe ou encore le niveau socio-économique) qui peuvent différer, mais aussi parce que la structure de l'échantillon peut ne pas correspondre à la structure de la population au niveau de ces variables (e.g. faible proportion de femmes dans l'échantillon, alors que dans la population la proportion de femmes est de 51 %). La standardisation est une procédure statistique qui permet de pondérer les valeurs estimées et de neutraliser l'impact des variables de confusion, afin de rendre les valeurs estimées comparables. Un exemple : selon l'enquête HIS 2018, la consommation de médicaments psychotropes (tranquillisants/sédatifs et antidépresseurs) est un peu plus élevée en Région wallonne (16,5 %) qu'en Région flamande (15,3 %) et bruxelloise (13,3 %), si on en croit les niveaux de prévalence bruts (non-standardisés). Mais ces différences ne sont plus significatives après standardisation pour l'âge et le sexe. Autrement dit, la procédure de standardisation a permis de neutraliser des différences régionales artéfactuelles qui étaient dues à des différences au niveau de la structure des échantillons régionaux.

6.1 L'ALCOOL

6.1.1. 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 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).

L'ancienne ministre fédérale en charge de la santé, Mme De Block, s'était prononcée 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'inspecteur·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 DU MARKETING

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, l'ancienne ministre fédérale de la santé Mme De Block a pris plusieurs dispositions au printemps 2019. Depuis lors, 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 hyperconnectée 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)[206,207]. 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

206 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

207 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.*

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.

Le texte était encore en discussion en janvier 2021[208].

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[209]. 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.

208 Document parlementaire 55K0299, Chambre des représentants, URL : https://www.lachambre.be/kvvcr/showpage.cfm?section=/flwb&language=fr&cfm=/site/wwwcfm/flwb/flwbn.cfm?lang=F&legislat=55&dossierID=0299

209 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).

6.1.2. 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[210]. 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 l'ancienne ministre De Block avait finalement retiré le point «Plan national alcool» de l'ordre du jour. Dans la foulée, la ministre avait annoncé à la presse une série de mesures «afin de s'attaquer à la consommation problématique d'alcool»[211], rompant dès lors la concertation avec les entités fédérées (voir ci-après). Ces mesures ne rencontrent cependant ni les *desiderata* des entités fédérées ni les recommandations du secteur non-marchand (voir tableau).

210 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.

LES MESURES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Les mesures proposées par le ministère sous 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[212,213] :

- 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

211 Site officiel de l'ancienne ministre fédérale de la santé Mme De Block.

212 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.

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

LES RECOMMANDATIONS DU SECTEUR NON-MARCHAND

Les propositions du groupe «Jeunes, alcool et société»[214] et de la Fédito bruxelloise[215] étant très proches, nous les avons combinées ici. Les propositions sur lesquelles le groupe «Jeunes, alcool et société» ne s'est pas encore prononcé et qui n'ont été formulées que par la Fédito sont marquées d'un *

Clarifier la loi

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

Interdire/réguler la publicité

- Interdire la publicité pour les produits alcoolisés
- Créer un Conseil fédéral de la publicité, dont le pouvoir serait contraignant en matière de pratiques commerciales (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

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

Dépénaliser l'apprentissage parental

- Dépénaliser l'apprentissage parental (la loi actuelle interdisant toute délivrance de boissons alcoolisées aux jeunes de moins de 16 ans, même dans le contexte familial) et ainsi permettre aux parents d'assurer un rôle éducatif en matière d'alcool, même auprès des mineur·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 spécialisés 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*
- alcoolisées, notamment afin de vérifier que ceux-ci sont équipés d'un système de sécurité ne pouvant être déverrouillé qu'au moyen d'une carte d'identité (conformément à la loi) ;
- Le recrutement de douze inspecteurs supplémentaires, en charge de contrôler le respect de la législation en termes de vente d'alcool aux mineur·es 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[216]. 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

214 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

215 Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes.

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

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[217]. Le groupe «Jeunes, alcool & société» et l'ancienne 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[218]. Les critiques des mesures du ministère 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[219]. 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). De plus, l'absence de Plan national alcool signifie qu'il n'y aurait pas d'évaluation collective des mesures appliquées ou même de bilans généraux[220].

À SUIVRE…

La décision de l'ancienne ministre de la santé d'annoncer des mesures pour réduire l'usage nocif d'alcool hors du cadre d'un Plan national alcool a 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[221]. 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.

Sous la nouvelle législature, le ministère fédéral de la santé a affirmé sa volonté d'élaborer des stratégies interfédérales sous la législature. Un tel plan sera préparé par la Cellule général de Politique en matière de Drogues (CGPD) et la Réunion Thématique Drogues de la Conférence interministérielle Santé Publique[222]. La concertation se déroulera au niveau interfédéral au sein d'un groupe de travail *ad hoc*. Le ministère espère qu'une première note reprenant les objectifs, les grandes lignes et les domaines de priorité verra le jour au cours de l'année 2022[223].

Afin d'agir sur les conséquences de la crise sur la consommation d'alcool et les risques liés, ainsi que sur la santé mentale de la population et des publics plus vulnérables, le ministère de la santé entend continuer à investir dans les soins de santé de qualité, les rendre les plus accessibles possible, ambulatoires et de proximité. Ceci passera notamment par le remboursement des consultations chez les psychologues de première ligne. Le ministère souhaite également sensibiliser davantage les médecins généralistes, notamment en leur proposant un ensemble de formations portant sur une détection et une prise en charge plus précoces des consommations problématiques d'alcool. Le personnel hospitalier bénéficiera aussi d'un meilleur soutien et davantage de sensibilisation à l'identification et au traitement des problèmes de consommation d'alcool chez leurs patient·es, grâce au déploiement du projet «dispositif alcool» mis actuellement en place dans huit hôpitaux[224,225].

217 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/

218 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.

219 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.

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

221 Suite à l'échec des négociations lors de la CIM de 2016, la Ministre-Présidente du Collège de la COCOF et le ministre wallon en charge de la santé d'alors avaient déclaré que, malgré l'absence d'accord au sujet du Plan alcool, ils maintiendraient la lutte contre la consommation problématique d'alcool dans leurs priorités. 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.

222 Compte rendu intégral, Commission de la Santé et de l'Egalité des Chances du 08/06/2021, Chambre des représentants, URL : https://www.lachambre.be/doc/CCRI/pdf/55/ic506.pdf

223 Compte rendu intégral, Commission de la Santé et de l'Egalité des Chances du 21/09/2021, Chambre des représentants, URL : https://www.lachambre.be/doc/CCRI/pdf/55/ic568.pdf

224 Compte rendu intégral, Commission de la Santé et de l'Egalité des Chances du 08/06/2021, Chambre des représentants, URL : https://www.lachambre.be/doc/CCRI/pdf/55/ic506.pdf

225 Coordonné par l'asbl Interstices, il a pour objectif d'améliorer la prise en charge des personnes

6.1.3. 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.

En 2020, l'OMS a publié un rapport sur la présence du marketing alcoolier sur les réseaux sociaux, dans lequel elle note que le marketing alcoolier s'est déplacé depuis les médias traditionnels (radio, journaux, télévision) qui font l'objet de restrictions légales, vers les médias digitaux (avec en tête les réseaux sociaux) qui sont plus difficiles à réguler. Les réseaux sociaux permettent aux alcooliers de cibler et communiquer directement avec les consommateur·rices potentiels, ainsi que les investir dans des contenus qu'ils génèrent eux-mêmes. Ainsi, les alcooliers profitent à la fois de la diffusion de contenus générés par leurs soins et de la diffusion de contenus générés par les usager·es des réseaux sociaux.

De plus, la recherche scientifique montre que les postes positifs relatifs à l'alcool sont davantage visibles que les postes négatifs et sont généralement mis en ligne par d'autres personnes que celles concernées (via les «tags»). Les postes relatifs à l'alcool reçoivent également plus de «likes» et de commentaires positifs que d'autres types de postes. Ce type de dynamique sur les réseaux sociaux est susceptible de mener à la normalisation de la consommation d'alcool et à une tendance à minimiser les risques liés à celle-ci au sein des jeunes adultes et des adolescent·es.

Ces frontières floues entre annonceurs et consommateur·rices requièrent un élargissement des régulations en matière de marketing alcoolier et une mise à jour des législations actuelles, qui devront clarifier si les intérêts commerciaux des alcooliers peuvent ou ne peuvent pas utiliser des citoyen·nes comme des annonceurs gratuits (en particulier les personnes les plus vulnérables). Les politiques de santé publique doivent désormais protéger la vie en ligne de la population en tant qu'espace de communication, socialisation et culture humaines et se saisir de la question de rendre des comptes aux citoyen·nes dans les cas où les technologies digitales rassemblent des données avancées à leur sujet et peuvent prédire leurs comportements. L'OMS note cependant que de telles mesures ne pourront pas être prises par l'Europe, les lobbies alcooliers y étant actuellement trop influents. Elle prend également acte du fait que réguler les contenus commerciaux en ligne est un véritable challenge, et que le succès de telles politiques publiques reposera sur une collaboration globale et régionale entre les autorités concernées tant dans les pays d'émission des contenus que dans les pays de réception.

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[226].

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

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

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

- Adapter la législation sur la vente, l'offre et la distribution, notamment auprès des jeunes de 16 à 18 ans, sur base des recommandations du CSS ;
- Renforcer structurellement l'éducation, la prévention et la réduction des risques ;
- Ne plus lier les espaces de campagnes de prévention aux espaces de publicité pour l'alcool (comme c'est le cas en FWB) et fournir des espaces de prévention garantis et indépendants ;
- Faciliter l'accès à l'information (groupes d'entraide, sites internet) ;

présentant une problématique éthylique par la formation et la sensibilisation du personnel soignant, tout en offrant un soutien médico-psycho-social par le renforcement des ressources intra et extrahospitalières existantes. Le but du projet est donc de fournir du soutien, des formations et des outils afin que les équipes soignantes puissent améliorer leur prise charge des patient·es ayant une problématique alcool. Le gestionnaire du «dispositif alcool» est toutefois à disposition des services d'urgence pour les cas complexes (notamment en cas de comorbidité ou de situation fortement précarisée).

226 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

EFFICACITÉ DES MESSAGES DE RÉDUCTION DES RISQUES SELON L'ÉMETTEUR

Une étude australienne récente a comparé l'efficacité des messages de réduction des risques des alcooliers à ceux diffusés par des organisations de santé publique (Brennan et al, 2020). En exposant 2.923 personnes consommant de l'alcool une à deux fois par semaine à des messages émanant de l'un ou l'autre émetteur, la recherche a relevé que les personnes exposées aux messages des alcooliers rapportent moins de motivation à réduire leur consommation, moins d'intention d'éviter complètement l'alcool et moins d'intention de réduire la quantité d'alcool consommée par occasion. De plus, ces messages génèrent davantage de perceptions favorables à l'égard des consommateur·rices d'alcool (qui sont perçus comme plaisants). En l'absence de groupe contrôle, toutefois, les chercheur·es ne peuvent conclurent que les messages des alcooliers ne sont pas efficaces, ni que les messages des organisations de santé publique le sont. L'étude montre cependant qu'il est tout à fait possible qu'il y ait une différence significative d'efficacité entre les deux types de messages, quand ils sont diffusés à l'échelle de la population générale.

- 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[227] et assurer une formation de base et continue en alcoologie suffisante pour tou·te·s les médecins et autres professions de santé ;
- Sensibiliser à la loi du 14 novembre 1939 qui interdit notamment de servir des boissons enivrantes à une personne manifestement ivre.

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

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.

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

6.1.4. 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[228], 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, 2021). 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*[229]) des boissons alcoolisées était de 116 en 2020 pour la Belgique, il était de 86 en Allemagne, 100 aux Pays-Bas, 101 en France, et 105 au Grand-Duché de Luxembourg. Autrement dit, les prix pratiqués dans nos pays limitrophes sont inférieurs à ceux de la Belgique, ce qui peut favoriser les achats transfrontaliers.

La consommation d'alcool à un niveau populationnel est parfois étudiée sur base des chiffres officiels de vente, rapportés au nombre de consommateur·rices potentiels[230]. Par convention, on parle de consommation moyenne par an, exprimée en nombre de litres d'alcool pur par habitant·e âgé de 15 ans et plus. Il s'agit d'un indicateur utile pour les politiques publiques, dans la mesure où il prédit de manière relativement fiable l'ampleur des dommages liés à l'alcool au niveau populationnel (Rossow & Mäkelä, 2021). 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·e de 15 ans ou plus est de 9,2 litres. Ce nombre abstrait correspond à 177 litres de bière à 5,2° (soit 708 verres de 25 cl par an, ce qui correspond à quasiment 2 verres par jour), ou 76,7 litres de vin à 12° (soit environ 102 bouteilles de 75 cl ou encore 612 verres de 125 ml par an, ce qui correspond à un peu plus de 1 verre et demi 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'habitant·es 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 occasionnels. 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). Le nombre de litres d'alcool pur vendu en Belgique est en diminution progressive depuis une vingtaine d'année : il était de 12,2 litres/habitant·e en 2005 et de 10,4 litres/habitant·e en 2015, contre 9,2 litres/habitant·e en 2019. Il est possible que cette diminution soit en partie due à une augmentation des achats transfrontaliers, qui seraient nombreux et en accroissement en raison de l'augmentation régulière des accises[231].

Le succès de l'alcool dans les pays occidentaux et *a fortiori* en Belgique s'explique par différents facteurs : produit culturellement ancré, 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.

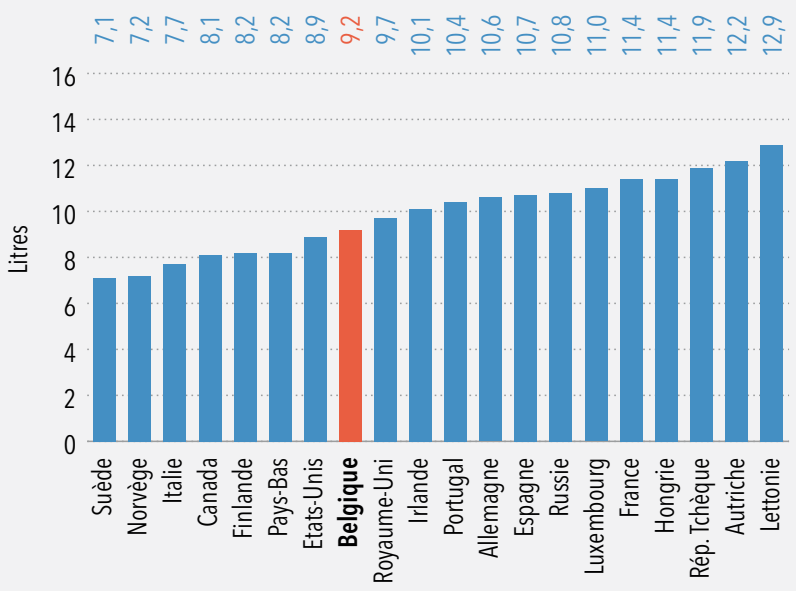
228 Secteur d'activités de l'Hôtellerie, de la Restauration et des Cafés.

229 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.

230 Les chiffres officiels sont parfois corrigés sur base d'une estimation des ventes non-déclarées.

231 Voir : https://www.rtbf.be/info/societe/onpdp/enquetes/detail_alcool-a-l-etranger-le-malheur-des-uns-fait-le-bonheur-des-autres?id=9633540 et https://www.lecho.be/opinions/carte-blanche/une-tres-nefaste-hausse-des-accises-sur-l-alcool/9877872.html

Figure 4 : Nombre de litres d'alcool pur vendu chaque année par habitant·e de 15 ans et plus en Belgique et dans d'autres pays du monde, 2019



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

6.1.5. 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 Région bruxelloise, 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) la consommation hebdomadaire de plus de 10 verres, 5) 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), 6) le *binge drinking*[232] 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), 7) l'usage problématique d'alcool sur la vie[233] 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 8) 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 17,9 ans pour les hommes et de 18,7 ans pour les femmes en Région bruxelloise. Si on concentre sur la tranche d'âge des plus jeunes, la différence de genre est équivalente puisque l'âge moyen est de 16,7 ans chez les hommes de 15-24 ans et 15,8 ans chez les femmes de la même tranche d'âge. L'âge moyen de la première consommation tend à diminuer avec le niveau d'instruction : niveau primaire (21,8 ans), niveau secondaire inférieur (18,4 ans), niveau secondaire supérieur (19,4 ans), niveau études supérieures (17,8 ans).

Environ 23,4 % des Bruxellois âgés de 15 ans et plus n'ont jamais consommé de boissons alcoolisées. L'**abstinence sur la vie** est légèrement plus élevée chez les femmes (27,5 %) que chez les hommes (19 %) et, sans surprise, elle diminue de manière relativement linéaire avec l'âge des répondants. Elle est clairement influencée par le niveau d'instruction et diminue à mesure que celui-ci augmente.

La prévalence de la **surconsommation hebdomadaire d'alcool** (au cours des 12 derniers mois) est de 7,3 % dans la population bruxelloise âgée de 15 ans et plus. Les différences de genre sont peu marquées (parce que l'indicateur est défini de manière genrée) et on observe même chez les 25-34 ans un effet de genre légèrement inversé. La surconsommation hebdomadaire augmente progressivement avec l'âge des répondants, mais elle diminue à partir de 75 ans. Elle tend à être un peu plus élevée chez les individus les moins instruits (7,8 %) et chez les plus instruits (8 %), alors qu'elle avoisine 6 % chez les personnes ayant atteint le niveau secondaire inférieur ou supérieur. Pendant de nombreuses années, la surconsommation hebdomadaire ainsi définie par la Société française d'alcoologie[234] faisait figure de limites conseillées pour éviter les effets nocifs de l'alcool. Ces seuils ont récemment été revus à la baisse, notamment par l'agence Santé Publique France ainsi que, en Belgique, par le Conseil Supérieur de la Santé, suite à des publications d'études épidémiologiques suggérant qu'une **quantité d'alcool supérieure à 10 verres par semaine** représente déjà un risque pour la santé. En 2018, 15,1 % de la population bruxelloise consommait de manière hebdomadaire au moins 10 verres d'alcool. Elle est nettement plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, quelle que soit la tranche d'âge, et suit une courbe en U inversé avec l'âge, le pic de prévalence étant observé entre 65 et 74 ans (29,1 %).

La prévalence de la **consommation quotidienne** d'alcool (au cours des 12 derniers mois) augmente fortement avec l'âge des répondants, et est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, quelle que soit la tranche d'âge (sauf chez les 15-24 ans). À Bruxelles, 14,2 % des hommes et 9,4 % des femmes auraient consommé quotidiennement une ou plusieurs boissons alcoolisées au cours des 12 derniers mois. La consommation quotidienne est un peu plus élevée chez les personnes ayant le niveau d'instruction le plus élevé (niveau d'études supérieures : 12,6 % *versus* environ 10 % pour les autres niveaux). 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 Région bruxelloise, 5,7 % des hommes et des femmes 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 : 5,2 % (niveau primaire), 3,2 % (secondaire

232 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.

233 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.

234 Société Française d'Alcoologie (2003). Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance. Usage à risque, usage nocif. Recommandations de la SFA 2003. *Alcoologie et Addictologie*, 25 1-92.

inférieur), 4,2 % (secondaire supérieur) et 6,7 % (niveau d'études supérieures).

La prévalence du de l'**hyperalcoolisation hebdomadaire** s'élève à 7,3 % chez les Bruxellois·es de 15 ans et plus. Elle est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (9,9 % *versus* 4,8 %). Ce comportement est un peu plus fréquent chez les 15-24 ans, en particulier chez les jeunes hommes (12,1 %). Elle n'est pas impactée par le niveau d'instruction.

La prévalence du ***binge drinking* hebdomadaire** concerne 4 % des Bruxellois. Ce comportement est un peu plus fréquent chez les hommes que chez les femmes mais la différence est faible (4,8 % *versus* 3,3 %). Contrairement aux idées reçues, ce

Tableau 2 : Prévalence 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 Région bruxelloise, par genre et par tranche d'âge, 2018

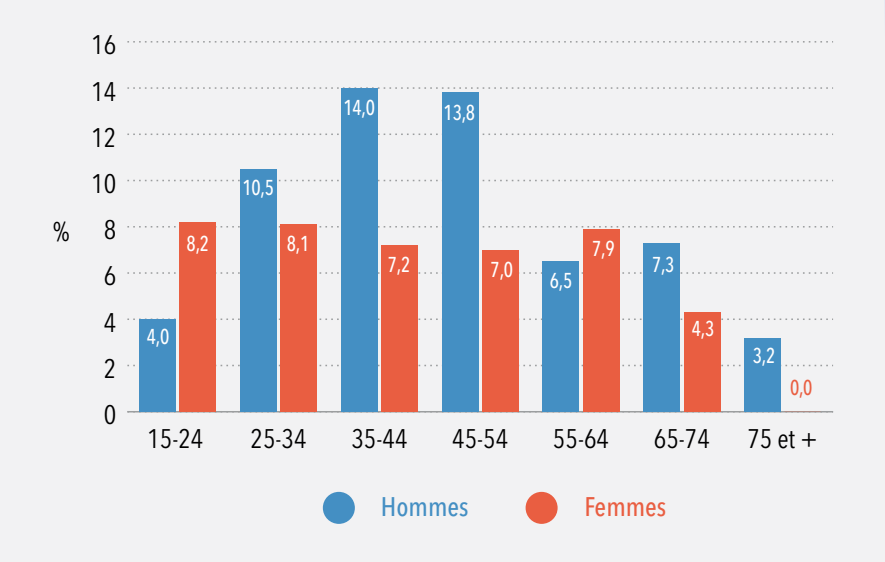
	15-24 ans % (n=124)	25-34 ans % (n=308)	35-44 ans % (n=375)	45-54 ans % (n=310)	55-64 ans % (n=290)	65-74 ans % (n=238)	75 ans et + % (n=154)	Total % (N=1.799)
Prévalence de l'abstinence sur la vie								
Hommes	37,9	15,9	19,9	22,6	15,4	4,9	9,8	19,0
Femmes	41,3	26,5	34,7	24,9	26,0	15,9	19,2	27,5
Total	39,5	21,2	27,3	23,7	21,1	11,0	15,5	23,4
Prévalence de la surconsommation hebdomadaire d'alcool au cours des 12 derniers mois								
Hommes	2,1	5,4	8,3	10,3	13,6	15,0	16,1	9,0
Femmes	3,5	6,3	2,1	4,2	10,3	11,7	3,8	5,7
Total	2,8	5,8	5,2	7,3	11,9	13,2	8,5	7,3
Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool au cours des 12 derniers mois								
Hommes	0,0	4,9	11,6	12,4	22,0	39,0	35,6	14,2
Femmes	1,1	1,8	1,8	6,9	17,1	19,7	31,2	9,4
Total	0,5	3,4	6,7	9,7	19,4	28,2	32,9	11,7
Prévalence de la consommation hebdomadaire supérieure à 10 verres								
Hommes	8,2	19,2	18,8	20,8	28,0	40,9	25,0	21,5
Femmes	3,5	10,4	2,8	7,3	14,0	19,4	10,4	9,1
Total	6,0	14,8	10,8	14,2	20,5	29,1	16,0	15,1
Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool à risque au cours des 12 derniers mois								
Hommes	1,0	2,5	5,6	6,1	9,2	10,5	10,9	5,7
Femmes	3,5	6,3	2,1	4,2	10,3	11,7	3,8	5,7
Total	2,2	4,4	3,8	5,2	9,8	11,2	6,5	5,7
Prévalence de l'hyperalcoolisation hebdomadaire ou + au cours des 12 derniers mois								
Hommes	12,1	7,8	9,0	10,3	10,6	12,4	10,3	9,9
Femmes	7,7	6,2	1,8	4,5	6,3	6,7	1,6	4,8
Total	10,0	7,0	5,4	7,5	8,3	9,2	5,0	7,3
Prévalence du *binge drinking* hebdomadaire au cours des 12 derniers mois								
Hommes	1,4	2,9	3,9	6,4	6,2	12,8	3,8	4,8
Femmes	0,0	5,3	1,3	3,4	5,3	6,2	0,0	3,3
Total	0,8	4,1	2,6	5,0	5,7	9,1	1,5	4,0
Prévalence de l'usage problématique d'alcool sur la vie								
Hommes	4,9	20,6	24,0	20,5	13,3	20,8	12,1	17,9
Femmes	10,3	14,6	13,3	12,7	13,4	14,6	0,9	12,2
Total	7,4	17,6	18,6	16,7	13,4	17,3	5,4	15,0
Prévalence de l'usage problématique d'alcool au cours des 12 derniers mois								
Hommes	4,0	10,5	14,0	13,8	6,5	7,3	3,2	9,7
Femmes	8,2	8,1	7,2	7,0	7,9	4,3	0,0	6,6
Total	5,9	9,3	10,6	10,6	7,2	5,7	1,3	8,1
Prévalence de l'usage problématique d'alcool sur la vie chez les consommateurs actuels								
Hommes	8,0	25,6	29,7	28,3	12,5	20,6	13,0	22,1
Femmes	18,0	21,1	22,2	15,4	17,2	17,4	0,0	17,1
Total	12,5	23,6	26,3	22,1	14,9	19,0	5,8	19,7

Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

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 : 12,3 % des garçons et des filles de 15-24 ans le font au moins une fois par mois (données non visibles dans le tableau). Etonnamment, les personnes les plus à risque par rapport au *binge drinking* hebdomadaire semblent être les hommes de 65-74 ans (12,8 %). Ce comportement ne varie pas en fonction du niveau d'instruction.

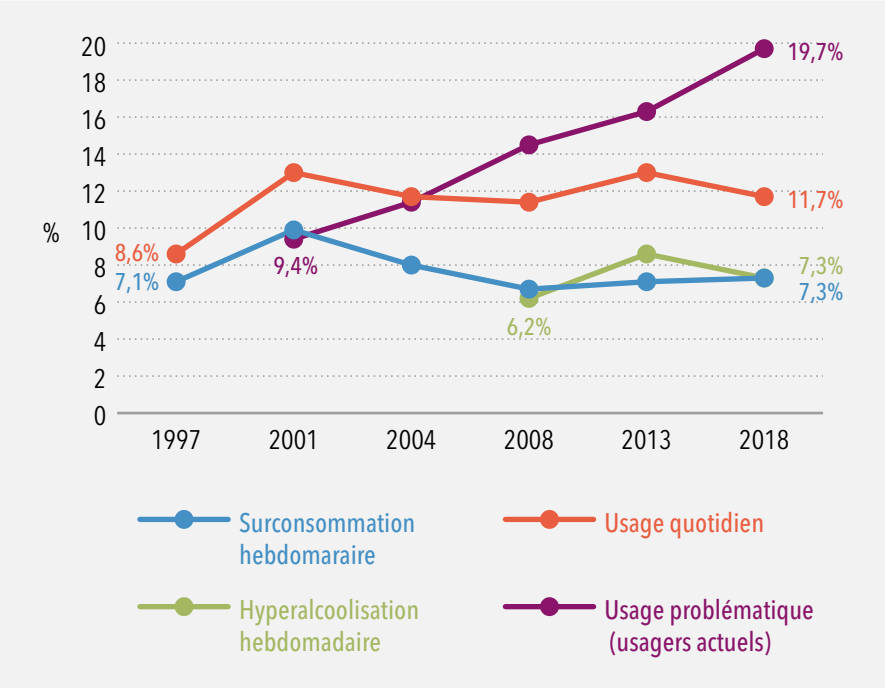
Les prévalences d'**usage problématique** d'alcool **sur la vie ou au cours des 12 derniers mois** sont plus élevées chez les hommes que chez les femmes. Elles augmentent avec l'âge, en particulier la prévalence sur la vie, probablement parce que la probabilité de survenue sur la vie d'un trouble ou d'un épisode problématique, quel qu'il soit, augmente avec l'âge des individus, mais aussi parce que les adultes sont les plus gros consommateurs d'alcool. En Région bruxelloise, 15 % 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 35-54 ans seraient les plus concernés par l'usage problématique au cours des 12 derniers mois (14 %). La prévalence de l'usage problématique au cours de la vie chez les usager·es actuels d'alcool s'élève à 19,7 %. La prévalence d'usage problématique sur la vie n'est que faiblement impactée par le niveau d'instruction, mais elle est la plus élevée chez les individus ayant atteint le niveau des études supérieures (20,8 %). 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 a une valeur estimative de l'usage problématique forcément approximative.

Figure 5 : Prévalence l'usage problématique d'alcool (estimé à l'aide du CAGE) au cours des 12 derniers mois dans la population générale en Région bruxelloise, par genre et par tranche d'âge, 2018



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

Figure 6 : 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 Région bruxelloise, 1997-2018



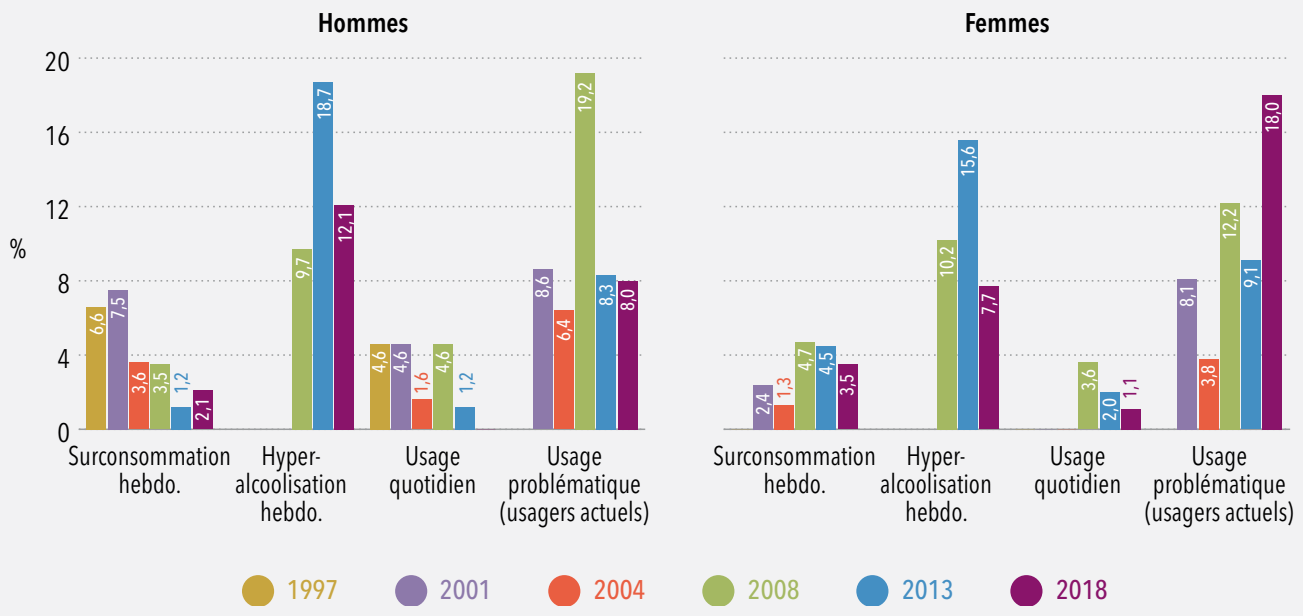
Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

TENDANCE ET ÉVOLUTION

Les analyses standardisées pour l'âge et le genre montrent que la surconsommation hebdomadaire et la consommation quotidienne sont relativement stables dans le temps. L'hyperalcoolisation hebdomadaire s'est stabilisée, après l'augmentation observée en 2013. En revanche, l'usage problématique sur la vie chez les consommateurs actuels est en augmentation constante entre 2001 et 2018. L'âge moyen de la première consommation de boissons alcoolisées a diminué chez les hommes entre 2008 (18,6 ans) et 2018 (17,9 ans). Le même constat est observé chez les femmes (2008 : 19,6 ans ; 2018 : 18,7 ans).

Si on se focalise spécifiquement sur l'évolution temporelle de ces indicateurs chez les 15-24 ans, on constate que la surconsommation hebdomadaire tend à diminuer au cours du temps chez les hommes alors qu'elle est relativement stable chez les femmes. L'hyperalcoolisation hebdomadaire a considérablement diminué en 2018 chez les hommes et chez les femmes (après une augmentation

Figure 7 : 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 Région bruxelloise, 1997-2018



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

importante en 2013), et l'usage quotidien tend également à diminuer. Enfin, l'usage problématique sur la vie chez les usager·eres actuel·les est en augmentation chez les jeunes femmes, alors qu'il est stable chez les jeunes hommes. Ces évolutions doivent toutefois être considérées avec prudence en raison du petit nombre de personnes interrogées pour cette tranche d'âge, qui augmente la marge d'erreur.

LES LIENS ENTRE STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE ET CONSOMMATION D'ALCOOL

Le statut (ou niveau) socio-économique (SSE) est un concept qui permet de positionner et différencier les individus ou leur famille sur base de critères matériels, éducationnels ou professionnels. La manière dont il est mesuré varie selon les études : niveau d'instruction, niveau de revenus, situation professionnelle ou encore indices composites cumulant ces variables et/ou d'autres relatives à l'aisance matérielle (e.g. nombre de voitures, d'ordinateurs et de salles de bain dans le ménage). Le SSE est un indicateur qui permet d'étudier statistiquement les différences de statut social, et d'évaluer de manière indirecte leur impact sur de nombreux indicateurs, notamment ceux en lien avec l'état de santé et les comportements de santé.

Les études épidémiologiques observent généralement que la consommation d'alcool est plus répandue et plus régulière chez les personnes qui ont un SSE favorisé, en particulier chez les hommes (voir par exemple Beard et al., 2016 ; Collins, 2016). Ce constat est également observé dans l'enquête HIS pour la plupart des indicateurs (e.g. consommation sur la vie, consommation quotidienne, surconsommation hebdomadaire). Cette association s'explique par des différences au niveau du pouvoir d'achat et du mode de vie corollaires aux fluctuations du SSE : 1) les personnes ayant un SSE élevé ont des moyens financiers plus élevés que les personnes ayant un SSE moins élevé (moyens qui leur permettent d'acheter plus facilement des boissons alcoolisées et de se retrouver plus fréquemment dans des établissements ou des situations sociales où la consommation d'alcool est courante) ; 2) les personnes ayant un SSE élevé exercent plus fréquemment des professions où la consommation d'alcool est coutumière durant les heures de travail (e.g. lors de diners d'affaires, d'une réception).

Malgré la plus grande consommation d'alcool des personnes ayant un SSE élevé, on observe paradoxalement un gradient social inversé entre le SSE et la morbidité/mortalité liées à l'alcool (e.g. Collins, 2016 ; Mäkelä & Paljärvi, 2008 ; Probst et al., 2014, 2021)[235]. Autrement dit, alors qu'elles consomment moins de boissons alcoolisées, les personnes ayant un SSE faible sont susceptibles de souffrir davantage de leur consommation. Ce phénomène est connu sous le nom de paradoxe des méfaits liés à l'alcool (*alcohol harm paradox*). Plusieurs hypothèses, qui ne sont pas mutuellement exclusives, permettent d'expliquer ce paradoxe. Premièrement, la consommation problématique d'alcool peut freiner l'ascension sociale (e.g. échec durant les études, passer à côté d'une promotion, divorce) ou engendrer un déclassement social (e.g. perte d'emploi, marginalisation). Deuxièmement, les effets nocifs de l'alcool sont maximisés en présence de certains problèmes de santé (e.g. obésité, tabagisme, diabète, troubles de la santé mentale) que l'on retrouve plus fréquemment chez les personnes ayant un SSE bas. Autrement dit, les personnes ayant un SSE bas souffrent davantage de leur consommation d'alcool parce qu'elles sont déjà en moins bonne santé. Troisièmement, cette association peut aussi s'expliquer par l'impact délétère des inégalités sociales sur la santé (que l'on nomme communément inégalités sociales de santé). En effet, les personnes ayant un SSE bas ont une moins bonne littératie en santé et donc une moindre connaissance des risques liés à l'alcool, des moyens de les réduire et des formes d'aides disponibles en cas d'usage problématique. Elles ont également moins de ressources sociales sur lesquelles s'appuyer en cas d'usage problématique, et moins de ressources matérielles pour limiter l'impact de l'usage sur la santé ou être prises en charge en cas d'usage problématique. Elles sont aussi davantage exposées à des conditions de vie (conditions matérielles, pollution chimique et sonore) et de travail (exposition au stress, pénibilité physique) défavorables à la santé, qui peuvent interagir négativement avec la consommation excessive d'alcool. Enfin, les personnes ayant un faible SSE présentent plus fréquemment des problématiques connexes (économique, logement,…) qui les fragilisent et les rendent plus vulnérables au risque de développement ou de maintien d'un usage problématique. L'étude des associations entre SSE, consommation d'alcool et mortalité/morbidité liées à l'alcool reste toutefois complexe, et d'autres variables telles que l'appartenance à une minorité culturelle, ethnique et/ou religieuse, ou encore le genre et l'âge sont susceptibles de moduler leurs interactions (voir Collins, 2016, pour une revue ; voir aussi, Beard et al., 2016).

235 En revanche, il ne semble pas y avoir d'impact du statut socio-économique durant l'enfance sur le mésusage ultérieur d'alcool. Toutefois, très peu d'études se sont intéressées à cette question (voir Wiles et al., 2007).

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

LES INDICATEURS

En Fédération Wallonie-Bruxelles, l'usage d'alcool est estimé dans la population scolarisée dans l'enseignement secondaire via un questionnaire administré dans le cadre de l'enquête HBSC, dont la dernière levée a été réalisée en 2018. En nous focalisant sur la Région bruxelloise 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 (consommation habituelle d'au moins 5 verres d'alcool lors des jours de consommation) ; 8) le *binge drinking* ponctuel (ici défini comme le fait de boire en général au moins 5 verres en 2 heures ou moins lors des jours de consommation)[236]. À noter que certains indicateurs n'ont été récoltés qu'auprès des élèves du secondaire (consommation hebdomadaire, alcoolisation ponctuelle importante et *binge drinking* ponctuel).

Dans les rapports officiels de l'enquête HBSC, les données sont ventilées par niveau d'enseignement (primaire, secondaire inférieur et secondaire supérieur) et rapportées 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 étudiant·es 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 2018

Un tiers (33,4 %) des élèves de 10 ans et plus scolarisés en Région bruxelloise 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 7,9 % chez les élèves de 10-12 ans et avoisine les 55 % chez les élèves de 16 ans et plus. Elle ne diffère quasiment pas entre les garçons et les filles, sauf chez les 10-12 ans, les garçons étant proportionnellement un peu plus précoce que les filles en termes de premier contact avec ce produit. Une portion non négligeable des élèves a consommé de l'alcool avant l'âge légal (7,9 % des 10-12 ans et 27,8 % des 13-15 ans).

Un peu moins d'un quart (22 %) des élèves 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 : 2,9 % chez les élèves de 10-12 ans contre 43,4 % chez les élèves de 16-18 ans. La consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours ne diffère quasiment pas entre les garçons et les filles. La fréquence de consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours est décrite dans la figure 8.

La **consommation hebdomadaire d'alcool** concerne 9,6 % des élèves scolarisés dans le secondaire. Elle augmente également avec l'âge des répondants, mais reste peu répandue puisqu'elle ne concerne que 15,8 % des jeunes de 16-18 ans. Contrairement aux précédents indicateurs, la consommation hebdomadaire est clairement plus fréquente chez les garçons que chez les filles (11,8 % *versus* 7,7 %).

La prévalence de l'**expérimentation de l'ivresse sur la vie** concerne près d'un élève sur cinq (18,3 %). Elle augmente fortement avec l'âge des élèves (passant de 2,9 % chez les élèves de 10-12 ans à 35,4 % chez les élèves de 16-18 ans). Elle n'est que très légèrement plus fréquentes chez les garçons que chez les filles.

La prévalence de l'e**xpérimentation de l'ivresse au cours des 30 derniers jours** est de 7,6 %. Elle augmente également avec l'âge des élèves et à nouveau ne diffère quasiment pas entre les garçons et les filles. Les mêmes constats sont dégagés en ce qui concerne les **ivresses répétées** au cours des 30 derniers jours, qui concerne au total 2,6 % des élèves.

L'**alcoolisation ponctuelle importante**, à savoir le fait d'habituellement consommer 5 verres ou plus les jours de consommation (probablement pour induire un état d'ivresse), n'est pas très répandue chez les jeunes bruxellois puisqu'elle ne concerne que 13,3 % des élèves du secondaire. Cette pratique augmente toutefois à nouveau avec l'âge : un élève sur cinq y a recours à partir de 16 ans. La différence de genre est à nouveau très ténue.

Enfin, seulement 4,3 % des élèves du secondaire ont recours au ***binge drinking*** lorsqu'il consomme de l'alcool. Ce comportement est un peu plus fréquent chez les garçons que chez les filles et augmente avec l'âge.

En conclusion, les élèves bruxellois·es ne semblent que modérément concernés par la consommation d'alcool, puisque la majorité n'en consomme pas ou de manière occasionnelle. Les comportements d'usage nocifs (alcoolisation ponctuelle importante et *binge drinking*) ne sont pratiqués que par une minorité d'entre eux. On relèvera néanmoins que les différences de genre, bien que présentes, sont de faible amplitude : autrement dit, il y a presqu'autant de filles que de garçons qui en consomment, y compris de manière nocive. On remarquera aussi que l'expérimentation survient avant l'âge légal

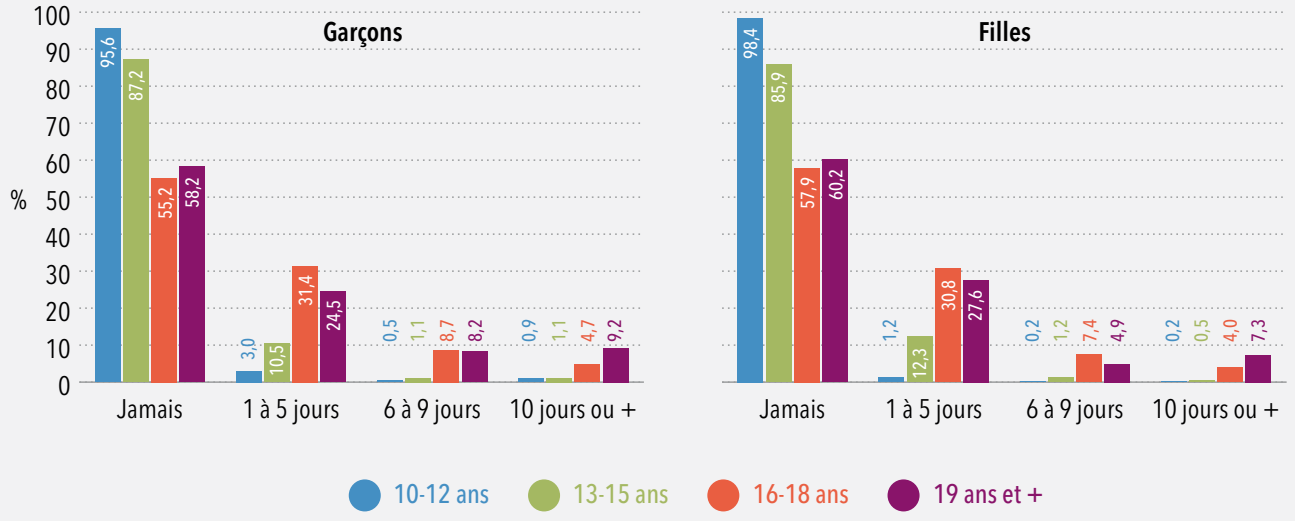
236 Cette définition est sensiblement différente et plus restrictive que celle utilisée dans l'enquête HIS, puisqu'elle ne permet de dénombrer que les élèves qui font habituellement du *binge drinking* lorsqu'ils boivent des boissons alcoolisées (et non ceux qui le font occasionnellement). Ainsi, un ou une élève qui boit habituellement 1 ou 2 verres d'alcool deux fois par semaine mais qui aurait aussi recours au *binge drinking* une fois par mois ne sera pas "capturé" par cet indicateur. Les indicateurs utilisés dans ces deux enquêtes ne peuvent donc pas être directement comparés.

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, de l'alcoolisation ponctuelle importante et du *binge drinking* ponctuel chez les élèves scolarisés dans l'enseignement primaire et secondaire francophone de la Région bruxelloise, par âge et par genre, 2018

	10-12 ans %	13-15 ans %	16-18 ans %	19 ans et + %	Total %
Consommation d'alcool sur la vie					
Garçons (n=1.603)	11,8	26,7	57,5	56,6	34,1
Filles (n=1.852)	4,4	28,9	57,0	52,0	32,9
Total (N=3.455)	7,9	27,8	57,2	54,1	33,4
Consommation d'alcool les 30 derniers jours					
Garçons (n=1.545)	4,4	12,8	44,8	41,8	22,5
Filles (n=1.806)	1,6	14,1	42,1	39,8	21,6
Total (N=3.351)	2,9	13,5	43,4	40,7	22,0
Consommation hebdomadaire d'alcool*					
Garçons (n=1.121)	1,8	4,3	19,7	13,1	11,8
Filles (n=1.328)	1,9	1,9	12,7	10,2	7,7
Total (N=2.449)	1,8	3,0	15,8	11,5	9,6
Expérimentation de l'ivresse sur la vie					
Garçons (n=1.590)	3,3	10,3	36,8	52,4	19,3
Filles (n=1.859)	2,5	8,6	34,3	38,8	17,4
Total (N=3.449)	2,9	9,4	35,4	44,9	18,3
Expérimentation de l'ivresse les 30 derniers jours					
Garçons (n=1.515)	0,9	4,5	17,3	19,8	8,4
Filles (n=1.807)	0,2	3,1	13,7	19,4	6,9
Total (N=3.322)	0,5	3,8	15,3	19,5	7,6
Ivresses répétées les 30 derniers jours					
Garçons (n=1.515)	0,5	1,7	5,9	11,0	3,2
Filles (n=1.807)	0,0	1,2	3,8	6,5	2,1
Total (N=3.322)	0,2	1,5	4,8	8,4	2,6
Alcoolisation ponctuelle importante* et **					
Garçons (n=1.110)	0,0	3,0	23,3	26,9	14,1
Filles (n=1.293)	0,0	3,7	19,6	21,4	12,6
Total (N=2.403)	0,0	3,4	21,2	23,9	13,3
Binge drinking* et ***					
Garçons (n=1.104)	0,0	1,3	8,2	12,5	5,3
Filles (n=1.287)	0,0	1,4	4,7	7,9	3,5
Total (N=2.391)	0,0	1,3	6,3	10,0	4,3

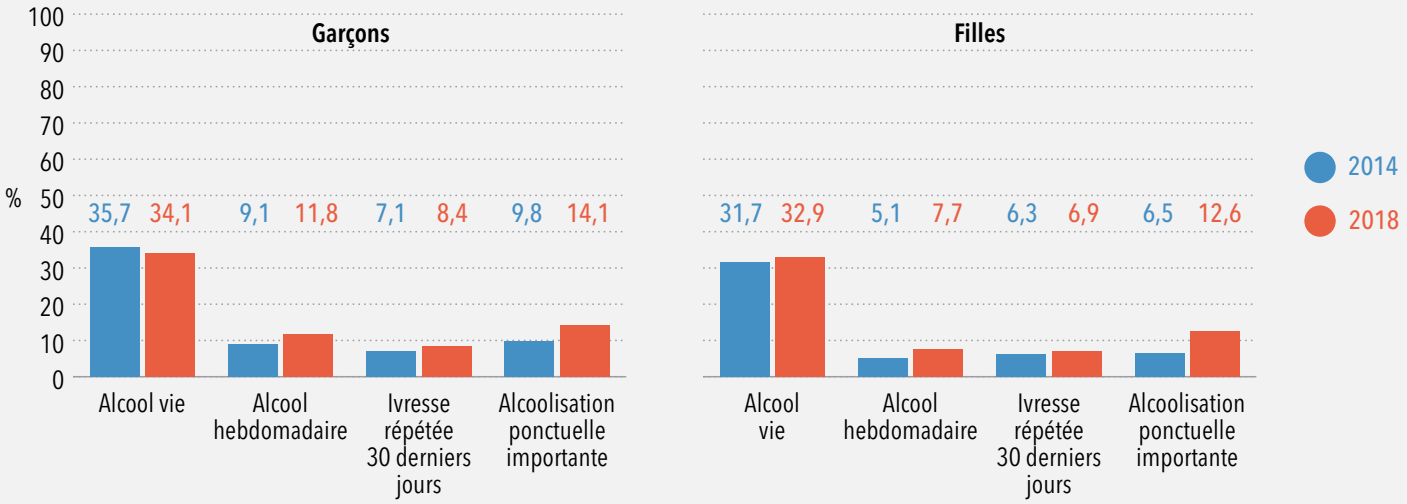
* Cette question n'a été posée qu'aux élèves du secondaire. La classe d'âge de 10-12 ans n'est donc pas représentative puisqu'elle n'inclut que les élèves qui poursuivent déjà leur scolarité dans l'enseignement secondaire.
** Consommation habituelle de 5 verres ou plus lors des jours de consommation de boissons alcoolisées.
*** Consommation habituelle de 5 verres ou plus en 2 heures ou moins lors des jours de consommation de boissons alcoolisées.
Source : Enquête HBSC 2018 (Dujeu et al., 2020)

Figure 8 : 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 Région bruxelloise, par âge et par genre, 2018



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

Figure 9 : Évolution de la consommation d'alcool sur la vie, de la consommation hebdomadaire, de l'ivresse répétée au cours des 30 derniers jours, et de l'alcoolisation ponctuelle importante chez les élèves scolarisés dans l'enseignement primaire et secondaire francophone de la Région bruxelloise, par genre, 2014-2018



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

pour une bonne partie des usager·es : plus d'un quart des élèves de 13-15 ans en ont déjà consommé et près d'un élève sur dix de cet âge a déjà expérimenté l'ivresse. Mais la consommation d'alcool est plus répandue chez les élèves de 16 ans et plus.

TENDANCES ET ÉVOLUTION

On constate entre 2014 et 2018 une tendance à la stabilité pour l'ensemble des indicateurs de consommation, sauf en ce qui concerne l'usage hebdomadaire[237] et, surtout, l'alcoolisation ponctuelle importante, qui sont en augmentation chez les élèves de la Région bruxelloise. Cette tendance est observable tant chez les garçons que chez les filles.

237 En 2018 et contrairement à 2014, la question relative à la fréquence d'usage n'a plus été posée aux élèves du primaire, de sorte que les pourcentages globaux ne sont pas comparables à ceux que nous mentionnions dans notre précédent tableau de bord. Nous avons par conséquent généré de nouveaux pourcentages pour les données 2014, en nous focalisant uniquement sur les élèves du secondaire. Ce sont ces nouveaux pourcentages que nous utilisons ici.

6.1.7. L'USAGE D'ALCOOL CHEZ LES ÉTUDIANT·ES DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

LES INDICATEURS

En 2015, l'asbl Modus Vivendi a réalisé une enquête sur la consommation d'alcool auprès d'environ 3.000 étudiants fréquentant l'ULB ou l'Université Saint-Louis, et ce dans le cadre de la phase diagnostique de l'implantation d'un projet de Réduction des Risques liés à la surconsommation d'alcool en milieu étudiant bruxellois. Nous en résumons ici les principaux constats (pour une présentation détaillée, voir Hogge et Walewyns, 2016).

Les indicateurs relatifs à l'usage d'alcool que nous avons retenus sont les suivants : 1) quantité d'alcool (exprimée en nombre de verres standard) habituellement consommée chaque semaine au cours de l'année académique ; 2) quantité d'alcool (exprimée en nombre de verres standard) habituellement consommée chaque semaine durant les vacances d'été ; 3) surconsommation hebdomadaire (consommation de plus de 21 verres par semaine pour les hommes et de 14 verres par semaine pour les femmes au cours des 12 derniers mois)[238] durant l'année académique ; 4) *binge drinking*[239] au moins deux fois par semaine durant l'année académique ; 5) état d'ivresse au moins deux fois par semaine durant l'année académique.

LA SITUATION EN 2015

Les résultats de cette enquête réalisée indiquent que la consommation d'alcool est globalement élevée chez les étudiants bruxellois, tant au niveau du nombre de consommateurs que des quantités consommées. Ainsi 95 % des étudiants interrogés ont déclaré avoir déjà consommé des boissons alcoolisées, ce qui est largement supérieur à la consommation d'alcool estimée dans la population générale, y compris chez les 15-64 ans (voir ci-dessus). Les étudiants ont déclaré avoir consommé en moyenne près de 16 verres de boissons alcoolisées chaque semaine au cours du dernier quadrimestre, ce qui est légèrement plus important que ce qu'ils ont déclaré avoir consommé au cours des vacances d'été (15 verres en moyenne). Si on compare à nouveau ces résultats à ceux de l'enquête de santé par interview, la consommation d'alcool des étudiants paraît particulièrement élevée, puisque seulement 3 % des jeunes bruxellois·es de 18-24 ans y ont déclaré boire chaque semaine plus de 21 verres de boissons alcoolisées, alors que les étudiants sont plus de 20 % à le faire dans la présente enquête.

Lors de l'année académique[240], un peu moins d'un tiers des étudiants étaient en surconsommation par rapport aux limites hebdomadaires conseillées par l'OMS (14 verres pour les femmes et 21 verres pour les hommes). De plus, 15 % d'entre eux ont pratiqué le *binge drinking*[241] au moins à deux reprises chaque semaine durant cette période, et 15 % ont été ivres au moins deux fois par semaine. Enfin, près d'un étudiant sur 10 peut être considéré comme un gros consommateur dans la mesure où il a déclaré avoir pratiqué à la fois la surconsommation hebdomadaire ainsi que le *binge drinking* et l'ivresse multi hebdomadaires au cours de l'année académique. À l'inverse, 64 % des étudiants ont déclaré n'avoir eu aucune de ces trois pratiques de consommation à risque au cours de cette période.

Les résultats de l'enquête montrent que la consommation excessive d'alcool des étudiants au cours de l'année académique varie grandement en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques et de facteurs sociaux ou environnementaux.

Ainsi, les hommes sont nettement plus enclins que les femmes à surconsommer de manière hebdomadaire, à pratiquer exagérément le *binge drinking* et à être ivres plusieurs fois par semaine.

238 Cette définition correspond à la transposition en nombre de verres des limites hebdomadaires que l'OMS recommande de ne pas dépasser (WHO, 2000).

239 Ce comportement était ici défini comme la consommation de 5 verres de boissons alcoolisées ou plus sur une période de 2 heures.

240 Nous parlerons d'année académique, par opposition aux vacances d'été, mais il faut savoir que les questions relatives à la consommation d'alcool se focalisaient uniquement sur le dernier quadrimestre et non sur l'ensemble de l'année académique.

241 Ici défini par la consommation de 5 verres de boissons alcoolisées ou plus sur une période de 2 heures.

Tableau 4 : Distribution des quantités hebdomadaires consommées par les étudiants bruxellois, par genre et par période de consommation, 2015

	Aucun verre %	1 à 7 verres %	8 à 14 verres %	15 à 21 verres %	22 verres ou + %	Nombre moyen de verres
Hommes						
Vacances d'été	13,4	21,8	20,6	14,4	29,8	19,1
Année académique	9,3	22,2	19,0	16,1	33,4	21,0
Femmes						
Vacances d'été	12,1	36,8	24,6	13,0	13,5	11,5
Année académique	10,7	40,3	23,5	10,7	14,8	11,7
Total						
Vacances d'été	12,5	30,3	22,9	13,6	20,5	14,8
Année académique	10,1	32,5	21,5	13,0	22,9	15,7

Source : Hogge et Walewyns, 2016

Tableau 5 : Types de consommation excessive en fonction des caractéristiques sociodémographiques des étudiants bruxellois, 2015				
	Surconsommation hebdomadaire* %	*Binge drinking* multi-hebdo** %	Ivresse multi-hebdo** %	Forte consommation*** %
Total	29,0	15,2	15,4	9,0
Genre				
Hommes	33,4	22,9	21,3	13,3
Femmes	25,5	9,4	11,0	5,6
Nombre d'années d'études supérieures				
1	31,4	17,2	15,8	9,3
2	32,6	18,4	18,3	11,0
3	32,4	17,6	18,3	10,6
4	25,6	15,0	14,8	9,4
5+	24,7	10,2	11,7	6,1
Âge de début de la consommation régulière				
≤ 14 ans	42,2	29,0	25,5	16,8
15 ans	40,7	20,5	20,9	12,9
16 ans	31,4	15,8	16,1	8,1
≥ 17 ans	19,8	9,2	10,6	6,0
Mode de vie				
Seul	22,6	12,4	13,6	7,5
En couple	13,8	5,3	5,0	1,6
Avec parents	26,2	14,2	14,5	8,2
Colocation	39,4	20,3	19,8	12,4
Baptisé				
Oui	48,3	28,3	26,9	16,5
Non	18,3	8,2	9,2	4,8
Actif dans un groupe d'étudiants				
Oui	40,7	22,5	21,1	13,2
Non	19,9	9,6	11,0	5,7
Participe à des présoirées				
Oui	34,3	18,2	18,6	11,4
Non	9,9	1,4	0,8	0,3

Source : Hogge et Walewyns, 2016
* Plus de 14 verres par semaine pour les femmes et plus de 21 verres pour les hommes
** 2 fois par semaine ou plus
*** A pratiqué à la fois la surconsommation hebdomadaire, le *binge drinking* et l'ivresse multi hebdomadaires au cours du dernier quadrimestre

De même, les étudiants ont tendance à moins consommer à mesure que le **nombre d'années passées aux études supérieures** augmente, ce qui pourrait traduire, par exemple, une prise de maturité ou de conscience avec le temps de l'effet délétère de la consommation d'alcool sur le travail académique, un plus grand investissement dans la formation académique en fin de cursus (qui se traduirait par une tendance à moins sortir et/ou consommer de l'alcool), ou encore, les effets d'un processus de sélection (les étudiants ayant une consommation excessive d'alcool auraient tendance à être «écartés» des études universitaires suite aux échecs que pourrait favoriser leur consommation).

L'**âge du début de la consommation régulière** apparait aussi être un bon prédicteur de la consommation excessive ultérieure, les étudiants qui ont commencé à boire régulièrement des boissons alcoolisées après 16 ans étant nettement moins enclins à présenter une consommation excessive durant leur cursus universitaire que ceux qui ont commencé plus précocement.

Le **mode de vie** semble également impacter la consommation d'alcool des étudiants. En effet, les étudiants qui vivent en colocation ont une consommation excessive plus élevée que les autres. Enfin, la participation au **folklore estudiantin** et la pratique des présoirées semblent fortement influencer la consommation excessive d'alcool des étudiants, puisque ceux qui sont actifs dans un groupe d'étudiants et ceux qui ont fait leur baptême sont nettement plus exposés que les autres à la consommation excessive, tout comme ceux qui pratiquent des **présoirées**, cette variable étant d'ailleurs la plus discriminante entre ceux qui consomment excessivement et ceux qui ne le font pas.

Enfin, lorsque l'on s'intéresse aux étudiants qui ont déclaré avoir cumulé les trois formes de consommation excessive d'alcool (13,3 % des hommes et 5,6 % des femmes), les résultats sont assez similaires, et à nouveau, ce sont les variables relatives au folklore estudiantin (participation au baptême, à des groupes d'étudiants et à des présoirées) qui sont le plus fortement associées à une consommation excessive.

6.1.8. 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[242]. 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,

242 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·rice et/ou à son entourage.

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).

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 bruxelloise, même si certaines évolutions sont rassurantes : on constate ainsi une stabilisation (voire une tendance à la diminution) de l'usage quotidien et de l'hyperalcoolisation hebdomadaire dans la population générale. Malgré ces signes encourageants[243], l'usage d'alcool constitue un problème sanitaire majeur qui dépasse la Région bruxelloise (qui est d'ailleurs la plus épargnée) et concerne l'ensemble de la Belgique. Les premiers épisodes d'alcoolisation, voire d'hyperalcoolisation, débutent parfois à l'adolescence, 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 par la consommation de ce produit. Pour une proportion non négligeable de jeunes, ces comportements d'alcoolisation sont réguliers. L'usage hebdomadaire et l'alcoolisation ponctuelle importante sont d'ailleurs en augmentation chez les élèves du secondaire de la Région bruxelloise. 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 de développement de pratiques à risque telles 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). De nombreux étudiant·es déclarent d'ailleurs que leur consommation d'alcool a augmenté depuis leur arrivée à l'université. Alors que les étudiant·es s'exposent davantage que les aîné·es aux comportements d'hyperalcoolisation (*binge drinking*), les adultes en revanche sont plus concernés que les jeunes par la surconsommation hebdomadaire ainsi que par la consommation quotidienne.

La surconsommation, même occasionnelle, peut avoir des conséquences lourdes au niveau social, psychologique ou physique, en particulier chez les jeunes. L'altération du jugement induite par un état d'ébriété, associée au sentiment d'invulnérabilité et à la recherche de sensations, fréquents chez les jeunes (Ravert et al., 2009), leur font parfois prendre des risques inconsidérés et peuvent mener à blesser autrui (conduite d'un véhicule, défi physique, bagarre, rapports sexuels non protégés et/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*[244], peuvent avoir chez les étudiant·es un effet nuisible sur des fonctions cognitives telles que l'attention soutenue et la mémoire

LES EFFETS DE L'ALCOOL SUR LA SANTÉ

Sur le plan sanitaire, l'alcool occasionne une morbidité et une mortalité particulièrement élevées dans les sociétés occidentales. Cela s'explique par sa consommation importante, mais aussi par les propriétés intrinsèques du produit. En effet, alors que la plupart des drogues agissent sur un nombre limité de récepteurs cibles du cerveau, l'alcool a la particularité d'agir indistinctement sur la plupart des systèmes de neurotransmission, principalement en accentuant la neurotransmission inhibitrice 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 (et potentiellement mortels) les épisodes d'abstinence en cas d'arrêt brutal 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).

243 Il est prématuré de tirer des conclusions, dans la mesure où il ne s'agit pas de diminution statitiquement significative. Néanmoins, ce phénomène est plus général et davantage marqué en Wallonie. Il est possible qu'il soit liée à une meilleure pénétration des messages de prévention dans la population (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 chercheur·es épinglent aussi la possibilité que l'investissement des jeunes personnes sur les réseaux sociaux ait déplacé les activités socialisantes loin de l'alcool (Pennay et al, 2015 ; Törrönen et al, 2019). Enfin, les initiatives d'information et de formation à destination des médecins généralistes et d'autres acteurs de première ligne permettent également d'améliorer la détection et la prise en charge précoces.

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

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

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

Le fait que la consommation excessive soit plus fréquente chez les hommes que chez les femmes est une constante dans la littérature scientifique (voir Borsari et al., 2007 ; Wicki et al., 2010). Elle semble pouvoir s'expliquer à la fois par des différences biologiques (Sapienza, Zingales & Maestripieri, 2009) et par l'influence de l'environnement social (Ronay & Kim, 2006), mais aussi par un contrôle social des comportements féminins (extérieur et intégré) plus fort et 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 bruxelloises 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 et les techniques marketing restent extrêmement libérales et insidieuses, dès les plus jeunes âges et tout au long de la vie, malgré les réglementations visant à protéger les mineur·es. Ce cadre culturel et les efforts des alcooliers pour contourner les lois et règlements visant à protéger les publics vulnérables favorisent le développement de représentations socialement favorables par rapport au produit, atténuent la perception de sa dangerosité, et diminuent la prise de conscience de consommations nocives ou à risque. La difficulté de mettre en œuvre des cadres légaux contraignants et d'impulser de réels changements politiques témoignent 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.

6.2

LE TABAC ET LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

6.2.1. LE CADRE LÉGISLATIF BELGE

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) ;
- Interdiction de fumer dans les véhicules couverts en présence d'enfants âgés de moins de 16 ans (loi du 22 décembre modifiée en 2019).

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)[245] ;
- 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) ;
- Le paquet standardisé «neutre» est obligatoire depuis le 1er janvier 2021 (arrêté royal du 13 avril 2019) ;

245 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 loi du 15 mars 2020 et sont d'application depuis le 1er janvier 2021).

- 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.

La proposition de loi du 14 juin 2016 déposée par des représentantes du CD&V introduit 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 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 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[246].

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[247]. Il

246 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

247 En février 2017, le Conseil d'État a toutefois émis quelques réserves au sujet de l'Arrêté royal d'octobre

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 20mg/ml (les cartouches ont une capacité maximum 2 ml). La nicotine ne peut être diffusée de manière constante et certains additifs sont interdits (vitamines, caféine, additifs qui ont des propriétés cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques).

Dans le cadre de l'élaboration de l'Arrêté royal d'octobre 2016, le ministère de la santé avait demandé l'avis du Conseil Supérieur de la Santé. Celui-ci avait 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 protégés[248]. L'ancienne ministre de la santé avait 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[249].

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[250]. 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

2016. Aussi, ce dernier a été modifié par l'Arrêté royal du 17 mai 2017.

248 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

249 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

250 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'IMPACT DE L'ARRÊTÉ ROYAL DE 2016 SUR LA QUALITÉ DES E-LIQUIDE (Barhdadi et al, 2020)

En collaboration avec la VUB, Sciensano a mené une recherche visant à évaluer l'impact de l'arrêté royal de 2016 sur la qualité des e-liquides disponibles sur le marché belge. Pour cela, 246 e-liquides, achetés avant (2013-2016) et après l'implantation de l'arrêté royal (2017-2018) ont été analysés. Il ressort de l'étude que la législation a eu un effet positif, notamment :

› Les informations relatives à la concentration de nicotine annoncées sur les étiquettes sont davantage correctes, la différence entre la concentration réelle de nicotine et la concentration annoncée ayant diminué ;
› Les échantillons recueillis en 2017-2018 ne contenaient aucun composé organique volatile (contre 10 % dans les échantillons de 2016) ;
› La présence de caféine a diminué (présence dans 5 % des échantillons en 2018, contre 16 % en 2017) ;
› Les exhausteurs de goût diacétyle et acétyl propionyl sont moins présents dans les e-liquides ayant un goût de sucre ou de beurre (e.g. caramel, pop-corn), passant de 55 % en 2017 à 27 % en 2018 ; ces exhausteurs de goût sont sans danger lorsqu'ingérés, mais peuvent être nocifs lorsqu'inhalés sur de longues périodes.

L'étude précise que, si la qualité globale des e-liquides s'est améliorée avec l'adoption de l'arrêté royal, subsistent encore des e-liquides qui ne sont pas en accord avec la législation, puisque l'on peut encore relever des impuretés et des composés organiques volatiles dans la nicotine, des additifs tels que la caféine, ou encore la présence d'exhausteurs de goût potentiellement nocifs pour la santé. Il est donc nécessaire de mettre en place des contrôles de qualité périodiques afin de s'assurer de la bonne application de la législation.

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).

seules initiatives des fabricants, certains sont donc susceptibles de contenir des substances dangereuses pour la santé.

Le ministre fédéral de la santé de la présente législature souhaite réviser l'arrêté royal de 2016 afin de restreindre l'usage d'additifs dans les liquides, de manière plus spécifique et détaillée. Les dispositions de l'arrêté royal devraient également être étendues aux liquides sans nicotine[251].

6.2.2. LES POLITIQUES PUBLIQUES

LES POLITIQUES PUBLIQUES EN MATIÈRE DE TABAC

En avril 2016, l'ancienne ministre fédérale en charge de la santé Mme De Block avait 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[252].

En mars 2017, une audition relative à la problématique du tabac s'est tenue au Parlement fédéral, à l'initiative de la Commission Santé de la Chambre des représentants. À cette occasion, tous les projets et propositions de loi de la majorité et de l'opposition ont été discutés et des expert·es du terrain ont 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[253].

Parallèlement, le ministère de la santé a demandé au SPF Santé publique de rédiger un rapport sur les paquets neutres, au sein duquel il devait notamment répondre aux questions du ministre des Finances. Ce rapport n'a cependant pas été rendu public[254]. Le ministère a déclaré vouloir faire reposer cette proposition sur la consultation de l'ensemble des acteurs concernés, dont les représentant·es du commerce au détail. Il a également réitéré sa volonté de faire reposer toute décision sur l'évaluation du paquet neutre en France et au Royaume-Uni et sur le «résultat des procès en cours au niveau international» (voir encadrés)[255,256,257]. 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[258]. Le parquet neutre a donc fait l'objet d'un arrêté royal du 13 avril 2019 et est entré en vigueur le 1er janvier 2020, excepté pour les détaillants pour lesquels le présent arrêté est entré 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[259].

Le nouveau Gouvernement fédéral formé suite aux élections de 2019, par la voix de son ministre de la santé M. Vandenbroucke, a annoncé s'intéresser à certaines mesures, dont : élargir le paquet neutre et le contrôle des ingrédients à l'ensemble des produits à base de tabac, réduire le nombre de points de vente, diminuer la visibilité des points de vente (notamment en interdisant les automates), protéger les politiques anti-tabac du lobbying de l'industrie du tabac, améliorer le monitoring ou encore renforcer la normalisation (par exemple en interdisant la consommation de tabac dans les lieux fortement fréquentés par des enfants). Le ministre a également précisé qu'il sera nécessaire de travailler en concertation avec les entités fédérées, compétentes en matière de prévention et de sevrage[260].

251 Compte rendu intégral, Commission de la Santé et de l'Egalité des Chances du 23/03/2021, Chambre des Représentants, URL : https://www.lachambre.be/doc/CCRI/pdf/55/ic420.pdf
252 Question écrite de Mme Louvigny à Mme Gréoli «La lutte contre la tabagisme» du 28 février 2018.
253 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
254 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
255 Question écrite de M. Scourneau à Mme de Block «La directive européenne sur les produits du tabac» du 01/06/2016.
256 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 du 6 mars 2018, Chambre des Représentants.
257 Communiqué de presse du 29 septembre 2017, site officiel de la Mme De Block, URL : http://www.deblock.belgium.be/fr/mesures-anti-tabac
258 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
259 Compte rendu intégral de la Commission de la Santé publique, de l'environnement et du renouveau de la société du 26 avril 2016, Chambre des représentants. URL : http://www.lachambre.be/doc/CCRI/pdf/54/ic396.pdf
260 Compte rendu intégral, Commission de la Santé et de l'égalité des chances du 20 octobre 2020, Chambre des représentants. URL : https://www.lachambre.be/doc/CCRI/pdf/55/ic283.pdf ; Compte rendu intégral, Commission de la Santé et de l'Egalité des chances du 19 octobre 2021, Chambre des représentants, URL : https://www.lachambre.be/doc/CCRI/pdf/55/ic603.pdf

MESURES ET AVANCÉES DU PLAN ANTI-TABAC DE LA MINISTRE FÉDÉRALE DE LA SANTÉ		
	Mesures prévues[261]	**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)[262,263]
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

LES POLITIQUES PUBLIQUES BRUXELLOISES

L'une des priorités du Plan de promotion de la santé 2018-2022 de la COCOF est de promouvoir et soutenir les environnements et comportements favorables à la santé, notamment en matière de tabac (voir chapitre…). Dans ce Plan, le Gouvernement entend réduire l'usage de tabac, en :

- Soutenant et encourageant les non-fumeur·ses
- Dissuadant l'entrée dans la consommation, en particulier chez les jeunes
- Informant sur les risques liés à la consommation de tabac, en ce compris les e-cigarettes
- Soutenir les publics-relais dans la mise en œuvre de ces mécanismes.

Dans une perspective de cohérence sur le territoire bruxellois et de simplification administrative, un plan bruxellois de «prévention et gestion du tabagisme/vape 2019-2030» a été élaboré, articulant ainsi les compétences de la COCOF et de la COCOM en la matière. Le plan est coordonné par Belta, un organisme regroupant le FARES asbl (Fonds des affections respiratoires) et la Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT) vzw. Il s'inspire des objectifs issus du dispositif wallon 2018-2030 et du plan politique flamand 2016-2020, et établit des actions spécifiques au contexte bruxellois.

Nous invitons le lecteur ou la lectrice à se référer à la page 126 du Tableau de bord bruxellois 2020 pour prendre connaissance des objectifs du plan.

LES POLITIQUES PUBLIQUES EN MATIÈRE DE CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

La Belgique mène une politique particulièrement stricte en matière de cigarette électronique, considérant cette dernière comme un autre produit du tabac, dangereux pour la santé des usager·es, et même, une porte d'entrée vers la cigarette classique pour les non-fumeur·ses. Le monde scientifique et les acteur·rices spécialisés ne partagent pas forcément une telle approche, mais une partie défend la cigarette électronique comme un outil de réduction des risques à l'adresse des fumeur·ses et une alternative à moindre risque pour les jeunes non-fumeur·ses qui voudraient de toute façon commencer à fumer.

L'adoption et la promotion de la cigarettes électronique en tant qu'outil de réduction des risque et d'aide au sevrage, de même que la simple tenue d'un débat constructif à ce sujet, rencontrent une série d'obstacles de différentes natures :

- Les études scientifiques polarisées : sans entrer dans le détail des études publiées jusqu'à ce jour, il ressort un corpus fortement divisé entre les opposants à la cigarette électronique qui ne serait qu'un autre produit du tabac entraînant ou entretenant la dépendance à la nicotine et nocif pour la santé, et ses défenseurs qui relèvent que la cigarette électronique est significativement moins nocive que la cigarette électronique (bien que pas inoffensive) et constitue un outil pertinent complémentaire de l'ensemble de l'offre de sevrage et/ou de réduction des risques à disposition des fumeur·ses ;

261 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

262 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

263 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).

› Des études scientifiques globalement difficiles à comparer, que ce soit en raison de la nature des études (transversales, longitudinales), du pays de l'étude (les contextes sociaux et politiques, et donc l'offre, l'attractivité et les règles en matière de marketing du tabac et des cigarettes électroniques, le traitement culturel de la consommation de substances psychoactives, les politiques anti-tabac, de sevrage, de prévention et de réduction des risques, etc.), de la nature de la population étudiée (les fumeur·ses souhaitent arrêter, tous les fumeur·ses…) et de la nature de sa motivation à arrêter de fumer, ou d'autres biais tels que la possibilité pour les participant·es aux études de choisir ou non le dispositif de sevrage qu'ils souhaitent. Ceci explique que le corpus scientifique soit jonché de résultats divergents ou simplement incomparables, notamment en matière d'attractivité pour les (jeunes) non-fumeur·ses, de passerelle vers la cigarette classique ou d'impact sur le taux de sevrage[264]. Deux revues de la littérature relativement récentes (McRobbie et al, 2014 et Kalkhoran et al, 2016) concluent de fait à la nécessité de poursuivre les recherches en la matière, tout en ne reniant pas le rôle qu'a joué la cigarette électronique dans le sevrage d'une partie des fumeur·ses ;

› Les considérations morales vis-à-vis de la dépendance à la nicotine : le recours à la cigarette dans la perspective de réduire les risques liés à la consommation de tabac ne fait pas l'unanimité, notamment sous couvert qu'elle entretiendrait la dépendance à la nicotine. La consommation voire la dépendance à la nicotine est pourtant un bien moindre mal en comparaison avec les dangers liés à la fumée de tabac. Accepter et promouvoir la cigarette électronique en tant qu'outil de réduction complémentaire aux autres dispositifs à disposition des fumeur·ses bénéficieraient à toute une frange des fumeur·ses qui ne trouvent pas leur compte dans le reste de l'offre de sevrage ou de réduction des risques ;

› La difficulté, en matière de politique publique, de trouver un juste milieu entre promouvoir un outil à moindre risque à destination des fumeur·ses et en réduire l'attractivité pour les (jeunes) non-fumeur·ses.

Certains pays, notamment le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande, ont intégré la promotion de la vape dans leur politique de lutte contre le tabagisme, partant du principe que celle-ci sera toujours moins nocive que de continuer à fumer. La cigarette électronique est valorisée au même titre que l'ensemble des dispositifs permettant d'encourager les fumeur·ses à arrêter le

264 En matière de passerelle vers la cigarette classique, par exemple, les résultats divergent grandement entre les études étasuniennes (20,8 % de prévalence chez les élèves de secondaire en 2018) et françaises (16 % la même année). Aux États-Unis, les études indiquent une corrélation entre expérimentation de cigarette électronique et initiation au tabac, mais sans démontrer un effet de causalité. En France, une étude après des jeunes de 17 ans montre que celles et ceux ayant essayé la cigarette électronique sont moins enclins à transiter vers une consommation quotidienne de tabac, en comparaison avec celles et ceux n'ayant pas expérimenté la cigarette électronique. En plus de considérations méthodologiques (les études ne mesurent pas la même chose), le contexte est tout à fait différent : en France, fumer est une activité beaucoup plus commune, en comparaison avec d'autres pays ; de plus, contrairement aux États-Unis, les dispositifs délivrant de fortes doses de nicotine (comme JUUL, par exemple) ne sont pas disponibles (au moment de l'étude) ; la vape est également particulièrement règlementée et la publicité est interdite. La France, à l'image de la Belgique, a également implanté depuis plusieurs années une politique anti-tabac stricte (augmentation des accises, paquet neutre) et la prévalence de la consommation quotidienne de tabac est en nette baisse. Ainsi, les résultats français peuvent illustrer un processus de dénormalisation de la cigarette au cours duquel, si les jeunes continuent d'expérimenter cigarettes classique et électronique, cette dernière est une alternative montante pour les adolescent·es qui perdent globalement de l'intérêt pour le tabac (Chyderiotis, et al, 2020).

INÉGALITÉS SOCIALES ET TABAGISME[266]

Alors qu'elle connaît globalement un recul, la consommation de tabac (de même que la dépendance à la cigarette) se concentre toujours davantage au sein des populations ayant un statut socio-économique défavorisé. Les personnes ayant un statut socio-économique défavorisé tendent à davantage développer une dépendance au tabac. Elles sont également plus à risque de développer des maladies et complications liées au tabagisme. La décision d'arrêter et son succès suivent le gradient social ; en effet les tentatives d'arrêt, les tentatives récentes et les tentatives réussies sont plus nombreuses chez les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur, en comparaison avec les personnes peu qualifiées. La littératie en santé est également inégalement distribuée au sein de la population, ce qui a un effet direct sur la capacité à comprendre les avertissements de santé et à modifier ses comportements en fonction. La recherche note aussi qu'une situation économique et matérielle difficile peut entraîner, chez les adolescent·es puis à l'âge adulte, un caractère davantage orienté vers le moment présent, qui ne se soucie pas du futur (et donc de sa santé future). Des conditions de vie difficiles peuvent également engendrer une dose de stress et provoquer des réponses «déviantes» précoces (notamment le tabagisme). Le contexte social et économique peut aussi aggraver ces conditions de vie et dès lors indirectement inviter au tabagisme. Ce fut le cas de la crise économique de 2008, et plus récemment, la crise socio-sanitaire liée à la COVID-19 semble avoir eu un effet sur la consommation de tabac (37 % des Belges déclarent fumer davantage qu'en «temps normal» d'après Sciensano (2020b)[266] ; l'augmentation de la consommation concernerait moins les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur que les moins diplomé·es). Il est tout à fait essentiel de prendre en compte les inégalités sociales de santé dans la lutte contre le tabagisme. Les groupes les plus défavorisés pourraient d'ailleurs être ceux qui bénéficieraient le plus un meilleur accès aux cigarettes électroniques, puisqu'elles coutent relativement peu cher, tout en réduisant considérablement les risques sanitaires en comparaison avec la cigarette classique. Ces dispositifs n'imposent pas d'office un sevrage et remplissent les fonctions psychosociales occupées jusqu'alors par le tabac (McNeill et al, 2015 ; Janssen et al, 2019 ; CSS, 2015).

265 Pour une appréhension plus large des relations entre inégalités sociales de santé et assuétudes, nous invitons la lectrice ou le lecteur à se référer au chapitre 4 du présent Tableau de bord.

266 L'enquête en ligne menée par Sciensano en avril 2020, en plein confinement, compte 22 % de consommateur·rices de tabac, soit un peu plus que dans l'enquête de santé 2018 (19,8 %). Plus d'un tiers de ces fumeur·ses déclarent consommer davantage pendant le confinement et 16 % fumer moins. https://www.sciensano.be/sites/default/files/report2_covid-19his_fr.pdf

tabac et/ou de réduire les risques sanitaires et sociaux liés. Les Gouvernements qui se sont engagés dans une telle politique de santé publique investissent parallèlement beaucoup d'efforts dans la collecte et diffusion des informations objectives sur lesquelles ils font reposer leurs décisions, faisant preuve d'une transparence notable.

6.2.3. LES RECOMMANDATIONS DES EXPERT·ES

L'AVIS DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ SUR LES PRODUITS À BASE DE TABAC CHAUFFÉ

Le Conseil supérieur de la santé (CSS) a été saisi par le ministère de la santé et par le SPF Santé publique pour rendre son avis respectivement sur les produits à base de tabac chauffé et pour mettre à jour son avis sur les cigarettes électroniques (datant de 2015). Si les deux sujets présentent des points communs, le Conseil a toutefois décidé de les traiter séparément. Il a rendu son avis sur les nouveaux produits à base de tabac chauffé en avril 2020 (CSS, 2020) et a travaillé en 2021 sur la mise à jour de son avis sur les cigarettes électroniques.

Les produits à base de tabac chauffé ne sont pas encore présents sur le marché belge, mais cela ne saurait tarder. Ils tomberaient sous l'arrêté royal du 5 février 2016 relatif aux produits à base de tabac et seront donc soumis aux obligations et interdictions (voir supra). Ils sont mis sur le marché par les grandes compagnies du tabac, telles que *Philip Morris International* ou *British American Tobacco*. Ces nouveaux produits du tabac ont une allure proche des cigarettes électroniques ; leur particularité est de chauffer le tabac et non plus de le brûler, ce que les grandes firmes présentent comme une alternative à moindre risque pour la santé, en comparaison avec les produits du tabac brûlé.

Le Conseil épingle dès le début de son avis que la majorité des rapports et articles scientifiques évaluant la dangerosité des nouveaux produits du tabac émanent ou sont financés par l'industrie du tabac ; les publications indépendantes sont donc rares. Il en ressort que le goudron du tabac chauffé contient proportionnellement moins de contaminants toxiques et plus d'humectants que celui du tabac brûlé. L'exposition à tout un ensemble de produits nocifs est donc réduite quoique non négligeable pour les usager·es de tabac chauffé. Le tabac chauffé émet cependant encore 4 substances possiblement cancérigènes et plusieurs composés liés aux arômes et dont la toxicité par inhalation n'a pas encore été testée.

Compte tenu des connaissances actuelles et des mises en garde de l'OMS (voir infra), le Conseil conclut que, si tous les dispositifs présentant un risque moindre que le tabac brûlé sont à prendre en considération dans la lutte contre le tabagisme, les produits du tabac chauffé ne peuvent être considérés comme sans risque. Et puisqu'il existe des outils de sevrage tabagique agréés, le Conseil estime qu'il n'est pas opportun d'encourager la consommation de tabac chauffé et de les rendre plus attractifs que les produits à base de tabac classiques. Il recommande donc *in fine* de soumettre ces nouveaux produits du tabac aux mêmes réglementations que les cigarettes.

À noter que l'un des expert·es du groupe de travail à l'origine de l'avis s'est distancié de ce dernier, plaidant en faveur d'une approche orientée réduction des risques qui encourage l'utilisation et le passage vers les produits à base de tabac chauffé chez les fumeur·ses qui ne peuvent ou ne veulent pas arrêter toute forme de tabagisme et pour lesquels le passage à la cigarette électronique ou à d'autres produits à base de nicotine n'est pas satisfaisante ou pertinente. Il défend un cadre juridique proportionnel aux risques induits par les différents dispositifs.

L'AVIS DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ SUR LES NOUVEAUX PRODUITS DU TABAC ET LES CIGARETTES ÉLECTRONIQUES

Dans deux publications de 2019, l'OMS convient que les cigarettes électroniques pourraient avoir un dispositif de sevrage tabagique efficace. L'organisation réclame cependant davantage d'études scientifiques indépendantes pour soutenir ceci. L'OMS met également en garde contre les effets potentiellement négatifs des systèmes de délivrance électronique de nicotine (dont font partie les cigarettes électroniques), des nouveaux produits de tabac chauffé et d'une approche de réduction des risques du tabac.

La position de l'OMS est particulièrement prudente et est largement motivée par sa méfiance vis-à-vis des grandes firmes du tabac. En effet, face à la montée mondiale des politiques publiques anti-tabac, sous l'impulsion notamment de l'OMS, les géants du tabac ont adopté une stratégie complexe, se présentant comme des partenaires volontaires et convaincus du contrôle du tabac et de la réduction des risques, tout en bloquant massivement les efforts de règlementation. Les cigarettes électroniques ont été historiquement produites et diffusées par des entreprises hors du l'industrie du tabac. Suite au succès de ces nouveaux dispositifs, l'industrie du tabac a massivement investi dans ce nouveau marché et développé de nouveaux produits du tabac (notamment les produits à base de tabac chauffé) ; se réappropriant par la même occasion le discours de la réduction des risques, devenu argument marketing.

L'OMS pointe plusieurs tactiques utilisées par l'industrie du tabac afin d'entraver l'arrêt du tabagisme, en particulier :

- Promouvoir les bénéfices des nouveaux produits sans réelle preuve scientifique et influencer la recherche. D'après l'OMS, il n'y a actuellement pas suffisamment de preuves scientifiques pour soutenir l'usage des cigarettes électroniques en tant que dispositif de sevrage, ce qui n'empêche pas l'industrie de les promouvoir comme tel. De plus, les grandes firmes investissent abondamment dans la recherche scientifique, ce qui ajoute des biais de conflits d'intérêt en plus d'un ensemble de limitations significatives affectant la qualité des recherches existantes (biais de sélection, mauvais contrôle, etc.) ;

- Créer un amalgame entre les différentes catégories de produit, notamment entre les cigarettes électroniques et les produits à bas de tabac chauffé, afin de profiter des législations (actuelles et futures) plus indulgentes vis-à-vis des premières. L'industrie du tabac entend ainsi glisser les produits du tabac dans la porte ouverte par les cigarettes électroniques et l'argument de la réduction des risques, et écarter les mesures plus strictes réservées à la cigarette classique. *In fine*, cette stratégie fragilise les politiques de contrôle du tabac ;

› Recourir à un marketing agressif et attrayant (ce qui est actuellement interdit en Belgique), visant particulièrement les jeunes (non-fumeurs) ;

› Manipuler l'opinion publique afin de gagner en respectabilité. En investissant massivement dans la communication et le lobbying, les grandes compagnies de tabac parviennent à se présenter comme une partie de la solution au problème du tabagisme. Elles promeuvent et mettent en avant une nouvelle gamme de produits «à moindre risque», «sans odeur» ou «sans fumée», qui offrent une «alternative plus saine» à la cigarette classique, tout en minimisant le fait que les cigarettes représentent encore 97 % du marché global de tabac.

L'OMS recommande dès lors de soumettre les produits à base de tabac chauffé à la règlementation des produits à base de tabac et d'encourager la recherche scientifique indépendante, afin de déterminer les risques relatifs et absolus pour la santé des usager·es et usager·es passifs de ces nouveaux produits. Il est également nécessaire que les Gouvernements prennent leurs distances avec l'industrie du tabac, limitent leurs interactions et évitent les partenariats. L'OMS estime en effet que c'est le seul moyen de garantir l'implantation de mesures de contrôle du tabac efficaces.

AVIS DES EXPERT·ES

Caroline Rasson et collègues, FARES asbl (Fond des affections respiratoires)

L'APPROCHE GENRÉE DU TABAGISME EN RÉGION WALLONNE ET À BRUXELLES

La question de la prise en compte du genre dans les assuétudes est relativement récente. Au Service Prévention tabac du Fares on se questionne à ce sujet depuis quelques années déjà : *Les motivations des femmes et les facteurs favorisant l'installation d'une consommation se démarquent-ils par rapport aux hommes ? Peut-on y repérer des singularités ? Est-il judicieux de s'appuyer ou non sur ces éventuelles singularités dans une démarche préventive et d'accompagnement ? Quelle richesse ou plus-value peut-on retirer du développement d'actions de prévention réservées exclusivement aux femmes ?* L'idée étant de sortir des campagnes de prévention du tabagisme qui ne s'adressent spécifiquement aux femmes que via la prisme de la maternité en invitant la jeune et future mère à protéger sa santé et celle de son bébé par le biais du sevrage tabagique.

Le souhait est ici de travailler dans une démarche de promotion de la santé et avec une stratégie de type défocalisée c'est-à-dire faire de la prévention du tabagisme sans forcément devoir parler du tabac en mettant davantage le focus sur le renforcement des compétences psychosociales des femmes en tant que facteurs de protection.

La rencontre et l'animation d'une trentaine de séances avec un groupe de femmes à Fleurus ont permis au Fares de co-construire une forme de *savoir* avec cette communauté de femmes. Celui-ci s'est matérialisé par la création d'un outil pédagogique «Des Racines et des Elles» actuellement diffusé en Région Wallonne et à Bruxelles par le biais d'ateliers découverte. Il s'agit d'inviter d'autres groupes de femmes à s'emparer de cette thématique et à vivre une expérience de groupe inspirée de l'outil.

À Bruxelles, la population est multiple, il en va de même pour les femmes. Le Fares travaille actuellement à la mise en place d'activités de groupe pour les femmes qui fréquentent l'association Douche-Flux. Le défi est grand tant les profils et problématiques des femmes sont variés. La question du bien-être, du soin à soi et des consommations continue à être interrogée avec ces femmes de manière créative et adaptée à leurs besoins.

Plus d'infos : www.desracinesetdeselles.be

6.2.4. LA DISPONIBILITÉ ET L'OFFRE DE TABAC ET DE CIGARETTES ÉLECTRONIQUES 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[267] 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).

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

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.

La cigarette électronique et les produits de recharge sont quant à eux disponibles à la fois dans des boutiques spécialisées ainsi que dans des magasins non-spécialisés (e.g. librairies, grandes surfaces). En Belgique, tant les cigarettes électroniques que leurs recharges ne peuvent être vendues ni achetées sur Internet, au même titre que les produits du tabac.

6.2.5. 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 Région bruxelloise, 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 Région bruxelloise, l'âge de la première consommation d'une cigarette entière est de 16,9 ans pour les hommes et de 17,2 ans pour les femmes. Et chez les fumeurs, l'âge du début de la consommation quotidienne est de 19,1 ans pour les hommes et de 20 ans pour les femmes. Près de la moitié (41,7 %) des Bruxellois·es âgés de 15 ans et plus ont déjà fumé **au moins 100 cigarettes au cours de leur vie**, les hommes étant davantage concernés que les femmes (50,3 % *versus* 33,7 %). Les Bruxellois âgés de 55 à 74 ans sont les plus concernés par le fait d'avoir déjà fumé 100 cigarettes ou plus au cours de la vie. Les répondants les moins instruits (niveau primaire ou inférieur : 44,3 % et niveau secondaire inférieur : 47,1 %) sont un peu plus concernés que les répondants plus instruits (secondaire supérieur : 40,2 % et études supérieures : 41,4 %).

Plus d'un tiers (35,8 %) des Bruxellois·es âgés de 15 ans ou plus ont déjà été **consommateurs quotidiens de tabac pendant une période d'au moins 12 mois**. À nouveau, les hommes sont davantage concernés que les femmes (43,9 % *versus* 28,3 %). La prévalence de la consommation quotidienne de tabac pendant 12 mois ou plus au cours de la vie augmente avec l'âge et concerne davantage les 55-74 ans. La proportion de personnes ayant été consommateurs quotidiens de tabac tend à être plus élevée chez les répondants les moins instruits (niveau primaire ou inférieur : 40,8 % ; secondaire inférieur : 43,8 % ; secondaire supérieur : 35,2 % ; études supérieures : 34,6 %).

Près d'un quart (22,9 %) de la population bruxelloise consomme **actuellement** du tabac, et 16,6 % en consomme de manière quotidienne. La majorité des fumeurs actifs sont donc des fumeurs quotidiens. La **consommation quotidienne** est à nouveau plus élevée chez les hommes que chez les femmes (22,6 % *versus* 11 %). Les différences d'âge sont peu marquées, bien que les jeunes de 15-24 ans soient un peu moins concernés par la consommation quotidienne que leurs aînés. La consommation quotidienne diminue toutefois à partir de 65 ans (probablement en raison de l'augmentation de la mortalité). À nouveau, la consommation quotidienne est plus élevée chez les personnes les moins instruites : (niveau primaire ou inférieur : 25,4 % ; secondaire inférieur : 25,2 % ; secondaire supérieur : 19,2 % ; études supérieures : 13,6 %). Enfin, 4,5 % de la population bruxelloise consomme quotidiennement de grande quantité de tabac (au moins 20 cigarettes par jour). Les hommes sont à nouveau davantage concernés que les femmes (6,4 % *versus* 2,7 %). De même, les répondant·es ayant un haut niveau d'instruction sont moins concernés par la consommation quotidienne de grande quantité de tabac que les répondant·es ayant un niveau d'instruction moins élevé (2,9 % *versus* 5-12 %).

Tableau 6 : Prévalence de la consommation de tabac sur la vie, de la consommation quotidienne sur la vie, de la consommation actuelle et de la consommation quotidienne actuelle en Région bruxelloise, 2018								
	15-24 ans % (n=122)	25-34 ans % (n=306)	35-44 ans % (n=369)	45-54 ans % (n=309)	55-64 ans % (n=289)	65-74 ans % (n=239)	75 ans et + % (n=153)	Total % (N=1.789)
Prévalence de la consommation de tabac sur la vie (au moins 100 cigarettes)								
Hommes	40,6	41,8	53,9	46,4	60,7	65,5	54,6	50,3
Femmes	19,5	35,4	30,7	33,4	38,5	49,4	27,3	33,7
Total	30,7	38,6	42,2	40,0	48,8	56,5	38,1	41,7
Prévalence de la consommation quotidienne de tabac sur la vie (au moins durant 1 an)								
Hommes	26,8	33,7	49,5	42,5	56,7	59,8	48,5	43,9
Femmes	8,8	30,5	26,0	29,9	34,8	42,3	21,2	28,3
Total	18,3	32,1	37,7	36,3	45,0	50,0	31,9	35,8
Prévalence de la consommation actuelle de tabac (fumeurs quotidiens et occasionnels)								
Hommes	33,4	33,9	33,7	31,1	28,4	12,0	13,6	29,3
Femmes	14,0	23,3	15,6	15,8	19,6	18,8	3,8	16,8
Total	24,2	28,6	24,6	23,5	23,7	15,8	7,7	22,9
Prévalence de la consommation quotidienne actuelle de tabac (au moins 1 cigarette/jour)								
Hommes	22,0	23,5	28,7	27,2	22,3	9,8	7,2	22,6
Femmes	6,7	12,7	7,1	14,4	15,3	15,3	3,0	11,0
Total	14,8	18,0	17,9	20,9	18,6	12,9	4,6	16,6
Prévalence de la consommation quotidienne actuelle importante de tabac (au moins 20 cigarettes/jour)								
Hommes	2,1	6,8	7,2	10,6	7,4	2,1	2,4	6,4
Femmes	0,0	0,8	2,2	4,4	5,1	6,5	0,0	2,7
Total	1,1	3,8	4,7	7,5	6,2	4,6	1,0	4,5

Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

Tableau 7 : Prévalence de l'usage de la cigarette électronique en Région bruxelloise, 2018								
	15-24 ans % (n=121)	25-34 ans % (n=301)	35-44 ans % (n=364)	45-54 ans % (n=299)	55-64 ans % (n=276)	65-74 ans % (n=220)	75 ans et + % (n=150	Total % (N=1.731)
Prévalence de l'usage de la cigarette électronique au moins une fois dans la vie								
Hommes	27,8	25,7	21,4	14,7	11,4	3,3	1,1	17,9
Femmes	16,2	22,5	13,3	13,6	9,2	11,0	4,7	14,0
Total	22,4	24,1	17,3	14,2	10,2	7,6	3,2	15,9
Prévalence de l'usage actuel occasionnel de la cigarette électronique								
Hommes	1,1	2,7	2,6	2,2	3,4	0,0	0,0	2,1
Femmes	1,4	1,3	0,9	1,2	0,9	5,3	0,0	1,4
Total	1,3	2,0	1,7	1,7	2,0	2,9	0,0	1,7
Prévalence de l'usage actuel quotidien de la cigarette électronique								
Hommes	2,8	3,7	2,6	1,2	0,7	0,0	0,0	2,0
Femmes	2,8	1,4	1,2	1,3	1,9	0,6	0,0	1,4
Total	2,8	2,6	1,9	1,3	1,4	0,4	0,0	1,7
Proportion d'usage combiné de cigarette électronique et de tabac parmi les utilisateurs actuels de la cigarette électronique (N=57)								
Hommes	/	/	/	/	/	/	/	60,2
Femmes	/	/	/	/	/	/	/	70,4
Total	/	/	/	/	/	/	/	65,4
Proportion d'utilisateurs actuels de la cigarette électronique qui n'avaient pas consommé de tabac avant (N=57)								
Hommes	/	/	/	/	/	/	/	8,2
Femmes	/	/	/	/	/	/	/	2,6
Total	/	/	/	/	/	/	/	5,8

Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

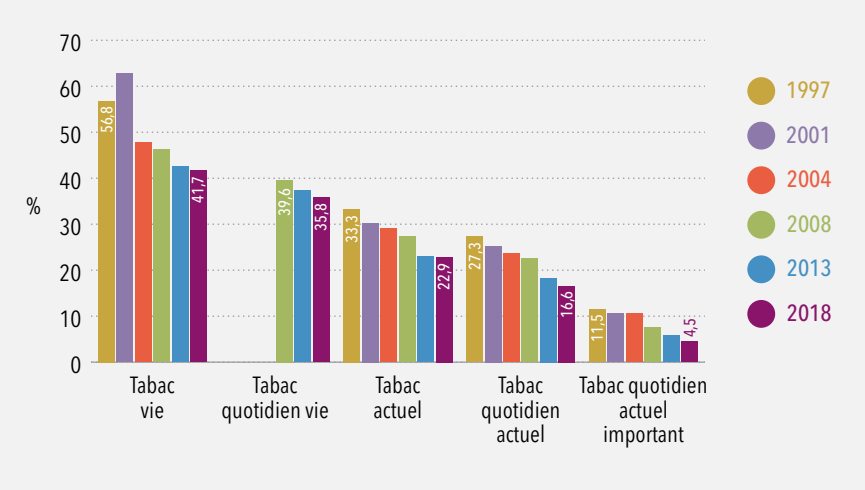
TENDANCES ET ÉVOLUTION

La consommation de tabac est en diminution en Région bruxelloise, quel que soit l'indicateur considéré. L'usage quotidien actuel et l'usage quotidien actuel important (au moins 20 cigarettes par jour) ont respectivement diminué de 10,7 % et 7 % en 20 ans.

L'âge moyen de la première consommation d'une cigarette entière est stable chez les hommes entre 2013 et 2018 (environ 16,9 ans), alors qu'il a légèrement diminué chez les femmes (passant de 17,7 ans à 17,2 ans). L'âge de début de la consommation quotidienne a quant à lui augmenté chez les fumeurs entre 2004 (18,1 ans) et 2018 (19,1 ans), et il en va de même chez les fumeuses (18,9 ans en 2004 et 20 ans en 2018).

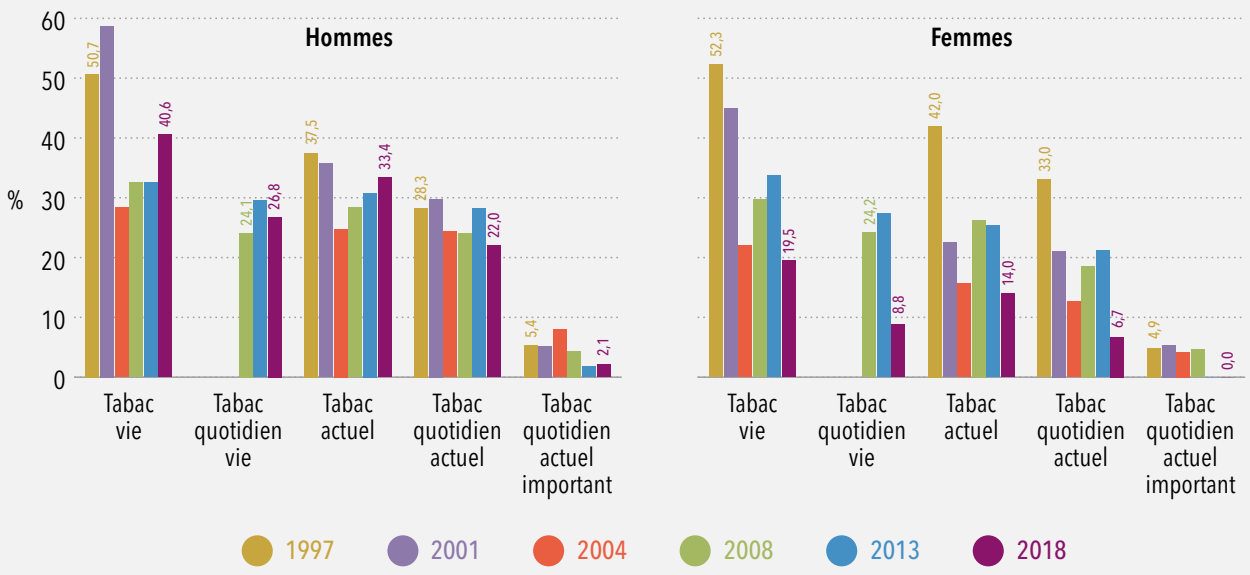
Si on se focalise spécifiquement sur l'évolution temporelle de ces indicateurs chez les 15-24 ans, la consommation de tabac a particulièrement diminué entre 1997 et 2004, après quoi la consommation est restée relativement stable chez les hommes (quoiqu'une tendance à l'augmentation puisse être observée pour l'usage sur la vie et l'usage actuel), alors que chez les femmes on observe une diminution en 2018 pour tous les indicateurs. 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.

Figure 10 : 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 Région bruxelloise, 1997-2018



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

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) chez les 15-24 ans en Région bruxelloise, 1997-2018



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

Aux États-Unis, en date du 20 novembre 2019[268], 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[269]. 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[270] comme agent pathogène, mais il n'est actuellement pas exclu que d'autres substances puissent également être impliquées[271]. 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[272]. 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.

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

269 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.

270 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).

271 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).

272 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.

6.2.6. L'USAGE DE TABAC ET DE CIGARETTES ÉLECTRONIQUES CHEZ LES JEUNES DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE ET SECONDAIRE

LES INDICATEURS

En Fédération Wallonie-Bruxelles, l'usage de tabac est estimé dans la population scolarisée dans l'enseignement secondaire via un questionnaire administré dans le cadre de l'enquête HBSC, dont la dernière levée a été réalisée en 2018. En nous focalisant sur la Région bruxelloise, 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) ; 6) l'expérimentation antérieure de la cigarette électronique avant l'expérimentation de tabac chez les élèves ayant expérimenté les deux.

Dans les rapports officiels de l'enquête HBSC, 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 2018

Un peu moins d'un élève sur cinq (16,1 %) âgé de 10 ans et plus et scolarisé en Région bruxelloise dans l'enseignement primaire ou secondaire francophone a 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 2,5 % chez les élèves de 10-12 ans et atteint 29 % chez les élèves de 16-18 ans et 35,3 % chez ceux de 19 ans et plus. Elle n'est quasiment pas impactée par le genre, sauf en ce qui concerne la tranche des 19 ans et +, où elle est plus élevée chez les garçons que chez les filles (41,1 % *versus* 30,5 %).

Un peu moins d'un élève sur dix (8 %) a 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 : 0,8 % chez les élèves de 10-12 ans contre 15,1 % chez les élèves de 16-18 ans et 21,5 % chez ceux de 19 ans et plus. Cette consommation est à nouveau peu impactée par le genre.

La **consommation quotidienne de tabac** ne concerne que 2,7 % des élèves. À nouveau, la consommation quotidienne augmente avec l'âge, passant de 1,2 % chez les 13-15 ans à 4,3 % chez les 16-18 ans et 13,8 % chez

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 Région bruxelloise, par âge et par genre, 2018

	10-12 ans %	13-15 ans %	16-18 ans %	19 ans et + %	Total %
Consommation de cigarettes sur la vie*					
Garçons (n=1.616)	4,1	11,3	28,9	41,1	16,7
Filles (n=1.867)	1,1	10,9	29,2	30,5	15,5
Total (N=3.483)	2,5	11,1	29,0	35,3	16,1
Consommation de cigarettes les 30 derniers jours*					
Garçons (n=1.565)	1,6	4,6	15,8	22,4	8,4
Filles (n=1.821)	0,2	4,5	14,6	20,7	7,7
Total (N=3.386)	0,8	4,5	15,1	21,5	8,0
Consommation quotidienne de tabac					
Garçons (n=1.582)	0,0	1,5	6,1	15,9	3,5
Filles (n=1.829)	0,0	0,9	2,8	12,0	2,0
Total (N=3.411)	0,0	1,2	4,3	13,8	2,7
Utilisation de cigarette électronique sur la vie*					
Garçons (n=1.138)	9,1	15,7	28,9	35,5	23,1
Filles (n=1.326)	3,7	11,8	17,8	29,3	15,8
Total (N=2.464)	6,4	13,6	22,8	32,2	19,2
Utilisation de cigarette électronique les 30 derniers jours*					
Garçons (n=1.083)	1,9	4,4	9,1	7,1	6,6
Filles (n=1.099)	1,9	2,5	3,4	3,4	3,0
Total (N=2.382)	1,9	3,4	6,0	5,1	4,7
Expérimentation de la cigarette électronique avant l'expérimentation de tabac*					
Garçons (n=166)	50,0	51,2	21,4	16,0	28,3
Filles (n=137)	0,0	25,0	26,7	8,0	22,6
Total (N=303)	33,3	39,0	23,7	12,0	25,7

* Ces questions n'ont été posées qu'aux élèves du secondaire. La classe d'âge de 10-12 ans n'est donc pas représentative puisqu'elle n'inclut que les élèves qui poursuivent déjà leur scolarité dans l'enseignement secondaire.

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

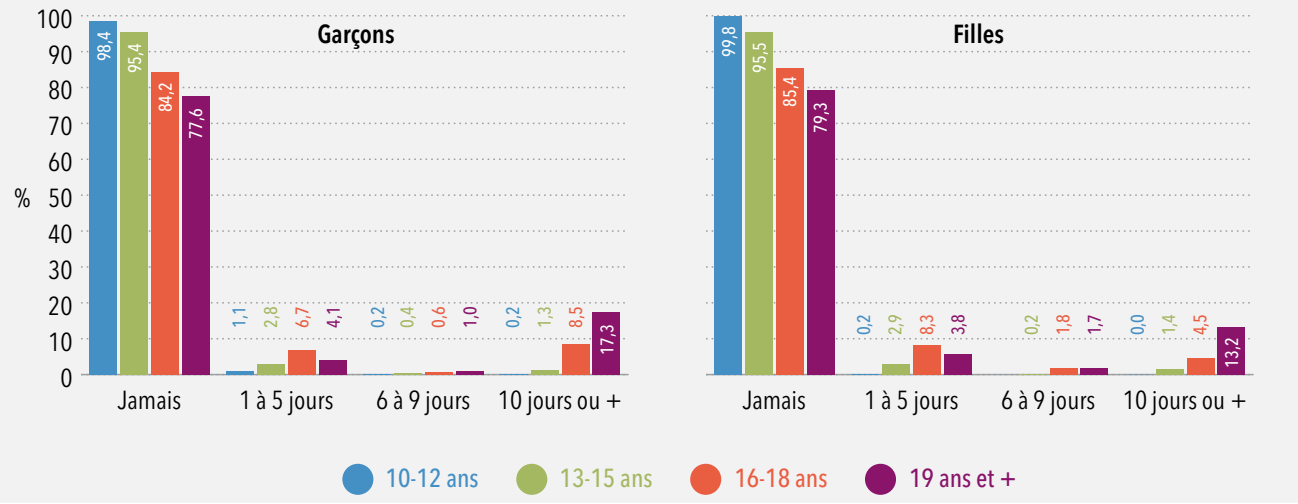
les 19 ans et plus. Elle est légèrement plus fréquente chez les garçons que chez les filles, mais la différence n'est que marginalement significative.

Environ un jeune de l'enseignement secondaire sur cinq (19,2 %) a déjà eu utilisé la **cigarette électronique au moins une fois dans la vie**, et environ 5 % au moins une fois au cours des 30 derniers jours. L'utilisation de ce dispositif augmente avec l'âge des répondants. Contrairement à ce que l'on observait pour le tabac, l'utilisation de la cigarette électronique concerne beaucoup plus les garçons que les filles. Autrement dit, les garçons semblent plus enclins que les filles à expérimenter/utiliser ce nouveau dispositif. Il convient de mentionner que l'enquête ne précise pas quel(s) type(s) de produit(s) (avec ou sans nicotine) sont habituellement consommés par les élèves via la cigarette électronique.

Enfin, parmi les élèves ayant déclaré avoir déjà expérimenté le tabac et la cigarette électronique, la majorité (74,3 %) a d'abord essayé le tabac. La cigarette classique reste donc beaucoup plus «attractive» que la cigarette électronique du point de vue des jeunes. Néanmoins, chez les garçons de 10-12 ans et chez ceux de 13-15 ans, la cigarette électronique parait aussi attractive que le tabac puisque la moitié déclare avoir commencé par la cigarette électronique avant de découvrir le tabac.

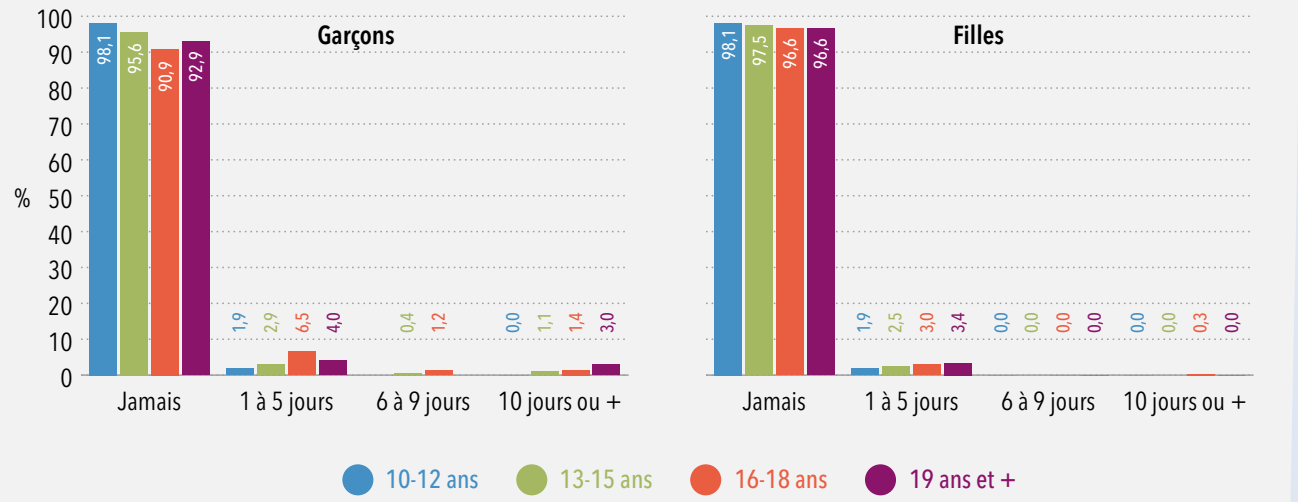
Les fréquences de consommation de tabac et d'utilisation de la cigarette électronique au cours des 30 derniers jours sont détaillées par genre et par tranche d'âge dans les figures 12 et 13. On remarquera en particulier que l'usage régulier de la cigarette électronique est moins fréquent que l'usage régulier de tabac, et ce alors que l'expérimentation de la cigarette électronique est désormais plus fréquente que celle du tabac (ce qui n'était pas le cas en 2014). Ce *pattern* suggère que le tabac est plus «accrocheur» que la cigarette

Figure 12 : 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 Région bruxelloise, par âge et par genre, 2018



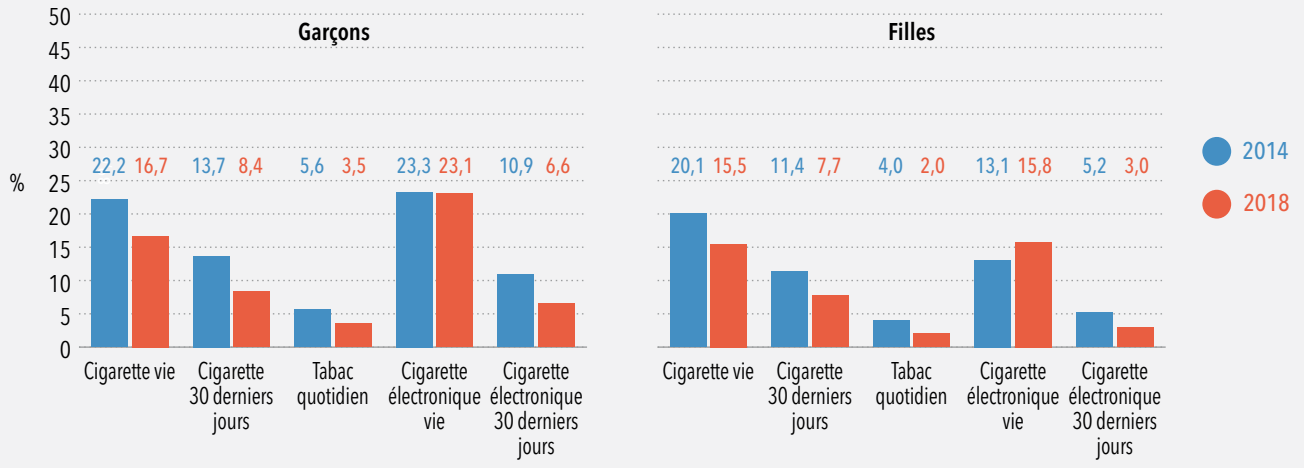
Source : Enquête HBSC 2018 (Dujeu et al., 2020)

Figure 13 : 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 Région bruxelloise, par âge et par genre, 2018



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

Figure 14 : Évolution 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 Région bruxelloise, par genre, 2014-2018



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

électronique, et favorise davantage les usages réguliers.

TENDANCES ET ÉVOLUTION

On constate entre 2014 et 2018 une diminution de la consommation de cigarettes/tabac, au niveau des trois indicateurs parmi les filles et les garçons scolarisés en primaire et secondaire dans les écoles francophones de la Région bruxelloise. En revanche, on observe une augmentation de l'expérimentation de la cigarette électronique chez les filles, mais l'usage actuel (30 derniers jours) a quant à lui légèrement diminué. Ces tendances sont observables au niveau de toutes les classes d'âge (hormis chez les 16-18 ans, où l'usage de cigarette sur la vie est restée stable).

6.2.7. 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 fumeur·ses.

Bien qu'elle soit en constante et progressive diminution tant dans la population générale que chez les jeunes, 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, l'introduction du paquet neutre et une multiplication des campagnes de contre-marketing) ; augmentation régulière des accises ; amélioration et diversification de l'offre de prise en charge des fumeur·ses dépendants (dont l'émergence de la cigarette électronique comme dispositif de substitution) ; 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.

La prévalence de l'usage sur la vie de la cigarette électronique semble être en constante augmentation, et dépasse même désormais celle du tabac chez les jeunes. Néanmoins, son usage régulier est peu fréquent, *a fortiori* en comparaison à celui du tabac, ce qui suggère que ce dispositif est moins addictif que les produits du tabac fumés. Il semble toutefois plus attractif auprès des jeunes. La cigarette électronique pourrait néanmoins potentiellement attirer certains jeunes vers le tabagisme, car une proportion importante de jeunes fumeur·ses ont commencé par la cigarette électronique avant de fumer.

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 bonne 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 en 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·ses 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 de cigarettes démantelées sur le territoire, contre un peu moins de 5 millions en 2018. En 2020, les saisies dépassaient les 400 millions de cigarettes de contrebandes, ce qui indique clairement que ce phénomène est en augmentation. À noter que la Belgique n'est toutefois pas forcément le pays de destination de toutes ces cigarettes interceptées.

6.3 LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

6.3.1. 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.

L'ancienne ministre fédérale de la Santé publique Mme De Block s'était prononcée en faveur d'une modification de l'arrêté royal du 19 mars 2004 ; elle jugeait 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 souhaitait que cette règlementation soit englobée dans une législation plus large qui comprendrait d'autres substances à risques. Les discussions relatives à cette question devraient être menées au cours de la présente législature[273].

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, régional 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 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

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

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[274] 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[275], 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 6.5 notamment consacré à la naloxone et la réduction des overdoses, et qui s'intéresse à la crise mondiale des opioïdes, ses causes et conséquences, ainsi qu'aux moyens mis en œuvre pour prévenir pareille crise en Belgique.

274 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/).

275 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).

6.3.2. 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 6.6).

En Belgique, on dénombre actuellement 4.797 pharmacies actuellement ouvertes au public[276]. 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'accès aux données récoltées par l'Association Pharmaceutique Belge est malheureusement payant.

276 https://siriusinsight.be/livre-blanc/pharmacies-belgique-2020/

6.3.3. 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 réalisée dans le cadre de l'enquête HIS, dont la dernière levée a été réalisée en 2018. En nous focalisant sur la Région bruxelloise, 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 a pas de vérification par l'enquêteur des médicaments qui sont effectivement consommés, ni des indications et quantités consommées.

LA SITUATION EN 2018

En 2018, en Région bruxelloise, une personne sur dix parmi la population âgée de 15 ans et plus a consommé, durant les deux dernières semaines, des somnifères ou des tranquillisants prescrits, et environ huit personnes sur cent 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.

L'enquête HIS 2018 a ajouté une question dans le volet portant sur les drogues illicites, de manière à appréhender la consommation de médicaments psychoactifs non prescrits par un médecin. Au total, 0,2 % de la population bruxelloise a déclaré avoir consommé au moins une fois un opioïde non prescrits au cours des 12 derniers mois.

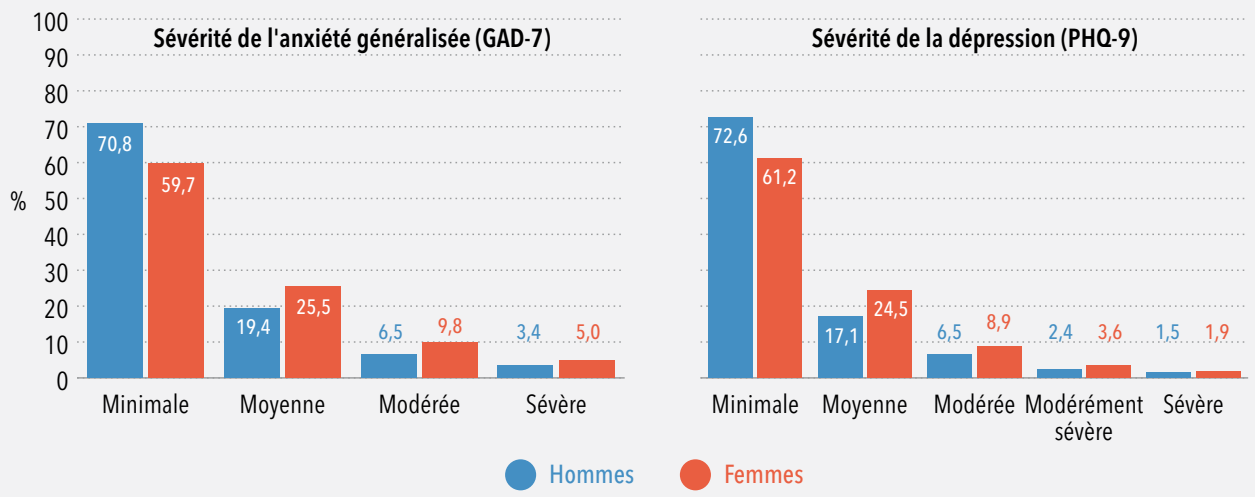
Comme nous l'avons déjà mentionné, l'enquête ne fournit pas d'information sur les quantités consommées ni sur les indications concernées. Mais ces niveaux de consommation gagnent à être appréhendés à la lumière des indicateurs de la santé mentale auto-rapportée par les Bruxellois·es. En effet, selon l'enquête HIS 2018, 9,9 % des Bruxellois et 14,8 % des Bruxelloises de 15 ans et plus présenteraient des signes modérés à sévères de trouble anxieux généralisé, tel qu'estimé à partir de l'échelle

Tableau 9 : Prévalence de la consommation actuelle de médicaments psychotropes en Région bruxelloise, par genre et par tranche d'âge, 2018

	15-24 ans % (n=230)	25-34 ans % (n=447)	35-44 ans % (n=515)	45-54 ans % (n=438)	55-64 ans % (n=377)	65-74 ans % (n=291)	75 ans et + % (n=212)	Total % (N=2.510)
Consommation durant les 2 dernières semaines de sédatifs prescrits (somnifères ou tranquillisants)								
Hommes	4,2	1,7	7,2	6,6	12,1	15,8	17,8	7,4
Femmes	2,6	5,4	4,5	17,1	20,0	18,8	30,4	12,0
Total	3,4	3,6	5,8	11,7	16,2	17,4	25,8	9,7
Consommation durant les 2 dernières semaines d'antidépresseurs prescrits								
Hommes	2,8	3,2	7,6	6,6	10,2	8,5	6,6	6,1
Femmes	2,0	2,9	3,7	17,9	18,8	22,1	14,7	9,9
Total	2,4	3,1	5,6	12,0	14,6	15,9	11,7	8,1

Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

Figure 15 : Niveau d'anxiété et de dépression de la population de 15 ans et plus en Région bruxelloise, par genre, 2018



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

GAD-7[277]. Toujours en 2018, 10,4 % des Bruxellois et 14,4 % des Bruxelloises présenteraient des signes modérés à sévères de dépression, tel qu'estimée à partir de l'échelle PHQ-9[278]. 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 bruxelloise (18,6 % pour les hommes et 24,5 % pour les femmes) présente un score à l'échelle GHQ-12[279] 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 Région bruxelloise. À l'inverse, on observe une légère augmentation de la consommation d'antidépresseurs en 2018, qui n'est toutefois pas statistiquement significative après standardisation pour l'âge et le genre.

277 *Generalized Anxiety Disorder-7* : Échelle de dépistage en 7 items du trouble anxieux généralisé.
278 *Patient Health Questionnaire-9* : Sous-échelle de dépistage de la dépression en 9 items.
279 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.

6.3.4. 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[280] (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 2020

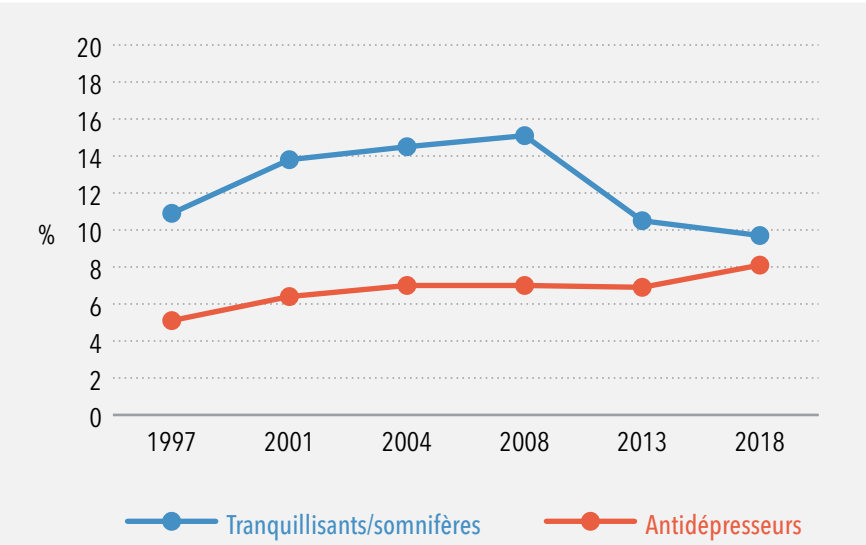
Selon cet enregistrement, le nombre de Belges ayant reçu une prescription remboursée (hors pharmacies hospitalières) d'un opioïde de palier 2 ou 3 (selon l'échelle antalgique de l'OMS) a quasiment doublé entre 2005 et 2019, passant de 573.104 patient·es à 1.126.167 (ce qui correspond désormais à environ 10 % de la population belge). En 2020, le nombre a diminué de 7 % par rapport à 2019, passant ainsi à 1.046.609. Cette diminution est très probablement liée aux conséquences de la crise sanitaire sur l'accès aux services de première ligne : les périodes de confinement, la peur liée aux risques de contamination et les directives d'annulation des hospitalisations et consultations non-urgentes, ont accentué les reports de soins au sein de la population belge en 2020.

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

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 645.992 en 2020 (soit près du double), et en ce qui concerne l'association tramadol + paracétamol, 137.804 patient·es en ont reçu une prescription en 2005, contre 392.093 en 2020 (soit près du triple). Le nombre de patient·es ayant reçu une prescription de fentanyl est quant à lui passé de 39.367 en 2005 à 67.061 en 2020, soit près du double. L'augmentation la plus spectaculaire se situe au niveau du nombre de patient·es ayant reçu une prescription d'oxycodone, qui est passé de 2.713 en 2007[281] à 77.489 en 2020 (soit près de 30 fois plus). Le nombre de doses définies journalières (DDD)[282] d'opioïdes délivrés a lui aussi forcément augmenté au cours de cette période, passant de 40.600.703 doses en 2006 à 69.448.066 en 2020 pour l'ensemble de la Belgique (soit une moyenne de 66,4 DDD annuelles par patient·e). En Région bruxelloise, le nombre de doses définies journalières d'opioïdes prescrits en 2020 était de 4.668.672. Le nombre de DDD a proportionnellement moins diminué entre 2019 et 2020 que le nombre de patient·es ayant bénéficié d'un traitement remboursé à base d'opioïdes, de sorte que la moyenne annuelle de DDD délivrée en 2020 par patient·e est même plus élevée en 2020 qu'en 2019 (62,8 *versus* 66,4, au niveau national). Ce *pattern* s'explique probablement par une réduction des prescriptions de courte durée (en post-opératoire), en raison du report de nombreuses opérations non-urgentes durant la crise sanitaire, et ce alors que les prescriptions liées à des douleurs chroniques ont probablement été moins impactées.

281 Cette molécule n'était pas commercialisée en Belgique avant cette période.
282 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.

Figure 16 : Évolution de la consommation actuelle (au cours des deux dernières semaines) de médicaments psychotropes en Région bruxelloise, 1997-2018



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

Tableau 10 : Nombre de patient·es mutualisés ayant reçu au moins une prescription d'opioïdes remboursée par la sécurité sociale en Belgique, par type d'opioïdes, 2005-2020

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Tramadol	348.368	348.449	365.755	411.026	431.291	449.816	473.638	482.822
Tramadol + Paracétamol	137.804	179.302	214.258	259.252	285.552	343.961	383.401	393.215
Oxycodone	0	0	2.713	5.691	8.913	20.573	27.753	35.819
Fentanyl	39.367	44.456	49.727	58.315	60.718	62.957	66.470	67.691
Tilidine	90.521	87.973	85.016	85.158	80.284	76.643	75.124	71.870
Morphine	16.701	16.644	16.867	18.203	18.388	10.928	6.366	5.755
Tous opioïdes	573.104	608.760	654.197	738.277	777.901	838.447	886.909	906.579

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Tramadol	506.332	543.985	574.459	611.349	646.039	669.540	694.210	645.992
Tramadol + Paracétamol	416.754	441.604	451.486	455.018	448.625	436.485	431.444	392.093
Oxycodone	48.178	55.807	66.173	72.043	77.030	79.429	78.916	77.489
Fentanyl	68.321	69.799	72.048	72.352	71.357	70.194	68.760	67.061
Tilidine	69.279	69.165	63.820	61.961	58.894	55.762	50.459	40.464
Morphine	5.421	5.206	5.000	4.478	4.211	4.001	4.024	3.600
Tous opioïdes	950.681	1.006.839	1.041.030	1.078.223	1.103.083	1.114.750	1.126.167	1.046.609

Source : Pharmanet

6.3.5. L'USAGE DE PRÉGABALINE (LYRICA®) DANS LA POPULATION GÉNÉRALE ET CHEZ LES PERSONNES PRÉCARISÉES[283]

La prégabaline (Lyrica® et ses équivalents génériques) fait partie, comme la gabapentine (Neurontin®), de la famille des gabapentinoïdes. Il s'agit d'un médicament utilisé dans le traitement des douleurs neuropathiques, de l'épilepsie et des troubles anxieux généralisés. Il est aussi parfois prescrit hors-indication (*off-label*[284]) pour le traitement de douleurs lombaires chroniques ou des douleurs radiculaires.

L'usage médical de prégabaline est en augmentation dans notre pays, selon les données de l'INAMI relatives aux prescriptions remboursées délivrées par les pharmacies publiques. En effet, le nombre de personnes bénéficiant chaque année d'au moins une prescription remboursée de prégabaline[285] a considérablement augmenté, en particulier au cours des 5 dernières années, ce qui témoigne d'un recours grandissant à ce médicament par les prescripteur·rices et les patient·es, phénomène probablement multifactoriel (extension des indications, arrivée des formes génériques, meilleure connaissance de l'intérêt thérapeutique de la molécule, accroissement du mésusage). Ces données ne permettent toutefois pas d'estimer précisément l'ampleur du mésusage, ni son évolution au cours du temps.

L'usage détourné de ce médicament est documenté en Europe depuis 2009, principalement dans des pays nordiques (EMCDDA, 2010). La prégabaline a en effet des propriétés euphorisantes, relaxantes et désinhibantes, en particulier lorsqu'elle est consommée à dose élevée et/ou en association avec d'autres dépresseurs (opiacés, alcool, benzodiazépines…) dont elle potentialise les effets. Certains usager·es rapportent également une sensation de toute puissance. Un usage excessif peut entraîner une dépendance physique ainsi que divers effets indésirables (prise de poids, œdème périphérique, vertiges, somnolence, ataxie, tremblements, fatigue, céphalées, douleur articulaire, impuissance, troubles visuels)[286]. Le mésusage augmente le risque de dépression respiratoire par surdose d'opiacés ainsi que le risque de troubles du rythme cardiaque. Au niveau comportemental, son usage est associé à une augmentation des idées suicidaires et des passages à l'acte suicidaire, des accidents de la route, et de l'agressivité (pour une revue de la littérature, voir Évoy et al., 2021). Les gabapentinoïdes semblent d'ailleurs être une cause de mortalité insuffisamment recherchée en médecine légale (voir Nahar, Murphy & Paterson, 2019).

Dans une étude menée par CEI-A[287] en 2013, 13 % des patient·es traités à la prégabaline ont développé un mésusage[288] après 18 mois de traitement. Les facteurs de risque

283 Cette section a été rédigée en collaboration avec Lou Richelle, assistante de recherche au département de médecine générale de l'ULB.

284 On parle de prescription *off-label* lorsque celle-ci ne correspond pas à une indication reconnue par l'autorité de mise sur le marché (l'AFMPS dans le cas de la Belgique). Les prescriptions *off-label* sont répandues dans toutes les spécialités de la médecine, indispensables pour les populations «oubliées» (maladies orphelines, etc.), et peuvent même figurer dans des recommandations de prise en charge. Elles sont légales mais engagent la responsabilité du ou de la médecin (Blondon et al., 2008).

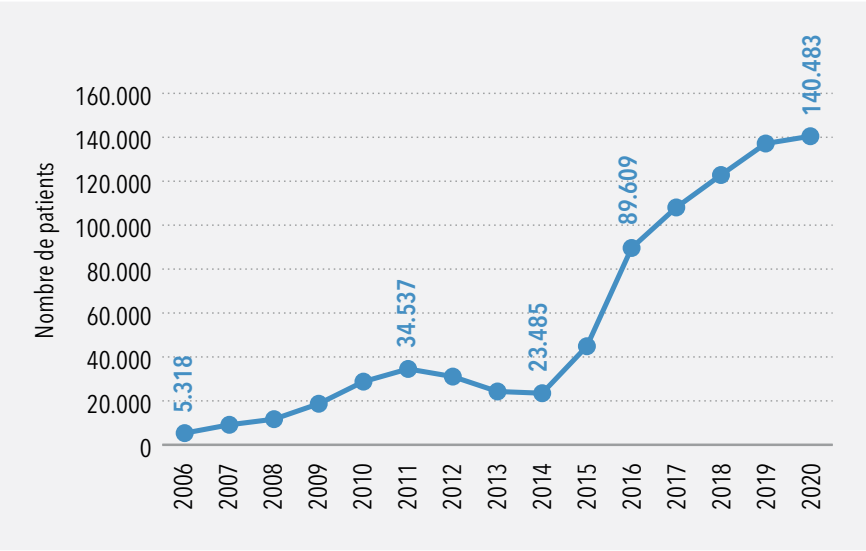
285 Hors milieu hospitalier et milieu carcéral. Cet enregistrement ne couvre en outre que les prescriptions ayant fait l'objet d'un remboursement par la mutuelle. Les trois indications officielles (susmentionnées) de la prégabaline en Belgique bénéficient d'une possibilité de remboursement, pour autant que les bénéficiaires soient inscrits auprès d'une mutuelle.

286 Voir https://www.cbip.be

287 Centre Midi-Pyrénées d'Évaluation et d'Information sur la Pharmaco-Dépendance et d'Addicto-Vigilance. https://www.vidal.fr/actualites/19705-lyrica-et-generiques-pregabaline-mise-en-garde-sur-les-risques-d-abus-de-mesusage-et-de-dependance.html

288 Le mésusage était alors défini comme toute consommation journalière supérieure à 600mg, quelles qu'en soient les motivations.

Figure 17 : Nombre de patient·es mutualisés ayant reçu au moins une prescription de prégabaline remboursée par la sécurité sociale en Belgique, par année



Source : Pharmanet

identifiés étaient les suivants : l'âge (entre 18 et 45 ans), la présence de douleurs chroniques, la présence d'un traitement concomitant à la méthadone, la cooccurrence d'un trouble de la personnalité, et le cumul de plusieurs prescripteurs. D'autres études ont confirmé que les patient·es présentant un trouble lié à l'usage d'opiacés sont particulièrement à risque de mésusage de prégabaline, parce que ce produit semble leur apporter un bénéfice sur le plan psychologique et somatique (sociabilité accrue, réduction de l'anxiété et des affects négatifs, amélioration de la confiance en soi, réduction des symptômes de sevrage ; Brennan & Van Hout, 2020 ; Évoy et al., 2021). L'automédication peut aussi avoir pour fonction de réguler des troubles anxieux (fréquents chez les personnes qui vivent des situations difficiles, tels que les migrant·es et les sans-abris) ou atténuer des douleurs somatiques. Enfin, chez certains usager·es, le mésusage est motivé par la recherche d'un sentiment d'euphorie (Évoy et al., 2021, pour une revue).

En Belgique, les premières observations d'usage détourné ont été faites en 2016-2017 par des associations travaillant avec le public migrant. Des signalements ont ensuite été adressés en 2019 au système d'identification des tendances émergentes d'Eurotox par plusieurs maisons d'accueil socio-sanitaires ainsi que par un médecin travaillant en milieu carcéral. L'usage détourné impliquait alors des personnes ayant un parcours migratoire[289]. Depuis 2020, différents signalements évoquent une augmentation du mésusage de ce produit dans notre pays, qui semble s'étendre au-delà de la niche initiale de consommateur·rices (public migrant). Un trafic de rue semble aussi s'être développé. D'après l'analyse des données Pharmanet effectuée par l'asbl Transit, seulement 3 % des patient·es bruxellois ayant reçu une prescription de prégabaline en 2020 auraient bénéficié d'une prescription journalière moyenne supérieure à 600mg (Poulin & Selis, 2021). Cette proportion est relativement stable ces dernières années. Il s'agit toutefois d'une sous-estimation du mésusage réel de ce produit, car le mésusage a été calculé sur base d'une moyenne annuelle, en présupposant que les prescriptions s'étalaient systématiquement sur toute l'année. Or tous les patient·es n'ont pas forcément bénéficié d'une prescription annuelle. Ainsi, et à titre d'exemple, un patient qui aurait bénéficié d'une prescription journalière de 900mg pendant quatre mois ne serait pas identifié comme étant en situation de mésusage selon cette méthode de calcul, car sa consommation journalière moyenne calculée sur une base annuelle est de 300mg. *A contrario*, toutes les prescriptions ne sont pas forcément consommées, et certaines peuvent être redistribuées et/ou alimenter le marché noir. Ainsi, parmi l'ensemble des patient·es bruxellois ayant bénéficié d'au moins une prescription de prégabaline en 2020, deux patients se sont vu prescrire plus de 40.000 comprimés. Plus récemment, l'INAMI a examiné au niveau national les données de remboursement des huit premiers mois de 2021, et il apparait que les 15 patients ayant le plus bénéficié de ce produit cumulaient une prescription journalière moyenne de 12,7g de prégabaline, soir l'équivalent d'environ 21 fois la dose journalière maximale recommandée (Kihl & Sente, 2022). Ce type de surprescription, rendue possible en raison de la pratique insuffisamment contrôlée du shopping médical, contribue à la circulation de ce produit sur le marché noir.

Afin d'estimer l'ampleur du mésusage de prégabaline en Belgique francophone, nous avons réalisé en juin 2021 une enquête auprès des services spécialisés en assuétudes ainsi que d'autres services en contact avec le public signalé comme consommateur de ce produit (abris de nuit, centre d'accueil de jour, services d'aide aux migrant·es). L'enquête portait sur les perceptions de la problématique par les professionnel·les, à l'échelle des bénéficiaires de leur institution. Au total, 59 services[290] en contact avec des populations particulièrement exposées au risque de mésusage de prégabaline (usager·es de drogues, sans abri, migrant·es) y ont participé.

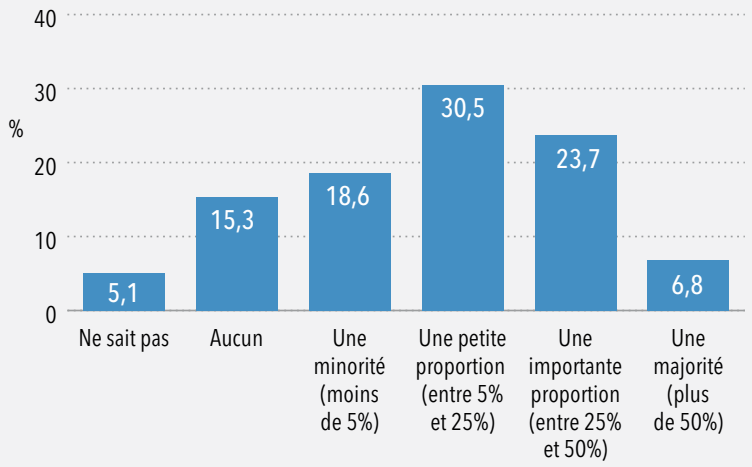
Chaque service était invité à estimer l'ampleur du mésusage de prégabaline parmi leurs bénéficiaires, sur base d'intervalles de proportions prédéfinis. Comme on peut le voir sur la figure 18, le mésusage[291] de prégabaline semble

289 Cette molécule semble en effet avoir été largement prescrite sur les routes migratoires notamment dans les camps de Lesbos pour traiter les troubles anxieux et les états de stress post-traumatique, avec la volonté de prescrire une molécule moins addictive que les benzodiazépines.

290 I s'agissait principalement de services ambulatoires spécialisés en assuétudes (n=30, dont 14 services à bas seuil tels que les MASS), mais aussi d'abris de nuit ou centre d'accueil de jour (n=7), de services d'aide aux migrant·es (n=7), de services résidentiels spécialisés en assuétudes (n=3), ou d'un autre type de structure (n=12 ; dispositif mobile de soins infirmiers, maison médicale, SAMU social, service de promotion de la santé en milieu carcéral, etc.). Ces services étaient situés en Région bruxelloise (n=37) et en Wallonie (n=22).

291 Le mésusage était défini comme toute utilisation (avec ou sans dépendance) sortant du cadre des

Figure 18 : Estimation de l'ampleur du mésusage de prégabaline parmi les bénéficiaires des services de Belgique francophone en contact avec les publics vulnérables (N=59)



Source : Eurotox

répandu et concerne une grande majorité des services participants. Près d'un tiers d'entre eux (30,5 %) ont même déclaré que ce mésusage concernerait plus de 25 % des bénéficiaires. L'ampleur du mésusage de prégabaline a tendance à être plus importante en Région bruxelloise qu'en Wallonie (p=0,03). Les abris de nuit ainsi que les centre d'accueil de jour sont les structures qui y semblent le plus exposées[292]. Près de la moitié des centres (47,2 %) estiment que le mésusage de prégabaline a augmenté depuis la crise sanitaire. Enfin, 8 centres (15,1 %) rapportent également un mésusage de gabapentine (Neurontin®)[293] parmi leurs bénéficiaires, une molécule qui fait également l'objet de mésusage en Europe et aux États-Unis, (voir Évoy et al., 2021). Les personnes les plus concernées par le mésusage de ce produit sont des hommes, d'un âge compris entre 18 et 44 ans (les 25-34 ans sont particulièrement concernés). La majorité des services qui mentionnent avoir observé un mésusage de prégabaline parmi leurs bénéficiaires ont déclaré que ce mésusage concernait des personnes qui présentent un parcours migratoire ou qui proviennent de minorités ethniques (79,2 %), ainsi que des personnes marginalisées (50 %). On retrouve également, dans une moindre mesure, les consommateur·rices d'opiacés (31,3 %) ainsi que des personnes ayant été incarcérées (25 %). Le mésusage de prégabaline ne semble toutefois pas limité aux minorités ethniques/migrant·es, puisque plus de la moitié des services (52,1 %) dont les bénéficiaires sont concernés par cette problématique observe un mésusage en dehors de ces minorités[294]. Ce constat est similaire dans les deux régions francophones du pays. Enfin, la prégabaline semble être généralement consommée en association avec d'autres produits, ce qui augmente les risques de conséquences dommageables sur la santé (e.g. intoxication, délire/hallucination, agressivité…). Elle semble être particulièrement consommée en association avec d'autres médicaments, qu'il s'agisse de tranquillisants/sédatifs (68,8 %) ou d'antalgiques (54,2 %), ou, dans une moindre mesure, en association avec d'autres produits tels que le cannabis (39,6 %), l'alcool (37,5 %), des opiacés (35,4 %) ou encore des psychostimulants (31,3 %). Elle est apparemment rarement consommée seule (10,4 %).

Globalement, les résultats de cette enquête suggèrent que le mésusage de prégabaline[295] s'est effectivement répandu au sein des services en contact avec les populations vulnérables que nous avons indirectement sondées (usager·es de drogues, sans abri, migrant·es). Ce mésusage semble actuellement plus marqué en Région bruxelloise qu'en Wallonie. Il s'observe particulièrement dans les abris de nuit ainsi que dans les centres d'accueil de jour, bien que les centres spécialisés en assuétudes (en particulier les services à bas seuil) y soient également confrontés. Il concerne surtout des hommes ayant un âge compris entre 18 et 44 ans, issus de minorités ethniques ou confrontés à la marginalité (sans-abris, usagers d'opiacés, (ex)détenus). Le mésusage de prégabaline n'est donc plus limité aux populations migrantes, comme l'évoquaient les premiers signalements. Bien qu'il survienne surtout en association avec l'usage d'autres produits, il ne semble pas limité aux seuls usager·es d'opiacés. Ce mésusage semble en outre occasionner certains effets indésirables (dépendance, agitation/nervosité, agressivité, somnolence, confusion, troubles cognitifs). Il est probable que l'utilisation de ce produit soit associée à des motivations variables en fonction des usager·es. Un sondage mené auprès d'une quarantaine d'usager·es de la MASS de Charleroi suggère en effet que les effets recherchés sont variés (euphorie, stimulation, sédation, délire/déconnexion). Un sondage similaire mené auprès d'un petit échantillon (N=67) de bénéficiaires des services de l'asbl Transit (centre de crise et comptoir d'échange de seringues) suggère que dans les milieux marginalisés, les consommations de prégabaline seraient généralement occasionnelles et opportunistes (Poulin & Selis, 2021). Ce produit serait le plus souvent consommé pour ses propriétés désinhibantes, anxiolytiques ou sédatives, qui permettent à certains usager·es de rendre la vie en rue plus supportable. Ils ou elles se le procurent le plus souvent sur le marché noir, où il est perçu comme grandement disponible. Les gélules se vendent généralement au prix de 1 euro l'unité.

indications thérapeutiques du produit (trouble anxieux généralisé, douleurs neuropathiques, épilepsie) ou dépassant les quantités prescrites en utilisation médicale (>600 mg/jour).

292 En effet, 4 services sur les 7 interrogés (soit 57,2 %) ont déclaré que le mésusage touche une importante proportion voire une majorité de leurs bénéficiaires.

293 Médicament apparenté à la prégabaline et ayant des effets similaires, principalement utilisé pour le traitement de douleurs chroniques et de certaines formes d'épilepsie.

294 Pour 39,6 % des services (principalement des abris de nuit et des équipes mobiles qui travaillent dans le secteur du sans-abrisme), le mésusage de ce produit semble toutefois limité aux minorités ethniques/migrant·es. En outre, 8,3 % des services ne savent pas fournir de réponse à cette question.

295 Le mésusage de gabapentine est en revanche nettement moins courant.

AVIS DES EXPERT·ES

Équipe de la MASS de Bruxelles

Les premières demandes de Lyrica nous ont été adressées en 2015, lors de la crise de l'accueil des migrants, par un public hébergé dans des centres d'accueil Fedasil. Il s'agissait, à ce moment-là, essentiellement de personnes d'origine Géorgienne. Ces premières demandes étaient très ponctuelles et se sont éteintes ensuite faute de réponses adaptées.

Elles ont massivement resurgi lors des dernières années. Elles arrivent au travers des demandes formulées par un public migrant ou transmigrant, d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient. Parmi ce que nous avons pu observer, il s'agit de jeunes vivants en rue. Certains sont orientés par des pairs ou des services de première ligne.

D'après leur description de la prise médicamenteuse, le Lyrica est fréquemment associé à d'autres médicaments (Rivotril et Valium essentiellement), le début de cette consommation est rarement récent, beaucoup disent avoir commencé lors d'un parcours migratoire. Certains parlent de prescriptions initiées à l'étranger (France, Italie…). De plus, une des difficultés rencontrées est l'arrivée récente sur le territoire Belge (quelques jours…). Cela implique des complications à l'accès aux soins. Des personnes présentes depuis plus longtemps sur le territoire sont concernées par cette problématique de consommation, dans une moindre mesure.

Au stade actuel, nous ne prescrivons pas encore cette molécule. Nous collaborons avec les équipes mobiles spécialisées Artha et Combo ainsi que les ambulatoires du Projet Lama.

En parallèle, nous travaillons activement à un protocole de prise en charge. Constatant que le public concerné accumule les facteurs de vulnérabilité et nécessite une attention particulière, nous envisageons de développer une prise en charge spécifique, afin de garantir une offre de soins adaptée à leurs besoins.

6.3.6. L'USAGE DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES CHEZ LES JEUNES DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

LES INDICATEURS

En Fédération Wallonie-Bruxelles, l'usage de médicaments psychotropes est uniquement estimé dans la population scolarisée dans l'enseignement secondaire via un questionnaire administré dans le cadre de l'enquête HBSC, dont la dernière levée a été réalisée en 2018. En nous focalisant sur la Région bruxelloise, deux indicateurs permettent d'appréhender cet usage : 1) la consommation au moins une fois au cours de la vie de tranquillisants, benzodiazépines, somnifères ou barbituriques ; 2) la consommation au moins une fois au cours de la vie de codéine. Ces indicateurs sont dérivés d'une question sur le nombre de jours de consommation de ces types de produits sur la vie. Dans la mesure où l'usage est généralement occasionnel, nous ne rapporterons pas les fréquences de consommation. À noter que nous ne pouvons pas déterminer si ces produits ont été consommés dans le cadre d'un usage «médical» (y compris automédication ou par le biais des parents) ou non médical.

Bien que l'enquête HBSC 2018 portait sur les comportements de santé des élèves de 5e et 6e primaire ainsi que de l'ensemble des élèves de l'enseignement secondaire, les questions sur la consommation de drogues et de médicaments psychotropes n'ont été posées qu'à partir de la 3e secondaire. La classe d'âge des élèves de moins de 15 ans ne comprend que les élèves à minima en 3e secondaire. De même, 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. Pour ces raisons, les différences d'âge sont fournies à titre indicatif et doivent être considérées avec prudence.

LA SITUATION EN 2018

Parmi les élèves scolarisés dans l'enseignement secondaire supérieur en Région bruxelloise, 4 % ont déclaré avoir déjà consommé des tranquillisants/somnifères et 4 % de la codéine au moins une fois dans la vie. On n'observe pas de différence de genre pour les tranquillisants/somnifères. En revanche, l'usage de codéine est un peu plus fréquent chez les garçons. L'usage de ces produits augmente avec l'âge. Par comparaison (voir chapitre 6.5), l'usage de ces produits semble un peu plus répandu que celui des drogues autres que le cannabis, probablement en raison de leur plus grande accessibilité (présence relativement fréquente dans la pharmacie familiale, puisque les adultes sont de grands consommateurs de ce type de produits) et parce que l'enquête ne distingue usage récréatif et usage thérapeutique.

TENDANCES ET ÉVOLUTION

Entre 2014 et 2018, on observe une augmentation de la prévalence d'usage sur la vie de tranquillisants/somnifères chez

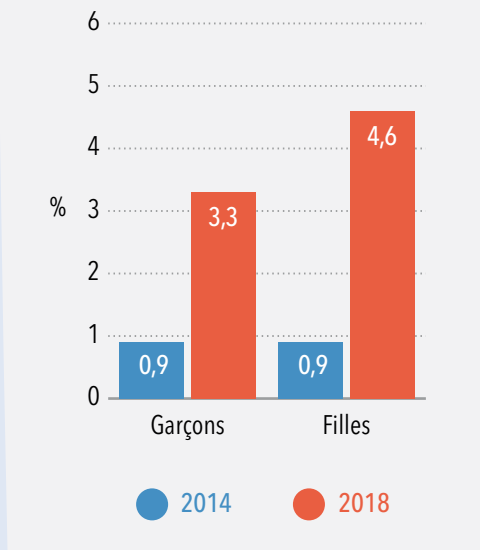
Tableau 11 : Prévalence de la consommation de tranquillisants, benzodiazépines ou barbituriques sur la vie chez les élèves scolarisés dans l'enseignement secondaire supérieur francophone de la Région bruxelloise, par âge et par genre, 2018

	Moins de 15 ans %	15-16 ans %	17-18 ans %	Plus de 18 ans %	Total %
Consommation de tranquillisants/somnifères (benzodiazépines, barbituriques…) au cours de la vie					
Garçons (n=721)	10,0	3,1	2,7	3,7	3,3
Filles (n=901)	4,4	4,2	4,0	7,0	4,6
Total (N=1.622)	6,7	3,7	3,5	5,5	4,0
Consommation de codéine au cours de la vie					
Garçons (n=721)	0,0	3,1	7,6	6,5	5,5
Filles (n=901)	4,4	1,3	3,1	4,7	2,8
Total (N=1.622)	2,7	2,1	5,1	5,5	4,0

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

les élèves bruxellois de l'enseignement secondaire supérieur. Cette augmentation s'observe tant chez les garçons que chez les filles. À noter que l'usage de codéine n'était pas directement questionné en 2014. L'augmentation est observable lorsque l'on centre les analyses de 2018 sur les élèves de 4e secondaire et plus (3,3 % pour les garçons et 4,6 % pour les filles) comme en 2014.

Figure 19 : Évolution de la consommation de tranquillisants/somnifères sur la vie chez les élèves scolarisés dans l'enseignement secondaire supérieur francophone de la Région bruxelloise, par genre, 2014-2018



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

6.3.7. L'USAGE DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES CHEZ LES ÉTUDIANT·ES DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

En Belgique, plusieurs médicaments stimulants de type amphétaminique ou apparenté[296] 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, une **enquête menée en 2018 par l'AFMPS** a permis d'interroger plus de 12.144 étudiant·es universitaires francophones par rapport à leur utilisation de médicaments stimulants[297]. 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 % étaient 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. L'utilisation de médicaments stimulants est deux fois plus élevée chez les hommes (10 %) que chez les femmes (5 %). Au total, 5 % des étudiant·es utiliseraient des médicaments stimulants dans l'espoir d'améliorer leurs performances d'étude. 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

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

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

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·e médecin généraliste, et 8 % via un·e médecin spécialiste.

6.3.8. L'USAGE NON-MÉDICAL DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES CHEZ LES JEUNES ADULTES

Une récente étude financée par la politique scientifique fédérale (Belspo) s'est intéressée à l'usage non-médial de médicaments psychotropes chez les jeunes belges par le biais d'une enquête en ligne, d'une série d'entretiens qualitatifs et d'une analyse du contenu de forums en ligne (voir Bawin et al., 2021). L'objectif consistait à décrire et comprendre les comportements et attitudes des jeunes par rapport à l'usage non-médical de médicaments psychotropes (stimulants, analgésiques et tranquillisants/sédatifs). L'usage non-médical était défini comme tout usage de médicaments psychotropes sans prescription médicale, ou à l'aide d'une prescription mais à d'autres fins que celles prescrites, et/ou une utilisation en plus grande quantité, et/ou encore à une fréquence plus importante ou plus longue, et/ou l'utilisation de méthodes d'administration autres que celles prescrites. L'enquête en ligne a été diffusée du 30 juin au 5 octobre 2020. Elle a été complétée par l'interview de 574[298] Belges âgés de 18 à 29 ans[299] ayant déclaré avoir déjà consommé un médicament psychotrope en dehors d'un usage médical. La majorité des répondant·es (61 %) étaient des femmes et étaient nés en Belgique (93 %). La plupart des répondant·es étaient étudiant·es (67,8 %), poursuivant le plus souvent un cursus supérieur.

La moitié des répondant·es (53,7 %) ont déclaré n'avoir consommé qu'un seul type de médicament psychotrope en dehors d'un usage médical, un tiers (32,6 %) en a consommé deux types, et une petite minorité (13,8 %) les trois types investigués (voir Tableau 12). Les prévalences d'usage sur la vie des trois types de médicaments investigués sont sensiblement équivalentes : 54,9 % pour les tranquillisants/sédatifs, 53,1 % pour les analgésiques et 52,1 % pour les stimulants. Les fréquences de consommation sont très variables mais similaires pour les trois types de médicaments, allant de l'expérimentation à l'usage répété à maintes reprises (voir Tableau 13). L'âge de l'initiation à l'usage non-médical de médicaments psychotropes se situe généralement au cours de l'adolescence, vers 18 ans (âge médian) pour les stimulants et pour les tranquillisants/sédatifs, et vers 16 ans pour les analgésiques. Les produits sont le plus souvent obtenus via un membre de la famille dans le cas des analgésiques et des tranquillisants/sédatifs, ou par un·e ami·e dans le cas des stimulants. La troisième source d'approvisionnement la plus fréquemment citée est la prescription personnelle, dans le cadre d'un traitement médical. En revanche, ces produits sont rarement obtenus via un achat sur Internet ou après d'un dealer.

Lors du premier usage, les médicaments étaient principalement utilisés à des fins d'automédication (e.g. réduire le stress, soulager des douleurs physiques, faciliter le sommeil), en particulier les analgésiques et les tranquillisants/sédatifs, ou pour améliorer les performances (e.g. faciliter l'étude, améliorer la concentration), dans le cas des stimulants. L'usage non-médical de médicaments psychotropes poursuit aussi parfois des fins récréatives (e.g. curiosité, faire la fête, défonce), en particulier pour les stimulants (voir Tableau 14). Lors des consommations ultérieures, l'usage non-médical de médicaments psychotropes est aussi le plus souvent motivé par des objectifs d'automédication et d'amélioration des performances et, dans une moindre mesure, par des fins récréatives. Mais les motivations diffèrent à nouveau en fonction du type de médicaments consommés. Les raisons les plus souvent invoquées pour la consommation de stimulants sont liées aux études alors que les analgésiques sont davantage utilisés pour soulager la douleur, améliorer la qualité du sommeil et favoriser

Tableau 12 : Types de médicaments psychotropes consommés (hors usage médical) parmi les jeunes belges ayant déclaré avoir déjà eu recours à des médicaments psychotropes en dehors d'un usage médical, 2021

	N	%
Un seul type	308	53,7
Stimulants	128	22,3
Analgésiques	94	16,4
Tranquillisants/sédatifs	86,0	15,0
Deux types	187	32,6
Stimulants et analgésiques	37	6,4
Stimulants et tranquillisants/sédatifs	55	9,6
Analgésiques et tranquillisants/sédatifs	95	16,6
Trois types	79	13,8

Source : Bawin et al., 2021

Tableau 13 : Fréquence d'usage de médicaments psychotropes (hors usage médical) au cours de la vie parmi les jeunes belges ayant déclaré avoir déjà eu recours à des médicaments psychotropes en dehors d'un usage médical, 2021

	Stimulants (N=299) %	Analgésiques (N=305) %	Tranquillisants/sédatifs (N=315) %
1 à 2 fois	20,4	12,1	14,9
3 à 9 fois	26,1	33,8	38,4
10 à 19 fois	16,7	18,4	18,1
20 à 39 fois	14,0	13,8	12,4
40 fois ou plus	22,7	22,0	16,2

Source : Bawin et al., 2021

298 380 répondant·es flamands et 194 répondant·es francophones. La majorité vivaient en Flandre (62 %), un quart (27,4 %) en Wallonie et un dizième (10,6 %) en Région bruxelloise.

299 Moyenne : 22,5 ans ; médiane : 22 ans

Tableau 14 : Raisons invoquées lors de l'initiation à l'usage non-médical de médicaments psychotropes, 2021

	Stimulants (N=299) %	Analgésiques (N=305) %	Tranquillisants/sédatifs (N=315) %
Automédication	8,9	74,6	80,1
Amélioration des performances	59,9	1,7	1,2
Usage récréatif	31,0	23,8	18,3

Source : Bawin et al., 2021

Tableau 15 : Prévalence d'usage des médicaments psychotropes (hors usage médical) parmi les usager·es belges de l'enquête Eurotox, 2019

		Wallonie (n=1.028) %	Bruxelles (n=678) %	Total (N=1.747)[302] %
Antidouleurs				
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	11,0	11,8	11,3
	Occasionnel	4,4	4,9	4,6
	Régulier	1,1	1,2	1,1
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	13,7	10,5	12,5
	Régulier	5,6	4,1	5,0
Usage sur la vie		35,8	32,5	34,5
Usage 12 derniers mois		19,3	14,6	17,5
Usage 30 derniers jours		12,4	9,2	11,2
Hypno-sédatifs				
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	8,1	8,6	8,1
	Occasionnel	3,9	2,9	3,5
	Régulier	1,5	2,4	1,8
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	8,4	8,6	8,4
	Régulier	6,6	7,1	6,7
Usage sur la vie		28,5	29,6	28,5
Usage 12 derniers mois		15,0	15,7	15,1
Usage 30 derniers jours		11,0	10,2	10,6
Amphétamines				
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	4,4	8,1	5,8
	Occasionnel	1,2	2,8	1,8
	Régulier	0,8	1,8	1,2
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	1,8	3,7	2,6
	Régulier	1,0	1,3	1,3
Usage sur la vie		9,2	17,7	12,7
Usage 12 derniers mois		2,8	5,0	3,9
Usage 30 derniers jours		1,7	3,5	2,5
Méthadone/buprénorphine				
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	1,0	0,7	0,9
	Occasionnel	0,7	0,3	0,5
	Régulier	0,5	0,4	0,5
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	0,1	0,7	0,3
	Régulier	0,7	0,4	0,6
Usage sur la vie		3,0	2,5	2,8
Usage 12 derniers mois		0,8	1,1	0,9
Usage 30 derniers jours		0,8	0,6	0,8

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

la relaxation. Enfin, les médicaments tranquillisants/sédatifs sont surtout utilisés pour améliorer la qualité du sommeil et pour réduire l'anxiété ou le stress. Ces médicaments sont principalement consommés seul·e à la maison (80,7 %) ou, dans une moindre mesure, chez un·e ami·e ou un membre de la famille (45,6 %), à l'école ou au travail (33,3 %) ou lors d'un événement festif (26 %). La majorité des usager·es ne semble pas présenter de problématique de consommation de médicaments psychotropes[300], mais près d'un tiers présente des problèmes : modérés (24,7 %) à substantiels (6,4 %) voire sévères (1,1 %). Finalement, les jeunes adultes sont généralement conscients des risques pour la santé associés à l'usage non-médical de médicaments psychotropes, mais ils·elles mentionnent que ces risques dépendent des habitudes de consommation et du type de médicament utilisé.

6.3.9. L'USAGE NON-MÉDICAL DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES CHEZ LES USAGER·ES DE DROGUES EN BELGIQUE FRANCOPHONE

L'enquête Eurotox[301] 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 15. 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 les mêmes proportions que les

300 L'usage problématique était estimé à partir du *Drug Abuse Screening Test* (DAST-10), une échelle d'évaluation de l'usage problématique en 10 items.

301 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.

302 22 répondant·es ne s'identifiaient ni comme homme ni comme femme. Iels ne sont donc repris que dans le total. Et 41 répondant·es habitaient en Flandre.

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 répondant·es Bruxellois ont globalement un niveau socioéconomique plus élevé que les répondant·es wallons. La ventilation par région est donc fournie à titre indicatif.

6.3.10. PERSPECTIVES

L'usage de médicaments psychotropes est particulièrement élevé dans les sociétés occidentales, et la Région bruxelloise n'échappe pas à la règle. Ce constat peut en partie s'expliquer par l'état de santé mentale préoccupant de la population, 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 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)[303], 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[304] 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. Et les données relatives à l'usage de prégabaline rappellent que de nouveaux médicaments peuvent aussi faire l'objet d'un mésusage, de sorte qu'il importe d'informer régulièrement les prescripteur·rices sur les tendances émergentes en matière de mésusage et sur les moyens de les minimiser[305].

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. Il faut également noter que les femmes se voient plus souvent proposer et prescrire des médicaments psychotropes, notamment parce qu'elles tendent à davantage consulter des professionnel·les de la santé et déclarent davantage de difficultés physiques et émotionnelles (ce qui peut s'expliquer à la fois par le fait que les hommes sont socialement moins encouragés à identifier et communiquer sur les maux dont ils souffrent et par le fait que les femmes subissent des pressions liées à leur genre – double journée de travail, sexisme, *care*, etc.) (Clark, 2015). De plus, la recherche relève les biais genrés des professionnel·les de la santé, lors des diagnostics et des prescriptions, et semble pointer notamment que les femmes sont plus susceptibles de se voir prescrire des médicaments analgésiques que les hommes (après ajustement pour l'âge, la douleur et la classe sociale ; Chillet-Rosell et al, 2013 ; Ruiz-Cantero et al, 2020).

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 les récents

303 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.

304 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.

305 Voir par exemple la fiche pratique suivante portant sur l'usage de Lyrica à destination des médecins : https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Lyrica-fiche-pratique-ULB-Eurotox.pdf

procès en Amérique du Nord à l'encontre de firmes pharmaceutiques ont clairement montré que ces firmes 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 le 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 prescripteur·rices 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 (y compris de médecine alternative), 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.

L'UTILISATION DES OPIOÏDES DANS LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE : RECOMMANDATIONS DES EXPERT·ES[306]

L'INAMI organise chaque année deux réunions (dites aussi conférences) de consensus[307] 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[308].

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[309]. 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[310], 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 prescrits «préventivement» par des médecins spécialistes afin que le ou la patiente puisse faire face aux douleurs post-opératoires.

306 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.

307 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.

308 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.

309 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.

310 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.

6.4

LE CANNABIS

6.4.1. 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). Certains pays se sont engagés dans la voie de la légalisation, de la dépénalisation ou de la décriminalisation du cannabis récréatif et/ou thérapeutique, selon différentes modalités (voir chapitre 1.6.1 pour un état des lieux de la régulation du cannabis dans le monde).

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. 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[311].

Actuellement, 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[312]. En effet, d'une

311 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).

312 Une tolérance instaurée par la Directive commune de la Ministre de la Justice et du Collège des

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/sa délégué·e 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).

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[313].

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

313 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.

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

Actuellement, seuls 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).

La limite de 0,2 % monte à 0,3 %, le Parlement et le Conseil européens ayant voté en faveur d'un tel changement fin de l'année 2021 ; cette décision fait suite à un vote au sein du Parlement en octobre 2020 et des nombreuses discussions au sein des institutions de l'Union européenne[315]. Augmenter le pourcentage autorisé de THC permettrait aux agriculteur·rices d'avoir accès à une plus grande variété d'espèces de chanvre, dont certaines sont plus résistantes ou plus productives, et ainsi concurrencer les producteurs chinois et américains. La recherche agronomique européenne devrait également en bénéficier.

314 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.

315 Le texte adopté par le Parlement européen est disponible à l'adresse : https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32021R2115&qid=1638970712772

LA CIRCULAIRE COMMUNE DU 21 DÉCEMBRE 2015 (RÉVISÉE EN 2018)[316]

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[317]. 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).

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.

316 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.

317 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.

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).

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.

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[318].

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[319].

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[320], 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.

318 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

319 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/

320 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, etc.

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 fumés et l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) a autorisé les préparations magistrales en pharmacie.

COMMISSION EUROPÉENNE : CBD N'EST PAS UN STUPÉFIANT

Suite à l'arrêt Kanavape de la Cour de Justice de l'Union européenne considérant que le CBD n'était pas un stupéfiant, la Commission européenne a révisé en 2020 son évaluation préliminaire du CBD, renonçant ainsi à réglementer le CBD comme un stupéfiant au sens de la Convention des Nations Unies de 1961, et estimant même qu'il peut être considéré comme un aliment et devrait bénéficier de la même liberté de circulation que d'autres marchandises et produits légaux au sein de l'Europe[321].

Au début de l'année 2021, la Commission européenne a également ajouté le CBD dérivé d'un extrait, teinture ou résine de cannabis, à la liste des ingrédients cosmétiques autorisés[322].

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, 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. Néanmoins, depuis février 2020, le laboratoire Amophar commercialise une huile de CBD dans les pharmacies belges, accessible sans ordonnance. Le produit est vendu comme destiné à «usage externe», de manière à contourner l'absence d'autorisation de mise sur le marché des huiles de CBD pour un usage interne. Ce positionnement commercial a l'avantage de rendre le CBD «pharmaceutique» plus accessible et moins onéreux, et permet au public d'avoir accès à un produit contrôlé et standardisé, que l'on retrouve plus aléatoirement dans les CBD shops. L'Epidyolex (médicament à base de CBD utilisé pour traiter certaines formes d'épilepsie) est quant à lui autorisé par l'AFMPS, mais il n'est pas encore commercialisé en Belgique.

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 (voir chapitre 6.2.1). La

321 L'arrêt de la Cour est consultable à l'adresse : http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=233925&pageIndex=0&doclang=FR&mode=req&dir=&occ=first&part=1&cid=14659354

322 Voir le site de la Commission européenne : https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/cosing/index.cfm?fuseaction=search.details_v2&id=96287

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 fabricants 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.

6.4.2. 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.)[323].

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[324].

323 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).

324 Voir EMCDDA (2018). «Usage médical du cannabis et des cannabinoïdes. Questions et réponses à

LE CADRE INTERNATIONAL ET EUROPÉEN DU CANNABIS THÉRAPEUTIQUE

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, ayant peu ou pas d'intérêt thérapeutique (aux côtés notamment de l'héroïne et de la cocaïne), 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 a toutefois connu quelques évolutions récemment. Le directeur général de l'OMS a en effet envoyé une lettre au secrétaire général des Nations Unies, en janvier 2019, dans laquelle il 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 du Tableau IV 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 (delta-9-tetrahydrocannabidiol) et le THC pour reconnaître et faciliter leur usage médicinal 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.

l'intention des décideurs politiques» pour un point sur la littérature scientifique récente.

Ces propositions ont été soumises au vote des 53 pays membres de la Commission on Narcotic Drugs (CND)[325] en décembre 2020[326]. Une grande partie des recommandations n'ont pas été adoptées, toutefois le vote a débouché sur un changement majeur, à savoir le retrait du cannabis et de la résine de cannabis du Tableau IV de la Convention de 1961, qui rassemble les substances avec un intérêt thérapeutique limité ou nul et ayant des propriétés particulièrement dangereuses ; les Nations Unies reconnaissent ainsi le potentiel médicinal du cannabis. Toutefois, le cannabis et la résine de cannabis restent classés dans le Tableau I de la Convention de 1961 et le THC dans le Tableau 1 de la Convention de 1971 qui rassemblent les substances jugées nocives pour la santé publique et qui font dès lors l'objet d'un contrôle strict (au même titre que l'héroïne et la cocaïne).

En février 2019, le **Parlement européen** a adopté une résolution non-législative portant sur l'usage de cannabis à des fins médicinales, dans laquelle il invitait notamment la Commission et les États membres à soutenir et encourager la recherche et l'innovation en matière de cannabis médicale et de cannabis en général, à former le (futur) personnel médical en matière de cannabis médical, et à améliorer l'égalité d'accès aux médicaments à base de cannabis. Davantage de détails dans notre Tableau de bord 2019.

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 atteints de certains maux (cancer, sida, sclérose en plaques) et les pays qui autorisent la mise sur le marché de cannabis naturel ou de médicaments contenant du cannabis (sous formes d'extraits de cannabis ou de cannabinoïdes de synthèse, tels que le Sativex® (spray buccal, produit au Royaume-Uni par GW Pharmaceuticals), le dronabinol (Marinol®) ou le nabilone (Cesamet®), qui s'administrent sous forme orale ; OFDT, 2016).
Les fleurs de cannabis sont disponibles en pharmacie et pour usage médical dans quinze pays européens[327] (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 allemands 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

325 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.

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

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

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[328]). Étant donné le prix élevé de ces produits hollandais, certains pays ont fait le choix d'importer du Canada[329] (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)[330] et, plus récemment, la Grèce (en 2018).

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 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)[331].

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 patient·es 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»[332]. 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[333,334].

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[335]. 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 ou 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.

328 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 %).

329 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).

330 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.

331 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.

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

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

334 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.

335 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.

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». 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 répondrait 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 pourraient dès lors porter principalement sur les vertus thérapeutiques du CBD, substance ne faisant pas l'objet d'interdiction actuellement.

Début 2021, la loi ne bénéficie pas encore d'arrêté d'exécution. Le ministre fédéral de la santé M. Vandenbroucke a déclaré vouloir mettre en place le Bureau du cannabis au cours de l'année 2021, afin d'organiser la culture de cannabis et de gérer la vente de cannabis médical[336]. Une concertation a été mise en place entre la cellule politique du ministère de la santé et l'AFMPS au sujet de la création dudit Bureau et l'élaboration d'arrêtés d'exécutions. En effet, l'Inspection des Finances a jugé les arrêtés produits sous l'ancienne législature pas encore assez mûrs et nécessitant des approfondissements[337]. Le ministre a également exprimé son souhait de développer les recherches portant sur la consommation de cannabis médical, dans la perspective d'élaborer une politique publique basée sur les preuves scientifiques[338].

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·es 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[339].

336 Compte rendu intégral, Commission de la Santé et de l'Egalité des chances du 05/01/2021, Chambre des représentants, URL : https://www.lachambre.be/doc/CCRI/pdf/55/ic321.pdf

337 Compte rendu intégral, Commission de la Santé et de l'égalité des chances du 21/09/2021, Chambre des représentants, URL : https://www.lachambre.be/doc/CCRI/pdf/55/ic568.pdf

338 Compte rendu intégral, Commission de la Santé et de l'Egalité des chances du 05/01/2021, Chambre des représentants, URL : https://www.lachambre.be/doc/CCRI/pdf/55/ic321.pdf

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

6.4.3. 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[340].

LA PROPOSITION DE LOI-CADRE DU PARTI SOCIALISTE

Des représentant·es du Parti Socialiste à la Chambre ont déposé une proposition de Loi-cadre instaurant un marché réglementé du cannabis le 13 septembre 2017[341]. 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[342], 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.

La proposition de Loi-Cadre a été réintroduite en 2019 par plusieurs député·es du Parti Socialiste ; elle est encore en discussion à l'heure de la rédaction de ces lignes.

6.4.4. LE CONTEXTE ASSOCIATIF

LES CANNABIS SOCIAL CLUBS EN BELGIQUE

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·es 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)[343]. 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[344].

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 a été rendu en avril 2020 par la Cour d'appel de Liège, condamnant quatre des six membres inculpés à des amendes avec sursis ; les deux autres membres ont de nouveau été acquittés[345,346].

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 le CSC a été contraint de fermer. Les prévenus ont finalement bénéficié de la suspension du prononcé en février 2021[347].

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.

340 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/

341 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).

342 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.

343 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

344 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

345 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

346 Article «Des peines légères pour les membres du cannabis social club de Namur» de François Louis, RTBF.be, 15/04/2020, URL : https://www.rtbf.be/info/regions/detail_des-peines-legeres-pour-les-membres-du-cannabis-social-club-de-namur?id=10482759

347 Article «Tire Ton Plant asbl, le cannabis social club bruxellois, jette l'éponge», Fédito BXL, 02/02/2022.

La proposition de loi du Centre d'Action Laïque est davantage détaillée dans notre Tableau de bord 2018.

6.4.5. 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. 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. On notera particulièrement les importantes quantités de résine de cannabis saisies en 2020. À la lecture du tableau 16, les périodes de confinement et les restrictions liées à la crise sanitaire ne semblent pas avoir impacté négativement le marché des drogues.

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 20, 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). Depuis 2019, une diminution de concentration en THC est observée dans l'herbe de cannabis en raison de la présence dans la base de données d'échantillons provenant de CBD shops, échantillons dont la concentration en THC est relativement faible[348].

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

348 Bien que Sciensano ait préalablement exclu les échantillons dont le taux de THC était inférieur à 0,5 % pour limiter l'impact des échantillons supposés de cannabis type «CBD». Il n'est malheureusement pas possible actuellement de filtrer les échantillons en fonction de leur provenance, ni en fonction de leur nature supposée (cannabis psychoactif *versus* CBD).

349 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, ou encore du nombre de pots comptabilisés.

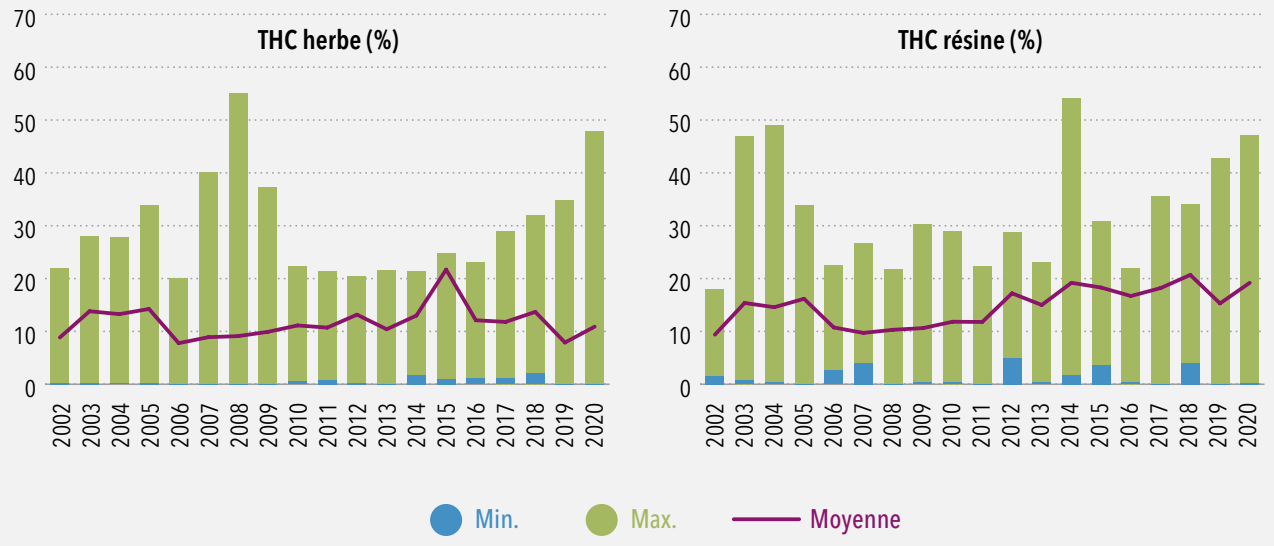
Tableau 16 : Saisies de cannabis enregistrées par la Police Fédérale en Belgique, 2007-2020

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
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	7.624	6.023
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	29.785	33.570
Plantation	466	666	732	979	1.070	1.111	1.212	1.227	1.257	1.046	1.234	1.006	905	856
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	174	13.924
Herbe (kg)	12.732	4.891	4.486	5.208	6.095	5.635	14.882	10.744	764	686	946	17.290	1.154	1.135
Plants (n[349])	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

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 en 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.

Figure 20 : Concentration (%) en THC des échantillons de cannabis analysés en Belgique, 2002-2020



Source : Sciensano (2021), National reporting package EMCDDA. Contribution non publiée.

Tableau 17 : Évolution du prix moyen du cannabis en Belgique, 2007– 2020

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
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	9,4	10,0
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	9,0	10,0

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

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. Plus récemment, de nombreux pays européens (dont la France et la Suisse) ont signalé la circulation d'échantillons d'herbe de cannabis coupés avec des cannabinoïdes de synthèse (e.g. MDMB-4en-PINACA, FUB-144, 4F-MDMB-BINACA). Ces produits peuvent s'avérer particulièrement dangereux en raison de la puissance de certains de ces cannabinoïdes et parce que les concentrations sont aléatoires et peuvent être très élevées. Il est probable que des tels échantillons circulent également en Belgique.

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-liquide, 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. Depuis 2020, de l'huile de CBD est également vendue en pharmacie, mais elle est officiellement destinée à un usage externe.

6.4.6. 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 Région bruxelloise, 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)[350], 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.

LA SITUATION EN 2018

En 2018 en Région bruxelloise, l'**âge moyen de la première consommation** de cannabis était de 18,6 ans pour les hommes et de 19,6 ans pour les femmes qui ont déclaré avoir déjà consommé ce produit. Si on concentre sur la tranche d'âge des plus jeunes, on constate que l'âge moyen est de 16,7 ans chez les hommes de 15-24 ans, contre 17,2 ans chez les femmes du même âge. L'âge moyen de la première consommation n'est pas influencé par le niveau d'instruction.

La **prévalence de l'usage de cannabis sur la vie** (expérimentation du produit au moins une fois au cours de la vie) est de 30,2 % dans la population bruxelloise âgée de 15 à 64 ans. L'usage de cannabis sur la vie est particulièrement répandu entre 15 et 44 ans. Les hommes sont davantage concernés que les femmes (36 % *versus* 24,5 %). Il est plus élevé dans les classes socio-éducatives plus instruites, même après standardisation pour l'âge et le genre.

La prévalence de l'**usage récent de cannabis** (au moins une consommation au cours des 12 derniers mois) est de 12,4 % dans la population bruxelloise en 2018. L'usage récent concerne surtout les 15-24 ans (20,5 %) mais il est aussi relativement fréquent chez les 25-34 ans (17,9 %). Il est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (18,1 % *versus* 6,8 %). L'usage récent est un peu plus élevé chez les personnes ayant un haut niveau d'instruction (études supérieures : 14 % *versus* 9-11 % pour les autres niveaux).

La prévalence de l'**usage actuel de cannabis** (au moins une consommation au cours des 30 derniers jours) est de 8,2 % dans la population bruxelloise en 2018. Il concerne surtout les 15-24 ans (16,9 %) et diminue progressivement avec l'âge. À nouveau, il est beaucoup plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, et est un

Tableau 18 : Prévalence de l'usage de cannabis en Région bruxelloise, par âge et par genre, 2018

	15-24 ans % (n=124)	25-34 ans % (n=305)	35-44 ans % (n=366)	45-54 ans % (n=301)	55-64 ans % (n=284)	Total % (N=1.380)
Prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie						
Hommes	48,3	41,5	44,6	23,3	17,8	36,0
Femmes	26,2	33,6	27,2	16,0	15,1	24,5
Total	37,8	37,6	35,9	19,6	16,4	30,2
Prévalence de l'usage de cannabis au cours des 12 derniers mois						
Hommes	31,0	22,0	20,4	11,4	4,3	18,1
Femmes	8,9	13,9	6,6	1,4	1,0	6,8
Total	20,5	17,9	13,5	6,4	2,5	12,4
Prévalence de l'usage de cannabis au cours des 30 derniers jours						
Hommes	24,0	14,5	15,1	7,0	2,4	12,7
Femmes	8,9	7,4	2,0	0,8	1,0	3,9
Total	16,9	10,9	8,5	3,9	1,6	8,2
Prévalence de l'usage régulier[351] au cours des 30 derniers jours						
Hommes	2,1	3,0	6,1	4,3	1,2	3,6
Femmes	2,4	0,0	0,0	0,0	0,5	0,4
Total	2,3	1,5	3,1	2,1	0,8	2,0
Prévalence de l'usage problématique[352] au cours des 12 derniers mois						
Hommes	12,9	8,1	8,2	5,5	1,2	7,2
Femmes	1,1	0,5	1,2	0,0	0,0	0,6
Total	7,3	4,3	4,7	2,7	0,5	3,9

Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

350 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 auteur·es du CAST.

351 Au moins 20 jours de consommation.

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

peu plus fréquent chez les personnes les plus instruites (études supérieures : 9,6 % *versus* 5-7 % pour les autres niveaux).

La prévalence de l'**usage régulier actuel de cannabis**[353] (au moins 20 jours de consommation au cours des 30 derniers jours) est de 2 % dans la population bruxelloise en 2018. Il est un peu plus fréquent chez les 35-44 ans (3,1 %) que dans les autres classes d'âge. Les hommes sont à nouveau plus concernés que les femmes. On observe aussi une influence du niveau d'instruction, mais inverse à ce que l'on observait pour les autres indicateurs : 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 consommateurs réguliers parmi les personnes peu instruites (primaire ou sans diplôme : 4,4 % ; secondaire inférieur : 4,7 %) que parmi les personnes ayant un haut niveau d'instruction (secondaire supérieur : 2,6 % ; études supérieures : 1,4 %).

Enfin, la prévalence de l'**usage problématique**[354] au cours des 12 derniers mois s'élève à 3,9 % en 2018. Les personnes ayant présenté un risque élevé d'usage problématique au cours des 12 derniers mois sont généralement de sexe masculin (7,2 % des hommes *versus* 0,6 % de femmes). Il est particulièrement élevé chez les hommes de de 15-24 ans (12,9 %) et il est plus fréquent chez les individus les moins instruits (primaire ou sans diplôme : 10,9 % ; secondaire inférieur : 4,7 % ; secondaire supérieur : 3,6 % ; études supérieures : 3,2 %).

En ce qui concerne la *fréquence* de consommation de cannabis chez les 8,2% d'« usager·es actuels » (N=99), la plupart d'entre eux (61,5%) ont déclaré en avoir consommé 1 à 9 jours au cours du mois précédant l'enquête, 14,2% durant 10 à 19 jours et 24,2% durant 20 jours ou plus.

TENDANCES ET ÉVOLUTION

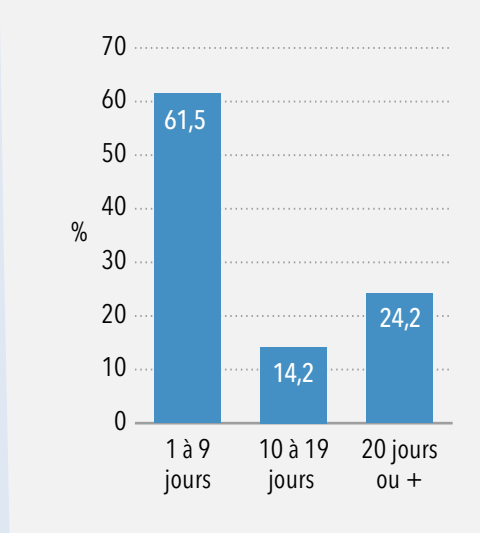
En Région bruxelloise, comme partout en Belgique, la prévalence d'usage de cannabis sur la vie a significativement et continuellement augmenté depuis 2001, en particulier entre 2013 et 2018[355]. Cette augmentation s'observe à la fois chez les hommes et chez les femmes. L'usage récent (12 derniers mois) et l'usage actuel (30 derniers jours) sont également en augmentation, mais de manière nettement moins marquée que la prévalence sur la vie, et uniquement chez les hommes. L'usage régulier actuel (20 jours de consommation ou + au cours des 30 derniers jours) est quant à lui relativement stable, passant de 1,6 % en 2004 à 2 % en 2018. Globalement, ces évolutions témoignent 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 est stable au cours du temps : il était de 19,3 ans en 2004 et est de 19 ans en 2018. Au niveau des 15-24 ans, il est également stable au cours du temps (16,5 ans en 2004 et 16,8 ans en 2018).

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

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

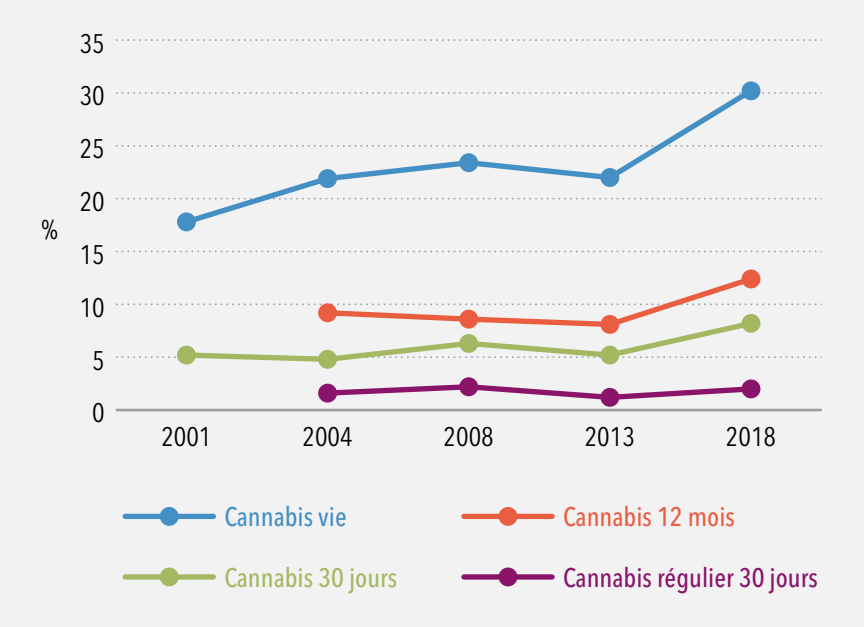
355 L'enquête HIS ne précisait pas si les questions relatives au cannabis portaient uniquement sur le cannabis psychoactif. Or en 2018, les produits du cannabis à base de CBD sont apparus en Belgique, de sorte que l'on ne peut exclure que l'importante augmentation de la prévalence d'usage sur la vie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

Figure 21 : Fréquence de l'usage de cannabis durant les 30 derniers jours parmi les usager·es actuels (N=99), Région bruxelloise, 2018



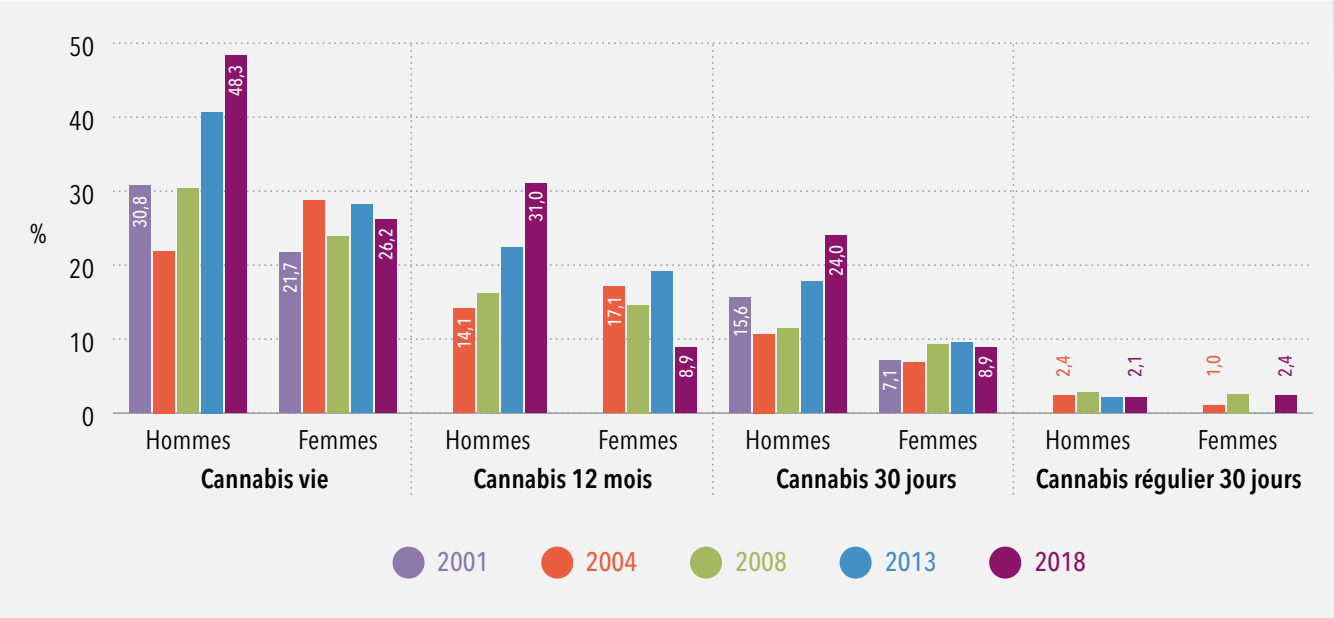
Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

Figure 22 : Évolution de l'usage de cannabis en Région bruxelloise, 2001-2018



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

Figure 23 : Évolution de l'usage de cannabis en Région bruxelloise chez les hommes et les femmes de 15-24 ans, 2001-2018



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

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 (chez ces dernières elle est stable entre 2013 et 2018). En 2018, environ la moitié des hommes et un quart 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 (31 % en 2018), alors qu'en 2018 il a diminué chez les femmes du même âge (-10,2 % par rapport à 2013). Enfin, l'usage au cours des 30 derniers jours est également en augmentation chez les hommes de 15-24 ans sur la période 2001-2018 (+8,4 %), alors qu'il est relativement stable chez les femmes. L'usage régulier est en revanche stable tant chez les jeunes hommes que chez les jeunes femmes.

6.4.7. 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 2018. En nous focalisant sur la Région bruxelloise, les 5 indicateurs d'usage de cannabis que nous rapportons ici sont les suivants : 1) la prévalence de l'usage de cannabis sur la vie (expérimentation du produit au moins un jour au cours de la vie) ; 2) la prévalence de l'usage de cannabis au cours des 12 derniers mois ; 3) la prévalence de l'usage de cannabis au cours des 30 derniers jours (au moins un jour) ; 4) la prévalence de l'usage actuel hebdomadaire de cannabis (chaque semaine mais pas tous les jours) ; 5) la prévalence de l'usage actuel quotidien de cannabis.

Bien que l'enquête HBSC 2018 portait sur les comportements de santé des élèves de 5e et 6e primaire ainsi que de l'ensemble des élèves de l'enseignement secondaire, les questions sur la consommation de drogues et de médicaments psychotropes n'ont été posées qu'à partir de la 3e secondaire. La classe d'âge des élèves de moins de 15 ans ne comprend que les élèves à minima en 3e secondaire et est particulièrement sous-représentée. De même, 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. Pour ces raisons, les différences d'âge sont fournies à titre indicatif et doivent être considérées avec prudence.

LA SITUATION EN 2018

Près d'un quart (23,9 %) des jeunes scolarisés en Région bruxelloise dans l'enseignement secondaire (3e et plus) ont déclaré avoir déjà consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie, 19,6 % les 12 derniers mois et 12 % au cours des 30 derniers jours. La consommation de cannabis augmente sans surprise avec l'âge des répondant·es, et elle est plus élevée chez les garçons que chez les filles, quel que soit l'indicateur. Au total, 11,3 % des élèves interrogés ont déclaré être consommateur·ices de cannabis au moment de l'enquête (16,7 % des garçons et 7,1 % des filles). Plus précisément, 2,6 % des élèves ont déclaré en consommer chaque semaine (mais pas tous les jours), 2 % quotidiennement et 6,8 % plus occasionnellement. La consommation régulière de cannabis augmente également avec l'âge, et est plus fréquente chez les garçons que chez les filles.

Tableau 20 : 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 (3e année et plus) francophone de la Région bruxelloise, par âge et par genre, 2018

	Moins de 15 ans %	15-16 ans %	17-18 ans %	Plus de 18 ans %	Total %
Consommation de cannabis sur la vie					
Garçons (n=720)	3,4	20,2	32,2	43,8	28,5
Filles (n=905)	21,7	13,6	24,1	23,6	20,3
Total (N=1.625)	14,7	16,6	27,7	32,8	23,9
Consommation de cannabis les 12 derniers mois					
Garçons (n=703)	0,0	18,3	27,7	37,6	24,6
Filles (n=885)	17,4	12,8	17,2	17,2	15,7
Total (N=1.588)	10,7	15,3	21,8	26,5	19,6
Consommation de cannabis les 30 derniers jours					
Garçons (n=697)	0,0	12,4	18,6	22,8	16,2
Filles (n=880)	8,7	6,0	9,7	12,4	8,8
Total (N=1.577)	5,3	8,9	13,6	17,1	12,0
Consommation hebdomadaire (mais non quotidienne) de cannabis					
Garçons (n=684)	0,0	3,6	5,9	4,1	4,6
Filles (n=886)	0,0	0,3	1,5	1,6	1,0
Total (N=1.580)	0,0	1,8	3,4	2,7	2,6
Consommation quotidienne de cannabis					
Garçons (n=684)	0,0	1,2	3,8	12,2	3,9
Filles (n=886)	0,0	0,3	0,5	0,8	0,5
Total (N=1.580)	0,0	0,7	1,9	5,9	2,0

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

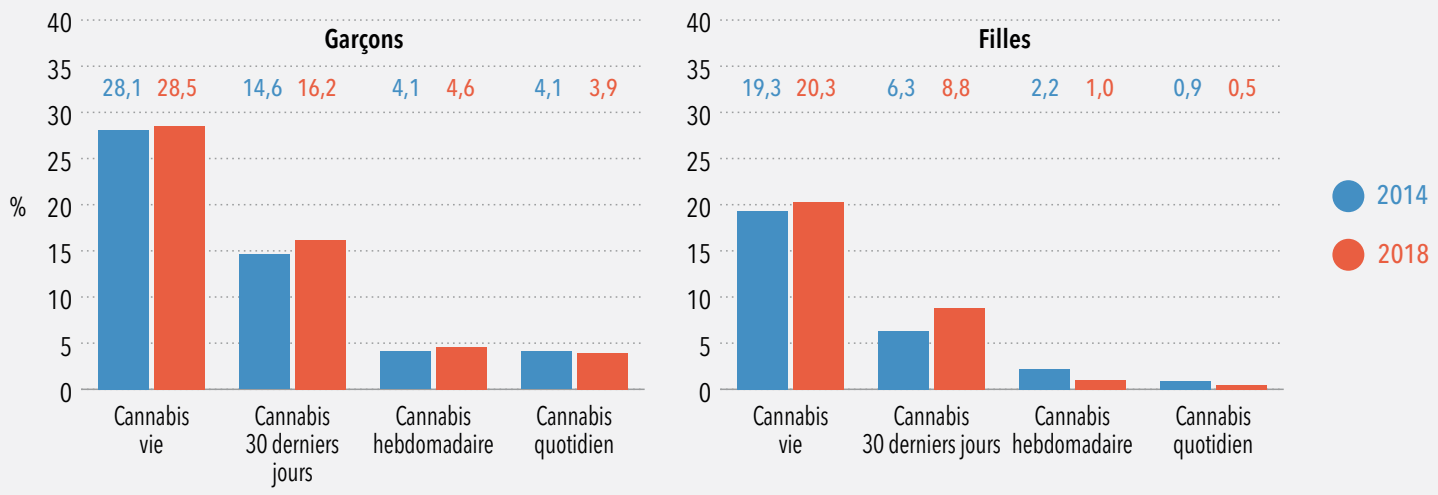
TENDANCES ET ÉVOLUTION

Entre 2014 et 2018, la consommation de cannabis semblait relativement stable chez les élèves bruxellois de l'enseignement secondaire, tant chez les garçons que chez les filles. Néanmoins, rappelons que les données de 2014 et 2018 ne sont pas directement comparables. Ainsi, lorsque l'on centre les analyses de 2018 uniquement sur les élèves de 4e secondaire ou supérieur (comme en 2014), l'usage sur la vie et au cours des 30 derniers jours est clairement en augmentation chez les garçons[356], et a légèrement augmenté chez les filles[357]. L'usage régulier (hebdomadaire ou quotidien) est en revanche resté stable selon ces dernières analyses.

356 L'usage sur la vie est passé de 28,1 % à 33,4 % et celui au cours des 30 derniers jours de 14,6 % à 19 % entre 2014 et 2018.

357 L'usage sur la vie est passé de 19,3 % à 21,8 % et celui au cours des 30 derniers jours de 6,3 % à 8,8 % entre 2014 et 2018

Figure 24 : Évolution de la consommation de cannabis sur la vie et au cours des 30 derniers jours, ainsi que de la consommation hebdomadaire et de la consommation quotidienne chez les élèves scolarisés dans l'enseignement secondaire supérieur francophone de la Région bruxelloise, par genre, 2014-2018



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

6.4.8. 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[358] (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 23. 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[359]. 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 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[360].

Tableau 23 : 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
Euphorie/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 & Eurotox

6.4.9. 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

358 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.

359 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, et la détente pourrait avoir des vertus préventives contre le développement de troubles anxieux.

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

Tableau 22 : Prévalence d'usage de CBD en Belgique en fonction du statut d'usage de cannabis psychoactif, 2019

	Statut d'usage du cannabis psychoactif			Total
	Anciens usager·es (N=433) %	Usager·es actuels (N=544) %	Non usager·es (N=1.136) %	(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 & Eurotox

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 %).

6.4.10. PERSPECTIVES

Malgré la prohibition et la pénalisation *de facto* de l'usage de cannabis, ce produit est consommé par de nombreuses personnes (jeunes ou non) en Région bruxelloise 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, 30,2 % de la population bruxelloise (contre 22 % en 2013), et près d'un quart des jeunes scolarisés dans le secondaire, ont déclaré en avoir déjà consommé au moins une fois dans leur vie. 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 ami·es 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.

Dans la population générale, 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»[361], des tendances probablement en partie motivées par la légalisation du cannabis dans plusieurs pays (voir chapitre 1.6.1) et le succès des produits à base de CBD ; 3) une meilleure connaissance de son potentiel thérapeutique, pouvant amener davantage de personnes à en consommer pour des motifs de soulagement ; 4) 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 une 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. Ainsi, la concentration en THC est 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[362]) augmentent également le risque de survenue de troubles psychotiques, en particulier les bouffées délirantes aigues ainsi que la schizophrénie (Di Forti et al., 2014)[363]. Le fait de consommer du cannabis

361 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.

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

363 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

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 précédent (sous Charles 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. Cette orientation politique s'est naturellement accompagnée d'une augmentation des infractions de détention, et très certainement aussi des 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, 38 % dans des boutiques privées, 35,2 % dans des structures spécialisées contrôlées par l'État 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.

À noter également qu'il existe actuellement plusieurs propositions de loi pratiques et réalistes émanant de parlementaires socialistes et écolo et du milieu associatif (voir chapitres 6.4.3 et 6.4.4). Le lecteur ou la lectrice intéressé trouvera notamment une analyse détaillée et critique de la situation belge ainsi que des pistes de régulation du marché dans le document «Pour une réglementation du cannabis en Belgique», publié par la Fédito Bxl et ses membres[364].

L'autorisation de commercialisation du CBD permet à la population belge d'accéder à un produit ayant un potentiel thérapeutique assez large[365]. 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 bénéficient 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.

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.

364 https://feditobxl.be/fr/pour-une-reglementation-du-cannabis-en-belgique/

365 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).

6.5

LES AUTRES DROGUES ILLICITES (HÉROÏNE, COCAÏNE, AMPHÉTAMINES, MDMA, LSD…)

6.5.1. 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.

6.5.2. 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.

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.

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 (près de 50.000 personnes décédées en 2019[367]). L'épidémie d'overdose d'opioïdes est la première raison du déclin de l'espérance de vie des Américain·es depuis 2015 jusque 2018 (Harper, Riddell et King, 2021).

366 EMCDDA (2015) ; OMS (2014) ; UNODC/OMS (2013) ; CIUSSS (2016) ; article «l'héroïne, effets, risques» de Fabienne Pourchon, ASUD.org, 01/06/2009 ; CCNPPS (2016).

367 Données disponibles sur le site des CDC (Centers for Disease Control and Prevention), URL : https://www.cdc.gov/drugoverdose/deaths/index.html

FACTEURS DE RISQUE LIÉS AUX OVERDOSES[366]
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

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 actuels d'héroïne ont débuté avec des opiacés de prescription (Shipton et al, 2018 ; Pergolizzi et al, 2018). Parallèlement, une héroïne très pure en provenance du Mexique et de puissants opioïdes de synthèse (dont le fentanyl) de Chine ont fait leur entrée sur le marché illicite américain, augmentant les risques d'overdose (mortelle)[368].

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[369]. À noter qu'il reste encore plusieurs milliers de plaintes à traiter, y compris au niveau fédéral[370].

368 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

369 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

370 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

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, en particulier chez les adolescent·es et les personnes de plus 35 ans (EMCDDA, 2021 ; 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 fondamental 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.

371 Voir http://www.ofma.fr/crise-des-opioides-comment-lagence-du-medicament-compte-eviter-lemballement-en-france/

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)[372]. 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

372 Factsheet "Opioid strategy" de l'UNODC, URL : https://www.unodc.org/pdf/opioids-crisis/OpioidStrategy_factsheet-generic.pdf

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[371], 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.

opérationnelles visant à prévenir le détournement et le trafic d'opioïdes synthétiques

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[374]).

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.

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.

373 EMCDDA (2017d) ; EMCDDA (2015) ; Shaw et Grund (2019).

374 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).

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).

INTERVENTIONS DE PRÉVENTION ET DE RÉDUCTION DES RISQUES LIÉS AUX OVERDOSES[373]

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)

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 formés 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 formés 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[375]. 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. Toutefois, une telle liste n'a pas été constituée et chaque SMUR est libre de son choix en la matière[376].
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 travailleur·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[377], 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.

PROTÉGER LES TÉMOINS D'OVERDOSE QUI SAUVENT DES VIES

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).

RECOMMANDATIONS DES 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[378]. 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 (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

375 Les Ordres permanents sont écrits par un·e médecin référent·e du service d'urgence.

376 Equipe des SMUR, Communication personnelle du 23/10/2018.

377 La naloxone est désormais disponible en spray nasal en France, sur prescription.

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

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·les 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).

6.5.3. 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 témoignent les chiffres relatifs aux saisies. Le nombre de saisies est généré sur base du nombre de PV dans lesquels les produits ont été mentionnés. Rappelons que les quantités ne reflètent pas directement la disponibilité des 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/cartons) ne sont pas enregistrées. Les fluctuations annuelles sont par conséquent difficiles à interpréter. À première vue, les périodes de confinement et les restrictions liées à la crise sanitaire ne semblent pas avoir impacté négativement le marché des drogues.

PURETÉ

Par définition, les drogues illégales sont produites dans des conditions de clandestinité et en l'absence de normes qui assureraient la standardisation des produits vendus et consommés. En plus des modalités de fabrication qui peuvent différer et aboutir à des produits de qualité et pureté variables, différents intermédiaires entre le producteur et l'usager·e sont aussi susceptibles d'en modifier la composition initiale, de sorte que ce·tte dernier·e est continuellement confronté à des produits de composition variable et incertaine, dont la pureté en principe(s) actif(s) peut fortement fluctuer

379 Ainsi que 200 litres d'huile d'amphétamine
380 Ainsi que 140 litres d'huile d'amphétamine.
381 Ainsi que 4 litres d'huile d'amphétamine.
382 Ainsi que 968 litres d'huile d'amphétamine.
383 Ainsi que 140,5 litres d'huile de méthamphétamine.
384 Ainsi que 77 litres d'huile de méthamphétamine.
385 Ainsi que 34,7kg de MDMA en poudre/cristaux.
386 Ainsi que 587kg de MDMA en poudre/cristaux.
387 Ainsi que 250kg de MDMA en poudre/cristaux.
388 Ainsi que 115kg de MDMA en poudre/cristaux.
389 Ainsi que 3kg de LSD liquide.
390 Ainsi que 1kg de LSD liquide.

Tableau 23 : Saisies des autres drogues illicites enregistrées par la Police Fédérale en Belgique, 2008-2020

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
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	1.388	1.833
Cocaïne	3.345	4.021	3.448	3.777	3.859	3.653	3.966	3.930	4.369	4.695	5.646	5.699	5.354
Amphétamines	2.646	2.944	2.912	3.079	2.830	2.978	2.906	2.777	2.675	2.653	2.858	2.717	2.524
Métamphétamine	\	\	64	99	102	107	144	142	158	200	251	314	179
Ecstasy	1.412	921	650	919	1.098	1.338	1.609	1.644	1.692	2.088	2.462	2.696	1.376
LSD	\	\	59	85	49	76	82	118	117	105	157	168	124
GHB	\	473	503	605	550	546	464	429	475	444	447	417	536
Kétamine	\	\	\	\	\	\	\	193	282	419	759	856	627
Quantités saisies des autres drogues illicites													
Héroïne (kg)	63	275	386	140	112	1.182	149	121	99	53	4.537	1.929	684
Cocaïne (kg)	3.851	4.605	6.844	7.999	19.178	6.486	9.293	17.487	30.295	44.752	53.032	65.248	70.254
Amphétamines (kg)	411	49	362	112	54	178	199[379]	69	29[380]	128[381]	18	1027	164[382]
Métamphétamine (kg)	\	\	39	2	3	38	9	4	14	35	57	25[383]	9[384]
Ecstasy (pilules)	162.821	31.025	32.954	64.384	26.874	37.152	44.422	59.696	179.393	491.183[385]	225.908[386]	409.007[387]	951.903[388]
LSD (cartons)	\	\	3.924	838	225	121	410[389]	210[390]	1.418	422	257	4.380	17.933
GHB/GBL (litres ou kilos)	\	104	24	82	76	45	56	30	\	4	14	2	50
Kétamine (kg)	\	\	\	\	\	\	\	2	3	33	30	165	155

Source : Police Fédérale

d'un échantillon à l'autre et entraîner des risques pour sa santé.

En ce qui concerne les échantillons de speed, la concentration moyenne en amphétamine est passée de 31,6 % à 16,6 % entre 2010 et 2013, 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[391]. La concentration moyenne des échantillons d'amphétamine analysés a ensuite progressivement voire fortement augmenté, celle-ci étant de 51,2 % en 2020.

La pureté des échantillons de cocaïne analysés en Belgique est particulièrement élevée, la concentration moyenne étant de 80,4 % en 2020. Cette valeur est largement supérieure à celles observées dans les échantillons analysés dans la majorité des pays européens[392], ainsi qu'à celles observées en France lors des saisies effectuées dans la rue, pour lesquelles la concentration moyenne en cocaïne était de 60 % en 2019 (Gérome & Gandilhon, 2020). 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.

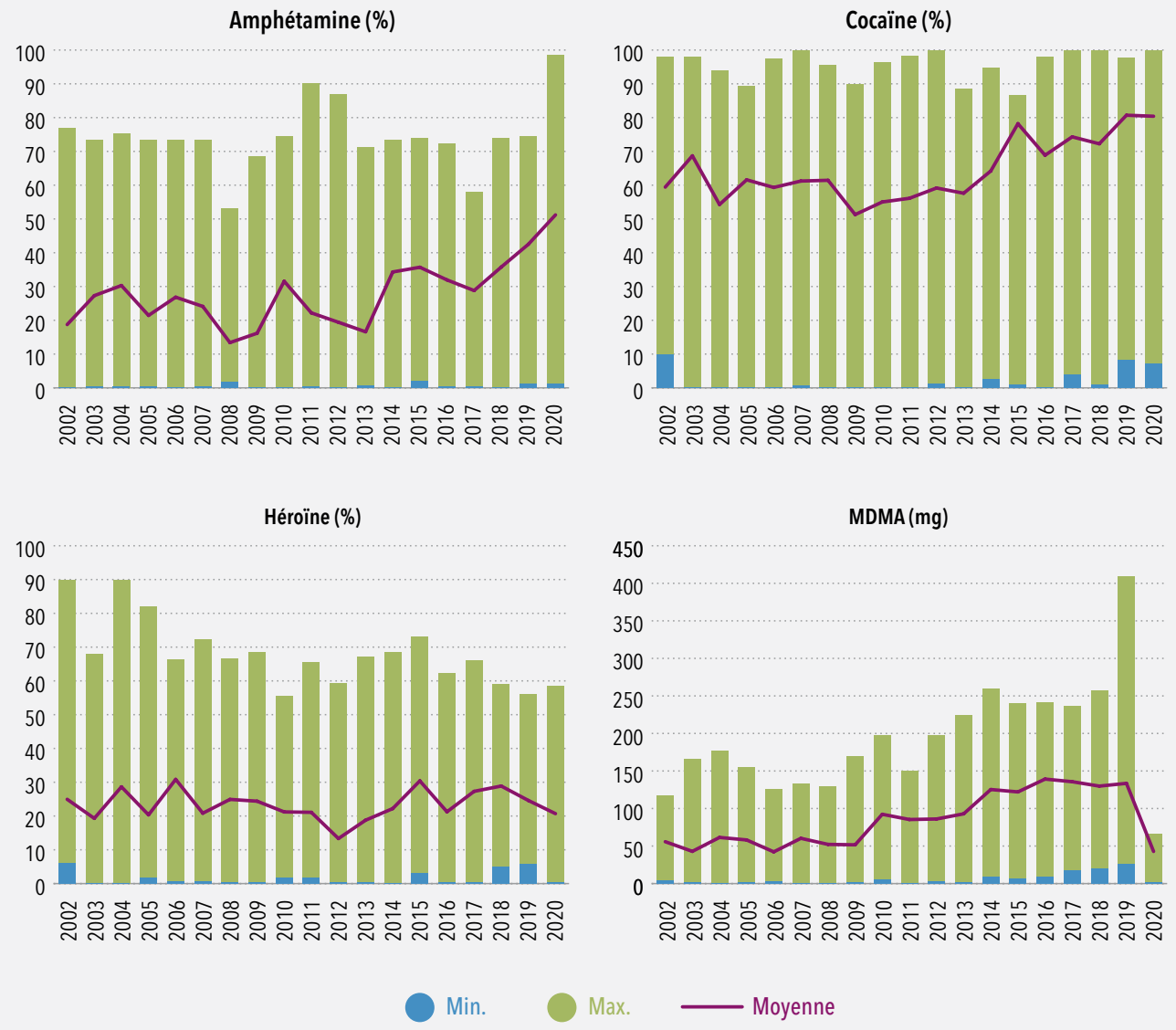
Les échantillons d'héroïne[393] avaient une concentration moyenne de 20,7 % en

391 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).

392 https://www.emcdda.europa.eu/media-library/cocaine-price-and-purity-european-union-updated-june-2021_en

393 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

Figure 25 : Concentration (% ou mg) en principe actif des échantillons de drogues analysés en Belgique, 2002-2020



Source : Sciensano (2021), National reporting package EMCDDA. Contribution non publiée.

2020, ce qui constitue une diminution par rapport à la pureté moyenne des années précédentes, possiblement due à l'impact de la crise sanitaire. Ce niveau de pureté est toutefois similaire à celui observé en France au niveau des échantillons d'héroïne saisis en rue (22 % ; Gérome & Gandilhon, 2020). Mais il est possible que dans, le cas de la Belgique, il soit surestimé, car il y a parmi les échantillons analysés des 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 2019, la concentration moyenne des pilules analysées était 134 mg de MDMA base. Elle a particulièrement chuté en 2020, probablement en raison du confinement et des restrictions qui ont eu un impact sur le nombre de produits analysés. L'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[394]). Ce nouveau précurseur 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 nouvelles substances psychoactives (NSP ; Brunt et al., 2017). En effet, certaines NSP, 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 le mode de consommation utilisé (e.g. injection). De manière générale, le nombre d'intermédiaires entre le producteur et le consommateur·rice augmentera le risque d'adultérations multiples et peu scrupuleuses.

Dans le tableau 24, nous détaillons les produits de coupe pharmacologiquement actifs[395] identifiés dans les échantillons d'amphétamine, de cocaïne et d'héroïne analysés après saisies en Belgique de 2013 à 2020, ainsi que leur concentration moyenne. Le pourcentage d'échantillons contaminés est uniquement fourni pour l'année 2020. 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 2020, avec une concentration moyenne de 55,6 %. En revanche, on ne retrouve plus de 4-MA depuis plusieurs années, alors qu'on en retrouvait dans 12 % des échantillons analysés en 2013[396]. Les autres produits de coupe n'ont pas non plus été retrouvés dans les échantillons analysés en 2020, à l'exception du Lévamisole.

Les échantillons de cocaïne sont régulièrement coupés avec du lévamisole (68,8 % des échantillons en 2020), 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. La cocaïne belge

d'héroïne de type non-spécifié. Toutefois, en Belgique, l'héroïne qui circule sur le marché noir est généralement brune.

394 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.

395 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.

396 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 NSP, apparue à la fin des années 2000 sur le marché des drogues, est aussi parfois retrouvée dans des pilules d'ecstasy.

Tableau 24 : Produits de coupe dans les échantillons de poudre saisis en Belgique, 2013-2020

		2020		2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Type de drogue	**Produit de coupe**	**% des échantillons**	**Concentration moyenne du produit de coupe (%)**							
Amphétamine	Caféine	76,8	55,6	55,6	32,6	34,44	35,2	58,1	54,6	53,0
	Lévamisole	2,1	21,7	/	/	/	/	/	/	/
	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	68,8	13,4	9,6	10,7	8,9	8,2	11,8	12,9	9,0
	Phénacétine	29,6	17,2	13,3	14,8	20,4	15,7	25,9	20,0	27,0
	Paracétamol	4,9	1,1	/	7,9	78,0	5,1	/	/	/
	Caféine	13,2	8,3	1,2	10.7	5,4	11,9	17,3	14,1	6,7
	Hydroxyzine	/	/	/	2.7	3,3	5,1	0,3	2,0	4,0
	Lidocaïne	3,7	6,4	1,3	7.1	8,0	7,7	8,0	5,1	4,5
	Diltiazem	/	/	/	/	/	1,0	0,0	0,8	2,0
Héroïne	Caféine	95,2	20,1	22,3	17,7	17,0	19,3	25,1	23,2	20,0
	6-MAM	66,0	6,7	5,1	6,6		5,1	7,2	4,6	8,8
	Noscapine	68,0	8,4	8,2	7,7	10,6	10,2	10,1	7,5	9,0
	Papavérine	64,6	0,5	0,4	0,4	0,6	0,7	1,1	1,0	0,8
	Paracétamol	70,7	42,1	42,9	34,4	35,0	40,3	42,1	43,0	40,0
	Phénacétine	7,5	21,4	/	/	/	/	/	/	/

Source : Sciensano (2021), National reporting package EMCDDA. Contribution non publiée.

est aussi régulièrement coupée avec de la caféine (13,2 % des échantillons en 2020), de la lidocaïne (un anesthétique local ; 3,7 % en 2020) ou de la phénacétine (29,6 % des échantillons en 2020). 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.

Enfin, les échantillons d'héroïne analysés de 2013 à 2020 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[397] et papavérine). Leur présence et leur concentration varient en fonction de la méthode de synthèse et de l'efficacité des procédures utilisées. Le produit de coupe dont la concentration était la plus élevée en 2020 était le paracétamol (qui composait les échantillons à 42,1 %).

397 La noscapine peut toutefois également être synthétisée et volontairement utilisée comme adultérant (Klemenc, 2000).

PRIX

Après avoir été longtemps stable et d'environ 25 euros le gramme, le prix de l'héroïne brune semble avoir diminué depuis 2018 et se situe actuellement à environ 20 euros/gramme. Le prix de la cocaïne oscille aux alentours de 50 euros le gramme (près de 53 euros en moyenne en 2020). Le prix des pilules d'ecstasy est d'environ 5 euros par unité, et celui des amphétamines d'environ 7 euros le gramme. Un carton de LSD coute environ 10 euros actuellement (mais les moyennes

Tableau 25 : Évolution du prix des drogues à la vente au détail en Belgique, 2007-2020

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
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	20,4	18,5
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	50,8	52,6
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	8,0	7,2
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	7,1	5,2
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	8,3	10,0
Kétamine (euro/g)	/	/	/	/	30,0	25,0	27,7	27,6	29,1	32,5	29,7	24,6	17,1	21,8

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

mentionnées pour ce produit doivent être considérées avec prudence car elles reposent sur un nombre limité de signalements). Finalement, le prix de la kétamine semble avoir diminué et avoisine actuellement 22 euros le gramme.

6.5.4. 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 Région bruxelloise, 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 11,7 % dans la population bruxelloise âgée de 15 à 64 ans. Les tranches d'âge les plus concernées sont celles des 25-34 ans (16,7 %) et des 35-44 ans (14,8 %). 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 (17,8 %) et de 35-44 ans (17,3 %). Mais les différences de genre sont ténues chez les 15-24 ans ainsi que chez les 25-34 ans. La prévalence d'usage sur la vie d'une autre drogue que le cannabis augmente avec le niveau d'instruction (primaire ou sans diplôme : 3,4 % ; secondaire inférieur : 3,1 % ; secondaire supérieur : 9,1 % ; études supérieures : 14 %).

La prévalence de l'**usage au cours des 12 derniers mois d'une drogue illicite autre que le cannabis** était de 4,7 % dans la population bruxelloise âgée de 15 à 64 ans. La tranche d'âge la plus concernée est celle des 25-34 ans (10,0 %). Les hommes sont de nouveau davantage concernés que les femmes par l'usage récent d'autres drogues illicites que le cannabis. La prévalence d'usage au cours des 12 derniers mois d'une autre drogue que le cannabis augmente avec le niveau d'instruction (primaire ou sans diplôme : 0,6 % ; secondaire inférieur : 1,2 % ; secondaire supérieur : 3,9 % ; études supérieures : 5,5 %). La prévalence d'usage par produit (les plus souvent cités) est fournie à titre complémentaire.

Tableau 26 : Prévalence de l'usage des drogues illicites autres que le cannabis en Région bruxelloise, par âge et par genre, 2018

	15-24 ans % (n=118)	25-34 ans % (n=284)	35-44 ans % (n=341)	45-54 ans % (n=274)	55-64 ans % (n=257)	Total % (N=1.274)
Prévalence de l'usage d'une autre drogue illicite que le cannabis au cours de la vie						
Hommes	6,9	17,8	17,3	12,9	12,3	14,2
Femmes	5,4	15,6	12,3	2,8	4,5	9,1
Total	6,2	16,7	14,8	7,7	8,0	11,7
Prévalence de l'usage d'une autre drogue illicite que le cannabis au cours des 12 derniers mois						
Hommes	2,7	11,9	6,6	5,6	1,1	6,4
Femmes	4,2	8,2	1,1	0,0	0,0	3,0
Total	3,4	10,0	3,8	2,8	0,5	4,7
Prévalence de l'usage d'une autre drogue illicite que le cannabis au cours des 30 derniers jours						
Hommes	2,7	4,6	2,1	3,1	1,1	2,9
Femmes	1,5	3,8	0,4	0,0	0,0	1,3
Total	2,2	4,2	1,3	1,5	0,5	2,1
Prévalence de l'usage d'une autre drogue illicite que le cannabis au cours des 12 derniers mois, par produit						
Amphétamine/Ecstasy	2,7	5,8	2,5	0,4	0,0	2,6
Cocaïne	1,4	6,2	3,0	1,9	0,2	3,0
Héroïne et opioïdes non-prescrits	0,0	0,4	0,0	0,6	0,3	0,3
Kétamine	/	/	/	/	/	0,6
Hallucinogènes	/	/	/	/	/	1,2

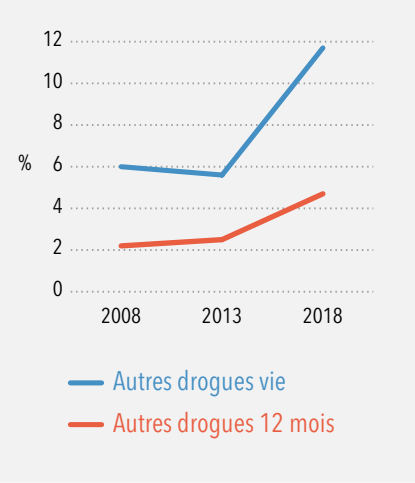
Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

La prévalence de l'**usage au cours des 30 derniers jours d'une drogue illicite autre que le cannabis** était de 2,1 % dans la population bruxelloise âgée de 15 à 64 ans. Les hommes sont à nouveau plus concernés que les femmes, et la tranche d'âge la plus concernée est à nouveau celle des 25-34 ans. Ce type d'usage a tendance a augmenté avec le niveau d'instruction des répondant·es (primaire ou sans diplôme : 0,6 % ; secondaire inférieur : 1,2 % ; secondaire supérieur : 1,4 % ; études supérieures : 2,5 %).

TENDANCES ET ÉVOLUTION

En Région bruxelloise, les prévalences d'usage sur la vie et au cours des 12 derniers mois d'une autre drogue illicite que le cannabis étaient relativement stables entre 2008 et 2013, mais elles ont considérablement augmenté en 2018, tant chez les hommes que chez les femmes.

Figure 26 : Évolution de l'usage des autres drogues illégales que le cannabis en Région bruxelloise, 2008-2018

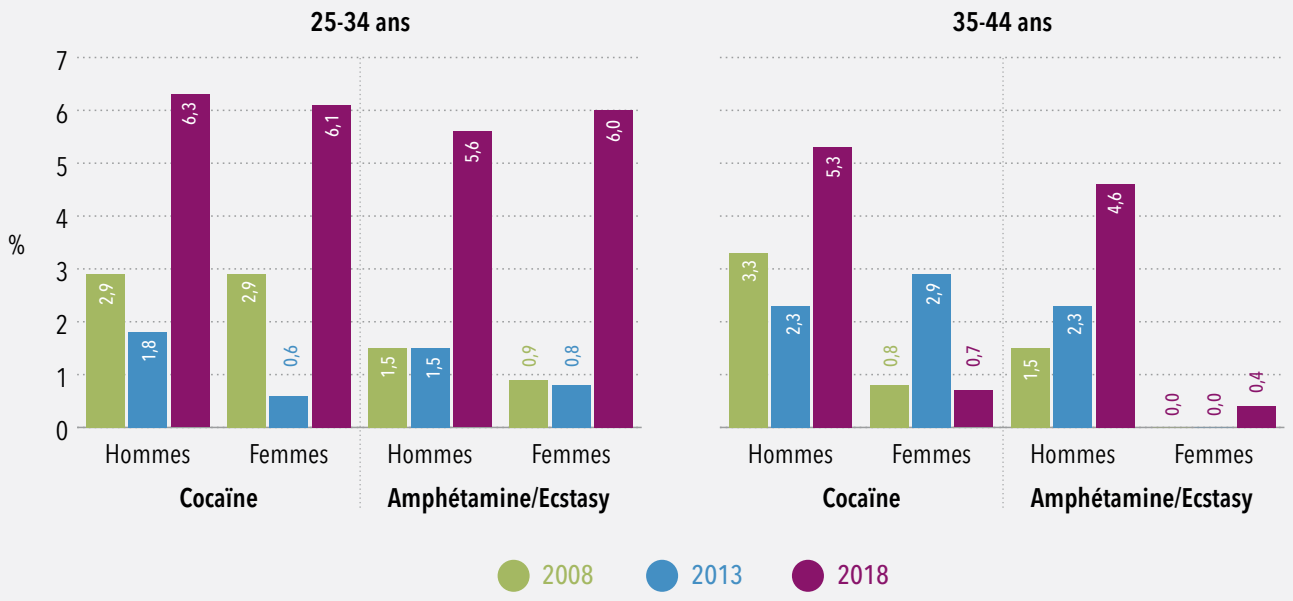


Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

Il est également important d'examiner l'évolution de ces indicateurs dans le temps en tenant compte de l'âge et du genre des répondants, dans la mesure où des évolutions subtiles pourraient passer inaperçues et être diluées lorsque l'on examine globalement l'évolution des consommations. Lorsque l'on se centre sur les 15-24 ans, la prévalence d'usage au cours des 12 derniers mois d'une autre drogue illicite que le cannabis est en diminution par rapport à 2013 tant chez les hommes (2013 : 10,6 % ; 2018 : 2,7 %) que chez les femmes (2013 : 5,9 % ; 2018 : 4,2 %). En revanche elle a particulièrement augmenté chez les 25-34 ans (hommes et femmes) ainsi que, dans une moindre mesure, chez les 35-44 ans (hommes). Plus spécifiquement, la consommation de psychostimulants a fortement augmenté dans ces tranches d'âge, en particulier la consommation de cocaïne, comme on peut le voir sur la figure 27.

Ces évolutions doivent être considérées avec prudence en raison des erreurs de mesures inhérentes aux petits échantillons de chaque tranche d'âge.

Figure 27 : Évolution de l'usage de cocaïne et d'amphétamine/ecstasy chez les 25-34 ans et chez les 35-44 ans en Région bruxelloise, 2008-2018



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

6.5.5. 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 2018. En nous focalisant sur la Région bruxelloise, les indicateurs que nous rapportons sont les suivants : l'usage sur la vie (au moins un jour) 1) d'au moins une drogue illicite autre que le cannabis, 2) d'ecstasy/MDMA, 3) d'amphétamine/speed, 4) de cocaïne, 5) de LSD ou d'autres hallucinogènes (champignons ou cactus hallucinogènes, DMT…), 6) de GHB, 7) de colles, solvants ou poppers, 8) de protoxyde d'azote (gaz hilarant), 9) d'opiacés (héroïne, méthadone, opium…) et 10) de 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 2018 portait sur les comportements de santé des élèves de 5e et 6e primaire ainsi que de l'ensemble des élèves de l'enseignement secondaire, les questions sur la consommation de drogues et de médicaments psychotropes n'ont été posées qu'à partir de la 3e secondaire. La classe d'âge des élèves de moins de 15 ans ne comprend que les élèves à minima en 3e secondaire. De même, 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. Pour ces raisons, les différences d'âge sont fournies à titre indicatif et doivent être considérées avec prudence.

LA SITUATION EN 2018

La prévalence de l'**usage au cours de la vie d'une drogue illicite autre que le cannabis** (tous produits confondus) était de 7,8 % chez les élèves scolarisés dans

Tableau 27 : Prévalence de la consommation au cours de la vie de drogues autres que le cannabis chez les élèves scolarisés dans l'enseignement secondaire (3e et plus) francophone de la Région bruxelloise, par âge et par genre, 2018

	Moins de 15 ans %	15-16 ans %	17-18 ans %	19 ans et + %	Total %
Consommation d'une drogue autre que le cannabis sur la vie					
Garçons (n=721)	0,0	10,2	8,8	12,0	9,4
Filles (n=901)	11,1	3,6	6,9	10,9	6,5
Total (N=1.622)	6,7	6,6	7,7	11,4	7,8
Consommation d'ecstasy/MDMA sur la vie					
Garçons (n=721)	0,0	2,0	1,5	3,7	1,9
Filles (n=901)	0,0	1,3	1,9	5,5	2,1
Total (N=1.622)	0,0	1,6	1,7	4,7	2,0
Consommation d'amphétamines/speed sur la vie					
Garçons (n=721)	0,0	1,2	0,9	1,9	1,1
Filles (n=901)	0,0	0,0	0,7	3,1	0,8
Total (N=1.622)	0,0	0,5	0,8	2,5	0,9
Consommation de cocaïne sur la vie					
Garçons (n=721)	0,0	0,8	1,2	2,8	1,2
Filles (n=901)	0,0	0,7	1,7	3,1	1,4
Total (N=1.622)	0,0	0,7	1,5	3,0	1,4
Consommation de LSD ou autres hallucinogènes (champignons, DMT…) sur la vie					
Garçons (n=721)	0,0	2,4	1,8	3,7	2,2
Filles (n=901)	2,2	0,7	1,0	3,1	1,2
Total (N=1.622)	1,3	1,4	1,3	3,4	1,7
Consommation de GHB sur la vie					
Garçons (n=721)	0,0	0,4	0,3	0,0	0,3
Filles (n=901)	0,0	1,0	0,2	0,0	0,4
Total (N=1.622)	0,0	0,7	0,3	0,0	0,4
Consommation de colle, solvant, poppers sur la vie					
Garçons (n=721)	0,0	2,8	2,4	1,9	2,4
Filles (n=901)	8,9	0,7	1,4	0,0	1,3
Total (N=1.622)	5,3	1,6	1,9	0,8	1,8
Consommation de protoxyde d'azote (gaz hilarant)					
Garçons (n=721)	0,0	3,5	3,6	8,3	4,2
Filles (n=901)	4,4	0,7	1,4	3,9	1,7
Total (N=1.622)	2,7	2,0	2,4	5,9	2,8
Consommation d'opiacés (héroïne, méthadone, opium…) sur la vie					
Garçons (n=721)	0,0	0,8	0,6	0,0	0,6
Filles (n=901)	0,0	0,0	0,0	1,6	0,2
Total (N=1.622)	0,0	0,4	0,3	0,8	0,4
Consommation d'une autre drogue sur la vie					
Garçons (n=721)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Filles (n=901)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total (N=1.622)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

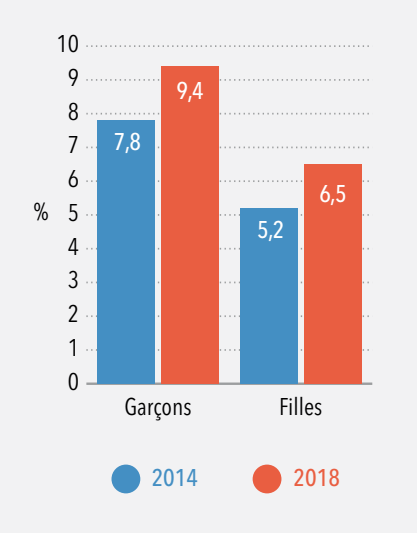
Source : Enquête HBSC 2018 (Dujeu et al., 2020)

l'enseignement secondaire (3e et plus) francophone de la Région bruxelloise. Elle est plus élevée chez les garçons que chez les filles, et augmente avec l'âge des élèves. Le protoxyde d'azote semble un peu plus consommé que les autres produits, peut-être en raison de sa plus grande facilité d'accès et de sa moindre dangerosité perçue, ainsi que de la popularité dont il a bénéficié dernièrement. Les prévalences d'usage par produit sont détaillées dans le tableau 27.

TENDANCES ET ÉVOLUTION

La consommation d'une drogue illicite autre que le cannabis a légèrement augmenté entre 2014 et 2018 chez les élèves bruxellois de l'enseignement secondaire (3e année et plus), tant chez les garçons que chez les filles. Si on se centre sur les élèves de 4e secondaire et plus, comme en 2014, on constate en 2018 une augmentation encore plus importante[398].

Figure 28 : Évolution de la consommation des autres drogues que le cannabis sur la vie chez les élèves scolarisés dans l'enseignement secondaire (3e et plus) francophone de la Région bruxelloise, par genre, 2014-2018



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

398 En 2018, la prévalence d'usage sur la vie est de 11,2 % chez les garçons et de 7,2 % chez les filles de 4e secondaire ou plus.

6.5.6. L'USAGE DES AUTRES DROGUES ILLICITES CHEZ LES USAGER·ES DE DROGUES EN BELGIQUE FRANCOPHONE

L'enquête Eurotox[399] 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 28. 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 a 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.

399 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.

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

Tableau 31 : Prévalence d'usage des autres drogues illicites parmi les usager·es belges de l'enquête Eurotox, 2019

		Wallonie (n=1.028) %	Bruxelles (n=678) %	Total (N=1.747)[400] %
Ecstasy/MDMA				
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	11,2	10,3	10,9
	Occasionnel	6,8	6,9	6,8
	Régulier	7,9	6,5	7,3
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	20,3	28,0	23,5
	Régulier	10,4	18,3	13,5
Usage sur la vie		56,6	70,0	62,0
Usage 12 derniers mois		30,7	46,3	37,0
Usage 30 derniers jours		25,4	35,8	29,7
Cocaïne (poudre)				
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	8,9	10,2	9,3
	Occasionnel	5,8	8,8	7,0
	Régulier	3,8	4,3	3,9
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	18,7	21,8	19,9
	Régulier	13,1	15,6	13,9
Usage sur la vie		50,3	60,7	54,0
Usage 12 derniers mois		31,8	37,4	33,8
Usage 30 derniers jours		24,3	28,4	25,5
LSD/champignons				
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	20,6	25,1	22,1
	Occasionnel	7,8	9,9	8,7
	Régulier	3,5	4,7	4,1
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	12,7	14,3	13,5
	Régulier	2,6	2,7	2,6
Usage sur la vie		47,2	56,7	51,0
Usage 12 derniers mois		15,3	17,0	16,1
Usage 30 derniers jours		9,8	10,0	10,0
Amphétamine (speed)				
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	10,5	13,6	11,7
	Occasionnel	6,2	6,0	6,1
	Régulier	5,8	3,7	4,9
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	11,3	15,0	12,7
	Régulier	6,5	9,9	8,0
Usage sur la vie		40,3	48,2	43,4
Usage 12 derniers mois		17,8	24,8	20,7
Usage 30 derniers jours		12,8	17,8	14,6
Kétamine				
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	8,6	10,6	9,2
	Occasionnel	3,5	4,0	3,7
	Régulier	1,8	1,6	1,7
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	10,7	11,8	11,2
	Régulier	7,7	6,8	7,4
Usage sur la vie		32,3	34,8	33,2
Usage 12 derniers mois		18,4	18,6	18,6
Usage 30 derniers jours		14,7	14,4	14,6
Protoxyde d'azote				
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	14,9	14,9	14,8
	Occasionnel	2,6	5,6	3,8
	Régulier	1,6	2,1	1,8
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	6,9	6,5	6,6
	Régulier	1,8	1,3	1,5
Usage sur la vie		27,8	30,4	28,5
Usage 12 derniers mois		8,7	7,8	8,1
Usage 30 derniers jours		4,2	4,8	4,5
GHB				
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	3,5	5,5	4,3
	Occasionnel	1,8	1,3	1,7
	Régulier	0,3	0,3	0,3
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	1,8	3,2	2,4
	Régulier	0,5	1,0	0,7
Usage sur la vie		7,9	11,3	9,4
Usage 12 derniers mois		2,3	4,2	3,1
Usage 30 derniers jours		1,6	3,4	2,3
Crack/freebase				
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	2,8	4,3	3,3
	Occasionnel	1,4	1,2	1,3
	Régulier	1,1	1,2	1,2
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	1,2	1,3	1,2
	Régulier	1,7	0,7	1,3
Usage sur la vie		8,2	8,7	8,3
Usage 12 derniers mois		2,9	2,0	2,5
Usage 30 derniers jours		1,5	1,1	1,5
Héroïne				
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	2,7	1,6	2,3
	Occasionnel	1,0	1,3	1,1
	Régulier	1,0	0,9	0,9
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	0,5	1,0	0,7
	Régulier	1,0	0,4	0,7
Usage sur la vie		6,2	5,2	5,7
Usage 12 derniers mois		1,5	1,4	1,4
Usage 30 derniers jours		1,3	0,8	1,2

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

400 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.

6.5.7. L'ACHAT DE DROGUES SUR LE *DARK WEB* CHEZ LES USAGER·ES DE DROGUES EN BELGIQUE FRANCOPHONE

La pratique de l'achat de drogues illégales sur le *Dark web*[401] ne semble pas particulièrement répandue chez les usager·es de drogues en Belgique francophone, et l'est moins que dans d'autres pays tels que le Royaume-Uni, l'Ecosse, la Norvège, la Finlande ou même les États-Unis et la France (voir Winstock, Barratt, Ferris & Maier, 2017). Ce constat peut s'interpréter par la présence d'un marché de drogues illégales abondant et attractif sur le territoire belge. Les forumeur·ses[402] sont nettement plus enclins à acheter des drogues sur le *Dark web* que les autres usager·es, en particulier en ce qui concerne l'achat au cours des 12 derniers mois d'ecstasy/MDMA, de cocaïne, d'amphétamine et de 2C-B. En revanche, ils sont moins enclins à y acheter du cannabis. Ils invoquent surtout la qualité et le prix des produits, plus intéressants sur le *Dark web*, pour justifier cette pratique, ainsi que la fiabilité des annonces et le fait d'avoir accès à des produits difficiles à trouver sur le marché classique. Le succès relativement limité de ces plateformes, et sa plus grande utilisation par les forumeur·ses, pourrait aussi s'expliquer par la complexité des démarches nécessaires à l'acquisition des produits (achat de crypto-monnaies, navigation sur les *darknets*), qui découragerait les usager·es les moins qualifiés et les moins motivés (voir Kowalski, Hooker, & Barratt, 2019).

L'achat de drogues sur le *Dark web* est un mode d'acquisition qui donne accès à une grande variété de produits en provenance directe du producteur ou des grossistes, ce qui limite potentiellement les risques d'adultération et de surcoût liés aux commissions prises par les intermédiaires. Les utilisateur·rices des *darknets* sont généralement convaincus que ces plateformes confèrent au marché des drogues des qualités qui sont plus aléatoirement retrouvées sur les marchés classiques (pureté, prévisibilité, fiabilité et sécurité ; voir Van Hout & Bingham, 2013, 2014), ce qui augmenterait les expériences positives tout en réduisant les risques associés à l'usage. Le système d'évaluation et de retour d'expériences des utilisateur·rices présents sur les plateformes d'achat participe également à l'amélioration des connaissances et des risques associés à l'usage des produits (Bancroft & Reid, 2016 ; Van Hout & Bingham, 2013).

Tableau 32 : Achat de drogues sur le *Dark web* chez les usager·es belges de l'enquête Eurotox, 2019

	Wallonie (n=908) %	Bruxelles (n=601) %	Total (N=1.519) %	Forumeur·ses (N=226) %
Sur la vie	12,7	12,6	12,7	19,0
Au cours des 12 derniers mois	7,5	7,4	7,6	17,3
Produits achetés par les usager·es ayant effectué des achats sur le *Dark web* au cours des 12 derniers mois				
Ecstasy/MDMA	49,3	47,7	48,7	79,5
Cannabis	53,7	40,9	47,8	35,9
Cocaïne	28,4	40,9	32,2	41,0
LSD	31,3	31,8	31,3	43,6
Kétamine	28,4	31,8	28,7	43,6
Amphétamine	25,4	29,5	27,1	41,0
2C-B	19,4	18,2	19,1	30,8
Héroïne	9,0	6,8	7,8	7,7
Analgésiques opioïdes	9,0	2,3	6,1	5,1
Benzodiazépines	6,0	4,5	5,2	7,7
Médicaments stimulants	1,5	6,8	4,3	5,1
Fentanyl et dérivés	1,5	0,0	0,9	0,0
Autre	6,0	4,5	5,2	5,1

Source: Eurotox

6.5.8. PERSPECTIVES

On semble observer une augmentation de la consommation de psychostimulants (cocaïne, amphétamine, ecstasy) en Région bruxelloise et plus particulièrement chez les 25-34 ans, tant chez les hommes que chez les femmes. 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'augmentation de la consommation de psychostimulants est probablement liée à une évolution de l'offre et de la demande de ces produits. La disponibilité et la pureté de ces produits est en effet en augmentation. Ainsi, le marché de la MDMA s'est fortement redressé ces dernières années, les pilules étant grandement disponibles à un prix relativement bas (environ 7 euros par pilule) et avec une concentration en MDMA en forte hausse. La forte disponibilité de la cocaïne dans les pays européens et en particulier en Belgique s'explique par différents facteurs (EMCDDA, 2018c) : l'augmentation de la culture de coca en Amérique du Sud (notamment liée à une diminution des opérations de destruction des cultures), l'amélioration et la rationalisation des procédés de transformation des feuilles de coca en cocaïne, l'augmentation de la transformation de la cocaïne en sa forme chorhydrate directement dans les pays européens (ce qui facilite sa dissimulation lors de la phase d'importation), la diversification des modes d'acheminement et d'approvisionnement des consommateurs

401 Le *Dark web* réfère à l'ensemble des contenus (sites, pages) 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.

402 Usager·es ayant utilisé activement ou passivement un ou plusieurs forums d'usager·es (eg. Psychoactif.org, psychonaut.com) au cours des 12 derniers mois

(cryptomarchés, call-center, applications de cryptage des communications…). Il est probable que l'augmentation de la consommation de psychostimulants 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 milieux festifs, 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). Comme nous le verrons dans la section consacrée aux conséquences socio-sanitaires, l'impact de l'augmentation de la consommation de psychostimulants (et en particulier de cocaïne) s'observe également au niveau des demandes de traitement pour une problématique d'assuétudes.

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'EMCDDA) et ont mis en évidence qu'entre le début des années 90 et la fin des années 2000, la pureté des produits s'est continuellement améliorée et que leurs prix ont progressivement diminué (lorsque l'on tient compte de l'inflation et de l'augmentation de leur pureté). Parallèlement, les saisies ont été relativement stables voire en augmentation, alors que les moyens répressifs alloués à la diminution de l'offre n'ont cessé de croître. Ces constats semblent invalider 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 problématiques précarisés 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.

LA KÉTAMINE : UN USAGE EN EXPANSION

Depuis environ trois ans, plusieurs signalements font état d'une consommation relativement répandue de kétamine, y compris en milieu festif selon les données récoltées par Modus Vivendi asbl. La kétamine[403] 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. Les demandes de traitement en lien avec un usage problématique de kétamine sont en augmentation en Belgique (voir Antoine, 2021) : on en dénombrait 196 en 2015 (dont 21 en produit principal), contre 575 en 2020 (dont 190 en produit principal). Elles sont majoritairement observées dans le nord du pays (en 2020 : 472 en Flandre, 72 en Wallonie, et 31 à Bruxelles).

403 Pour plus de détails sur ce produit, voir la brochure "Kétamine" éditée récemment par Modus Vivendi asbl. http://www.modusvivendi-be.org/spip.php?article55

LA MÉTHAMPHÉTAMINE : UNE NOUVELLE MENACE ?

La méthamphétamine (crystal meth, tina) est une drogue très en vogue en Amérique du Nord et popularisée par la série Breaking Bad. Elle est dérivée de l'amphétamine et synthétisée à l'aide de précurseurs que l'on retrouve dans les décongestionnants nasaux (éphédrine et ses dérivés). Elle se présente sous la forme de poudre blanche cristalline ou de cristaux, qui est le plus souvent fumée (et parfois injectée) en raison du «flash» puissant mais bref qu'elle engendre via ces modes d'administration, mais elle peut être aussi sniffée ou ingérée. La méthamphétamine est un stimulant qui augmente la vigilance, l'endurance et la confiance en soi. Elle génère un sentiment de puissance et d'extralucidité, associé à une euphorie importante, ce qui en fait un produit à haut risque de dépendance psychologique. Ces effets principaux peuvent durer plus de 24 heures.

L'usage de méthamphétamine paraît actuellement anecdotique en Belgique comparativement à celui des autres stimulants, probablement parce que les stimulants classiques (cocaïne et amphétamines) sont facilement disponibles avec un rapport qualité-prix satisfaisant pour l'usager·e. À l'heure actuelle, l'usage de ce produit semble ici particulièrement associé à la pratique du chemsex[404], au même titre que d'autres stimulants tels que la cocaïne, et les cathinones de synthèse (méphédrone, 3-MMC…). Néanmoins, l'usage de méthamphétamine semble s'accroître et pourrait sortir de la consommation «de niche» liée au chemsex. Ainsi, les saisies du produit sont en augmentation ces dernières années (voir Tableau 23), tout comme les demandes de traitement pour usage problématique : on en dénombrait 87 en 2015 en Belgique (dont 14 en produit principal), contre 171 en 2019 (dont 39 en produit principal) et 132 en 2020 (dont 42 en produit principal), principalement dans le nord du pays (en 2020, 74 en Flandre, 21 en Wallonie et 37 à Bruxelles[405]). De plus, plusieurs laboratoires clandestins de production de méthamphétamine ont été démantelés récemment en Belgique et aux Pays-Bas, impliquant des cartels mexicains qui visent manifestement à renforcer l'offre et stimuler la demande de ce produit en Europe.

N.B. : Nous invitons chaleureusement la lectrice ou le lecteur à se référer au Tableau de bord 2018 pour un focus sur le chemsex.

404 On parle de chemsex pour désigner le fait de consommer des produits psychoactifs dans le cadre de sessions sexuelles. Si une définition large peut s'appliquer tant aux relations hétérosexuelles qu'homosexuelles, le chemsex désigne toutefois un phénomène beaucoup plus spécifique et propre aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, le plus souvent en groupe.

405 Le nombre de demandes de traitement pour un usage problématique de méthamphétamine est toutefois proportionnellement plus élevé en Région bruxelloise, quand on tient compte de la taille de la population de chaque région.

6.6 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 (et en Belgique jusque récemment), 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*, sels de bain, encens, pot-pourri,…).

LES DIFFÉRENTES APPELLATIONS UTILISÉES POUR DÉSIGNER LES NSP

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. Le label *Research chemicals* (RC), *not for human comsumption* est souvent apposé aux NSP vendues sur des sites internet, afin de se dédouaner de toute responsabilité en cas d'incident suite à leur consommation ;
2) les molécules psychoactives qui sont spécialement synthétisées ou sélectionnées pour contourner les lois sur les drogues (d'où l'appellation *legal high*, c'est-à-dire euphorisants légaux).

Cette notion d'euphorisant légal est elle-même 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 de deux décennies 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, par exemple, être présentées sous forme végétale (après avoir été mélangées à des extraits inactifs).

6.6.1. LE CADRE LÉGISLATIF

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

Le changement de stratégie législative opéré avec l'Arrêté royal de 2017 permet une interdiction anticipative de nouvelles substances psychoactive 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).

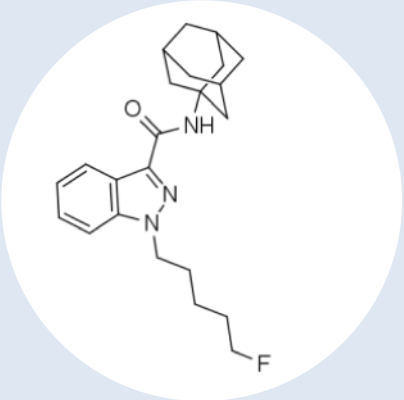
Ces textes sont davantage détaillés, contextualisés et commentés au chapitre 1.2.2. Le cadre légal fédéral.

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 NSP 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 proposés en 2013.

6.6.2. LA DISPONIBILITÉ ET L'OFFRE DE NOUVELLES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES 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

Le prix des NSP varie en fonction de la substance et de la quantité achetée, mais également en fonction du conditionnement. Il est considérablement moins élevé pour les produits de type *Research chemicals* que lorsque les produits ont été reconditionnés et soumis au marketing. À titre d'exemple, du 5F-AKB48 (un cannabinoïde de synthèse particulièrement puissant responsable de nombreuses intoxications) d'une pureté très élevée (plus de 90 %) coûte entre 5 et 20 euros le gramme suivant le RC shop et la quantité achetée. En comptant que la dose active est d'environ 1 à 2mg, ces produits peuvent donc être extrêmement compétitifs en termes de rapport qualité/prix par rapport aux drogues classiques, et particulièrement dangereux. Un produit composé de 3g d'herbe mélangée à du 5F-AKB48 supposément dosé à 8 % coûtera en revanche 15 euros. Ce type de mélanges est connu pour être très variablement dosé en principe actif, même au sein d'un même sachet, ce qui les rend particulièrement imprévisibles et dangereux. Enfin, une fiole de 5ml 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

(UNODC, 2013). Mais on constate ces dernières années une augmentation de leur production sur le territoire européen, en particulier des NSP 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'EMCDDA 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[406] 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 sites de vente a ensuite progressivement diminué.

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 29. Depuis 2016, le nombre de NSP est en diminution puisqu'il est tombé à 66, puis à 51 en 2017, 55 en 2018, 53 en 2019 et 46 en 2020. Le nombre total de nouvelles substances surveillées s'élève donc à environ 830. 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 (dit aussi EWS – Early warning system ; pour une présentation détaillée, voir le focus spécifique dans notre tableau de bord 2019) 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, 5 en 2018, 12 en 2019 et 8 en 2020.

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 NSP 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.

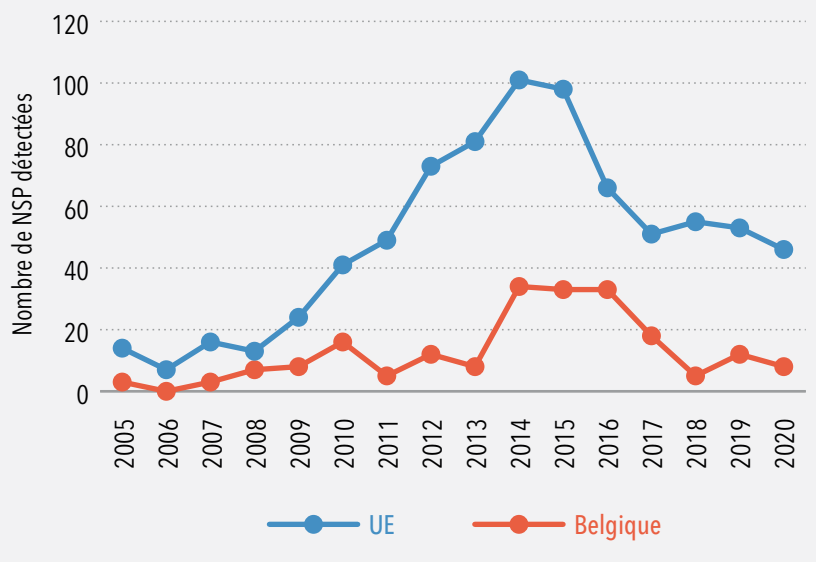
Dans toute l'Europe (États membres + Norvège et Turquie), les services répressifs ont déclaré près de 34.800 saisies de nouvelles substances psychoactives au EWS en 2019 (EMCDDA, 2021), alors qu'elles s'élevaient à 65.000 en 2018 (EMCDDA, 2020). Les NSP saisies en 2019 avoisinaient les 2,7 tonnes, principalement sous forme de poudre. Les cathinones synthétiques[407] et les cannabinoïdes de synthèse[408] représentaient à eux seuls 60 % des saisies,

406 Internet Tools for Research in Europe on New Drugs.

407 Catégorie de substances ayant une structure moléculaire et des effets semblables aux amphétamines.

408 Catégorie de substances ayant une structure moléculaire et des effets semblables au Δ9-THC, principal principe actif du cannabis. Un total de 209 nouveaux cannabinoïdes de synthèse ont été détectés en Europe depuis 2008, dont 11 ont été signalés pour la première fois en 2020. En 2019, 18.700 saisies de cannabinoïdes ont été signalées en Europe, pour un total de 900 kg.

Figure 29 : Nombre de NSP détectées pour la première fois en Belgique et en Europe de 2005 à 2020



Sources : EMCDDA (2021) & Belgian national focal point (2021), National reporting package EMCDDA. Not published contribution, Sciensano, Brussels

les arylcyclohexylamines[409] environ 10 %, les benzodiazépines 3,8 %, et les opioïdes 1,2 %. Les saisies de phénéthylamines[410] et des autres NSP (catégorie «autres») ne sont malheureusement pas documentées dans le dernier rapport de l'EMCDDA.

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 35 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, MDMB-4en-PINACA, 4F-MDMB-BICA, CUMYL-4CN-BINACA, 4F-iBF, THF-F, carfentanil, cyclopropylfentanyl, methoxycetylfentanyl et isotonitazène. Ces procédures ont abouti à l'interdiction d'environ deux tiers de ces substances à l'échelle de l'UE.

409 Catégorie de substances chimiquement proches ou dérivées de la phéncyclidine (PCP) ou de la kétamine.

410 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.

6.6.3. L'USAGE DE 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 Région bruxellois : la prévalence de l'usage de NSP au cours des 12 derniers mois (enquête HIS 2018).

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 Région bruxelloise, puisqu'il ne concernerait que 0,06 % des 15-64 ans, un niveau de prévalence inférieur mais statistiquement équivalent à celui observé en 2013 (0,3 %). 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.

6.6.4. L'USAGE DE NOUVELLES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES JEUNES

LES INDICATEURS

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). Malheureusement, aucun eurobaromètre sur les drogues n'a été réalisé depuis 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 répondant·es belges et européens[411] âgés de 15 à 24 ans (voir tableau 30). 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

411 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 répondant·es 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.

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 ayant développé 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, 67 nouveaux opioïdes de synthèse ont été détectés sur le marché européen des drogues, dont 11 en 2018, 8 en 2019 et 10 en 2020. En ce qui concerne les benzodiazépines, une trentaine de nouvelles molécules sont apparues sur ce marché durant la même période.

En 2019, 430 saisies d'opioïdes de synthèse ont été enregistrées en Europe, pour un total de 17 kg. 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 2019, 1.334 saisies de nouvelles benzodiazépines (c'est-à-dire non réglementées en tant que produit pharmaceutique) ont été enregistrées en Europe. Le nombre de saisies a considérablement diminué par rapport à 2018.

Tableau 30 : Prévalence de la consommation de *legal highs* chez les Belges et les Européen·nes 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				

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 répondant·es 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[412]) ont déjà consommé au moins une fois un euphorisant légal.

Les jeunes qui ont consommé des *legal highs* au cours des 12 derniers mois[413] 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). 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 répondant·es les a consommées seul·e et en privé (15 % des Européen·nes et 9 % des Belges), ce qui peut s'avérer particulièrement dangereux en cas de complications.

413 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.

412 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.

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 et 2020 suite à la consommation d'e-liquide contenant des cannabinoïdes de synthèse (dont le fameux Buddha Blues).

6.6.5. L'USAGE DE NOUVELLES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES 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 2018. En nous focalisant sur la Région bruxelloise, le seul indicateur disponible est le suivant et il a été récolté pour la première fois en 2018 : l'usage sur la vie (au moins un jour) de nouvelles substances psychoactives (*legal highs*, *Research chemicals*, cannabis de synthèse…).

Bien que l'enquête HBSC 2018 portait sur les comportements de santé des élèves de 5e et 6e primaire ainsi que de l'ensemble des élèves de l'enseignement secondaire, les questions sur la consommation de drogues et de médicaments psychotropes n'ont été posées qu'à partir de la 3e secondaire. La classe d'âge des élèves de moins de 15 ans ne comprend que les élèves à minima en 3e secondaire. De même, 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. Pour ces raisons, les différences d'âge sont fournies à titre indicatif et doivent être considérées avec prudence.

LA SITUATION EN 2018

La prévalence de l'**usage au cours de la vie de nouvelles substances psychoactives** était était de 1,9 % chez les élèves scolarisés dans l'enseignement secondaire (3e et plus) francophone de la Région bruxelloise. Les différences de genre et d'âge ne sont pas significatives. L'usage de ces produits est majoritairement occasionnel (1 à 2 sessions de consommation), et seulement 3 élèves (sur les 31 ayant déclaré en avoir consommé, soit 9,7 % des usager·es) ont déclaré en avoir consommé 30 fois (jours) ou plus.

Tableau 31 : Prévalence de la consommation au cours de la vie de nouvelles substances psychoactives chez les élèves scolarisés dans l'enseignement secondaire (3e et plus) francophone de la Région bruxelloise, par âge et par genre, 2018

	Moins de 15 ans %	15-16 ans %	17-18 ans %	19 ans et + %	Total %
Garçons (n=721)	0,0	3,1	2,1	0,9	2,2
Filles (n=901)	2,2	0,3	2,1	3,1	1,7
Total (N=1.622)	1,3	1,6	2,1	2,1	1,9

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

6.6.6. L'USAGE DES NOUVELLES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES USAGER·ES DE DROGUES EN BELGIQUE FRANCOPHONE

L'enquête Eurotox[414] 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 forumeur·ses sont beaucoup plus enclins à avoir consommé des NSP que les autres répondant·es, quel que soit l'indicateur.

414 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.

415 Usager·es ayant utilisé activement ou passivement un ou plusieurs forums d'usager·es (eg. Psychoactif.org, psychonaut.com) au cours des 12 derniers mois.

416 22 répondant·es ne s'identifiaient ni comme homme ni comme femme. Iels ne sont donc repris que dans le total. Et 41 répondant·es habitaient en Flandre.

Tableau 32 : Prévalence d'usage de NSP parmi les usager·es belges de l'enquête Eurotox, 2019

NSP		Wallonie (n=1.028) %	Bruxelles (n=678) %	Forumeur·ses[415] (N=226) %	Total (N=1.747)[416] %
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	5,0	5,0	6,6	4,9
	Occasionnel	1,3	1,3	1,8	1,3
	Régulier	0,5	0,7	0,4	0,6
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	5,1	7,7	14,6	6,2
	Régulier	4,4	3,5	8,0	4,0
Usage sur la vie		16,3	18,2	31,4	17,0
Usage 12 derniers mois		9,5	11,2	22,6	10,2
Usage 30 derniers jours		8,1	9,4	21,1	8,7

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

Ainsi, près d'un tiers d'entre eux en ont déjà consommé au moins une fois. L'usage au cours des 30 derniers jours est également particulièrement élevé (20,8 %), et près de 1 forumeur·se sur 10 déclare en consommer régulièrement au moment de l'enquête.

La majorité des usager·es de NSP (85,7 %) ont consommé des drogues classiques avant de consommer ces nouveaux produits. En outre, ils n'ont généralement pas remplacé leur usage de drogues classiques par celui de NSP (89,2 %). Aucune différence n'est observée en fonction du statut d'utilisation des forums d'usagers.

Les personnes ayant consommé au moins une fois des NSP 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 forumeur·ses rapportent davantage avoir consommé des NSP parce qu'ils/elles aiment tester de nouveaux produits ou en raison de leur disponibilité sur internet, ainsi que parce qu'elles sont moins chères que les drogues classiques. En revanche, ils/elles invoquent moins l'opportunisme comme raison principale. Les raisons évoquées pour justifier la consommation de NSP sont 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 usager·es opportunistes qui consomment ces produits lorsque l'occasion se présente, les usager·es intéressés par les états modifiés de conscience ou psychonautes, les usager·es qui cherchent à éviter d'être positifs aux tests antidrogues, les usager·es qui cherchent à rester dans la légalité ou encore les usager·es intéressés par le faible coût d'achat des NSP), qui pourraient avoir des profils d'usage, voire des profils sociodémographiques distincts (Gruslin, 2019 ; Simonis et al., 2020). Les forumeur·ses sont particulièrement enclins à consommer des NSP par psychonautisme[418], mais aussi parce que ces produits sont moins onéreux et disponibles sur Internet.

En ce qui concerne les sources d'approvisionnement, la plupart des usager·es déclarent les avoir obtenus via un ami·e (53,3 %), ce qui suggère que ces produits sont souvent consommés par opportunisme. Les sources d'approvisionnement restent néanmoins variées, comme on peut le voir dans le tableau 34. Les forumeur·ses sont davantage enclins que les autres usager·es à en avoir acheté sur des sites web de vente de *Research chemicals* ou sur le *deepweb/darknet*.

417 Réponses manquantes : 69 (23,2 %).

418 Le psychonautisme est un néologisme inventé par le poète allemand Ernst Jünger, qui désigne le recours aux substances psychoactives dans le but d'induire des états modifiés de conscience qui permettent d'explorer le psychisme humain.

419 Réponses manquantes : 69 (23,2 %).

Tableau 33 : Sources d'approvisionnement des NSP parmi les usager·es ayant déclaré en avoir déjà consommé, 2019

	Wallonie (n=103) %	Bruxelles (n=120) %	Forumeur·ses (N=66) %	Total (N=229[417]) %
Ami (don ou vente)	47,1	59,6	43,3	53,3
Site web de Research Chemicals	22,3	19,2	29,8	20,7
Deepweb/darknet	15,7	18,3	22,4	16,9
Dealer connu	37,2	25,0	23,9	32,1
Smartshop	29,0	24,1	23,9	26,5
Site web de *Legal Highs*	14,1	6,7	7,5	10,4
Dealer inconnu	19,8	17,3	25,4	19,0
Autre	6,6	9,8	4,5	7,8

Source : Eurotox

Tableau 34 : Raisons de la consommation de NSP parmi les usager·es ayant déclaré en avoir déjà consommé, 2019

	Wallonie (n=103) %	Bruxelles (n=120) %	Forumeur·ses (N=66) %	Total (N=229[419]) %
Opportunisme (via un proche/connaissance)	48,3	63,1	48,5	55,9
Aime tester des nouveaux produits	46,7	48,5	68,2	48,0
Disponibilité sur Internet	24,2	23,3	33,3	24,0
Légalité	19,2	14,6	16,7	16,6
Meilleure qualité (pureté) que les drogues classiques	12,5	12,6	10,6	13,1
Disponibilité dans des smartshops	14,2	7,8	7,6	10,9
Moins chères que les drogues classiques	15,0	3,9	12,1	9,6
Plus puissantes que les drogues classiques	5,8	6,8	9,1	6,1
Peu détectable dans les tests urinaires/salivaires	4,2	1,0	0,0	2,6
Packaging attractif	2,5	3,9	1,5	2,2
Autre	0,8	1,9	0,0	1,3

Source : Eurotox

Tableau 35 : Types de NSP consommées durant les 30 derniers jours par les usager·es actifs, 2019	Wallonie (n=81) %	Bruxelles (n=62) %	Forumeur·ses (N=47) %	Total (N=148) %
Hallucinogènes (triptamines…)	43,2	54,8	59,6	49,3
Cannabis de synthèse (type spice)	45,6	30,7	19,1	38,5
Stimulantes (cathinones…)	29,6	29,1	36,2	28,3
Cannabinoïdes de synthèse (type RC)[420]	33,3	22,5	14,9	27,9
Benzodiazépines (étizolam, diclazépam…)	23,5	19,4	27,7	22,3
Dissociatives (Méthoxétamine, 3-MéO-PCP…)	20,9	19,4	25,5	21,0
Opioïdes et apparentés (MT-45, fentanyloïdes…)	4,9	6,4	2,1	5,5
Autre	12,3	4,8	6,4	9,4

Source : Eurotox

Tableau 36 : Raisons de la non-consommation de NSP parmi les personnes ayant déclaré n'en avoir jamais consommé, 2019	Wallonie (n=843) %	Bruxelles (n=537) %	Forumeur·ses (N=155) %	Total (N=1.414[421]) %
Ne connait pas assez ces substances	44,0	47,1	47,1	45,3
Jamais entendu parler de NSP	37,5	41,0	22,6	38,7
Jamais eu l'opportunité	33,0	37,6	49,7	34,7
Les NSP peuvent être dangereuses pour la santé	26,6	22,0	19,4	25,1
Qualité satisfaisante des drogues classiques	19,6	18,8	25,2	19,1
Ne préfère pas acheter des drogues sur Internet	18,5	16,8	21,3	17,8
Accessibilité élevée des drogues classiques	14,4	14,3	22,6	14,1
Prix satisfaisant des drogues classiques	3,1	5,0	2,6	3,7
Pas d'envie/intérêt	4,0	3,5	1,9	3,7
Prix trop élevé des NSP	1,4	0,2	1,3	0,9
Connait des personnes qui ont eu des problèmes de santé à cause des NSP	2,6	2,2	1,3	2,4
Autre	3,5	2,6	3,3	3,1

Source : Eurotox

Comme on peut le voir dans le tableau 35, 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 consommés plus exceptionnellement (5,3 %). Parmi les usager·es actifs de NSP, les forumeur·ses sont plus enclins a déclaré avoir consommé des NSP hallucinogènes au cours des 30 derniers jours que les non-forumeur·ses. À l'inverse, ils sont moins enclins que ces dernier·es à avoir consommé des cannabinoïdes de synthèse (type Spice ou type RC).

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 ; 3) la pratique de l'achat de drogues en ligne n'est pas un mode d'acquisition de produits très répandu. 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. Ces 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

420 Sous forme de poudre vendue comme *Research chemicals*.

421 Réponses manquantes : 35 (2,4 %).

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 forumeur·ses évoquent plus fréquemment que les autres usager·es le manque d'opportunité et l'accessibilité élevée des drogues classiques.

*Nous renvoyons le lecteur intéressé vers la brochure «**Milieux virtuels et usage de drogues en Belgique francophone : une étude exploratoire**», disponible sur notre site Internet, pour une présentation et discussion détaillées des liens entre usages de drogues et consultation des forums d'usager·es.*

6.6.7. PERSPECTIVES

La consommation de NSP est insuffisamment documentée en Belgique et *a fortiori* en Région bruxelloise. 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 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 sanitaire 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. La crise sanitaire liée à la COVID-19 aurait pu potentiellement raviver l'offre et la demande de ce type de produits dans notre pays, en particulier en cas de pénurie de drogues classiques sur le territoire belge ou de flambée des prix. Cela ne semble pas avoir été le cas. 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 des 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[422]. 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*[423] 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. Le système d'alerte précoce est quant à lui décrit de manière détaillée dans un focus spécifique de notre tableau de bord 2019.

422 Pour une présentation critique de cette loi, voir 1.2.2.

423 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.

6.7

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[424].

À noter que les conséquences socio-sanitaires de la polyconsommation seront abordées dans un chapitre dédié.

6.7.1. 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.

424 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 SITUATION EN 2018

Près de 5 % de la population bruxelloise 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 (6,6 %) que les femmes (3,1 %). Elle est plus répandue chez les hommes de 25 à 34 ans. La polyconsommation augmente avec le niveau d'instruction (primaire ou inférieur : 0,7 % ; secondaire inférieur : 1,4 % ; secondaire supérieur : 3,4 % ; études supérieures : 5,9 %).

TENDANCES ET ÉVOLUTION

La polyconsommation de drogues illégales au cours des 12 derniers mois est en augmentation en Région bruxelloise entre 2008 et 2018, en particulier chez les hommes.

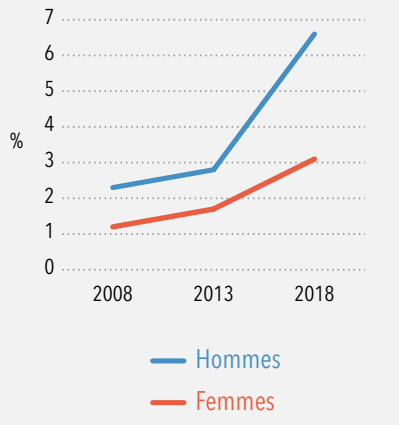
La polyconsommation de drogues illégales au cours des 12 derniers mois semble en diminution chez les hommes de 15-24 ans, alors qu'elle est stable chez les femmes du même âge. En revanche, elle est en nette augmentation chez les 25-34 ans (hommes et femmes), ainsi que chez les hommes de 35-44 ans.

Tableau 37 : Polyconsommation (usage de plusieurs drogues illicites) en Région bruxelloise, par âge et par genre, 2018

	15-24 ans % (n=97)	25-34 ans % (n=253)	35-44 ans % (n=306)	45-54 ans % (n=259)	55-64 ans % (n=249)	Total % (N=1.164)
Prévalence de la polyconsommation de drogues illicites au cours des 12 derniers mois						
Hommes	3,8	12,2	7,9	4,4	0,5	6,6
Femmes	4,5	9,0	1,2	0,0	0,0	3,1
Total	4,2	10,5	4,3	2,1	0,2	4,8

Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

Figure 30 : Évolution de la polyconsommation de drogues illégales au cours des 12 derniers mois en Région bruxelloise, 2008-2018



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

Ces évolutions doivent être considérées avec prudence en raison des erreurs de mesures inhérentes aux petits échantillons de chaque tranche d'âge, en particulier chez les 15-24 ans.

6.7.2. LA POLYCONSOMMATION CHEZ LES ÉLÈVES DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

LES INDICATEURS

La polyconsommation n'est pas directement investiguée dans la population scolaire sur base de l'enquête HBSC. Nous avons néanmoins tenté de construire différents indicateurs de polyconsommation sur base de la consommation auto-rapportée d'alcool, de cannabis et des autres drogues (médicaments psychotropes compris) par les élèves de 3e secondaire et plus interrogés en 2018. 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. Ces indicateurs ne présument pas que ces produits ont été consommés au même moment ou de manière à en combiner les effets.

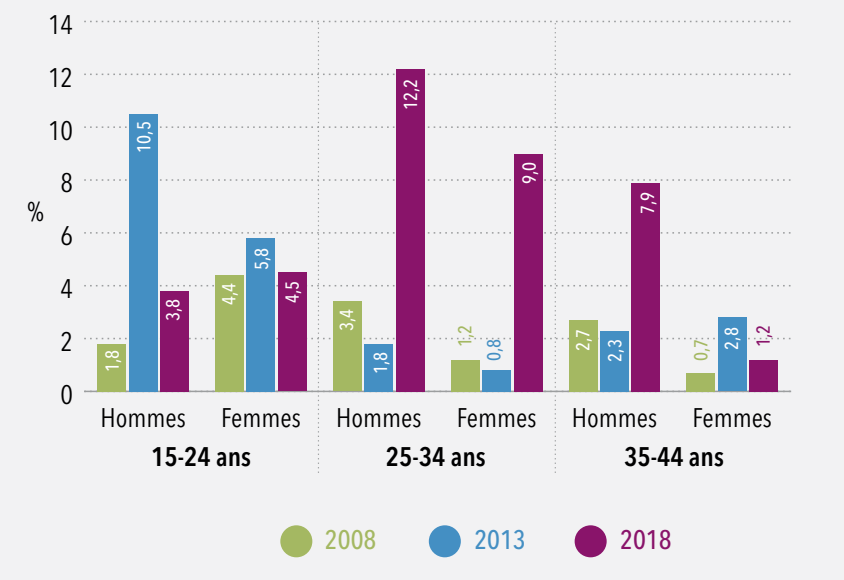
Bien que l'enquête HBSC 2018 portait sur les comportements de santé des élèves de 5e et 6e primaire ainsi que de l'ensemble des élèves de l'enseignement secondaire, les questions sur la consommation de drogues et de médicaments psychotropes n'ont été posées qu'à partir de la 3e secondaire.

LA SITUATION EN 2018

En 2018, la prévalence de la polyconsommation alcool-cannabis sur la vie était de 21,9 %, et celle au cours des 30 derniers jours de 10,1 %, parmi les élèves scolarisés dans l'enseignement secondaire francophone de la Région bruxelloise (3e année et plus). Un seul élève parmi tous les élèves interrogés a mentionné consommer quotidiennent de l'alcool et du cannabis. La polyconsommation sur la vie d'alcool et d'une autre drogue que le cannabis s'élevait à 10,8 %, et celle de cannabis et d'une autre drogue à 8,8 %. La polyconsommation, telle qu'estimée par ces indicateurs, est globalement plus fréquente chez les garçons que chez les filles.

Plus d'un tiers des élèves de 3e secondaire et plus interrogés (38,3 %) n'ont expérimenté aucune substance psychoactive au cours de leur vie (alcool compris, hors tabac). Un autre tiers (36,3 %) n'a expérimenté qu'un seul produit, 16,5 % deux produits et 8,9 % trois produits ou plus. Le nombre moyen de produits consommés chez ces élèves est de 1,27 chez les garçons et de 1,14 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 : 0,87 produit chez les moins de 15 ans, 0,9 produits chez les 15-16 ans, 1,1 produits chez les 17-18 ans et 1,25 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 32.

Figure 31 : Évolution de la polyconsommation de drogues illégales au cours des 12 derniers mois en Région bruxelloise, par tranche d'âge, 2008-2018



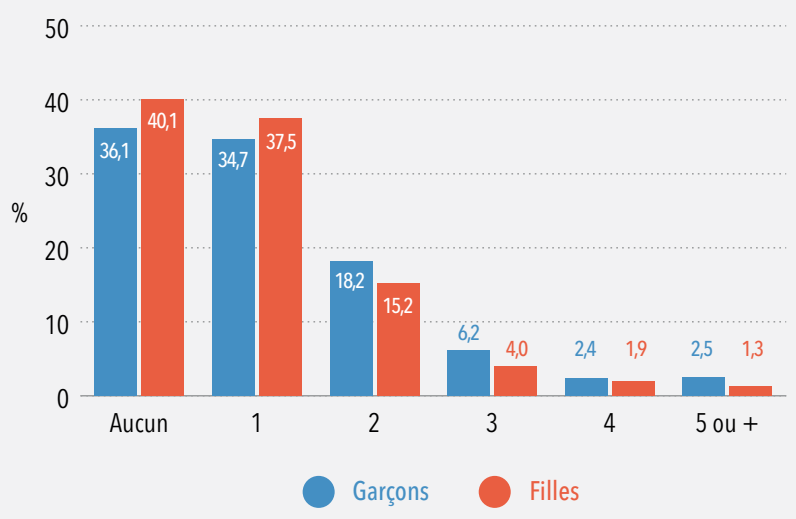
Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

Tableau 38 : Prévalence de la polyconsommation d'alcool et de drogues chez les élèves de 15 ans et plus scolarisés dans l'enseignement secondaire francophone (3e année et plus) de la Région bruxelloise, par genre, 2018

	Garçons (n=721) %	Filles (n=901) %	Total (N=1.622) %
Consommation d'alcool et de cannabis au cours de la vie	25,9	18,8	21,9
Consommation d'alcool et de cannabis au cours des 30 derniers jours	14,0	7,1	10,1
Consommation quotidienne d'alcool et de cannabis	0,15	0,00	0,06
Consommation d'alcool et d'une autre drogue que le cannabis au cours de la vie	12,5	9,4	10,8
Consommation de cannabis et d'une autre drogue au cours de la vie	10,5	7,4	8,8

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

Figure 32 : Nombre de produits psychoactifs[425] consommés au cours de la vie par les élèves scolarisés dans l'enseignement secondaire (3e année et plus) francophone de la Région bruxelloise, par genre, 2018



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

425 Alcool, cannabis, tranquillisants/somnifères, codéine, et autres drogues illicites (à l'exception du tabac).

6.7.3. LA POLYCONSOMMATION CHEZ LES USAGER·ES DE DROGUES EN BELGIQUE FRANCOPHONE

L'enquête Eurotox[426] menée en 2019 auprès d'un certain nombre d'usager·es de drogues vivant en Belgique francophone s'intéressait aussi à la polyconsommation à l'aide de plusieurs indicateurs : le nombre de produits[427] consommés au cours la vie, le nombre de produits consommés au cours des 12 derniers mois et le nombre de produits consommés des 30 derniers jours. En outre, pour appréhender l'intensité de l'usage, nous avons calculé un score global sur base de la fréquence d'usage des produits au cours des 30 derniers jours. Concrètement, un sous-score de 0 était attribué lorsqu'un produit n'avait pas été consommé, un sous-score de 1 lorsqu'il avait été consommé 1 seul jour, un sous-score de 2 lorsqu'il avait été consommé 2 à 4 jours, un sous-score de 3 lorsqu'il avait été consommé 2 à 3 jours par semaine, un sous-score de 4 lorsqu'il avait été consommé 4 à 6 jours par semaine, et un sous-score de 5 lorsqu'il avait été consommé tous les jours. Le score d'intensité correspondait à la somme des différents sous-scores[428].

426 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.

427 Hors tabac.

428 La limite de cet indicateur est qu'un même score peut correspondre à des pratiques clairement distinctes : un score global de 5 peut correspondre, par exemple, à la situation d'une personne qui ne consomme qu'un seul produit mais de manière quotidienne, ou à celle d'une personne qui en a consommé cinq mais chacun à une seule reprise (jour) au cours des 30 derniers jours. Un score supérieur à 15 correspond, par exemple, à la situation d'une personne qui consommerait trois produits distincts de manière quotidienne, et en aurait consommé un quatrième à une seule reprise. À noter que l'indicateur d'intensité de l'usage dépend dans une certaine mesure du nombre de produits consommés au cours des 30 derniers jours (la corrélation entre les deux indicateurs est d'ailleurs très élevée : 0,86). Par conséquent, le nombre de produits consommés au cours des 30 derniers jours sera pris en compte comme covariable lors de l'examen de différences de groupe au niveau de l'intensité de l'usage, et ce afin d'en neutraliser l'impact.

La quasi-totalité des usager·es (93 %) ont consommé au moins 2 produits différents au cours de leur vie, la moyenne du nombre de produits consommé étant 6,85 produits. En ce qui concerne l'usage au cours des 12 derniers mois, 90 % des usager·es ont consommé au moins 2 produits, la moyenne des produits consommés étant de 4,22 produits. Enfin, l'usage d'au moins 2 produits au cours des 30 derniers jours concernait 83,4 % des usager·es, la moyenne des produits consommés étant de 3,17 produits. Au total, deux tiers des usager·es (69,3 %) ont consommé au moins 5 produits au cours de leur vie, un peu plus d'un tiers (38,3 %) au cours des 12 derniers mois, et un cinquième (20,1 %) au cours des 30 derniers jours. Le nombre moyen de produits consommé au cours de la vie, au cours des 12 derniers mois, et au cours des 30 derniers jours est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Le nombre de produits consommé au cours de la vie augmente progressivement avec l'âge, alors que le nombre de produits consommé au cours des 12 derniers mois et des 30 derniers jours subit une évolution en cloche (il augmente jusqu'environ 24 ans, puis diminue progressivement).

En ce qui concerne l'intensité de l'usage au cours des 30 derniers jours, le score est de 5 au 25e percentile[431], de 7 au 50e percentile[432] et de 10 au 75e percentile[433] ; et le score moyen est de 8,1 : ce score moyen correspond, par exemple, à la situation d'une personne qui aurait consommé 2 produits distincts à une fréquence de 4 à 6 jours par semaine, ou à celle d'une personne qui aurait consommé 1 produit chaque jour ainsi que 3 autres à une seule reprise. Les hommes ont un usage plus intense que les femmes (score moyen : 8,35 *versus* 7,46), mais la différence n'est plus significative après prise en compte du nombre total de produits consommés au cours des 30 derniers jours. Autrement dit, les hommes ont récemment consommé une plus grande variété de produits que les femmes, mais pas de manière plus régulière. En revanche, l'intensité de l'usage ne varie pas en fonction de l'âge.

Le nombre de produits consommés au cours de la vie, au cours des 12 derniers mois et au cours des 30 derniers jours est significativement plus élevé chez les forumeur·ses que chez les non-forumeur·ses. L'intensité de l'usage est également plus élevé chez les forumeur·ses, mais cette différence n'est pas significative après prise en compte du nombre total de produits consommés au cours des 30 derniers jours. Autrement dit, les forumeur·ses consomment une plus grande variété de produits, mais pas forcément de façon plus régulière. Ainsi, près de 1 forumeur·ses sur 2 (44,2 %) a consommé au moins 5 produits différents au cours des 30 derniers jours, alors que les non- forumeur·ses sont nettement moins nombreux à consommer autant de produits distincts (16 %).

Les différents types (ou intentions) de polyconsommation et leur fréquence de survenue au cours des 30 derniers jours

Tableau 39 : Nombre de produits[429] consommés sur la vie, au cours des 12 derniers mois et au cours des 30 derniers jours et intensité de l'usage au cours des 30 derniers jours parmi les usager·es belges de l'enquête Eurotox, 2019

	Wallonie (n=1.028)	Bruxelles (n=678)	Forumeur·ses (N=226)	Total (N=1.747)
Nbr de produits consommés au cours de la vie				
Moyenne	6,6	7,28	8,77	6,85
1 produit (%)	0,0	0,1	0,0	0,1
2 produits (%)	10,0	5,9	1,3	8,5
3 produits (%)	13,1	10,6	4,4	12,0
4 produits (%)	10,1	10,0	4,0	10,2
5 produits ou + (%)	66,7	73,3	90,3	69,3
Nbr de produits consommés au cours des 12 derniers mois				
Moyenne	4,05	4,47	6,1	4,22
0 produit (%)	0,6	0,7	0,0	0,6
1 produit (%)	10,5	7,8	0,9	9,4
2 produits (%)	21,0	17,4	8,0	19,5
3 produits (%)	19,8	18,3	11,5	19,3
4 produits (%)	12,0	13,9	7,5	12,8
5 produits ou + (%)	36,1	41,9	72,1	38,3
Nbr de produits consommés au cours des 30 derniers jours	Wallonie (n=908)	Bruxelles (n=601)	Forumeur·ses (N=226)	Total (N=1.546[430])
Moyenne	3,07	3,31	4,39	3,17
0 produit (%)	1,4	0,3	0,0	1,0
1 produit (%)	16,3	15,1	5,8	15,6
2 produits (%)	29,2	24,6	17,7	27,7
3 produits (%)	21,5	24,8	19,5	22,7
4 produits (%)	12,3	13,6	12,8	12,9
5 produits ou + (%)	19,3	21,5	44,2	20,1
Intensité de l'usage au cours des 30 derniers jours				
Score moyen	7,96	8,28	10,6	8,1
Score <6 (%)	36,2	31,1	15,9	33,8
Score 6-10 (%)	39,5	43,3	42,5	41,5
Score 11-15 (%)	16,4	18,0	26,5	16,9
Score >15 (%)	7,8	7,7	15,0	7,7

Source : Eurotox

429 Alcool, médicaments psychotropes, drogues illégales ou nouvelles substances psychoactives (tabac exclu). À noter que pour les NSP, le nombre précis de produits distincts n'est pas connu pour l'usage sur la vie ainsi qu'au cours des 12 derniers mois. Par conséquent, nous avons pris l'option de comptabiliser cette classe de produits comme un seul produit pour tous les indicateurs.

430 Réponses manquantes : 201 (11,5 %).

431 Ce qui signifie que 25 % des usager·es ont un score égal ou inférieur à 5.

432 Ce qui signifie que 50 % des usager·es ont un score égal ou inférieur à 7.

433 Ce qui signifie que 75 % des usager·es ont un score égal ou inférieur à 10 (et que 25 % ont un score supérieur à 10).

Tableau 40 : Motifs de polyconsommation au cours des 30 derniers jours parmi les usager·es belges de l'enquête Eurotox, 2019					
	Jamais %	Rarement %	Parfois %	Souvent %	Toujours %
Par opportunisme (parce que l'occasion s'est présentée)					
Wallonie (N=668)	34,0	16,6	20,4	20,1	9,0
Bruxelles (N=465)	31,0	15,5	25,4	21,7	6,5
Forumeur·ses (N=212)	28,8	16,0	24,1	25,0	6,1
Total (N=1.164[434])	33,0	16,2	22,5	20,4	7,9
Pour augmenter l'intensité des effets recherchés					
Wallonie (N=668)	38,6	13,2	21,6	20,1	6,6
Bruxelles (N=465)	35,3	14,6	24,9	19,6	5,6
Forumeur·ses (N=212)	25,9	10,4	29,2	24,5	9,9
Total (N=1.164)	37,0	13,8	23,2	19,8	6,2
Pour prolonger des effets recherchés					
Wallonie (N=668)	48,1	14,7	17,8	15,0	4,5
Bruxelles (N=465)	45,2	15,3	21,1	14,4	4,1
Forumeur·ses (N=212)	35,8	14,2	25,5	17,5	7,1
Total (N=1.164)	47,0	14,9	19,2	14,7	4,3
Pour la défonce					
Wallonie (N=668)	32,5	14,2	20,2	22,5	10,6
Bruxelles (N=465)	31,4	18,1	24,1	19,4	7,1
Forumeur·ses (N=212)	23,1	16,0	24,5	27,8	8,5
Total (N=1.164)	32,3	15,8	21,5	21,3	9,1
Pour diminuer des effets indésirables d'un produit (fatigue, nervosité…)					
Wallonie (N=668)	54,0	13,9	18,7	10,2	3,1
Bruxelles (N=465)	52,5	14,2	17,4	11,8	4,1
Forumeur·ses (N=212)	41,0	15,6	24,1	16,5	2,8
Total (N=1.164)	53,5	14,2	18,1	10,7	3,5
Pour obtenir un nouvel effet induit par le mélange					
Wallonie (N=668)	66,5	12,7	13,2	5,4	2,2
Bruxelles (N=465)	62,4	16,3	12,0	7,7	1,5
Forumeur·ses (N=212)	49,1	16,5	19,8	10,8	3,8
Total (N=1.164)	65,2	14,0	12,5	6,3	2,0

Source : Eurotox

chez les usager·es ayant eu recours à la polyconsommation sur cette période sont détaillés dans le tableau 40. On remarquera que les raisons qui conduisent les usager·es a polyconsommer sont variées, mais que les plus fréquemment invoquées sont l'opportunisme, la défonce, et l'augmentation de l'intensité des effets recherchés.

434 Réponses manquantes : 327 (21,9 %)

6.8

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. Actuellement les classifications internationales (CIM 11 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 de critères diagnostics officiellement validés, bien que le trouble d'utilisation du jeu vidéo – en ligne – fasse progressivement sa place dans ces classifications (voir chapitre 6.9) et que des recherches soient actuellement en cours afin de déterminer s'ils peuvent être véritablement considérés comme des pathologies.

Plus globalement, différents comportements compulsifs sont reconnus et pris en charge par des thérapeutes dans de nombreux pays, y compris en Belgique (achat compulsif, comportement sexuel compulsif, usage excessif et compulsif de jeux de hasard et d'argent, trouble de l'usage de jeux vidéo, d'Internet et des réseaux sociaux, etc.). Cependant, elles ne sont actuellement pas dénombrées dans le cadre de l'indicateur de demande de traitement (voir chapitre 7.4).

6.8.1. LE CADRE LÉGISLATIF BELGE

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 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 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'Economie, de l'Intérieur, de la Santé publique et du ministre qui a la Loterie Nationale dans ses attributions. La Commission :
- Procède au contrôle des jeux de hasard et des établissements bénéficiant d'une licence ;
- Décide de l'octroi ou du refus de licences ;
- Protège les joueur·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 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). Originellement, en matière de publicité en ligne, les casinos

435 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).

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[435]	X	✓

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, entre autres, exagérer les chances de gain, créer ou entretenir une dépendance au jeu ou inciter à jouer abusivement, suggérer que le fait de gagner dépend uniquement de la connaissance du jeu, 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, sous-entendre que jouer est une manière de rembourser les factures et dettes, mettre en scène des sportifs ou des clubs sportifs qui jouent à des paris ou des jeux de hasard, etc.

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 sur internet, à la télévision ou à la radio 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 peuvent toutefois être diffusées après 20h, sauf en cas de diffusion d'une compétition sportive.

La Loterie nationale n'est pas soumise à ces textes de loi, elle est par contre obligée d'éditer et d'améliorer en continu son Code de publicité éthique et responsable, conformément à son contrat de gestion. Le Code est résolument semblable à l'arrêté royal du 25 octobre 2018 quant au contenu des publicités, communications ou actions promotionnelles. Le Jury d'éthique publicitaire est compétent pour évaluer le respect de ce Code (voir chapitre 6.1.1 pour en apprendre davantage sur le fonctionnement du JEP)[436].

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 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. Actuellement, aucune augmentation de cette limite ne peut être accordée[437]. Les publicités pour des bonus sont interdites, que ce soit à l'adresse de nouveaux joueur·ses ou de joueur·ses déjà inscrits. Elles ne peuvent pas ailleurs inciter à la participation en promettant une nouvelle participation ou le remboursement de la mise en cas de perte. Quant aux bonus offerts aux joueur·ses, ils ne doivent pas dépasser 275 euros par mois.

436 Le Code de publicité éthique et responsable de la Loterie nationale est consultable à l'adresse : https://www.jep.be/sites/default/files/rule_reccommendation/code_voor_ethische_reclame_fr.pdf

437 Compte rendu intégral, Commission de la Justice, 04/12/2019 ; Voir le site de la Commission des Jeux de Hasard.

LES OPÉRATEURS DE PARIS EN LIGNE VISENT LES JEUNES PERSONNES

Les opérateurs de paris en ligne sont fortement présents sur les réseaux sociaux, via leurs propres publications et des messages publicitaires. Certains observateurs relèvent que ceux-ci adoptent les références et codes des jeunes personnes (figures sportives, chanteur·ses, rappeur·ses, mèmes, blagues, controverses… en vogue ou d'actualité), proposent des offres et promotions alléchantes, ou encore concluent des partenariats avec des pages populaires auprès de ces publics (autour du football principalement). Les jeunes hommes sont plus spécifiquement visés. Les opérateurs de paris en ligne investissent particulièrement Snapchat et TikTok, qui sont des réseaux principalement fréquentés par des personnes mineures (Autorité Nationale des Jeux, 2021 ; Guillou-Landreat et al, 2021). Ces stratégies invitent les paris et jeux d'argent dans le quotidien des jeunes personnes (qui n'ont parfois pas encore l'âge de jouer légalement), normalisent le jeu et permettent de recruter des nouveaux joueur·ses.

La publicité ne se limite bien évidemment aux réseaux sociaux. Sponsoring d'évènements sportifs, pop-up internet, radio, télévision, journaux, jeux vidéo, etc., elle est omniprésente, expose les personnes mineures avant même qu'ils atteignent l'âge légal et rend le jeu d'argent acceptable, voire socialement désirable.

LES CRYPTOCASINOS

Les cryptocasinos sont des casinos en ligne où seules les cryptomonnaies circulent (bitcoin, litecoin, etc.). Leur notoriété s'est fortement développée ces derniers mois, notamment via des actions de promotion agressives et de sponsoring de jeunes streameurs et streameuses (i.e. une personne qui retransmet en direct ses activités en ligne, principalement ses parties de jeu vidéo ; ces retransmissions sont accessibles au public, sur des plateformes dédiées – la plus connue étant Twitch).

Ces cryptocasinos ne sont cependant pas légaux dans de nombreux pays européens, y compris la Belgique, parce qu'ils sont établis dans des paradis fiscaux. De plus, ils représentent un réel danger pour les jeunes personnes et les personnes ayant une histoire d'usage problématique.

Les publicités sur les sites de streaming atteignent facilement des personnes mineures (par exemple, Twitch compte environ 20 % de 11-18 ans)[438]. L'argent misé étant sous forme de cryptomonnaies, il n'est pas nécessaire d'être en possession d'une carte bancaire et un simple pseudonyme permet d'ouvrir un portefeuille virtuel. Si ces sites sont bloqués en Belgique, l'installation d'un VPN (*Virtual Protocol Network*) permet de contourner cet obstacle assez facilement[439].

438 Article «Qu'est-ce que Twitch, ce service vidéo dont tout le monde parle ?» de Chloé Woitier, Le Figaro, 11/03/2021 ; URL : https://www.lefigaro.fr/secteur/high-tech/qu-est-ce-que-twitch-ce-service-video-dont-tout-le-monde-parle-20210311

439 Article «Avec les cryptocasinos, rien ne va plus pour combattre l'addiction» d'Olivier Wurlod, Le Matin Dimanche, 29/08/2021, Suisse : Lausanne ; URL : https://avenue.argusdatainsights.ch/Article/AvenueClip?artikelHash=2f5112a2de694e0c98703db20d2cc5cc_EC0F0C5FBC04ECC353778FD20721CB1A&artikelDateiId=298201308

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 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. Depuis 2019, chaque débit peut également demander une licence pour deux jeux de hasard automatique à mise atténuée. Il s'agit de machine dont la mise maximale ne dépasse pas 2 euros et dont la perte moyenne horaire et limitée à 12,5 euros.

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.

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[440].

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

440 La loi de 2010 ne faisant pas encore l'objet d'arrêtés d'application, ce type de jeux médias n'est pas encore autorisé.

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[441]. Ces jeux relèvent en effet de la compétence du ministère chargé de l'Economie.

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[442].

441 Site de la Commission des jeux de hasard, URL : https://www.gamingcommission.be/opencms/opencms/jhksweb_fr/games/media/media/

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[443].

442 Site de la Commission des jeux de hasard, URL : https://www.gamingcommission.be/opencms/opencms/jhksweb_fr/establishments/Online/

443 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·ses 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[444].

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[445].

444 Question écrite de M. Dufrane à Mme Gréoli «Les problèmes d'assuétude liés au secteur du jeu» du 22/11/2017.

445 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[446] ;

2) La politique restrictive en matière de jeux de hasard n'est actuellement pas assez globale pour faire face à une offre

446 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).

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.

6.8.2. 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.

6.8.3. LES RECOMMANDATIONS DES EXPERT·ES

LES RECOMMANDATIONS DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ

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 Conseil supérieur de la santé formule les recommandations suivantes (2017)[447] :

447 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,

LES RECOMMANDATIONS DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ
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 RÉGULATION DU MARKETING ET DE LA PUBLICITÉ

Le business du jeu d'argent et de hasard est une des plus grosses industries, générant plus de 500 milliards de dollars par an. Il a considérablement grandi ces deux dernières décennies avec les progrès technologiques (internet, smartphones, tablettes…) (Bouguettaya et al, 2020). L'expansion du jeu en ligne peut s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment l'accès aux jeux et paris 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, le volume inépuisable de joueur·ses disponibles (par exemple pour jouer au poker), l'existence de sites de pratiques permettant aux joueur·ses de jouer sans investir de l'argent, et la publicité et le marketing promouvant les jeux en ligne et les paris comme accessibles et excitants (McMullan et Kervin, 2012).

La majorité des personnes parient seules et cette tendance est renforcée par la croissance exponentielle de l'accès aux jeux de paris via des sites internet et les applications sur smartphone ou tablette. Ces changements technologiques ont donc un impact sur les comportements (en renforçant l'accessibilité et la solitude voire l'isolement des joueur·ses), sur la régulation sociale du pari (qui s'exerce de moins en moins dans la sphère publique) et sur la dérégulation du marketing (qui se fait de plus en plus ciblée et omniprésente en ligne, au risque d'atteindre des personnes potentiellement vulnérables) (John et al, 2017).

Le marketing prend plusieurs formes, qui dépassent la simple publicité, contournant les interdictions en vigueur :

- Le sponsoring d'équipes, de stades, de sportifs, d'évènements de supporters, etc. est une forme de publicité indirecte qui s'avèrent efficaces pour développer des attitudes positives envers une enseigne (Maher et al, 2006) ; le sponsoring sportif plus particulièrement permet d'accroître l'attractivité d'une enseigne en créant un effet d'identification à celle-ci (Gwinner et Eaton, 1999) ;
- La publicité sur les lieux de vente (INSERM, 2014) ;
- Les paris «gratuits» et promotions «dans le jeu» qui incitent les mineur·es à se créer des comptes et à commencer à jouer (McGee, 2020) et invitent les joueur·ses à passer de sites de pratiques (sans mise) vers des sites de jeux de hasard et d'argent classique (avec mise) (Monaghan et al, 2008).

Avec la digitalisation massive des jeux de hasard et d'argent, le marketing s'est fortement individualisé et cible désormais les individus selon leur profil, leurs habitudes de jeux, leurs préférences, etc. au point d'être inévitable pour les populations-cibles. L'individualisation du marketing a notamment pour effet de rendre plus difficile la mesure dudit marketing et d'entrer en contact avec les usager·es vulnérables ou potentiellement problématiques (Newall et al, 2019). Parallèlement, l'industrie du jeu promeut ses enseignes dans des lieux et auprès de populations où la pratique du pari est déjà commune et davantage à risque de devenir problématique (en particulier les jeunes hommes, les personnes avec des difficultés à contrôler leurs pulsions, les quartiers dont les habitants ont majoritairement un statut socio-économique défavorisé) (Bouguettaya et al, 2020 ; John et al, 2017).

L'exposition au marketing de l'industrie du jeu et des paris a des effets sur les joueur·ses et les non-joueur·ses :

- Le marketing, et en particulier le *push marketing* (c'est-à-dire les messages et/ou publicités personnalisés envoyés aux joueur·ses inscrits sur un site de pari, les invitant à participer à l'un ou l'autre jeu ou pari, via un email, un sms ou encore un appel téléphonique) incite à jouer plus fréquemment et de manière plus risquée (Hing, Russell et Rawat, 2018) et est associé à des attitudes plus positives, à des intentions de parier plus importantes, à davantage de paris et à des usages plus problématiques (Bouguettaya et al, 2020) ;

- Les supports montrent des joueur·ses gagnant, participant de la sorte à baisser la perception du risque, ce qui a pour effet des joueur·ses qui parient plus longtemps et perdent plus d'argent, tout en croyant que ces paris sont moins risqués (Hing, Russell et Rawat, 2018) ;

- Les messages promus par le marketing contribuent au développement de comportements de jeu à risque, en particulier :
  - La pratique du pari sportif est présentée comme l'expression d'une réelle connaissance et d'un véritable amour du sport ; elle fait partie intégrante de la passion sportive (John et al, 2017 ; McGee, 2020)
  - Pour gagner et pour devenir un «gagnant», il faut investir de façon continue dans le jeu (McMullan et Miller, 2009)
  - Gagner est simple et important ; le nombre de perdants n'est pas évoqué (McMullan et Miller, 2009)
  - Tout le monde peut devenir riche en un jour ; tout le monde a un jour de chance qui lui permettra de gagner ; le jeu est une route rapide vers la richesse ; les probabilités de succès ne sont pas évoquées (McMullan et Miller, 2009 ; McGee, 2020).

- Même si certaines législations protègent les mineur·es de la publicité, force est de constater qu'ils y sont tout de même exposés. Or, les études s'intéressant aux connaissances des enfants et ados fans de sport, en Australie et au Royaume-Uni, montrent qu'ils se souviennent des noms, couleurs, apparence des enseignes de paris sportifs et que cela a un effet sur l'envie d'essayer de parier (Nyemcsok et al, 2018 ; Djohari et al, 2019) ;

- Les publicités pour les paris sportifs font monter un sentiment d'excitation (qui est chez les jeunes adultes la motivation la plus forte pour parier) (John et al, 2017).

d'adopter un cadre politique et réglementaire qui met l'accent sur la protection des joueur·ses contre la dépendance, d'abaisser le seuil de peur qui freine l'accès aux soins des joueur·ses problématiques, d'augmenter l'expertise des professionnel·les du soin et de la prévention.

CONSÉQUENCES NÉGATIVES LIÉES AU JEU PROBLÉMATIQUE[448]
Psychiques et physiques
› Troubles de la concentration et de la performance, anxiété, insomnie › État dépressif, angoisse › Modifications de la personnalité (p.ex. perte du sens des réalités ou manque d'intérêt pour d'autres sujets) › Développement d'une dépendance › Augmentation de la consommation d'alcool, de tabac et de médicaments avec un risque d'addiction › Augmentation du risque de suicide › Perte d'appétit › Transpiration excessive, tremblements, agitation motrice › Maux d'estomac et troubles intestinaux › Troubles d'ordre sexuel
Sociales et financières
› Dégradation de la situation financière pouvant déboucher sur l'endettement › Criminalité en vue de se procurer de l'argent › Isolement social › Effets négatifs sur le couple, la famille, le travail

Les connaissances scientifiques sont encore lacunaires et l'existant est en partie biaisé parce que financé par l'industrie du jeu. Or, elles permettent aux décideurs politiques et aux intervenant·es de terrain de prendre des décisions en adéquation avec la réalité et de mettre en œuvre des projets adaptés aux besoins et favorables à la santé.
Les chercheur·es invitent à développer des études notamment afin de mesurer l'exposition des jeunes et des personnes vulnérables au marketing en ligne et via les réseaux sociaux, de mieux comprendre les effets du marketing sur les comportements, les attitudes et les intentions vis-à-vis du jeu, ou encore de mieux appréhender les interactions entre, d'une part, la relation toujours plus symbiotique entre le sport et les paris, et, d'autre part, la consommation à risque de produits tels que l'alcool et le tabac (Bouguettaya et al, 2020 ; Newall et al, 2019 ; McGee, 2020).

La littérature scientifique épingle que, aux côtés des politiques de prix et de la réduction de la disponibilité, la limitation de la publicité est l'une des mesures ayant un rapport coût-efficacité le plus élevé pour réduire ces dommages, et que ces mêmes mesures pourraient être pertinentes pour lutter contre les dommages liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent (Bouguettaya et al, 2020). Et récemment, plusieurs pays ont adopté des politiques publiques restreignant la publicité pour les jeux, notamment l'Australie, l'Italie et la Belgique.

Limiter la publicité, comme le fait la Belgique (voir ci-dessus) ne suffit cependant pas, puisque l'offre de jeux est omniprésente et que les restrictions légales sont facilement contournables via les réseaux sociaux, le *push marketing*, le sponsoring, les *spams*, etc. et difficilement contrôlables. C'est pourquoi de telles restrictions doivent être complétées par l'éducation et la sensibilisation des usager·es, des personnes vulnérables et de la population générale, par le marketing social et d'autres interventions visant à construire la résistance des joueur·ses et améliorer la littératie digitale (Hing, Russell et Rawat, 2018 ; McGee, 2020).

Le marketing des jeux de hasard et d'argent, à l'instar du marketing pratiqué par l'industrie de l'alcool et celle du tabac, est conçu pour attirer la population et inciter à la consommation, en particulier des jeunes personnes, et ce, en dépit des interdictions (INSERM, 2014). Si limiter voire interdire le marketing n'est pas en soit suffisant, l'absence de toute régulation étatique entraîne(rait) dans tous les cas une augmentation de la publicité et des différentes formes de marketing, une augmentation de leur influence et, *in fine*, de plus grands dommages pour la société (Bouguettaya et al, 2020).

448 Addiction Suisse (2018) ; McGee (2020) ; John et al, 2017)

6.8.4. 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. Les bornes de paris sportifs ont ensuite également envahi de nombreuses librairies et de nombreux jeux et concours payant sont également proposés par les médias. Plus récemment, les sites de paris et de jeu en ligne se sont multipliés et les cryptocasinos se sont développés avec l'essor des cryptomonnaies. 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 41. 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 9 sites de casinos, 31 sites de salles de jeux et 24 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 180 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), 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 2020, le nombre d'exclusions des jeux de hasard et d'argent sur base du EPIS s'élevait à 272.033. Le nombre d'exclusion est cumulé d'année en année, c'est-à-dire que chaque année de nouvelles exclusions s'ajoutent à celles qui sont toujours en cours. Les levées d'exclusion sont possibles, mais doivent être solidement argumentées. La base de données n'est toutefois pas toujours à jour en ce qui concerne les levées d'exclusion. C'est ce qui explique pourquoi les nombres d'exclusions faisant suite à une décision judiciaire ou à un règlement collectif de dettes ont chuté de manière importante en 2020.

Si on exclut les personnes interdites en raison de leur profession, cela correspond à 213.575 exclusions, soit 2,32 % de la population belge âgée de 18 ans ou plus interdite de jeux pour des motifs préventifs ou curatifs. Ce pourcentage inclut donc une proportion de joueur·ses pathologiques, mais également des personnes «guéries» préférant maintenir l'interdiction afin de minimiser le risque de rechute, ainsi que des personnes protégées préventivement par le législateur ou un tiers (cf. règlement collectif de dettes et décision judiciaire). Si on ne prend en compte que les personnes exclues explicitement pour des motifs de jeux excessifs (exclusions volontaires ou via un tiers), il apparaît que 0,42 % de la population belge.

LE CADRE LÉGAL DU POKER

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 41 : Nombre de licences d'exploitation de jeux de hasard et d'argent, par type d'établissement, 2021[449]

		Belgique	Bruxelles	Wallonie
Hors ligne	Casinos	9	1	4
	Salles de jeux automatiques	174	11	87
	Cafés (bingos et jeux à mises atténuées)	5.825	961	2.079
	Agences de paris[450]	575	81	236
	Librairies (bornes de paris sportifs)	1.781	227	602
	Associations de course	5	0	1
En ligne	Casinos en ligne	9		
	Salles de jeux en ligne	31		
	Paris sportifs en ligne	24		
	Sites sur liste noire	180		

Source : Commission des jeux de hasard

449 Situation au 31 décembre 2021 telle que mentionnée sur le site de la CJH. À noter que certains établissements peuvent cumuler plusieurs licences (par exemple, un café qui disposeraient de 2 licences C pour bingos). Toutefois, pour l'offre de jeux en ligne, nous avons pris le parti de dénombrer le nombre de sites et non le nombre de licences, afin de proposer une vision plus fidèle de l'offre réelle.

450 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.

UNE ACCESSIBILITÉ CONTRÔLÉE ET LIMITÉE ?

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·ses 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.

Tableau 42 : Nombre d'exclusions des jeux de hasard, par motifs d'interdiction, Belgique, 2013-2020

	31/12/2013	31/12/2014	31/12/2015	31/12/2016	31/12/2017	31/12/2018	31/12/2019	31/12/2020
Décision judiciaire[451]	82.580	95.415	116.476	139.247	158.413	160.037	166.057	84.920
Règlement collectif de dettes[452]	86.638	122.434	122.601	116.503	113.923	109.023	100.628	90.208
Exclusions volontaires	19.670	21.985	24.322	26.782	29.319	32.468	35.390	37.741
Exclusions à la demande d'un tiers intéressé	89	130	220	314	409	511	643	706
Exclusion en raison de la nature de la profession	46.344	45.957	45.436	45.976	46.061	56.900[453]	57.927	58.458
Nombre d'exclusions[454] en date du 31 décembre	235.321	285.921	309.055	328.822	348.125	358.939	360.645	272.033

Source : Commission des jeux de hasard

6.8.5. 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 Région bruxelloise, 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.

LA SITUATION EN 2018

Un quart des Bruxellois·es 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 joueurs 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

451 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.

452 Les personnes en règlement collectif de dettes sont exclues quelles que soient les causes des dettes, car elles pourraient tenter de rembourser leurs dettes au moyen des jeux de hasard et d'argent. Il s'agit donc d'une mesure de précaution instaurée par le législateur.

453 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.

454 Le nombre total d'exclusions ne correspond pas à un nombre équivalent de personnes, car une même personne peut être exclue pour plusieurs motifs. Par exemple, en 2020, 1.165 personnes étaient à la fois exclues sur base volontaire et en vertu d'un règlement collectif de dettes.

moins jeunes (75 ans +), ce qui s'explique probablement par des motifs de légalité (l'usage étant interdit chez les mineurs) et de mobilité (les personnes âgées sont moins mobiles et peuvent donc plus difficilement se rendre dans les espaces de jeux ou dans les librairies, et elles jouent très peu 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 54 ans. L'usage de jeux de hasard et d'argent au cours des 12 derniers mois est un peu moins répandu chez les personnes les moins instruites (primaire ou inférieur : 19,5 % ; secondaire inférieur : 23,4 % ; secondaire supérieur : 26,4 % ; études supérieures : 26,8 %).

La prévalence de l'**usage hebdomadaire** des jeux de hasard et d'argent concerne 7,8 % des Bruxellois·es. L'usage concerne à nouveau davantage les hommes que les femmes, et il se distribue sur toutes les tranches d'âge. La prévalence de l'usage hebdomadaire augmente avec l'âge entre chez 15 et 44 ans, puis il se stabilise. L'usage hebdomadaire se fait surtout hors ligne : l'usage hebdomadaire en ligne ne concernant que 2 % des Bruxellois·es. L'usage hebdomadaire en ligne concerne davantage les hommes âgés entre 35 à 54 ans (environ 5 %). L'usage hebdomadaire des jeux de hasard et d'argent tend à évoluer en cloche avec le niveau d'instruction (primaire ou inférieur : 8 % ; secondaire inférieur : 8,6 % ; secondaire supérieur : 10,9 % ; études supérieures 6,7 %).

La prévalence de l'**usage quotidien** des jeux de hasard et d'argent concerne 0,2 % des Bruxellois·es.

En Région bruxelloise, 2,7 % de la population âgée de 15 ans et plus dépense au moins **40 euros par mois** dans des jeux de hasard et d'argent (4,5 % des hommes et 1 % 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, 5 Bruxellois·es sur 1000 présenteraient un risque de jeu pathologique (risque faible : 0,4 % ; risque moyen : 0 % ; risque élevé : 0,1 %). Il s'agit principalement d'hommes (1,1 % *versus* 0,2 % des femmes). La tranche d'âge la plus à risque est celle de 45-54 ans (2 %). Les personnes ayant atteint le niveau d'éducation du secondaire supérieur semblent plus à risque (1,8 %) 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.

Tableau 43 : Prévalence de l'usage annuel (12 derniers mois), hebdomadaire et quotidien des jeux de hasard et d'argent en Région bruxelloise, par âge et par genre, 2018

	15-24 ans % (n=123)	25-34 ans % (n=308)	35-44 ans % (n=367)	45-54 ans % (n=306)	55-64 ans % (n=284)	64-74 ans % (n=230)	75 ans et + % (n=150)	Total % (N=1.768)
Prévalence du recours aux jeux de hasard et d'argent (en ligne et hors ligne) au cours des 12 derniers mois								
Hommes	23,6	37,5	29,3	37,9	34,0	30,0	22,7	32,2
Femmes	8,9	23,5	18,3	21,6	26,8	15,8	16,6	19,8
Total	16,6	30,5	23,7	29,6	30,2	22,3	19,0	25,7
Prévalence du recours aux jeux de hasard et d'argent hors ligne au cours des 12 derniers mois								
Hommes	22,7	33,6	20,6	31,2	32,7	26,6	21,3	28,8
Femmes	8,0	21,8	16,9	19,4	26,4	13,9	14,8	18,3
Total	15,7	27,6	21,4	25,1	29,4	19,7	17,3	23,3
Prévalence du recours aux jeux de hasard et d'argent en ligne au cours des 12 derniers mois								
Hommes	3,6	13,3	12,7	12,1	5,1	6,3	1,9	9,4
Femmes	1,4	4,4	3,5	3,7	2,9	1,6	3,1	3,2
Total	2,6	8,8	8,1	7,8	3,9	3,8	2,6	6,2
Prévalence du recours hebdomadaire aux jeux de hasard et d'argent (en ligne et hors ligne)								
Hommes	7,7	6,6	8,9	16,4	16,5	14,3	18,1	11,6
Femmes	2,7	2,3	5,4	3,8	7,0	3,2	6,4	4,3
Total	5,3	4,4	7,1	9,9	11,4	8,3	10,9	7,8
Prévalence du recours hebdomadaire aux jeux de hasard et d'argent (hors ligne)								
Hommes	7,7	6,6	6,7	13,6	16,5	12,9	18,1	10,5
Femmes	2,7	2,3	4,0	2,6	7,0	3,2	6,4	3,9
Total	5,3	4,4	5,3	8,0	11,4	7,6	10,9	7,1
Prévalence du recours hebdomadaire aux jeux de hasard et d'argent (en ligne)								
Hommes	0,0	2,7	5,3	5,1	1,1	3,2	1,9	3,1
Femmes	0,0	2,2	1,2	1,3	0,6	0,8	0,0	0,9
Total	0,0	1,3	3,7	3,1	1,2	1,8	1,2	2,0
Prévalence du recours quotidien aux jeux de hasard et d'argent (en ligne et hors ligne)								
Hommes	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	1,1	0,0	0,2
Femmes	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	0,2
Total	0,0	0,0	0,0	0,4	0,7	0,5	0,0	0,2

Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

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 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[455] ont déclaré avoir joué au moins une fois à un jeu d'argent au cours de cette période, le plus souvent à une loterie (46 %). Au total, 1,6 % des répondants remplissaient 3 à 4 critères du jeu pathologique (on parle alors de jeu à risque) et 0,4 % en remplissaient 5 ou plus, et pouvaient être considérés comme des joueur·se·s pathologiques.

6.8.6. 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 44, 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[456]. 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

455 Echantillon de 3.002 Belges âgés de 16 à 99 ans.

456 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).

457 Catégorie incluant les réponses «une fois par mois ou moins» et «plusieurs fois par mois».

458 Catégorie incluant les réponses «une fois par semaine», «plusieurs fois par semaine» et «chaque jour».

Tableau 44 : 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 [457] %	Régulièrement [458] %
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

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.).

6.8.7. 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, ce qui s'est répercuté sur les pratiques de jeu, largement répandues dans la population générale, un quart de la population bruxelloise âgée de 15 ans et plus y a joué au cours des 12 derniers mois, et près de 1 Bruxellois·e sur 10 y joue chaque semaine, selon l'enquête HIS 2018. Ces pratiques (en particulier les paris sportifs) sont déjà présentes chez certains jeunes, même en deçà de l'âge légal.

L'offre de jeux s'est particulièrement étoffée et diversifiée ces dernières décennies, à la fois en termes des jeux proposés qu'au niveau des supports permettant de les héberger. Nous avons ainsi assisté au cours des dernières décennies à une multiplication de l'offre de jeux de bingo et de paris sportifs, en particulier dans les cafés et dans les librairies. Et puis, avec l'implantation progressive des jeux d'argent et de hasard en ligne, l'augmentation de la publicité, et l'augmentation de la connectabilité de la population (via les smartphones et l'Internet mobile), l'offre s'est encore étoffée et est surtout devenue hyper-accessible, au grand désarroi de celles et ceux qui souhaitent en décrocher. Le jeu en ligne reste toutefois actuellement moins courant que le jeu hors-ligne, selon l'enquête HIS 2018. 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 ou des cryptocasinos. 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 peuvent être de plus en plus perçus comme une option de promotion sociale ou de sortie de la précarité en raison de la paupérisation grandissante de la population.

En théorie, la loi interdit l'accès aux jeux d'argent aux jeunes de moins de 18 ans, voire de 21 ans (pour les casinos et les salles de jeux automatiques). Mais dans les faits, de nombreux jeunes ne semblent pas en être informés et l'enfreignent, en connaissance de cause ou dans l'ignorance, avec la complicité tacite de certains tenanciers, le contrôle de l'âge du joueur·se n'étant pas toujours automatisé (notamment dans les librairies, y compris avec les automates de paris sportifs). Ce manque d'uniformité de la loi selon le type de jeux est propice à l'instauration d'une confusion dans la population, délétère aux acteurs de la prévention, et similaire à celle que l'on connait pour l'alcool. Les opérateurs en ligne en profitent également, puisque de nombreux sites proposent à la fois des paris sportifs et des jeux de casinos ou issus des salles de jeux automatique, ce qui facilite le contact de jeunes 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. Parallèlement, 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. Enfin, la recherche scientifique note ces dernières années une double tendance qui participe à renforcer la présence et l'attrait des jeux de hasard et d'argent et à en banaliser la pratique : les jeux vidéo tendent à se «gamblifier» pendant que les jeux de hasard et d'argent tendent à se «gamifier». La gamblification des jeux vidéo désigne l'introduction en leur sein de références aux jeux de hasard et d'argent, voire de dispositifs basés non plus sur l'habilité ou les compétences du joueur·se mais sur le hasard (pour gagner de l'argent virtuelle, des biens virtuels rares, collectionnables ou donnant des avantages en termes de jeu, etc.) ou l'argent (pour avancer de niveau, avoir des avantages sur les autres joueur·ses, etc.). La gamification des jeux de hasard et d'argent désigne quant à elle la tendance au sein de l'industrie à utiliser les mêmes recettes ayant participé au succès des jeux gratuits sur internet (*Free to Play*), non seulement en adoptant leur esthétique, leurs codes et leurs mécanismes de monétisation, mais surtout en opérant un suivi comportemental des joueur·ses[459].

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 des 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 (particulièrement à l'heure de l'hyperconnexion) ou de perte horaire maximum.

459 Pour davantage de développements, voir : King DL, Gainsbury SM, Delfabbro PH, Hing N, Abarbanel B. (2020). Distinguishing between gaming and gambling activities in addiction research. J Behav Addict. 2015 Dec ;4(4) :215-20 ; le rapport «Jeux d'argent sur Internet en Suisse : Un regard quantitatif, qualitatif et prospectif sur les jeux d'argent en ligne et leur convergence avec les jeux vidéo» du GREA et Addiction Suisse, mai 2020, URL : https://www.grea.ch/rapport-jhal

6.9

LES USAGES DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION (TIC) : JEUX VIDÉO, SMARTPHONE ET INTERNET

6.9.1. DE LA NATURE DE L'UTILISATION ABUSIVE DE JEUX VIDÉO[460]

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, jusqu'à présent, 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 introduit dans la onzième édition de sa Classification internationale des maladies (CIM-11), le trouble de l'addiction aux jeux vidéo[461]. 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 seront 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[462], ne sont

460 Les réflexions présentées ici peuvent également s'appliquer à l'utilisation (abusive) des réseaux sociaux, bien que celle-ci ne soit pas référencée par le DSM-5 ni la CIM-11. Pour davantage de développements, voir Minotte, P. (2020) «Adolescence, médias sociaux & santé mentale», Note N°4 de l'Observatoire «Vies Numériques» du Crésam, URL : http://www.cresam.be/wp-content/uploads/2020/06/Ados-RSN-et-SM-rapport-final-light.pdf

461 Publiée en 2018, la CIM a ensuite été soumise aux États membres lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de mai 2019, qui l'ont adoptée. Elle est entrée en vigueur le 1er janvier 2022.

462 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 peut être important

pas suffisamment discriminants et peuvent s'appliquer à de nombreux comportements ordinaires, des activités ou passions 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 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).

De plus, 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 des souffrances supplémentaires et/ou 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[463].

et répondre à des obligations sociales (envers ses ami·es online, sa guilde, etc.).

463 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).

L'AVIS DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ[464]

Suite à son avis sur la dépendance aux jeux de hasard et d'argent, le CSS a jugé pertinent de se pencher sur la question des risques liés aux jeux vidéo, notamment compte tenu des nombreuses questions qui traversent la société à ce sujet. **Sur base d'une revue de la littérature scientifique, le CSS recommande plusieurs mesures :**

› Définir une vision et une terminologie communes à l'ensemble des acteur·rices concernés (professionnel·les du soin, décideur·ses politiques, éducateur·rices, etc.). Le CSS travaille à partir de la définition de l'OMS (CIM-11), sous couvert d'y apporter des nuances, notamment en fonction de l'âge de joueur·ses[465]. L'élaboration de définitions devrait permettre de stimuler la recherche, et dès lors de mieux prendre en compte certains éléments :
- L'hétérogénéité des problèmes liés au jeu et des profils de joueur·ses problématiques différents
- La distinction entre les adultes et les enfants/adolescent·es, bien que les adolescent·es soient davantage susceptibles de développer des passions excessives quoique transitoires
- Les spécificités du trouble du jeu ; la définition du DSM a été établie à partir de celle des addictions aux substances, qui n'est pas nécessairement pertinente pour diagnostiquer les troubles liés au jeu vidéo
- Le risque de pathologiser un comportement, sans certitude quant au fait que les personnes diagnostiquées soient différentes du point de vue sanitaire et clinique et que le diagnostic ait une valeur prédictive au niveau de leur fonctionnement

› Cette problématique doit s'inscrire dans un continuum allant de la prévention à l'intervention en passant par l'intervention précoce :
- L'accent doit être mis sur la prévention sélective et l'intervention précoce ; le CSS note que la prévention n'est pas le rôle de l'industrie du jeu vidéo
- Les parents doivent être soutenus et sensibilisés à évaluer les comportements de jeu de leurs enfants, à la manière de gérer le jeu, de communiquer, d'établir des règles, etc.
- Les intermédiaires jouant un rôle dans la détection et l'intervention précoces sont informés sur les jeux, les signaux de jeu problématique et sur le jeu responsable, avec le soutien des professionnel·les de la prévention
- Les professionnel·les de la santé doivent être formés (en particulier la première ligne)
- Les initiatives actuelles de traitement des troubles du jeu doivent être soutenues et encouragées ; elles doivent être présentes dans chaque région
- Les services de santé mentale continuent à être des interlocuteurs privilégiés pour la prévention et l'intervention, et à proposer leur soutien aux intermédiaires
- Prévoir un remboursement de l'aide pour les troubles du jeu

› Imposer des mesures structurelles à l'industrie du jeu afin de tenir compte du potentiel addictif de certains jeux vidéo (i.e. transparence sur les algorithmes utilisés, nécessité d'une modération, présence d'outils prévenant les comportements problématiques)

› Garder une séparation claire entre les jeux vidéo et les jeux d'argent en ligne
- Interdire les paris sur les concours d'*e-sports* de jeux essentiellement pratiqués par des mineur·es ou qui sont très populaires auprès de ce public
- Interdire les publicités pour des jeux de hasard dans les jeux vidéo
- L'âge minimum pour les jeux de hasard «gratuits» en ligne devrait être fixé à 21 ans
- Créer une cellule combinant l'expertise et le savoir-faire en matière de jeux et de développement de jeux pour suivre les évolutions à la zone frontalière entre jeux vidéo et jeux de hasard ; la cellule conseillerait aussi les autorités et parties prenantes sur le maintien d'une séparation claire entre jeux et jeux de hasard

› Créer un organisme indépendant de surveillance et de règlementation, disposant d'une expertise, des pouvoirs et des financements suffisants, et capable de suivre les évolutions constantes des jeux vidéo

Le CSS se prononce également sur une série de recommandations pour la recherche, à savoir :

› Répondre au besoin international de preuves quant à l'efficacité et l'efficience des initiatives de prévention, intervention précoce et traitement ; les initiatives mises en place en Belgique doivent dès lors être encouragées et évaluées afin de pouvoir les adapter en fonction de la recherche. Il est également nécessaire de développer l'offre à destination des adultes, ainsi que des outils pour la détection et l'intervention précoce

› Compenser le manque de données régulières pour comprendre le phénomène et les disparités entre les régions ; des enquêtes régulières sur la problématique permettraient d'appréhender les pratiques et comportements des joueur·ses, ainsi que d'établir les profils cliniques des joueur·ses problématiques

› Développer la recherche dans ce domaine, notamment en matière de réduction des risques, les mécanismes de jeu influençant le développement d'un trouble du jeu, ou encore l'impact de la frontière floue entre les jeux vidéo et les jeux de hasard

464 Document «Troubles relatifs aux jeux vidéo», mars 2020, Conseil supérieur de la santé, avis n°9526, URL : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/200527_css-9526_troubles_lies_aux_jeux_vweb.pdf

465 Le CSS rappelle qu'il faut rester prudent lorsqu'on pose un diagnostic et que l'expertise des clinicien·nes et l'utilisation du critère de déficience fonctionnelle (perturbation cliniquement significative de différents domaines de la vie des joueur·ses) sont essentielles pour éviter les faux-positifs. Il importante également d'identifier les raisons pour lesquelles certains joueur·ses investissent autant de temps à jouer, malgré les conséquences négatives sur leur vie, ainsi que les problèmes de santé mentale sous-jacents.

6.9.2. LE CADRE LÉGISLATIF BELGE

LA PUBLICITÉ SUR LES RÉSEAUX SOCIAUX

Le SPF Economie 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[466]. Ces recommandations concernent uniquement le marketing d'influence défini comme une forme de marketing au travers duquel des 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, l'ancien Gouvernement avait annoncé la préparation d'un projet de loi visant à encadrer la publicité pratiquée par les influenceur·ses.

466 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

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 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[467]. 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).

467 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).

PROTÉGER LES VICTIMES DE *REVENGE PORN*

Le *revenge porn* (ou «porno-vengeance») est une forme de cyberharcèlement qui consiste à diffuser des contenus sexuellement explicites, via les technologies de la communication (notamment les réseaux sociaux), sans le consentement de la personne ou des personnes qui y apparaissent. La diffusion se fait avec une intention méchante et/ou de vengeance. Il s'agit le plus souvent d'individus souhaitant se venger de leur ex-partenaire suite à une rupture. Le *revenge porn* comporte un biais genré puisque les femmes représentent la très large majorité des victimes, et s'inscrit dès lors dans un ensemble de cyberviolences sexuelles et sexistes[468].

Le *revenge porn* vise à nuire à la victime, à son image, sa réputation ou encore révéler des éléments de sa vie privée et intime. Il peut relever du *body shaming* (se moquer du corps de la victime, de ses rondeurs, de sa minceur, de la taille ou forme de ses parties génitales), du *slut shaming* (faire honte et insulter la personne – la *slut* ou en français «salope» – qui s'est dénudée ou a eu des relations sexuelles devant un objectif ou une caméra, avec ou sans son consentement) ou encore de l'*outing* (révéler la vie privée de la personnes, que ce soit ses pratiques sexuelles, son homo- ou bisexualité, son infidélité, etc. ; Stassin, 2020).

468 Pour approfondir le sujet, voir l'article «*Revenge porn* : critique d'un phénomène social» du Collectif contre les violences familiales et l'exclusion, URL : https://www.cvfe.be/publications/analyses/170-revenge-porn-critique-d-un-phenomene-social-et-des-mots-pour-le-decrire#_ftn10

Le code pénal incrimine l'acte de diffusion de contenus privés à caractère sexuel sans le consentement de la personne apparaissant dans ces contenus, mais ne prend pas en compte l'aspect moral et l'intention méchante inhérents à la vengeance pornographique. La proposition de loi modifiant le Code pénal, adoptée le 16 avril 2020, entend dès lors 1) punir plus sévèrement les auteur·es de *revenge porn* et 2) donner des moyens plus efficaces et plus rapides aux victimes pour faire retirer les contenus concernés. La nouvelle loi donne compétence à l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes d'intenter lui-même les actions en justice requises, et ainsi soutenir et assister les victimes (dont une partie non négligeable est composée de jeunes personnes). Une sanction est prévue à l'encontre des opérateurs internet qui refuseraient d'appliquer les injonctions du ou de la procureure du Roi ou du tribunal en matière de retrait des contenus incriminés. La loi est entrée en vigueur le 1er juillet 2020.

La nouvelle loi aborde la problématique depuis une perspective uniquement répressive et punitive. Elle n'offre cependant pas d'espace de réparation et de soutien pour les victimes, ni un espace pour que l'auteur et/ou la victime comprenne les raisons de l'acte (décortiquer les mécanismes de domination ou les rapports genrés, par exemple). Il n'est pas prévu non plus d'investir des moyens dans des mesures de prévention du passage à l'acte et d'identification d'auteurs potentiels[469].

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 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)[470]

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 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[471] ; 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

469 Article «Proposition de loi visant à (encore) sanctionner le «*revenge porn*», l'OIP dénonce un coup d'épée dans l'eau» (2019), Observatoire international des prison – Section belge, URL : https://www.oipbelgique.be/proposition-de-loi-visant-a-encore-sanctionner-le-revenge-porn-loip-denonce-un-coup-depee-dans-leau/

470 Site du SELL (syndicat des éditeurs de logiciels de loisirs), URL : http://www.sell.fr/news/le-guide-du-pegi-2018

471 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

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).

EN BELGIQUE, LES «LOOT BOXES» PAYANTES DANS LES JEUX VIDÉO SONT ASSIMILÉES À DES JEUX DE HASARD

Certains jeux vidéo proposent aux joueur·ses 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·es et des personnes vulnérables. La Commission a formulé des recommandations à l'attention des éditeurs de jeux vidéo[473].

PEGI pour que parents et gardien·nes puissent faire des choix éclairés en la matière[472].

6.9.3. LA DISPONIBILITÉ DES TIC EN BELGIQUE ET EN RÉGION BRUXELLOISE

Selon le dernier baromètre de la société de l'information (SPF Economie, 2022), la fracture numérique, à savoir le pourcentage de la population belge (de 16 à 74 ans) qui n'a jamais utilisé Internet est en constante régression : 69,5 % en 2006, 15 % en 2012 et 4,5 % en 2021. En 2021, 7,7 % des ménages belges ne possédaient pas de connexion Internet, alors que ce pourcentage s'élevait à 46 % en 2006 et à 22 % en 2012. Plus spécifiquement en Région bruxelloise, en 2021, 92,5 % de la population disposaient d'une connexion Internet dans le ménage, et 94 % ont utilisé Internet au cours des 3 derniers mois. Toujours en 2021, 3,6 % de la population bruxelloise n'avaient encore jamais utilisé Internet. La non-utilisation d'Internet concerne surtout les personnes âges des 65 ans et plus, et est plus répandue chez les personnes ayant un faible niveau d'instruction. En ce qui concerne plus spécifiquement les jeunes, en 2016, 95,6 % des jeunes de 12 à 18 ans scolarisés en FWB possédaient un smartphone (Patesson et al., 2016). Et 87,7 % des jeunes détenant un smartphone utilisaient 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 et la diversité des supports multimédia utilisés dans la vie quotidienne. Pour la partie de la population n'ayant pas accès à Internet ni au matériel informatique permettant d'y avoir accès (qu'il s'agisse d'un ordinateur, d'une tablette ou d'un smartphone), certaines démarches administratives (inscription à des activités, factures en ligne, impôts, chômage, etc.) ou l'accès à l'information (cours en ligne, informations sanitaires, etc.) peuvent être grandement compliqués. La crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 a largement mis en évidence la fracture numérique, qui a significativement participé à renforcer l'isolement social (en particulier des personnes âgées), ainsi que les inégalités sociales, économiques et scolaires au cours des périodes de confinement[474].

En ce qui concerne plus spécifiquement les jeux vidéo, 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. Selon une enquête menée en 2019 par les Mutualités Libres auprès de 976 jeunes âgés de 12 à 23 ans, 60 % des jeunes déclarent s'adonner aux jeux vidéo sur leur smartphone ou leur tablette, et 40 % jouent sur un ordinateur fixe ou une console. Ils déclarent passer en moyenne 11 heures par semaine devant des jeux vidéo.

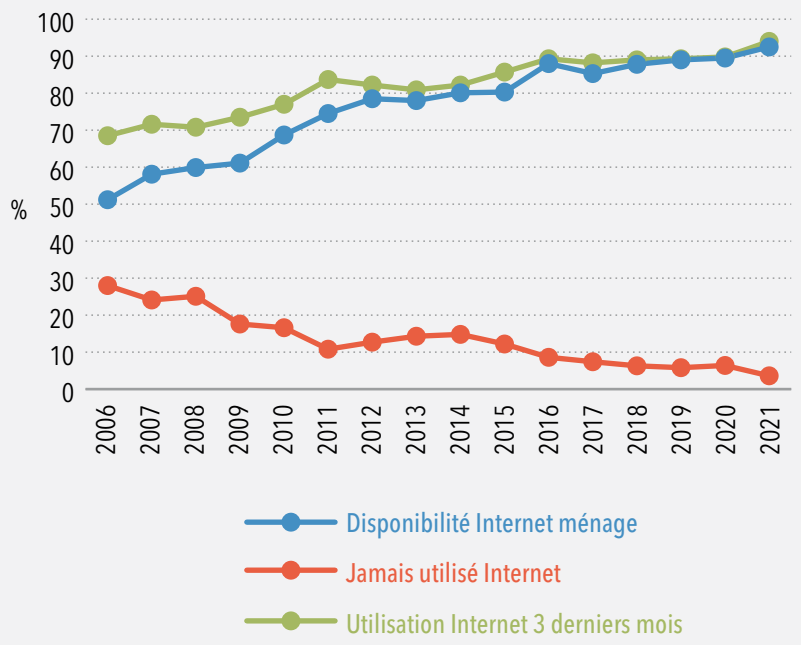
Les jeux vidéo sont des outils de divertissement, qui peuvent procurer du plaisir à leurs utilisateur·rices, du challenge, stimuler leur créativité, leur intelligence, leurs réflexes, leur esprit logique et

472 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/

473 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

474 Voir notamment le Baromètre Inclusion Numérique de 2020, URL : https://www.kbs-frb.be/fr/Activities/Publications/2020/2020_08_24_CF

Figure 33 : Disponibilité et utilisation d'Internet au sein de la population bruxelloise âgée de 16 à 74 ans, 2006-2021



Source : Statbel

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*[475] (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).

475 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.

476 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. Certains jeux en ligne récents sont des jeux dits «bacs à sable» qui permettent aux joueur·ses de créer leurs propres environnements, leurs propres règles, leurs propres objectifs (par exemple *Minecraft, Don't Starve* ou *Roblox*).

TYPES DE JEUX VIDÉO (PARMI LES PLUS POPULAIRES)[476]

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, Fortnite…*
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, The Last of Us, Ghost of Tsuhima…*
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, Final Fantasy…*
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.	*Animal Crossing, 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 Legends,…*
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)

6.9.4. LES USAGES COMPULSIFS 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 (en ligne ou hors ligne) 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 3 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.

Tableau 51 : 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[477] %	Utilisation compulsive de jeux vidéo[478] %	Utilisation compulsive des réseaux sociaux[479] %
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

Comme on peut le constater dans le tableau 45, 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.

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

477 L'utilisation compulsive d'Internet a été évaluée à l'aide du *Compulsive Internet Use Scale* (CIUS), composé de 14 items.

478 L'utilisation compulsive des jeux vidéo a été évaluée à l'aide du *Videogame Addiction Test* (VAT), également composé de 14 items.

479 L'utilisation compulsive des réseaux sociaux a été évaluée à l'aide du *Compulsive Social Networking Site Scale* (CSS), composé de 16 items.

Tableau 46 : 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

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 46, 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.

6.9.5. LES USAGES DES TIC CHEZ LES JEUNES

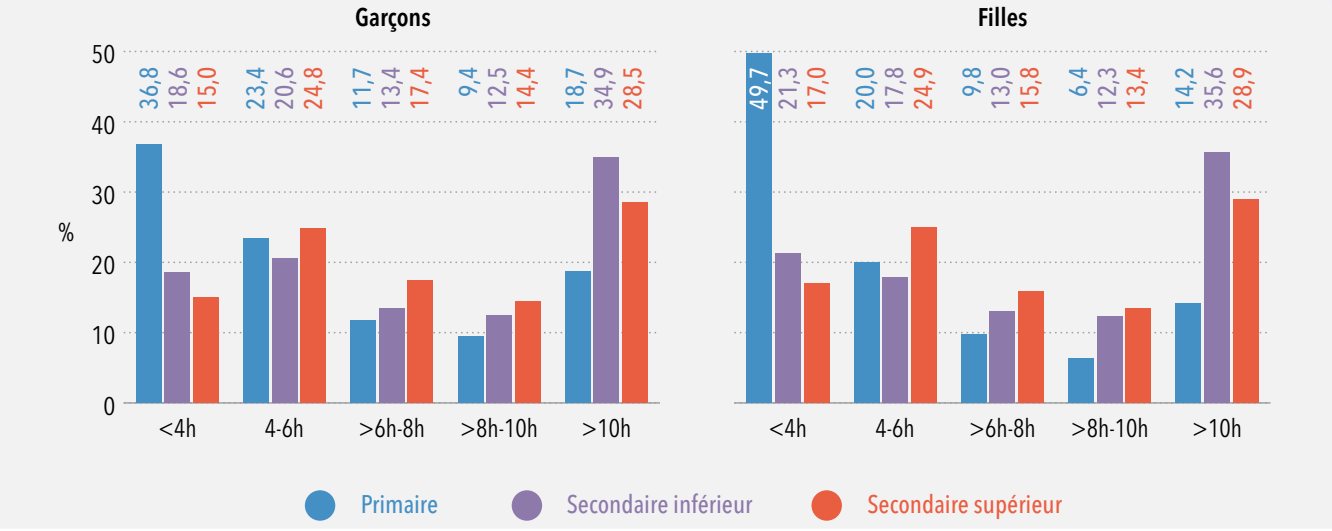
L'**enquête HBSC** fournit quelques indicateurs relatifs à l'usage des technologies de l'information et de la communication chez les jeunes, de manière à quantifier leurs habitudes sédentaires. Comme on peut le voir sur le tableau 47, les jeunes sont nombreux à passer au moins 2 heures chaque jour en semaine devant la télévision, à jouer à des jeux vidéo et/ou à naviguer sur Internet. Les garçons sont un peu plus concernés que les filles, sauf en ce qui concerne l'utilisation d'Internet, où la situation s'inverse. L'utilisation au moins 2 heures par jour augmente globalement en fonction du niveau de scolarité, surtout entre le primaire et le secondaire. Entre les deux niveaux du secondaire, l'utilisation au moins 2 heures varie en fonction du type d'écran : pour la télévision elle se stabilise, pour les jeux vidéo elle diminue, et pour Internet elle augmente. Au niveau du temps cumulé passé sur tous les écrans, on observe des différences importantes entre les élèves du primaire et les élèves du secondaire inférieur, ces derniers passant en moyenne près de 9 heures par jour sur leurs différents écrans, contre un peu plus de 6 heures pour les élèves du primaire. En revanche, on constate une légère réduction du temps passé sur les écrans entre les élèves du secondaire inférieur et ceux du secondaire supérieur. Les différences de genre ne sont pas significatives, sauf en primaire, les garçons étant en moyenne de plus grands consommateurs d'écran que les filles. Le temps cumulé passé sur les écrans, exprimé par intervalle de temps, est présenté dans la figure 34, par genre et par niveau de scolarité. 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

Tableau 47 : Prévalence de l'usage de la télévision, des jeux vidéo et d'Internet au moins deux heures par jour parmi les élèves scolarisés en Région bruxelloise, 2018			
	Niveau primaire (5e et 6e) %	Secondaire inférieur (1re, 2e et 3e) %	Secondaire supérieur (4e et plus) %
Usage de la télévision[480] au moins 2h par jour en semaine (lundi à vendredi)			
Garçons (n=1.688)	60,6	77,3	75,8
Filles (n=1.910)	56,2	71,3	70,3
Total (N=3.598)	58,3	74,1	72,8
Usage de jeux vidéo[481] au moins 2h par jour en semaine (lundi à vendredi)			
Garçons (n=1.688)	54,3	66,6	51,1
Filles (n=1.910)	37,3	51,9	37,1
Total (N=3.598)	45,5	58,9	43,3
Usage d'Internet[482] au moins 2h par jour en semaine (lundi à vendredi)			
Garçons (n=1.688)	38,4	59,4	71,6
Filles (n=1.910)	43,5	72,9	82,0
Total (N=3.598)	41,0	66,4	77,4
Temps moyen cumulé (en nombre d'heures, tous supports confondus)			
Garçons (n=1.688)	6,49	8,64	7,90
Filles (n=1.910)	5,96	8,69	7,85
Total (N=3.598)	6,23	8,66	7,88

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

480 Y compris le visionnage de DVD ou de vidéos sur YouTube ou plateforme équivalente.
481 Quelle que soit la plateforme (console, smartphone, PC…).
482 Pour envoyer des emails, communiquer, rechercher de l'information…

Figure 34 : Distribution des élèves en fonction du nombre d'heures cumulées passées sur les écrans (télévision, jeux vidéo et Internet) chez les élèves scolarisés dans l'enseignement primaire (5e et 6e primaire) et secondaire francophone de la Région bruxelloise, par genre, 2018



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

quantitatif à l'intérêt relatif, 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.).

Des analyses complémentaires montrent que le temps passé quotidiennement en semaine (hors weekend) sur les écrans varie grandement en fonction de la filière d'enseignement. Ainsi, les élèves scolarisés dans l'enseignement général passent en moyenne 7,66 heures par jour sur les écrans, contre 10,71 heures pour les élèves de l'enseignement technique et 10,95 heures pour les élèves de l'enseignement professionnel. Il fluctue également en fonction de la structure familiale, les élèves vivant avec leurs deux parents passant globalement moins de temps sur les écrans (moyenne = 7,21 heures/jour) que les élèves vivant dans une famille recomposée (moyenne = 8,06 heures) ou monoparentale (moyenne = 8,42 heures). Enfin le temps passé chaque jour sur les écrans diminue significativement à mesure que le niveau socio-économique de la famille où vit l'enfant augmente (niveau bas = 8,47 heures, niveau moyen = 7,85 heures, niveau élevé = 6,24 heures). Enfin, le temps passé sur les écrans varie également en fonction du soutien familial perçu (le fait de pouvoir compter sur la famille en cas de difficultés, estimé à l'aide de 4 items) : plus le soutien familial perçu est grand, plus le temps passé sur les écrans est réduit (et inversement). Un faible soutient familial perçu pourrait refléter une forme d'isolement de l'enfant ou de l'adolescent·e au sein de la famille qui serait fonction du temps passé sur les écrans. Cet isolement semble aussi se refléter au niveau des pairs, car plus les élèves déclarent passer du temps sur les écrans, moins le soutien amical perçu (estimé à l'aide de 4 items) est élevé (et inversement).

Globalement, ces résultats soulignent clairement que l'usage des écrans est ancré en tant qu'habitude chronophage pour une proportion élevée de jeunes. Cette habitude semble régulée par des déterminants sensiblement équivalents à ceux qui régissent les inégalités sociales de santé que l'on observe classiquement dans la littérature, notamment en matière de santé mentale. Cette hypothèse de mécanismes sous-jacents communs à la «santé numérique» et à la santé mentale est confortée par le fait que, dans l'enquête HBSC, le temps passé sur les écrans est également corrélé à une série d'indicateurs de santé mentale : nombre d'heures de sommeil, fatigue matinale, manque d'énergie, nervosité, irritabilité, santé globale perçue, ou encore degré de satisfaction par rapport à sa propre vie. Bien entendu, le lien entre un usage excessif des écrans et la santé mentale des élèves n'est pas forcément de nature causale, et pourrait dans de nombreux cas être médié par un facteur commun (e.g. problèmes familiaux, harcèlement scolaire), les écrans servant alors de refuge anesthésiant pour les jeunes en difficulté, au même titre qu'un produit dont on abuserait pour oublier ou masquer souffrance et problèmes.

L'enquête HBSC 2018 incluait également une échelle de mesure de l'utilisation excessive des réseaux sociaux (*Social Media Disorder Scale*), qui se composait de 9 items à réponses binaires (oui-non). Les élèves ayant répondu «oui» à au moins 6 items étaient considérés comme ayant une utilisation problématique des réseaux sociaux. L'utilisation problématique des réseaux sociaux est un peu plus fréquente chez les filles que chez les garçons (8 % *versus* 6 %, différence significative) et elle varie significativement avec le degré d'enseignement, les élèves du secondaire inférieur étant davantage concernés (10,1 %) que les élèves des autres degrés (primaire : 6,6 % et secondaire supérieur : 4,5 %). Ce sont les filles scolarisées dans l'enseignement secondaire inférieur qui y sont le plus exposées (12,4 %). De manière corollaire, il apparait aussi que les élèves ayant une utilisation problématique des réseaux sociaux passent plus de temps sur les écrans que les autres élèves (temps moyen quotidien en semaine : 11,16 heures *versus* 7,84 heures). Le détail des réponses à l'échelle SMDS est fourni dans le tableau 48.

Tableau 48 : Distribution des réponses «positives» à l'échelle d'utilisation problématique des réseaux sociaux chez les élèves scolarisés dans l'enseignement primaire (5e et 6e) et secondaire en Région bruxelloise, 2018

	Niveau primaire (5e et 6e) %	Secondaire inférieur (1re, 2e et 3e) %	Secondaire supérieur (4e et plus) %
Essayer, sans réussir, de passer moins de temps sur les réseaux sociaux	34,1	30,8	27,9
Aller sur les réseaux sociaux pour échapper à des sentiments négatifs	27,7	35,1	34,6
Se sentir mécontent car souhaiterait passer plus de temps sur les réseaux sociaux	26,5	29,7	14,3
Se sentir mal quand ce n'est pas possible d'utiliser les réseaux sociaux	26,3	27,7	22,0
Ne penser à rien d'autre qu'à retourner sur les réseaux sociaux	22,4	24,6	15,7
Se disputer avec d'autres personnes à cause de l'utilisation des réseaux sociaux	21,2	26,2	17,3
Mentir à ses parents ou amis au sujet du temps passé sur les réseaux sociaux	16,9	21,5	16,6
Délaisser d'autres activités pour aller sur les réseaux sociaux	15,3	15,2	10,5
Se disputer avec ses parents, frères ou sœurs à cause de l'utilisation des réseaux sociaux	14,2	22,0	13,9
Utilisation problématique des réseaux sociaux (score ≥ 6)			
Garçons (n=1.413)	7,6	6,3	3,6
Filles (n=1.710)	7,3	13,3	4,7
Total (N=3.123)	7,5	10,1	4,2

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

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[483] 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[484] 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.

483 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.

484 Les analyses que nous rapportons ici ne porteront que sur ces derniers.

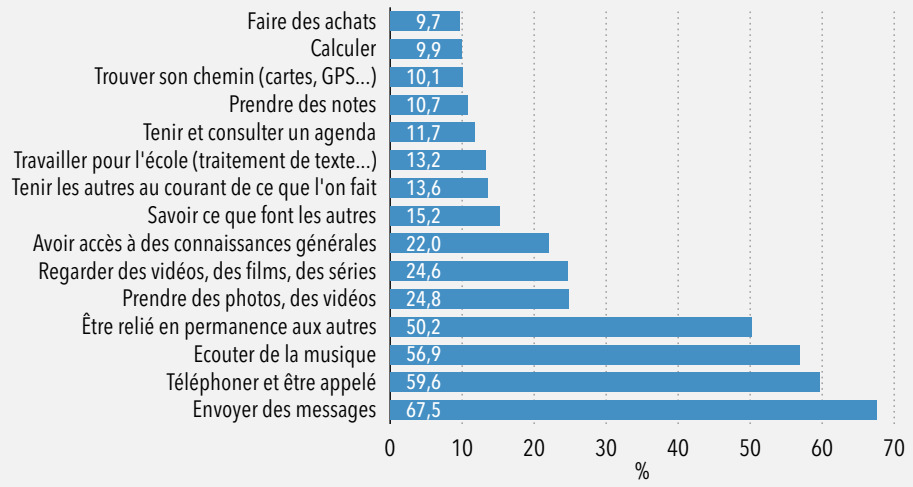
485 Ce graphique représente la proportion de jeunes ayant cité en première, deuxième ou troisième position chacune de ces fonctions comme étant importante à leurs yeux.

Le smartphone est devenu un objet aux multiples fonctionnalités. Comme on peut le voir sur la figure 35, 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 15 minutes qui suivent leur réveil. Le tableau 49 reprend quant à lui les 10 comportements qui représentent désormais l'usage habituel du smartphone chez les jeunes[486].

486 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

Figure 35 : Fonctions[485] du smartphone selon les jeunes de 12 à 18 ans en FWB, 2016



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

Tableau 49 : 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 jeunes concernés[488]
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	80,0	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)

La dépendance au smartphone était également estimée sur base d'une échelle d'auto-évaluation (SAV-SV)[487] 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 (e.g. fumer une cigarette ou boire un verre d'alcool) 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.

6.9.6. LES USAGES COMPULSIFS 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[489]. 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

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).

487 The Smartphone Addiction Scale - Short version (Min et al., 2013).

488 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).

489 411 Wallon·nes et 591 Flamand·es. Aucune école bruxelloise n'a été sollicitée pour cette enquête.

(80,9 %). Plus de la moitié avait un smartphone (60 %) et 88,2 % disposaient d'au moins un profil sur les réseaux sociaux. 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 50, 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 %).

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 coefficients de corrélation, bien que significatifs, restent de petites tailles (< 0.2[493]), 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.

490 L'utilisation compulsive d'Internet a été évaluée à l'aide du *Compulsive Internet Use Scale* (CIUS), composé de 14 items.

491 L'utilisation compulsive des jeux vidéo a été évaluée à l'aide du *Videogame Addiction Test* (VAT), également composé de 14 items.

492 L'utilisation compulsive des réseaux sociaux a été évaluée à l'aide du *Compulsive Social Networking Site Scale* (CSS), composé de 16 items.

493 Un coéficient de corrélation est une mesure statistique du degré de relation linéaire entre deux variables. Sa valeur se situe entre -1 et +1. Si une variable tend à augmenter tandis que l'autre diminue, le coefficient de corrélation est négatif. Inversement, si les deux variables tendent à augmenter, le coefficient de corrélation est positif. Plus le coéficient se rapproche de 1 (ou de -1) plus la relation liénaire est forte entre les 2 variables. Inversement, une valeur proche de 0 est indicatrice d'une faible (voire absence) de relation linéaire entre les 2 variables.

Tableau 50 : 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[490] %	Utilisation compulsive des jeux vidéo[491] %	Utilisation compulsive des réseaux sociaux[492] %
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

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).

6.9.7. 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 problématique de jeux vidéo, soit en tant que joueur·se soit 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 ou elles 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 problématique. 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.

Il est parallèlement important de relever la responsabilité de l'industrie du jeu vidéo (en particulier les jeux *free-to-play*) et celle des réseaux sociaux (également «gratuits»), qui reposent pour leur bon fonctionnement et leur pérennité sur des techniques de rétention des utilisateur·rices. Ces techniques sont tantôt élaborées de manière positive (satisfaisant, facile à prendre en main, mises à jour régulières, nouveautés), tantôt de manière plus ou moins frauduleuse.

7

CONSÉQUENCES SANITAIRES ET SOCIALES DE L'USAGE DE DROGUES

7.1

INTRODUCTION

Lorsque le premier usage d'une substance est vécu positivement[494], 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 rites de passage ou des processus 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 celle 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

494 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).

produit. En cas de dépendance physique, les comportements d'usage sont auto-entretenus par l'«impérieuse nécessité» de consommer le produit pour soulager les symptômes de sevrage.

La dépendance est provoquée et entretenue par différents processus neurophysiologiques (stimulation du centre du plaisir, modification de la neurotransmission consécutivement à la présence chronique du produit dans le 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 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[495].

7.2.1. LES INFRACTIONS LIÉES AUX DROGUES

Le tableau 51 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[496]. 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 51 : Nombre d'infractions liées aux drogues illicites enregistrées au niveau national et en Région bruxelloise sur la période 2002-2020

	Belgique	Bruxelles
2002	42.508	3.676
2003	41.885	4.164
2004	45.295	4.882
2005	45.267	4.425
2006	46.360	4.162
2007	51.210	4.348
2008	53.112	5.118
2009	54.518	5.666
2010	48.510	4.953
2011	48.142	5.956
2012	44.271	5.976
2013	48.449	7.612
2014	55.124	8.579
2015	52.368	7.740
2016	54.421	8.336
2017	58.255	8.410
2018	59.763	8.605
2019	62.975	9.358
2020	61.129	10.306

Source : Police Fédérale

495 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».

496 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.

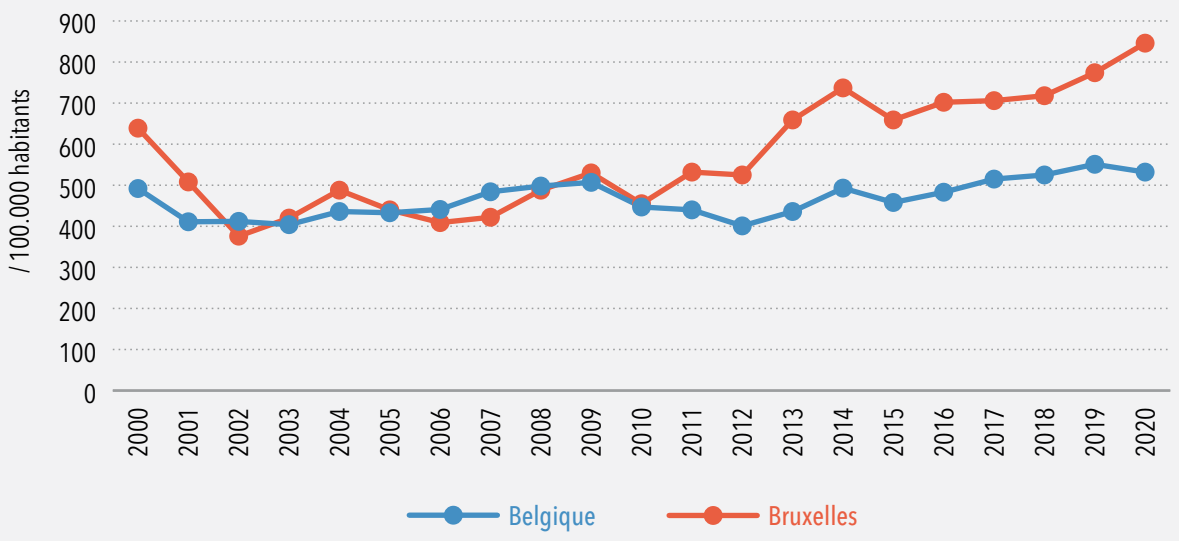
Afin de pouvoir prendre en compte la taille de la population, le nombre d'infractions enregistrées par tranche de 100.000 habitants est présenté dans la figure 36. On y constate que le nombre d'infractions par 100.000 habitants a fortement augmenté en Région bruxelloise sur la période 2011-2014. Après avoir diminué en 2015, il subit une nouvelle tendance à l'augmentation. Il est beaucoup plus élevé que ce que l'on constate au niveau national[497]. Alors que le nombre d'infractions enregistrées a diminué au niveau national en 2020, probablement en raison de la désertion de l'espace public pendant les périodes de confinement et les heures de couvre-feu, il a étonnament continué à augmenter en Région bruxelloise malgré la crise sanitaire.

L'augmentation des infractions liées aux drogues observée sur cette période s'explique en grande partie par une augmentation des infractions pour détention de cannabis, y compris en 2020. Cette augmentation des infractions est elle-même compatible avec l'augmentation de la consommation observée dans l'enquête HIS (voir chapitre 6.2.4). Mais elle est dépend aussi de la volonté politique de réprimer la consommation dans l'espace public (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). On constate également sur cette période une augmentation des infractions liées à la production, à l'importation/exportation 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 suivant, on constate que la majorité (plus de 74 %) des infractions enregistrées au niveau national ainsi qu'en Région bruxelloise en 2020 concernait des faits de détention de drogues. Le commerce et l'importation/exportation totalisent quant à eux près de 20 % des infractions. Proportionnellement, les usager·es sont donc les plus nombreux à être touchés directement par la répression des drogues, suivis 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. 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. En outre, la proportion relative des infractions de détention est également surestimée parce qu'un même déli peut recevoir plusieurs qualificatifs infractionnels sur base de l'analyse du procès-verbal. Par

497 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-résidents de ce territoire. Ensuite, il faut garder à l'esprit que la Région bruxelloise est un territoire exclusivement urbain, alors que les deux autres régions sont à la fois composées de zones rurales et urbaines. Or il est habituel de constater davantage de criminalité dans les zones urbaines que dans les zones rurales (e.g. Wells & Weisheit, 2004). Enfin, rappelons que ces chiffres sont susceptibles d'être impactés par des modifications du système d'enregistrement ainsi que par le reflet des moyens alloués à la répression spécifique de ce type d'infraction, qui peuvent varier dans l'espace (et donc d'une région à l'autre) et dans le temps (en fonction des sensibilités politiques).

Figure 36 : Nombre d'infractions liées aux drogues illégales enregistrées pour 100.000 habitants au niveau national et en Région bruxelloise sur la période 2000-2020



Source : Police Fédérale

exemple, les infractions pour commerce de drogues donnent généralement lieu à l'enregistrement d'autant d'infractions de détention, car les délis de commerce de drogues impliquent souvent l'objectivation d'une détention, même si elle n'est pas destinée à la consommation personnelle. Enfin, l'enregistrement des différents types d'infractions dépend forcément de la facilité avec laquelle elles peuvent être objectivées et verbalisées. Lorsque l'usage d'un produit se banalise, les usager·es se cachent moins, ce qui augmente la probabilité d'interpellation par les forces de l'ordre.

En 2020 au niveau national, les infractions pour détention, facilitation de l'usage ou incitation à l'usage ont diminué en raison de la crise sanitaire et des restrictions, qui ont entraîné une diminution des flagrants délits, en particulier pendant le confinement et les heures de couvre-feu. En revanche, les infractions liées à la fabrication sont restées stables et celles liées au commerce et à l'importation/exportation ont légèrement augmenté au niveau national. En Région bruxelloise, les infractions liées à la fabrication et à l'importation/exportation sont restées stables, alors que celles liées à la détention, à la facilitation ou incitation à l'usage et au commerce ont légèrement augmenté.

Le tableau 52 montre qu'en 2020, en Région bruxelloise 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. Ce constat n'est pas étonnant dans la mesure où il s'agit de la drogue illicite la plus consommée et la plus disponible sur notre territoire. Les autres types de produits sont moins fréquemment impliqués dans les infractions constatées. Alors que l'on sait que la majeure partie du budget national consacré aux drogues 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), il serait intéressant d'estimer la proportion de l'enveloppe budgétaire liée à ce pilier qui concerne exclusivement des infractions en lien avec le cannabis.

En 2020 au niveau national, les infractions pour détention de drogues ont diminué pour quasiment tous les produits à l'exception des opiacés, alors qu'elles sont restées relativement stables en Région bruxelloise, sauf pour le cannabis pour lequel on observe une augmentation de 10 %. Les infractions pour importation/exportation ont augmenté pour le cannabis

498 Cette catégorie reprend principalement les infractions en lien avec les médicaments contrôlés (méthadone, morphine, etc.) : délivrance illégale, falsification de prescriptions médicales, etc.

Tableau 52 : Types d'infractions liées aux drogues illégales enregistrées au niveau national et en Région bruxelloise en 2020

	Belgique		Bruxelles	
	N	%	N	%
Détention	45.540	74,5	7.700	74,7
Facilitation de l'usage	523	0,9	31	0,3
Incitation à l'usage	230	0,4	104	1,0
Désordre, scandale ou danger dans un espace public (lié à l'usage)	688	1,1	18	0,2
Usage non précisé	2	0,0	0	0,0
Commerce	8.786	14,4	1.540	14,9
Importation et exportation	2.870	4,7	274	2,7
Fabrication	1.738	2,8	111	1,1
Autres[498]	1.752	2,9	383	3,7
Total	61.129	100,0	10.306	100,0

Source : Police Fédérale

Tableau 53 : Nombre d'infractions par type de faits et type de drogues illégales enregistrées au niveau national et en Région bruxelloise, 2020

	Belgique					Bruxelles				
	Détention	Commerce	Import / Export	Fabrication	Délit liés à l'usage***	Détention	Commerce	Import / Export	Fabrication	Délit liés à l'usage***
Cannabis	34.001	5.157	1.778	1.045	493	6.674	1.017	162	64	116
XTC/amphétamines	2.961	1.054	166	49	72	128	60	11	1	4
Opiacés	1.237	554	182	2	17	116	92	18	0	2
Coca/cocaïne	3.303	2.075	429	21	74	321	353	71	3	16
Hallucinogènes	119	61	64	11	4	8	6	1	1	1
Médicaments*	658	295	61	9	27	55	17	5	0	1
Précurseurs	41	49	12	25	2	5	6	2	0	0
Gaz hilarant	46	44	2	2	6	5	2	0	0	1
Autres**	1.497	973	196	100	71	77	66	16	4	5

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

au niveau national (tout en restant stable en Région bruxelloise), diminué pour les psychostimulants (cocaïne principalement), et sont restées stables pour les opiacés et les médicaments, tant au niveau national qu'en Région bruxelloise. Les infactions en lien avec la fabrication sont quant à elles restées stables pour tous les produits, tant au niveau national qu'en Région bruxelloise. Enfin, les infractions liées au commerce sont restées relativement stables pour tous les produits au niveau national et en Région bruxelloise, voire ont subi une légère augmentation (au niveau national dans le cas du cannabis, de la cocaïne et des opiacés).

7.2.2. LES INFRACTIONS LIÉES À L'ALCOOL

Comme on peut le voir dans le tableau 54, les infractions liées à l'alcool sont majoritairement relatives à une ivresse sur la voie publique, tant au niveau national qu'en Région bruxelloise. 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. On constate sans grande surprise que les infractions liées à l'alcool ont considérablement diminué en 2020. Il s'agit d'une conséquence directe des périodes de confinements, de couvre-feu, ainsi que de la fermeture des établissements Horeca et de ceux de la vie nocturne.

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 55, 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 0,6 % des infractions routières, et la

Tableau 54 : Types d'infractions liées à l'alcool enregistrées au niveau national et en Région bruxelloise, 2012-2020

		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Bruxelles	Ivresse publique	2.653	2.895	2.537	2.249	2.040	1.864	2.116	2.447	2.129
	Heure de fermeture d'établissements hôteliers	0	0	0	2	1	19	15	9	6
	Distillerie clandestine	0	0	0	0	1				1
	Servir de l'alcool à une personne ivre	1	2	2	3	6	1	1	1	1
	Non spécifié	0	0	0	0	2	1	1	2	
	Total	2.654	2.897	2.539	2.254	2.050	1.885	2.133	2.459	2.137
Belgique	Ivresse publique	20.004	19.875	19.717	19.065	19.387	19.377	19.174	20.161	15.920
	Heure de fermeture d'établissements hôteliers	23	53	43	48	35	28	29	15	9
	Distillerie clandestine	2	3	4	0	2	4	2	4	5
	Servir de l'alcool à une personne ivre	26	35	33	34	27	24	30	21	15
	Non spécifié	0	0	1	4	4	4	17	7	4
	Total	20.055	19.966	19.798	19.151	19.455	19.437	19.252	20.208	15.953

Source : Police Fédérale

Tableau 55 : Infractions routières liées à l'alcool et aux drogues enregistrées au niveau national et en Région bruxelloise, 2010-2020

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Bruxelles	Alcool	2.471	2.483	2.655	2.677	2.793	2.483	3.647	3.638	3.311	3.943	2.985
	Drogues	43	85	117	134	142	149	206	198	226	427	828
	Total*	489.683	509.344	564.369	596.897	621.153	522.313	603.968	561.485	546.274	670.688	670.688
Belgique	Alcool	55683	51568	46.720	48.690	47.653	48.104	51.237	49.471	48.775	51.879	31.065
	Drogues	2267	2295	2.602	3.397	5.126	5.950	6.929	7.129	7.533	9.736	10.912
	Total*	4.333.572	4.691.224	4.652.623	4.835.454	4.957.117	4.632.815	4.761.321	4.783.839	5.134.276	5.531.987	5.355.827

Source : Police Fédérale
* 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.).

conduite sous influence de drogues environ 0,06 % d'entre elles. Les infractions les plus fréquences en Région bruxelloise sont de loin les excès de vitesse et les infractions de stationnement, qui représentent ensemble environ 70 % des infractions. Ces statistiques doivent bien entendu être relativisées par le fait que certains types d'infraction sont davantage contrôlés/objectivables que d'autres.

La plupart des infractions ont diminué en 2020 en raison de la crise sanitaire (moins de déplacements en raison des périodes de confinement et de couvre-feu, des bulles sociales limitées et des fermetures de l'horeca et des établissements de la vie nocturne). Il est également possible que les unités de police en charge de l'objectivation des infractions routières aient été déforcées pendant la crise sanitaire (en raison d'une infection au Covid-19, d'une quarantaine, ou d'une réaffectation interne due au manque d'effectif). Les infractions routières liées aux drogues ont en revanche augmenté tant au niveau national qu'en Région bruxelloise. Il est possible que cette augmentation soit due à un un plus grand recours aux tests salivaires pour objectiver les infractions suspectées. En effet, les années précédentes, de nombreuses unités de police ne disposaient pas de stocks en suffisance, et certaines n'étaient pas encore formées à l'objectivation de ces infractions[499].

7.2.4. LA CONDUITE SOUS INFLUENCE D'ALCOOL ET DE DROGUES

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 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 expérimentés (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 de dépistage effectués par la police (voir ci-dessus). 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).

LA 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[500] (exclusion donc des véhicules tels que les camions, cars, 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 contrôlés sur l'ensemble du territoire roulaient sous l'influence d'alcool (c'est-à-dire avec une concentration d'alcool dans l'air alvéolaire expiré supérieure à la limite légale). Les hommes sont nettement plus concernés que les femmes (2,78 % *versus* 0,61 %).

Tableau 56 : Conduite sous influence d'alcool chez les automobilistes en Belgique, 2018

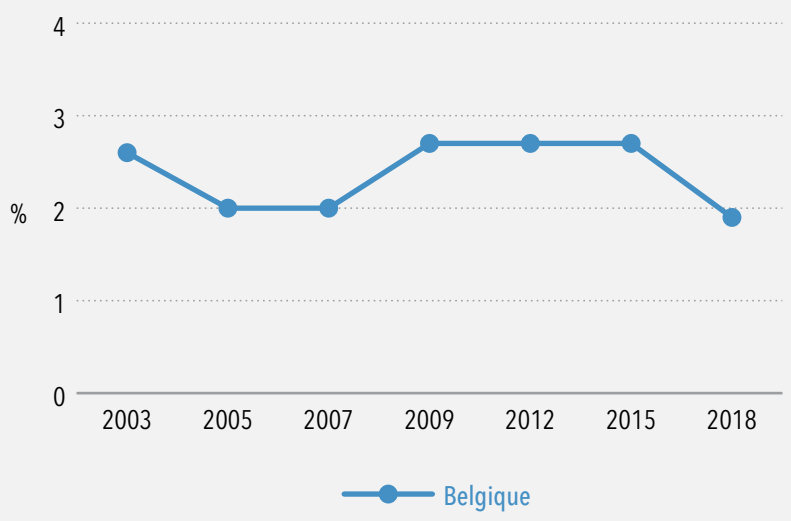
	Belgique
Nbr de sessions de contrôle	366
Nbr d'automobilistes contrôlés	6.121
Positif : ≥0,22 et < 0,35mg/l	0,6 %
Positif : ≥0,35mg/l	1,3 %
Positif total	1,94 %

Source : Brion, Meunier & Silverans, 2019

499 La procédure ayant été modifiée en avril 2019 (voir ci-dessous).

500 Lors de l'opération 2018, 736 conducteur·rices de camionnette ont également été contrôlés, mais leurs résultats ne sont pas inclus.

Figure 37 : Pourcentage de conducteur·rices positifs au test d'haleine de détection d'alcool au volant, 2003-2018



Source : Brion, Meunier & Silverans, 2019

La figure 37 présente l'évolution du pourcentage de contrôles positifs enregistrés lors des opérations menées de 2003 à 2018[501]. Alors qu'une augmentation du pourcentage de contrôles positifs était constatée ces dernières années, on observe en 2018 une diminution significative de la prévalence de la conduite sous influence d'alcool parmi les automobilistes belges.

Les comportements auto-déclarés par les conducteurs sont cohérents avec ces niveaux de prévalence. Ainsi, selon l'enquête ESRA (E-Survey of Road users' Attitudes ; voir Achermann Stürmer, Meesmann & Berbatovci, 2019 ; *Fact Sheet Belgium* 2018[502]) qui a étudié les comportements et attitudes des usager·es de la route dans de nombreux pays européen[503], 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.

501 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.

502 https://www.esranet.eu/en/deliverables-publications/

503 L'enquête en ligne portait sur les comportements, opinions et attitudes auto-rapportés par des échantillons représentatifs (environ 1000 répondants par pays) de 38 pays européens.

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[506] 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 %[507] 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

506 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 %).

507 2,2 % pour l'alcool seul et 0,3 % pour l'alcool en combinaison avec une drogue ou un médicament.

Selon l'**enquête ESRA** (Achermann Stürmer et al., 2019[504]), 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)[505]. 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.

504 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.

505 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).

Tableau 57 : 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[508]	10,65	7,43
Alcool (BAC[509]≥ 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	0,30	0,37
Cannabis (THC)	0,35	1,32
Cocaïne	0,20	0,42
Opiacés illégaux (héroïne…)	0,09	0,07
Amphétamine/ecstasy	0,0	0,08
Benzodiazépines	2,01	0,90
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

sécurité routière, possiblement sous-estimé dans cette étude dans la mesure où la participation se faisait sur base volontaire.

Les comportements auto-déclarés par les conducteur·rices sont cohérents avec ces niveaux de prévalence. 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 des tests salivaires afin de détecter une récente consommation de drogues illégales auprès des conducteur·rices belges est entrée en vigueur le 1er octobre 2010, dans le cadre d'une procédure en trois étapes successives[510]. 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[511]. Les tests de dépistages salivaires ont en effet une fiabilité limitée et ne peuvent servir à eux seuls de preuve

508 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.

509 *Blood Alcohol Content* (concentration d'alcool dans le sang).

510 Cette procédure peut s'appliquer aux conducteur·rices de véhicules à quatre roues, mais également à ceux d'autres montures (vélo, moto, cheval…) ainsi que les personnes qui s'apprêtent à les conduire, ainsi que celles qui sont suspectées d'avoir causé un accident de la route (y compris les piéton·nes et les passager·es).

511 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.

LES TESTS SALIVAIRES : UTILES MAIS CLAIREMENT PERFECTIBLES

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 illégales. 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 15 jours alors qu'elles ne présentaient pas une menace pour la sécurité routière.

Pour une description et une analyse critique du dispositif, voir la brochure publiée par la Liaison antiprohibitionniste, avec la collaboration d'Eurotox : http://www.laliaison.org/2019/07/04/brochure-tests-salivaires-et-analyses-de-drogues-illegales-au-volant

légale. Tout refus est d'emblée considéré comme un résultat positif. Notons que l'outil de dépistage actuellement utilisé en Belgique (DrugCheck® 3000[512]) 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, depuis avril 2019, 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 38, la plupart des analyses sanguines/salivaires 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[513] 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, et peut-être injustement privés de conduite pendant 12 heures minimum[514]. 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, entre 13 et 17 % des analyses ont objectivé la présence d'au moins deux produits. Certaines fluctuations observées entre 2019 et les années précédentes pourraient être dues au changement de test de screening salivaire opéré récemment : en effet, même si les techniques d'analyses de laboratoire sont équivalentes, l'utilisation de tests de screening différents a forcément un impact sur les proportions de détection par substance, car ils n'ont pas tous la même sensibilité.

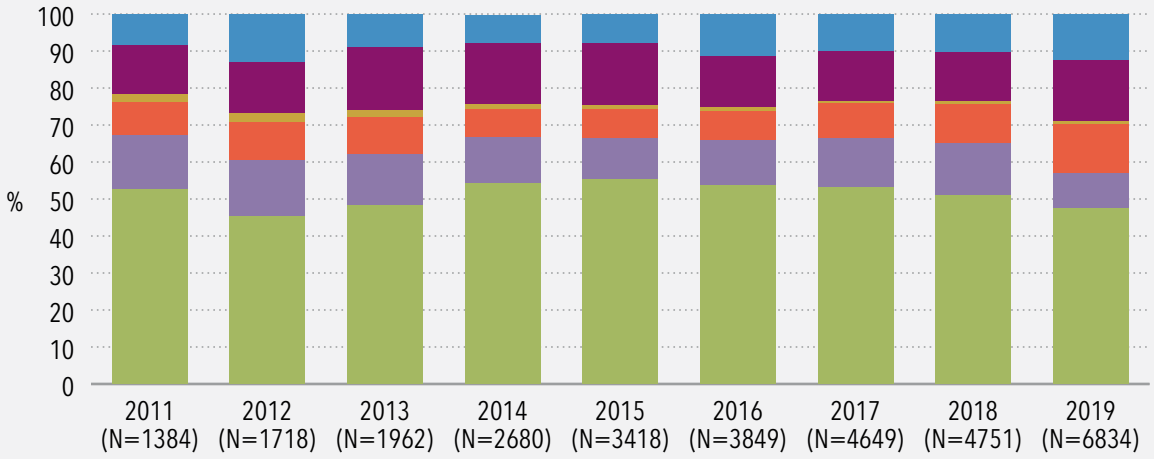
512 Il remplace depuis le 1er avril 2019 le DrugWipe 5, la société qui commercialise le DugCheck ayant remporté le dernier appel d'offre.

513 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».

514 On ne peut toutefois exclure une intoxication à un produit autre que ceux qui sont spécifiquement recherchés. En effet, une étude réalisée récemment en Belgique et en France a montré que parmi près de 400 échantillons salivaires qui s'étaient révélés non-positifs pour les drogues classiques, 8,4 % contenaient des traces de nouvelles substances psychoactives (voir Richeval et al., 2018).

515 Les données 2020 ne sont pas encore disponibles en raison d'une agrégation en cours par le SPF

Figure 38 : Détection de drogues dans les prélèvements de sang ou de salives faisant suite à un screening salivaire positif en Belgique, 2011-2019[515]



	2011 (N=1384)	2012 (N=1718)	2013 (N=1962)	2014 (N=2680)	2015 (N=3418)	2016 (N=3849)	2017 (N=4649)	2018 (N=4751)	2019 (N=6834)
Faux positifs	8,3%	13,0%	9,0%	7,8%	7,8%	11,3%	10,0%	10,2%	12,4%
Deux produits ou +	13,4%	13,9%	17,0%	16,4%	16,9%	13,9%	13,5%	13,2%	16,5%
Opiacés	2,2%	2,2%	1,8%	1,3%	1,0%	1,0%	0,8%	0,8%	0,9%
Cocaïne	9,0%	10,5%	10,2%	7,6%	7,7%	7,8%	9,4%	10,8%	13,1%
Amphétamine	14,6%	15,2%	13,8%	12,4%	11,3%	12,4%	13,2%	14,0%	9,5%
Cannabis	52,5%	45,2%	48,2%	54,3%	55,3%	53,6%	53,2%	51,0%	47,5%

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[516]. 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.

LES CHIFFRES 2005-2020 RELATIFS À L'ALCOOL

En Région bruxelloise, le pourcentage de conducteur·rices[517] impliqués dans un accident corporel pour lequel un test d'haleine a été effectué est en augmentation progressive sur la période étudiée, ce qui pourrait correspondre à une application progressive de la directive de 2006. Malgré cette augmentation des contrôles, le pourcentage de conducteurs sous influence de l'alcool est en diminution par rapport aux années 2000 et avoisionne actuellement 6 % (voir Tableau 58). L'année 2020 est bien évidemment particulière dans la mesure où les déplacements ont été limités par les restrictions en vigueur pour lutter contre la propagation de la COVID-19 (confinement, couvre-feu, bulle sociale, fermeture de

Justice, qui n'est pas encore finalisée. En effet, l'INCC n'est plus le seul laboratoire de référence depuis la récente modification de la procédure d'objectivation de la conduite sous influence de drogues, et les données doivent désormais être centralisées avant de pouvoir être partagées.

516 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.

517 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.).

Tableau 58 : Nombres et pourcentages de conducteurs testés et de conducteurs sous influence de l'alcool dans les accidents de roulage avec dégâts corporels en Région bruxelloise, 2005-2020

	Accidents avec dégâts corporels	Conducteurs impliqués	Conducteurs testés	Conducteurs sous influence d'alcool	% conducteurs testés	% conducteurs testés sous influence d'alcool
2005	3.837	7.479	856	140	11,4	16,4
2006	3.926	7.770	1.210	143	15,6	11,8
2007	4.053	8.079	1.617	221	20,0	13,7
2008	3.991	7.896	2.263	259	28,7	11,4
2009	4.043	8.129	2.934	343	36,1	11,7
2010	3.767	7.588	3.020	326	39,8	10,8
2011	3.905	7.925	3.274	287	41,3	8,8
2012	3.884	7.930	3.616	310	45,6	8,6
2013	3.580	7.268	3.761	281	51,7	7,5
2014	3.707	7.556	4.184	333	55,4	8,0
2015	3.759	7.703	4.333	321	56,3	7,4
2016	3.881	7.910	4.537	337	57,4	7,4
2017	3.846	7.840	4.322	284	55,1	6,6
2018	3.833	7.838	4.546	268	58,0	5,9
2019	3.928	7.830	4.913	325	62,7	6,6
2020	3.217	6.367	4.876	247	76,6	5,1

Source : Nuyttens, 2021 (d'après SPF Economie DG Statistique) et statbel.fgov.be

Tableau 59 : Nombres et pourcentages de conducteurs testés et de conducteurs sous influence de l'alcool dans les accidents de roulage avec dégâts corporels en Région bruxelloise, par types de conducteurs, 2020

	Conducteurs impliqués	Conducteurs testés	Conducteurs sous influence	% conducteurs testés	% conducteurs sous influence
Piétons	738	336	19	45,5	5,7
Cyclistes	1.176	954	38	81,1	4,0
Cyclomotoristes	233	198	7	85,0	3,5
Motocyclistes	361	312	8	86,4	2,6
Voitures	3.225	2.608	163	80,9	6,3
Camionnettes	259	208	11	80,3	5,3
Poids-lourds	58	50	0	86,2	0,0
Autobus/ autocars	104	95	0	91,3	0,0
Autre	131	106	1	80,9	0,9
Inconnu	82	9	0	11,0	0,0
Total	6.367	4.876	247	76,6	5,1

Source : Nuyttens, 2021 (d'après SPF Economie DG Statistique)

l'Horeca et des établissements de la vie nocturne, etc.). Ainsi, le nombre d'accidents de la route avec dégâts corporels a diminué, tout comme le pourcentage de conducteurs testés sous influence d'alcool, qui est passé de 6,6 % à 5,1 % entre 2019 et 2020. La proportion de conducteurs testés a en revanche grandement augmenté.

Le détail par type de «conducteurs» est présenté dans le tableau 59 pour l'année 2020. On constate que les conducteurs de voitures sont ceux qui sont les plus fréquemment impliqués dans les accidents corporels de la circulation (50,6 % ; ceci s'explique évidemment par la grande présence de voiture sur les routes), qu'ils sont majoritairement testés (80,9 %), et qu'environ 6 % de ces automobilistes testés se sont avérés être sous l'influence de l'alcool. La proportion de cyclistes impliqués dans les accidents corporels de la circulation n'est pas négligeable en Région bruxelloise (18,4 %), les cyclistes étant nombreux en milieu urbain et particulièrement vulnérables en raison de la densité du trafic (par comparaison, en Wallonie, les cyclistes ne représentaient que 7,3 % des conducteurs impliqués dans les accidents de la circulation en 2020).

Enfin, le tableau 60 montre que le nombre d'accidents corporels impliquant au moins un conducteur·rice sous l'influence de l'alcool oscille en dents de scie. Les blessures occasionnées sont dans la plupart des cas de nature légère, mais des blessés graves et des décès sont également enregistrés. L'année 2020 a bénéficié d'une réduction importante de la morbidité et de la mortalité liées aux accidents de la circulation, pour les raisons évoquées plus haut.

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[518]. 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).

518 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.

519 *Blood Alcohol Content* (concentration d'alcool dans le sang).

Tableau 60 : Nombre d'accidents corporels impliquant au moins un conducteur sous influence de l'alcool et nombre de victimes en Région bruxelloise, 2005-2020

	Nbr accidents corporels	Victimes			
		Total	Blessés légers	Blessés graves	Décédés 30 jours
2005	139	200	190	10	0
2006	141	214	206	5	3
2007	215	280	266	8	6
2008	255	359	332	24	3
2009	334	442	425	14	3
2010	315	438	410	26	2
2011	283	374	356	18	0
2012	304	396	373	19	4
2013	276	360	341	18	1
2014	315	416	404	11	1
2015	295	399	386	12	1
2016	307	387	376	9	2
2017	264	364	352	11	1
2018	251	321	313	8	0
2019	302	388	370	17	1
2020	237	295	284	11	0

Source : Nuyttens, 2021 (d'après SPF Economie DG Statistique)

Tableau 61 : 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[519] ≥ 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 nouveau-nés.

7.3.1. LE PROJET EURO-DEN PLUS

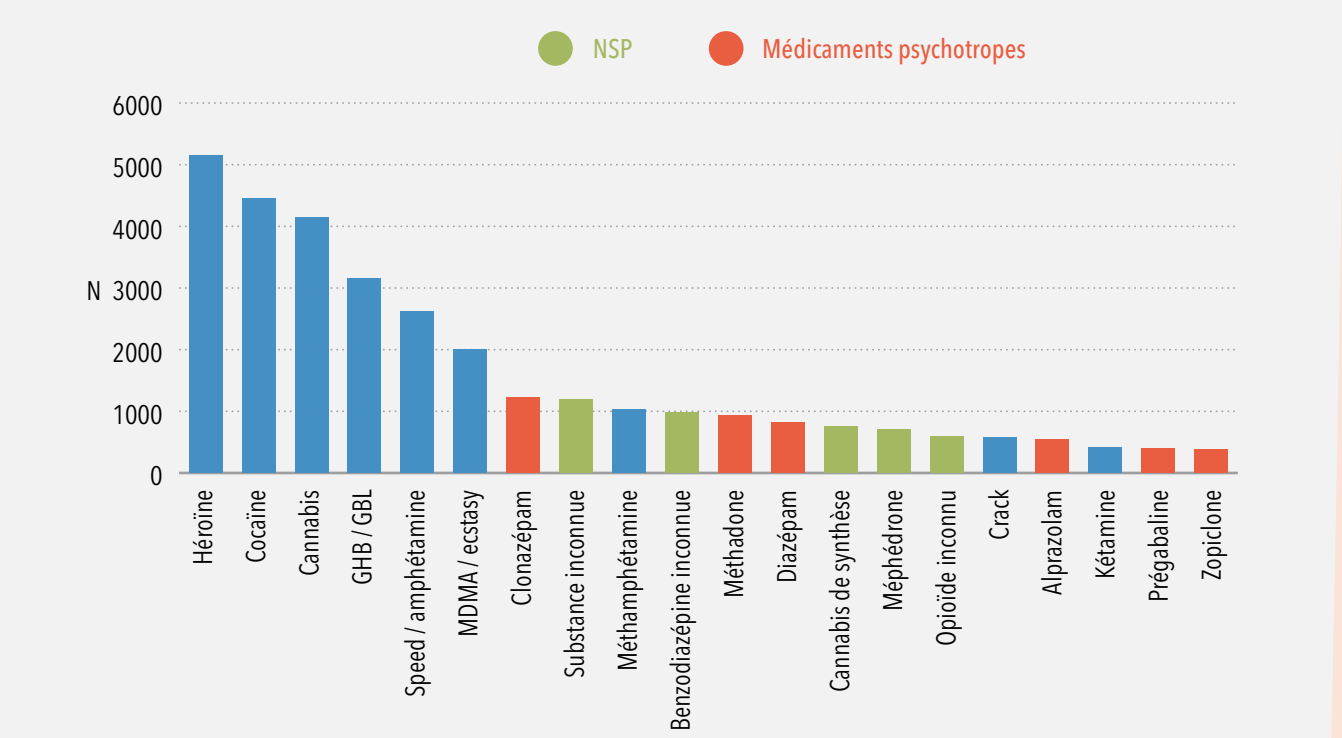
Le projet Euro-DEN-Plus (*European Drug Emergencies Network*) monitore spécifiquement les intoxications liées aux drogues[520] au niveau européen. Du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2017, 23.947 passages aux urgences dus à une intoxication aigue à une ou plusieurs drogues ont été enregistrés par les 32 hôpitaux qui ont participé à ce projet[521] (voir EMCDDA, 2020a). Les patient·es étaient majoritairement de sexe masculin (76,2 %). L'âge médian était de 31 ans. La majorité des intoxications concernait des personnes âgées de 20 à 39 ans (67 %), mais 5,8 % des intoxications concernaient des jeunes de 18 ans ou moins et 1 % des personnes de plus de 60 ans.

La majorité des patient·es (75 %) a pu sortir de l'hôpital directement après leur passage aux urgences, mais une petite minorité a été admise aux soins intensifs (6 %) ou en unité psychiatrique (5 %) ou dans un autre service (14 %). Au niveau symptomatologique, des convulsions étaient observées dans

520 L'identification des produits se fait sur base des déclarations du patient·e et de la symptomatologie, et plus rarement (dans 15 à 20 % des cas) sur base d'analyses toxicologiques. Ces résultats doivent donc être considérés comme une approximation.

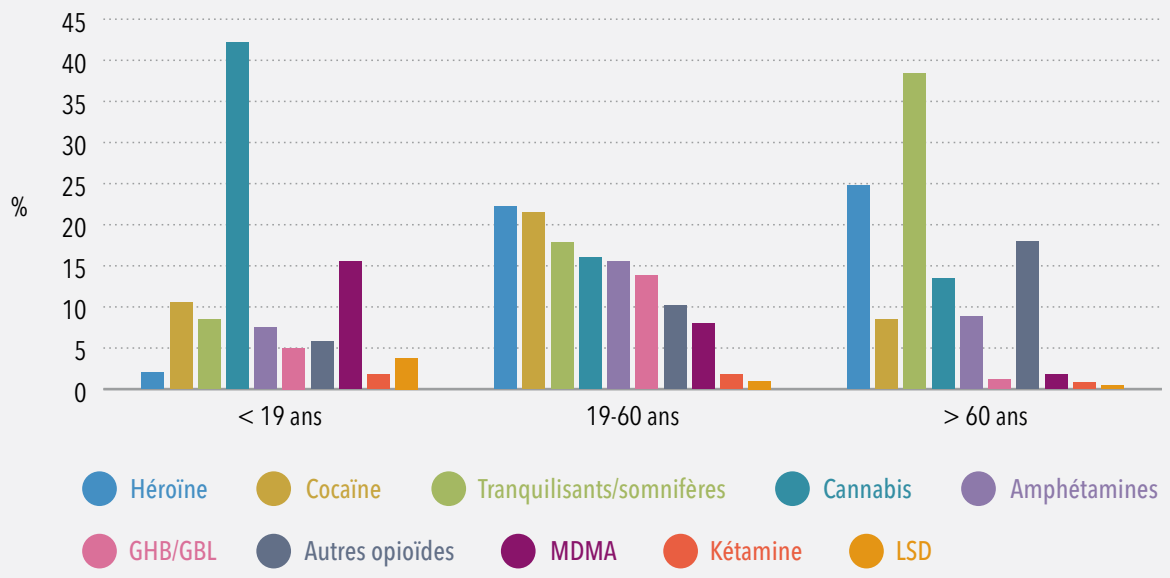
521 Ces hôpitaux sont répartis sur 21 pays européens. La participation belge se limite actuellement à un hôpital anversois et un hôpital gantois, qui ont rejoint le projet en 2017.

Figure 39 : Top 20 des produits impliqués dans les intoxications prises en charge par le réseau hospitalier européen Euro-DEN-Plus, 2014-2017



Source : Euro-DEN-Plus (EMCDDA, 2020a)

Figure 40 : Produits impliqués dans les intoxications prises en charge[522] par le réseau hospitalier européen Euro-DEN-Plus, par tranche d'âge, 2014-2017



Source : Euro-DEN-Plus (EMCDDA, 2020a)

4,2 % des prises en charge. Elles étaient plus souvent (mais pas exclusivement) observées en cas de consommation de fentanyl ou de cannabinoïdes de synthèse. Au total, 101 décès ont été enregistrés (soit 0,4 % des prises en charge), dont 53 associés aux opiacés et 31 à des stimulants (cocaïne, amphétamine ou MDMA). La majorité des cas impliquait une intoxication à un (63,4%) ou à deux produits (25,7%). Comme on peut le voir sur la figure 40, les drogues classiques sont impliquées dans la majorité des passages aux urgences, en particulier l'héroïne, la cocaïne, le cannabis, le GHB/GBL, les amphétamines et la MDMA. Un nombre relativement important de prises en charge impliquaient des médicaments contrôlés (benzodiazépines ou tranquillisants apparentés, opioïdes/opiacés). Enfin, les NSP étaient globalement impliquées dans 9,1 % de passages aux urgences. Pour cette classe de produits, d'importantes disparités sont observées en fonction de la situation géographique : ces produits sont en effet principalement observés dans les hôpitaux situés en Grande-Bretagne et en Pologne. En outre, sur la période étudiée, le type de NSP impliquées a grandement évolué : en 2014, la méphédrone était impliquée dans 76.9 % des prises en charge impliquant des NSP (400 sur 576), alors que le cannabis de synthèse n'était observé que dans 5,4 % des cas ; à l'inverse, en 2017 la méphédrone n'était impliquée que dans 17,2 % des «cas NSP» (82 sur 476), alors que les cannabinoïdes de synthèse étaient observés dans 69,5 % des cas.

Au sein de la tranche d'âge des 18 ans ou moins, le cannabis était la substance la plus souvent impliquée (42,2 %), suivi par la MDMA (15,5 %). Ces substances étaient, avec le LSD, significativement plus souvent impliquées dans les intoxications dans ce groupe d'âge que chez les patient·es plus âgés. Chez les patient·es de plus de 60 ans, les intoxications impliquaient le plus souvent les tranquillisants/hypnotiques (38,4 %) l'héroïne (24,8 %) ou d'autres opioïdes (18 %). Enfin, chez les patient·es de 19 à 60 ans, il n'y a pas de produit qui se détache spécifiquement, l'héroïne et la cocaïne étant chacune impliquée dans environ 20 % des intoxications, alors que les tranquillisants/somnifères, le cannabis, les amphétamines et le GHB/GBL sont quant à eux chacun impliqués dans environ 15 % des intoxications.

Dans le tableau 62, les produits les plus souvent impliqués dans les intoxications prises en charge en 2017 par les hôpitaux partenaires du réseau Eur-DEN-Plus sont présentés pour une sélection de pays participants. En Belgique, les stimulants (cocaïne, et dans une moindre mesure amphétamine et MDMA) et le cannabis sont les produits les plus souvent impliqués dans les intoxications. Il convient toutefois de rappeler qu'il s'agit d'hôpitaux situés en Flandre. Or, en Flandre, la consommation de psychostimulants est globalement plus marquée que dans le sud du pays. Toujours en Belgique, en 2017, les NSP étaient impliquées dans une minorité de cas (0,8 %).

522 Une même intoxication peut impliquer plusieurs produits.

Tableau 62 : Produits impliqués dans les intoxications prises en charge[523] par le réseau hospitalier européen Euro-DEN-Plus, par pays, 2017

	Produits									
Pays (n hopitaux)	Héroïne	Cocaïne	Cannabis	Amphétamine	MDMA	Méthadone	GHB/GBL	Méthamphétamine	NSP	**Nombre de prises en charge**
Allemagne (n=1)	7	8	12	12	3	9	2	8	20	113
Belgique (n=2)	42	194	154	95	68	16	58	5	5	613
Espagne (n=2)	49	282	191	75	35	3	57	28	7	574
Finlande (n=1)	2	4	17	38	6	4	110	3	8	253
France (n=1)	13	70	82	8	51	23	15	4	9	273
Italie (n=1)	11	61	56	3	0	3	0	2	0	113
Norvège (n=2)	551	112	240	413	76	73	300	12	1	1.789
Pologne (n=1)	1	9	19	26	4	1	2	3	54	103
Royaume-Uni (n=3)	212	311	176	26	199	48	321	222	238	1.550
Slovénie (n=1)	21	48	28	10	11	25	15	3	6	156
Total Europe (N=30)	1.417	1.700	1.550	864	582	312	956	361	482	7.914

Source : Euro-DEN-Plus (EMCDDA, 2020a)

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, chez lesquels une prestation déterminant la concentration d'alcool dans le sang a été enregistrée.

Comme on peut le voir dans le tableau 63, le nombre de bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire (par tranche de 10.000 bénéficiaires) ayant supposément présenté une intoxication alcoolique augmente fortement avec l'âge des bénéficiaires. Ce ne sont donc pas les jeunes de moins de 18 ans qui y seraient le plus exposés. À noter qu'il y a probablement une surestimation des cas chez les adultes en raison de l'application en théorie systématique 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 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. Toutefois et sans grande surprise, l'année 2020 est marqué par un recul des intoxications

L'indicateur généré par l'agence 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)[524].

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.

523 Une même intoxication peut impliquer plusieurs produits.

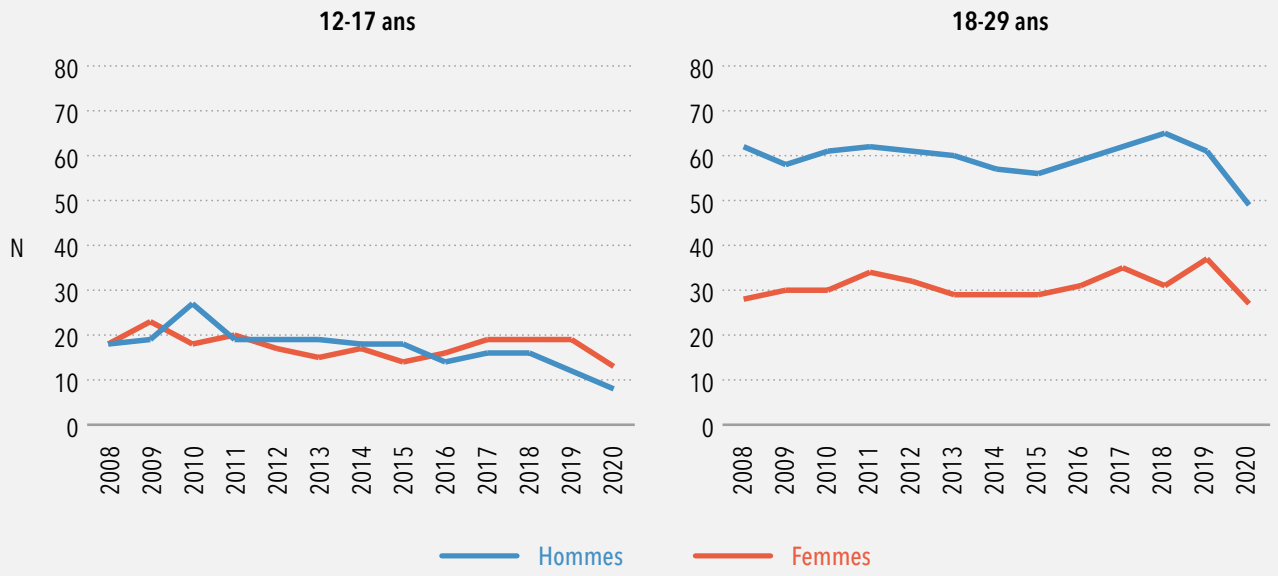
524 On sait par exemple, qu'en cas d'accidents de la route avec dégâts corporels, un test d'alcoolémie doit légalement être réalisé auprès des conducteur·rices impliqués. En cas d'accidents légers, il est généralement réalisé par les services de police, mais en cas d'accidents graves, il est réalisé par les services d'urgence ou hospitaliers. Or tous les accidenté·es de la route ne sont bien entendu pas sous imprégnation alcoolique.

Tableau 63 : Nombre d'intoxications alcooliques supposées par 10.000 bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire en Région bruxelloise, ventilé par tranche d'âge, 2008-2020

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
12-17 ans	18	21	23	19	18	17	17	16	15	17	18	15	11
18-29 ans	45	43	45	47	46	44	42	42	45	48	48	49	38
30-44 ans	51	54	49	47	47	48	47	42	46	49	49	50	45
45-64 ans	86	82	82	79	81	77	72	72	74	77	78	74	70
65 ans et +	62	58	67	71	66	66	65	64	73	88	83	80	72
Total	58	57	58	57	56	56	53	52	55	60	60	59	52

Source : Agence intermutualiste

Figure 41 : Nombre d'intoxications alcooliques supposées par 10.000 bénéficiaires de l'assurance santé obligatoire en Région bruxelloise, par sexe et par tranche d'âge, 2008-2020



Source : Agence intermutualiste

présumées, en raison des restrictions en vigueur pour lutter contre la propagation de la COVID-19 (confinement, couvre-feu, bulle sociale, fermeture de l'Horeca et des établissements de la vie nocturne, annulation des activités étudiantes, etc.), qui ont impacté favorablement les épisodes d'hyperalcoolisation (et *a fortiori* leur prise en charge par les services d'urgence).

Lorsque l'on s'intéresse spécifiquement aux différences de genre au sein des tranches d'âge les plus jeunes, on constate qu'il n'y en a pas chez les moins de 18 ans, 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, le nombre de cas est relativement stable dans le temps, quoiqu'une légère tendance à la hausse semble se dégager chez les hommes et les femmes de 18-29 ans durant les dernières années, à l'exception de 2020. Globalement, ces chiffres sont compatibles avec les constats d'une féminisation des comportements d'alcoolisation chez les jeunes, y compris chez les mineurs d'âge (voir chapitre 6.1.). En 2020, la diminution des intoxications présumées est similaire chez les garçons et chez les filles.

En résumé, les données publiées par l'Agence intermutualiste, bien qu'intéressantes et utiles pour nous éclairer sur les conséquences aiguës 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. La crise sanitaire a quant à elle montré, sans grande surprise, qu'une réduction des activités festives s'accompagne d'une diminution des intoxications alcooliques.

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 64, chaque année, environ 20 nouveau-nés sont pris en charge pour une exposition à l'alcool ou aux drogues/médicaments psychotropes en Région bruxelloise, ce qui correspond à environ 0,1 % des naissances (10 cas pour 10.000 naissances). On obseve par ailleurs une baisse progressive de la natalité en Région bruxelloise. Enfin, depuis 2020, trois nouveaux codes diagnostics sont utilisés pour identifier les cas d'exposition périnatale aux drogues (pour lesquels les données rétrospectives ne sont malheureusement pas disponibles).

Tableau 64 : Nouveau-nés pris en charge dans un service de néonatalogie suite à une exposition à l'alcool ou aux drogues en Région bruxelloise, 2016-2020

	2016 N	2017 N	2018 N	2019 N	2020 N
Nouveau-né affecté par une anesthésie et par une analgésie au cours de la grossesse, du travail et de l'accouchement (médicaments opioïdes)	7	<5	<5	0	<5
Nouveau-né affecté par un usage maternel d'autres médicaments	2	<5	6	0	<5
Nouveau-né affecté par un usage maternel d'alcool	3	<5	<5	<5	<5
Nouveau-né affecté par un usage maternel de cocaïne	1	<5	6	<5	0
Nouveau-né affecté par un usage maternel de cannabis	/	/	/	0	<5
Nouveau-né affecté par un usage maternel d'hallucinogène	/	/	/	<5	0
Nouveau-né affecté par un usage maternel d'une autre drogue d'abus	2	<5	<5	<5	8
Nouveau-né affecté par un usage maternel d'autres substances nocives	/	/	/	/	<5
Nouveau-né ayant présenté des symptômes de sevrage à un usage maternel de drogue	1	<5	6	<5	<5
Total	16	17	23	11	20
Nombre total de naissances	17.923	17.709	17.377	16.854	15.847

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'EMCDDA 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[525]. 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 Région bruxelloise, même si l'actuel décret ambulatoire COCOF n'exige pas formellement d'y participer, une grande partie des centres y contribuent effectivement, à l'instar de centres ayant un autre type de financement. 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 2020 une demande de traitement dans un service spécialisé en assuétudes ou dans un hôpital (général ou psychiatrique[526]) en Région bruxelloise.

LA SITUATION EN 2020

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 2.828 en 2020 dans les centres participant actuellement à la récolte de cet indicateur en Région bruxelloise (services spécialisés et hôpitaux). Ce nombre correspondait à 2.571 patient·es uniques[527], dont l'âge et le sexe étaient précisés pour 2.559 d'entre eux. Les patient·es sont majoritairement de sexe masculin (ratio d'environ 3 pour 1) et d'un âge compris entre 25 et 54 ans (80,3 %). Ces tranches d'âge sont probablement davantage représentées parce qu'il existe un délai important entre l'âge du premier usage (en moyenne vers 21 ans) et l'âge du premier traitement (en moyenne vers 39 ans). 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.).

525 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.

526 Les prises en charge de problématiques d'assuétudes sont courantes dans les hôpitaux psychiatriques.

527 L'utilisation du numéro de registre national comme identifiant unique permettant d'éliminer les doublons n'est pas systématique. En Région bruxelloise, 38,3 % des demandes de traitement ont été enregistrées de manière anonyme en 2020.

Comme on peut le voir sur le tableau 65, l'âge et le sexe des patient·es peuvent considérablement varier en fonction du produit principal[528]. Par exemple, la proportion de femmes est plus importante pour l'alcool (28,7 %) et, dans une moindre mesure, les hypno-sédatifs (23,9 %) que pour les autres produits, en particulier les opiacés (11,8 %). De même, la proportion de patient·es de moins de 25 ans est comparativement plus importante pour le cannabis (24,2 %) et les hypno-sédatifs (20,4 %), alors qu'elle est marginale pour les autres produits. Au total, 0,8 % des patient·es ont moins de 18 ansLa proportion de mineurs est un peu plus élevée pour le cannabis (2,7 %), mais on les retrouve aussi au niveau des autres produits hormis les opiacés (alcool : 0,5 % ; cocaïne : 1,2 % ; hypno-sédatifs : 0,9 %). La proportion de patient·es de 55 ans et + est plus importante pour l'alcool (19,6 %) et les hypno-sédatifs (13,3 %) que pour les autres produits (9,9 % pour les opiacés et moins de 4 % pour les autres produits). On retrouve aussi une petite proportion de seniors (65 ans ou +) parmi les patient·es ayant introduit une demande pour un problème avec l'alcool (4,2 %) ou avec les hypno-sédatifs (2,7 %), alors qu'on en retrouve quasiment pas pour les autres produits. Les seniors ne sont donc pas épargnés par l'usage problématique de certains produits et une attention particulière doit leur être accordée, le passage à la retraite étant une période de transition critique par rapport au risque de développement d'un usage problématique d'alcool et de médicaments psychotropes.

Tableau 65 : 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 Région bruxelloise, 2020

	24 ans et - %	25-34 ans %	35-44 ans %	45-54 ans %	55-64 ans %	65 ans et + %	Total %
Tous produits							
Hommes (n=1.967)	5,4	19,0	26,1	18,8	6,4	1,3	76,9
Femmes (n=592)	2,1	3,9	6,6	6,0	3,6	0,9	23,1
Total (N=2.559)	7,5	22,9	32,6	24,8	10,0	2,2	100
Alcool							
Hommes (n=831)	2,1	13,6	22,4	21,4	9,3	2,4	71,3
Femmes (n=335)	1,3	3,3	7,0	9,3	6,1	1,8	28,7
Total (N=1.166)	3,4	16,9	29,4	30,7	15,4	4,2	100
Opiacés							
Hommes (n=330)	2,9	20,6	31,0	24,9	8,0	0,8	88,2
Femmes (n=44)	1,9	3,7	1,9	3,2	1,1	0,0	11,8
Total (N=374)	4,8	24,3	32,9	28,1	9,1	0,8	100
Cocaïne							
Hommes (n=397)	4,8	25,4	31,7	14,3	2,6	0,0	78,8
Femmes (n=107)	1,6	6,0	9,3	3,6	0,8	0,0	21,2
Total (N=504)	6,3	31,3	41,1	17,9	3,4	0,0	100
Cannabis							
Hommes (n=182)	17,5	23,3	24,7	14,8	1,3	0,0	81,6
Femmes (n=41)	6,7	5,4	3,6	1,8	0,9	0,0	18,4
Total (N=223)	24,2	28,7	28,3	16,6	2,2	0,0	100
Hypnotiques/sédatifs							
Hommes (n=86)	16,8	26,5	22,1	5,3	4,4	0,9	76,1
Femmes (n=27)	3,5	1,8	8,0	2,7	6,2	1,8	23,9
Total (N=113)	20,4	28,3	30,1	8,0	10,6	2,7	100

Source : Sciensano

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 patient·es 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 néanmoins une réalité pour un grand nombre d'usager·es pris en charge en Région bruxelloise. 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.

528 Le produit principal est défini comme celui qui pose le plus de problèmes à l'usager·e lors de l'introduction de la demande de traitement. Son identification repose généralement sur la demande faite par les usager·e·s et/ou sur le diagnostic posé par le professionnel. Concrètement, le protocole implique de d'abord identifier l'ensemble des produits qui causent actuellement problèmes au patient, et de spécifier ensuite l'éventuelle présence d'un produit principal. Un produit principal est identifié dans la grande majorité des cas (98 % en 2019 en Région bruxelloise).

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 2020 dans les services spécialisés sont, par ordre d'importance, l'alcool (36,7 %), la cocaïne/crack (23,5 %), les opiacés (18,7 %), et cannabis (9,3 %). Les hypnotiques et sédatifs sont mentionnés en produit principal par 4,9 % des demandeurs et les autres produits (hallucinogènes, speed, MDMA etc.) par 3 % d'entre-eux. Dans les hôpitaux, la répartition est sensiblement différente, puisque l'alcool est de loin la substance principale la plus fréquemment évoquée (73,6 %). La cocaïne et le cannabis sont mentionnés dans environ 7 % des cas, les hypnotiques/sédatifs[529] dans 3,4 % des cas, les opiacés dans 1,5 % des cas et les autres produits dans 0,8 % des cas.

Dans les services spécialisés, la majorité des patient·es sont pris en charge dans des centres ambulatoires (41,5 %) ou à bas seuil (39,2 %), 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 (62 %) ou de cocaïne (50,9 %) alors qu'elles sont moins fréquentes pour les usages problématiques d'alcool ou de cannabis (22,2 % et 31,3 %).

La plupart des patient·es ont des antécédents thérapeutiques liés à une problématique d'assuétude, tant dans les services spécialisés (69,4 %) que dans les hôpitaux (53,5 %). Néanmoins, la fréquence des antécédents thérapeutiques varie en fonction du produit principal. Ainsi, la présence d'antécédents de traitement est très fréquente chez les usager·e· problématiques d'opiacés (88,9 % dans les services spécialisés et 66,7 % dans les hôpitaux) alors qu'elle est relativement moins fréquente chez les patient·es en demande de traitement pour une consommation problématique de cannabis (45 % dans les services spécialisés et 45,2 % dans les hôpitaux).

Une grande partie des patient·es (54,4 % dans les services spécialisés et 65,5 % dans les hôpitaux) ont introduit la demande de traitement de leur propre initiative, et un environ un quart (29,7 % dans les services spécialisés et 22,8 % dans les hôpitaux) suite à une réorientation[530]. Les demandes émanant du secteur de la justice sont citées par 5,7 % des patient·es dans les services spécialisés et par seulement 1 % dans les hôpitaux, 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 (16,4 % dans les services spécialisés).

Dans les services spécialisés, 17,8 % des patient·es ont mentionné avoir déjà eu recours à l'injection (contre 5,7 % dans les hôpitaux). 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, près de la moitié (48,3 % dans les services spécialisés et 48,3 % dans les hôpitaux) ont déclaré avoir déjà partagé au moins une fois des aiguilles ou des seringues avec une autre personne. Et pour ceux qui ont déjà eu recours au partage, il avait eu lieu endéans les 30 derniers jours pour 16,1 % d'entre eux dans les services spécialisés et pour 8,3 % dans les hôpitaux. L'âge de la première injection est de 24,7 ans dans les services spécialisés et de 21 ans dans les hôpitaux.

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 : 52,5 % dans les services spécialisés et 25,2 % dans les hôpitaux. La polyconsommation problématique est moins fréquente chez les patient·es dont le produit principal est l'alcool ou le cannabis. On remarquera notamment que dans les services spécialisés, 37,1 % des patient·es ayant mentionné la cocaïne en produit principal ont également un usage problématique d'alcool[531], et 32,6 % dans les hôpitaux. De même, les patient·es ayant mentionné les opiacés en produit principal sont nombreux à mentionner conjointement un usage problématique de cocaïne (37,7 % dans les services spécialisés et 22,2 % dans les hopitaux). Signalons aussi que 11 % des patient·es dans les services spécialisés et 7,4 % dans les hôpitaux ont mentionné au second plan un usage problématique d'hypno-sédatifs.

Nb : les demandes de traitement en hôpitaux pour les problématiques de consommation liées au cannabis, à la cocaïne et aux opiacés étant peu nombreuses, il convient de considérer les chiffres relatifs à ces produits avec prudence, en particulier lorsque l'on envisage les patient·es primo-demandeurs.

529 En raison du petit nombre de personnes ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique de ces produits, nous ne les avons pas intégré aux tableaux descriptifs afin de ne pas alourdir la présentation. Ces demandes sont par contre reprise dans la colonne «Tous produits», au même titre que d'autres produits mentionnés de manière anecdotique en produit principal (hallucinogènes, inhalants volatiles, MDMA, etc.).

530 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·e·s de drogues, un médecin généraliste, et enfin un hôpital ou un autre service médical.

531 La consommation d'alcool est fréquente chez les usager·es de cocaïne, car elle en intensifie et prolonge les effets euphorisants. Cette association augmente en revanche les risques cardiovasculaires en raison de la production d'un méthabolyte actif (cocaéthylène) particulièrement cardiotoxique (voir par exemple ; Bunn & Giannini, 1992 ; Zucoloto et al., 2020).

Tableau 66 : 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 Région bruxelloise, 2020

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
N	1.953	717	366	458	182	618	455	9	46	42
% des patient·es	100,0	36,7	18,7	23,5	9,3	100,0	73,6	1,5	7,4	6,8
Sexe (%)										
Hommes	81,6	78,2	88,5	80,3	83,0	61,9	60,4	77,8	63,0	76,2
Femmes	18,4	21,8	11,5	19,7	17,0	38,1	39,6	22,2	37,0	23,8
non-réponses (n)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Âge (années)										
Moyenne	39,9	43,9	41,1	37,6	33,0	44,4	46,3	42,6	37,2	36,7
Médiane	40	43	40	37	33	44	47	47	37	36
non-réponses (n)	8	5	0	0	0	1	0	0	0	1
Type de traitement (%)										
Bas seuil	39,2	22,2	62,0	50,9	31,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ambulatoire	41,5	50,9	23,8	34,3	56,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Résidentiel	19,3	26,9	14,2	14,8	12,1	100	100	100	100	100
Origine de la demande (%)										
Propre initiative	54,4	51,2	60,5	65,8	44,4	65,5	66,0	55,6	58,7	61,9
Famille/amis	9,9	8,6	11,6	8,9	12,9	10,4	11,7	11,1	0,0	9,5
Réorientation	29,7	33,6	25,5	21,0	26,3	22,8	21,2	33,3	41,3	28,6
Justice	5,7	6,0	2,4	3,8	16,4	1,0	0,7	0,0	0,0	0,0
Autre	0,3	0,6	0,0	0,4	0,0	0,3	0,4	0,0	0,0	0,0
non-réponses (n)	102	32	29	11	11	3	2	0	0	0
Logement (%)										
Domicile fixe	56,9	64,9	49,7	47,9	65,0	86,9	87,9	55,6	82,6	85,7
Logements variables	13,0	10,2	15,5	15,7	9,4	5,3	5,3	22,2	4,3	4,8
Dans la rue	17,0	11,5	24,3	23,3	6,7	5,0	5,1	0,0	6,5	4,8
Institution	9,2	10,2	7,3	9,1	9,4	2,8	1,8	22,2	6,5	4,8
Prison	3,5	2,9	2,5	4,0	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autre	0,4	0,3	0,6	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
non-réponses (n)	49	21	12	7	2	1	1	0	0	0
Situation de cohabitation (%)										
Seul	48,2	54,8	45,1	47,4	26,4	42,4	42,0	71,4	39,5	50,0
En couple	19,0	20,4	20,6	17,4	20,8	30,3	33,9	14,3	20,9	15,0
Avec parents/famille	15,5	12,1	14,7	12,8	36,1	21,5	19,9	0,0	25,6	27,5
Avec amis	16,7	12,3	19,3	21,5	15,3	5,7	4,1	14,3	14,0	7,5
Autre	0,6	0,5	0,3	0,8	1,4	0,2	0,2	0	0	0
non-réponses (n)	77	22	25	9	6	6	4	0	0	0
Scolarité (%)										
Non scolarisé	2,9	3,0	3,5	2,3	1,9	1,6	1,6	0,0	0,0	2,5
Primaire	21,8	17,3	28,6	21,7	26,6	18,2	16,2	37,5	20,0	42,5
Secondaire	54,6	50,9	53,7	60,6	60,4	44,1	42,5	62,5	52,5	42,5
Supérieur	19,4	27,7	11,8	13,8	10,4	36	39,4	0,	27,5	12,5
Autre	1,4	1,1	2,4	1,7	0,6	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0
non-réponses (n)	496	179	111	103	28	40	24	1	6	2

Tableau 66 : 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 Région bruxelloise, 2020

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
Source de revenu (%)										
Salaire/revenu de travail	13,7	13,2	14,0	12,6	17,2	21,4	22,5	25,0	18,2	10,3
Allocation de chômage	8,3	8,4	7,3	8,6	9,8	10,4	11,5	0,0	4,5	10,3
Bourse d'études	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0
Indemnité pour maladie ou invalidité	33,7	40,6	28,3	33,1	24,5	41,6	40,2	62,5	52,3	51,3
Revenu minimum ou CPAS	17,3	17,3	19,7	17,2	17,2	11,4	9,4	12,5	13,6	17,9
Allocations familiales	0,5	0,0	0,0	0,5	1,2	0,7	0,9	0,0	0,0	0,0
Pension de retraite ou de survie	2,0	4,4	0,6	0,7	0,0	6,5	7,9	0,0	0,0	0,0
Aucun revenu propre	23,8	15,5	29,9	26,6	28,8	7,2	7,0	0,0	9,1	10,3
Autre	0,6	0,5	0,0	0,7	1,2	0,7	0,4	0,0	2,3	0,0
non-réponses (n)	192	65	52	29	19	19	10	1	2	3
Traitement antérieur (%)										
Oui	69,4	69,2	88,9	70,6	45,0	53,5	54,5	66,7	62,2	45,2
Non	30,6	30,8	11,1	29,4	55,0	46,5	45,5	33,3	37,8	54,8
non-réponses (n)	350	110	52	131	31	11	9	0	1	0
Comportement d'injection (%)										
Jamais	82,2	90,9	60,7	81,1	90	94,3	96,3	50,0	81,0	100,0
Oui, les 30 derniers jours	3,7	0,4	10,9	2,8	0,0	0,7	0,0	12,5	2,4	0,0
Oui, les 12 derniers mois	1,4	0,9	2,2	1,6	0,0	0,7	0,2	12,5	4,8	0,0
Oui, il y a plus de 12 mois	6,2	5,4	13,5	3,4	5,3	4,0	3,2	12,5	11,9	0,0
Oui, non précisé	6,6	2,5	12,7	11,1	4,7	0,3	0,2	12,5	0,0	0,0
non-réponses (n)	400	147	91	72	32	36	23	1	4	0
Polyconsommation problématique (%)										
Non	47,5	63,6	33,1	34,7	59,3	74,8	84,6	55,6	54,3	50,0
Oui	52,5	36,4	66,9	65,3	40,7	25,2	15,4	44,4	45,7	50,0
avec alcool	17,7	0,0	18,6	37,1	22	9,9	0,0	11,1	32,6	28,6
avec opiacés	7,3	4,2	0,0	14,4	4,4	1,0	0,4	0,0	0,0	2,4
avec cocaïne	18,4	18,3	37,7	0,0	15,9	8,4	5,1	22,2	0,0	11,9
avec cannabis	18,7	17,3	14,8	27,5	0,0	11,7	8,6	33,3	30,4	0,0
avec hypno-sédatifs	11,0	7,4	18,3	10,7	2,7	7,4	5,3	11,1	4,3	4,8

Source : Sciensano

DESCRIPTION DES PATIENT·ES AVEC ET SANS ANTÉCÉDENTS THÉRAPEUTIQUES PAR PRODUIT PRINCIPAL

Les tableaux 67 et 68 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 (16,9 % *versus* 6,1 %). Ces dernier·es y sont à l'inverse plus fréquemment en traitement pour un usage problématique d'opiacés que les patient·es primo-demandeurs (25,1 % *versus* 7,1 %). 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 (61,1 % *versus* 40,7 %), lesquels sont davantage pris

en charge dans les structures à bas seuil (36,8 % *versus* 17,7 % pour les primo-demandeurs).

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, particulièrement marquée dans les services spécialisés (59,2 % *versus* 24,8 %), n'est pas observable dans les hôpitaux (67,1 % *versus* 64,2 %). 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 plus marquée dans les services spécialisés que dans les hôpitaux.

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.

Tableau 67 : 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 Région bruxelloise, 2020

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
N	1.112	420	279	231	68	325	243	6	28	19
% des patient·es avec antécédents	100,0	37,8	25,1	20,8	6,1	100,0	74,8	1,8	8,6	5,8
% total des patient·es	56,9	21,5	14,3	11,8	3,5	52,6	39,3	1,0	4,5	3,1
Sexe (%)										
Hommes	81,1	78,8	88,5	74,9	86,8	61,4	59,7	100	57,1	78,9
Femmes	18,9	21,2	11,5	25,1	13,2	38,6	40,3	0,0	42,9	21,1
non-réponses (n)	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Âge (années)										
Moyenne	42,4	45,1	42,3	40,1	38,2	44,2	45,6	36,3	38,8	41,6
Médiane	42	44	43	39	40	45	46	36	41	45
non-réponses (n)	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Type de traitement (%)										
Bas seuil	36,8	20,5	57,7	42,4	38,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ambulatoire	40,7	52,4	25,8	35,5	47,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Résidentiel	22,5	27,1	16,5	22,1	14,7	100	100	100	100	100
Origine de la demande (%)										
Propre initiative	59,2	56,2	61,1	68,4	63,6	67,1	67,9	50,0	60,7	84,2
Famille/amis	8,1	7,7	10,5	4,8	6,1	8,0	9,1	16,7	0,0	5,3
Réorientation	28,4	30,1	26,5	23,7	24,2	23,4	21,8	33,3	39,3	10,5
Justice	4,0	5,2	1,9	3,1	6,1	1,2	0,8	0,0	0,0	0,0
Autre	0,3	0,7	0,0	0,0	0,0	0,3	0,4	0,0	0,0	0,0
non-réponses (n)	47	18	22	3	2	0	0	0	0	0
Logement (%)										
Domicile fixe	57,8	65,7	52,6	49,3	61,8	85,2	88,1	33,3	75,0	84,2
Logements variables	13,1	9,5	16,2	15,3	11,8	5,5	5,3	33,3	3,6	0,0
Dans la rue	13,8	8,0	20,6	19,2	5,9	5,5	4,5	0,0	10,7	10,5
Institution	11,9	13,6	7,7	13,5	13,2	3,7	2,1	33,3	10,7	5,3
Prison	2,8	2,7	2,2	2,6	7,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autre	0,5	0,5	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
non-réponses (n)	20	9	7	2	0	0	0	0	0	0

Tableau 67 : 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 Région bruxelloise, 2020

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
Situation de cohabitation (%)										
Seul	51,8	57,7	47,2	52,6	38,9	43,5	39,9	75,0	48,0	72,2
En couple	18,9	18,4	21,0	16,8	20,4	28,8	33,2	25,0	20,0	0,0
Avec parents/famille	14,5	12,2	15,0	13,7	18,5	21,4	21,8	0,0	20,0	22,2
Avec amis	14,3	10,8	16,3	15,8	22,2	6,1	4,6	0,0	12,0	5,6
Autre	0,7	0,9	0,4	1,1	0,0	0,3	0,4	0,0	0,0	0,0
non-réponses (n)	39	10	19	4	0	0	0	0	0	0
Scolarité (%)										
Non scolarisé	2,6	2,6	3,5	2,0	1,6	2,0	2,6	0,0	0,0	0,0
Primaire	21,5	17,4	27,8	23,2	12,7	22,5	18,8	40,0	33,3	50,0
Secondaire	56,3	52,1	56,6	61,1	77,8	47,0	45,4	60,0	50,0	38,9
Supérieur	18,8	27,1	11,6	12,8	6,3	28,5	33,2	0,0	16,7	11,1
Autre	0,8	0,9	0,5	1,0	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
non-réponses (n)	231	80	81	28	5	23	14	1	4	1
Source de revenu (%)										
Salaire/revenu de travail	11,2	10,7	14,9	8,6	9,1	16,1	18,0	20,0	7,1	5,9
Allocation de chômage	7,2	6,9	7,1	5,9	13,6	9,5	10,0	0,0	7,1	5,9
Bourse d'études	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Indemnité pour maladie ou invalidité	45,1	49,9	33,6	51,6	40,9	50,0	48,1	60	64,3	70,6
Revenu minimum ou CPAS	20,5	20,2	21,2	23,1	21,2	12,0	10,0	20,0	14,3	11,8
Allocations familiales	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,8	0,0	0,0	0,0
Pension de retraite ou de survie	2,2	4,1	0,8	0,9	0,0	3,5	4,6	0,0	0,0	0,0
Aucun revenu propre	13,2	7,4	22,4	10	15,2	7	7,5	0	3,6	5,9
Autre	0,6	0,8	0,0	0,0	0,0	0,9	0,8	0,0	3,6	0,0
non-réponses (n)	94	29	38	10	2	9	4	1	0	2
Comportement d'injection (%)										
Jamais	75,4	85,2	57,4	75,4	80,8	90,4	93,5	20,0	72,0	100
Oui, les 30 derniers jours	5,2	0,3	12,9	4,1	0,0	1,0	0,0	20,0	4,0	0,0
Oui, les 12 derniers mois	2,3	1,5	3,0	3,1	0,0	1,0	0,4	20,0	4,0	0,0
Oui, il y a plus de 12 mois	9,2	9,1	15,3	3,6	13,5	6,9	5,6	20,0	20,0	0,0
Oui, non précisé	7,9	3,9	11,4	13,8	5,8	0,7	0,4	20,0	0,0	0,0
non-réponses (n)	247	89	77	36	16	22	12	1	3	0
Polyconsommation problématique (%)										
Non	47,4	61,7	34,8	37,2	55,9	68,6	79,4	33,3	50,0	31,6
Oui	52,6	38,3	65,2	62,8	44,1	31,4	20,6	66,7	50,0	68,4
avec alcool	16,2	0,0	19,7	37,2	23,5	12,0	0,0	16,7	39,3	52,6
avec opiacés	8,5	5,7	0,0	16,0	7,4	1,2	0,8	0,0	0,0	0,0
avec cocaïne	20,2	19	37,3	0,0	16,2	10,2	7,0	33,3	0,0	21,1
avec cannabis	17,6	17,1	13,3	26,8	0,0	15,4	12,3	50,0	35,7	0,0
avec hypno-sédatifs	11,2	9,5	16,1	8,2	1,5	9,2	7,0	16,7	3,6	5,3

Source : Sciensano

Tableau 68 : 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 Région bruxelloise, 2020

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
N	491	187	35	96	83	282	203	3	17	23
% des patient·es sans antécédents	100,0	38,1	7,1	19,6	16,9	100,0	72,0	1,1	6,0	8,2
% total	25,1	9,6	1,8	4,9	4,2	45,6	32,8	0,5	2,8	3,7
Sexe (%)										
Hommes	77,2	71,1	85,7	81,3	77,1	62,3	61,4	33,3	70,6	73,9
Femmes	22,8	28,9	14,3	18,8	22,9	37,7	38,6	66,7	29,4	26,1
non-réponses (n)	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0
Âge (années)										
Moyenne	36,3	42,6	37,5	34,9	28,7	44,8	47,3	55,0	34,9	32,5
Médiane	35	42	39	36	27	44	48	57	34	33
non-réponses (n)	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1
Type de traitement (%)										
Bas seuil	17,7	1,1	48,6	26,0	9,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ambulatoire	61,1	63,6	37,1	59,4	75,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Résidentiel	21,2	35,3	14,3	14,6	14,5	100	100	100	100	100
Origine de la demande (%)										
Propre initiative	24,8	24,4	29,4	28,0	19,0	64,2	64,2	66,7	52,9	43,5
Famille/amis	18,4	14,4	26,5	28,0	16,5	12,2	13,9	0,0	0,0	13,0
Réorientation	44,7	51,7	38,2	33,3	36,7	22,6	20,9	33,3	47,1	43,5
Justice	11,7	9,4	5,9	8,6	27,8	0,7	0,5	0,0	0,0	0,0
Autre	0,4	0,0	0,0	2,2	0,0	0,4	0,5	0,0	0,0	0,0
non-réponses (n)	28	7	1	3	4	3	2	0	0	0
Logement (%)										
Domicile fixe	74,4	81,2	71,4	76,8	75,6	89,0	88,1	100,0	94,1	87,0
Logements variables	6,2	3,9	5,7	6,3	2,4	5,0	5,0	0,0	5,9	8,7
Dans la rue	8,9	7,7	8,6	6,3	3,7	4,3	5,4	0,0	0,0	0,0
Institution	4,6	3,3	5,7	3,2	6,1	1,8	1,5	0,0	0,0	4,3
Prison	5,6	3,9	8,6	7,4	11,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autre	0,2	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
non-réponses (n)	10	6	0	1	1	1	1	0	0	0
Situation de cohabitation (%)										
Seul	42,6	49,4	30,0	47,7	13,6	40,2	43,9	66,7	23,5	31,8
En couple	24,3	28,8	33,3	26,7	21,2	32,1	34,7	0,0	23,5	27,3
Avec parents/famille	21,8	15,9	20,0	15,1	54,5	22,1	17,9	0,0	35,3	31,8
Avec amis	11,1	5,9	16,7	10,5	9,1	5,5	3,6	33,3	17,6	9,1
Autre	0,2	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
non-réponses (n)	10	4	0	0	3	6	4	0	0	0
Scolarité (%)										
Non scolarisé	3,4	5,0	0,0	1,3	2,7	1,1	0,5	0,0	0,0	4,5
Primaire	26,8	17,1	52,0	30,3	39,2	13,8	13,8	33,3	0,0	36,4
Secondaire	43,8	43,6	28,0	44,7	43,2	40,5	38,8	66,7	53,3	45,5
Supérieur	25,5	34,3	20,0	22,4	14,9	44,2	46,4	0,0	46,7	13,6
Autre	0,5	0,0	0,0	1,3	0,0	0,4	0,5	0,0	0,0	0,0
non-réponses (n)	110	47	10	20	9	13	7	0	2	1

Tableau 68 : 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 Région bruxelloise, 2020

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
Source de revenu (%)										
Salaire/revenu de travail	24,9	20,9	16,7	36,0	29,2	27,2	27,4	33,3	40,0	13,6
Allocation de chômage	12,4	12,9	16,7	18,0	5,6	11,4	13,2	0,0	0,0	13,6
Bourse d'études	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,5	0,0	0,0	0,0
Indemnité pour maladie ou invalidité	19,0	31,3	16,7	9,0	12,5	31,6	30,5	66,7	33,3	36,4
Revenu minimum ou CPAS	12,1	9,2	20,0	11,2	12,5	10,7	8,6	0,0	13,3	22,7
Allocations familiales	1,4	0,0	0,0	1,1	2,8	0,7	1,0	0,0	0,0	0,0
Pension de retraite ou de survie	2,5	6,1	0,0	1,1	0,0	10,3	12,2	0,0	0,0	0,0
Aucun revenu propre	27,2	19,6	30,0	22,5	36,1	7,4	6,6	0,0	13,3	13,6
Autre	0,5	0,0	0,0	1,1	1,4	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
non-réponses (n)	54	24	5	7	11	10	6	0	2	1
Comportement d'injection (%)										
Jamais	93,7	99,4	72,7	87,7	100,0	98,5	99,5	100,0	93,8	100,0
Oui, les 30 derniers jours	2,6	0,0	12,1	3,7	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Oui, les 12 derniers mois	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	6,3	0,0
Oui, il y a plus de 12 mois	3,3	0,6	15,2	7,4	0,0	0,7	0,5	0,0	0,0	0,0
Oui, non précisé	0,2	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
non-réponses (n)	65	27	2	15	6	11	8	0	1	0
Polyconsommation problématique (%)										
Non	56,8	75,9	40,0	37,5	65,1	81,2	90,1	100,0	58,8	65,2
Oui	43,2	24,1	60,0	62,5	34,9	18,8	9,9	0,0	41,2	34,8
avec alcool	17,3	0,0	14,3	34,4	16,9	7,8	0,0	0,0	23,5	8,7
avec opiacés	2,9	1,1	0,0	7,3	1,2	0,7	0,0	0,0	0,0	4,3
avec cocaïne	11,4	9,1	22,9	0,0	12,0	6,7	3,0	0,0	0,0	4,3
avec cannabis	17,9	14,4	25,7	28,1	0,0	7,8	4,4	0,0	23,5	0,0
avec hypno-sédatifs	7,5	2,1	11,4	10,4	2,4	5,7	3,4	0,0	5,9	4,3

Source : Sciensano

TENDANCES ET ÉVOLUTION

On constate en Région bruxelloise, sur la période 2011-2019, une augmentation des demandes de traitement enregistrées auprès des centres spécialisés en assuétudes et des hôpitaux[532] (voir tableau 69)[533]. Cette augmentation s'explique en partie par une augmentation du nombre de centres participants (entre 2011 et 2015). 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 à la recherche d'un traitement. En 2020, les demandes de traitement ont chuté de 15,7 % dans les services spécialisés et de 34,1 % dans les hôpitaux par rapport à 2019, en raison de la pandémie de COVID-19. Dans les services spécialisés, on observe une diminution plus importante du nombre de patient·es dans les services ambulatoires (-23,8 %) que dans ceux à bas seuil (-17,9 %). En revanche, le nombre de patient·es a augmenté dans les services résidentiels entre 2019 et 2020 (+36,7 %), mais il était particulièrement bas en 2019, ce qui explique en partie l'importante augmentation.

Globalement, l'analyse du nombre d'épisodes de traitement enregistrés chaque mois en 2020 (voir Figure 42), lorsqu'on le compare à la moyenne des années 2015 à 2019, montre que la baisse est surtout marquée lors du premier confinement (de mars à mai 2020) avec un pic au mois d'avril (-64 %). Après ce premier confinement, le nombre d'enregistrement de demandes de traitement est resté légèrement en deça de ce qui était observé les années précédentes. Le second confinement, qui a débuté en novembre 2020, ne semble pas avoir eu d'impact plus important sur

532 Dans les hôpitaux, le nombre de demandes a toutefois diminué entre 2016 et 2018, alors que le nombre de services participants est identique.

533 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.

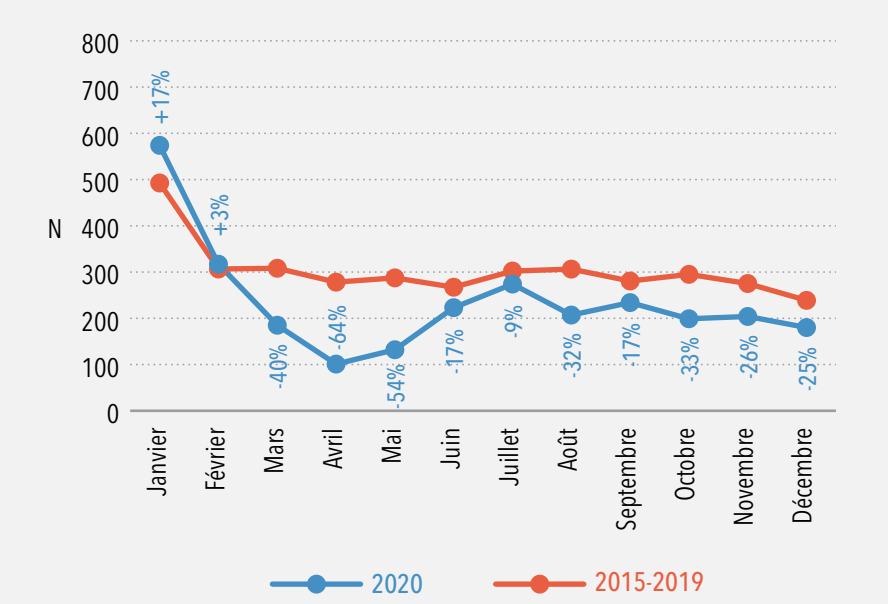
Tableau 69 : Évolution de la récolte des demandes de traitement en Région bruxelloise, 2011-2020

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2020 vs 2019
Services spécialisés (N)	9	9	10	14	18	17	18	18	18	18	-0 %
N demandes de traitement	481	576	1.389	1.907	2.387	2.453	2.735	2.498	2.549	2.149	-15,7 %
N patient·es uniques*	413	540	1.154	1.750	2.130	2.142	2.401	2.190	2.272	1.953	-14,0 %
Traitement bas seuil	115	191	641	698	716	794	776	830	933	766	-17,9 %
Traitement ambulatoire	123	191	357	770	1.034	1.037	1.289	1.035	1.064	811	-23,8 %
Traitement résidentiel	175	158	156	282	380	311	336	325	275	376	+36,7 %
Hôpitaux (N)	0	3	1	6	11	11	11	11	10	10	-0,0 %
N demandes de traitement	0	60	143	734	1048	1104	1211	1198	1030	679	-34,1 %
N patient·es uniques*	0	58	132	647	851	928	939	979	876	618	-29,5 %

* après élimination (partielle) des demandes multiples.
Source : Sciensano

le nombre d'épisodes de traitements enregistrés. À partir du mois de juin, ce sont surtout dans les services résidentiels (hospitaliers et non-hospitaliers) que la diminution est observée, alors que les services ambulatoires ont quasiment recouvré le niveau d'accueil pré-pandémie. La diminution des hospitalisations pendant le premier confinement n'est bien évidemment pas spécifique aux prises en charge des problématiques d'assuétudes. Ainsi, l'agence intermutualiste a observé une baisse de 47 % du nombre d'hospitalisations résidentielles (au moins une nuit, quel que soit le motif) dans les hôpitaux généraux pendant le premier confinement (du 16 mars au 3 mai 2020), par rapport à l'année 2019 (AIM, 2021). La situation s'est ensuite améliorée, la différence étant tombée à 23 % du 4 mai au 28 juin 2020 et à 10 % du 29 juin au 4 octobre 2020.

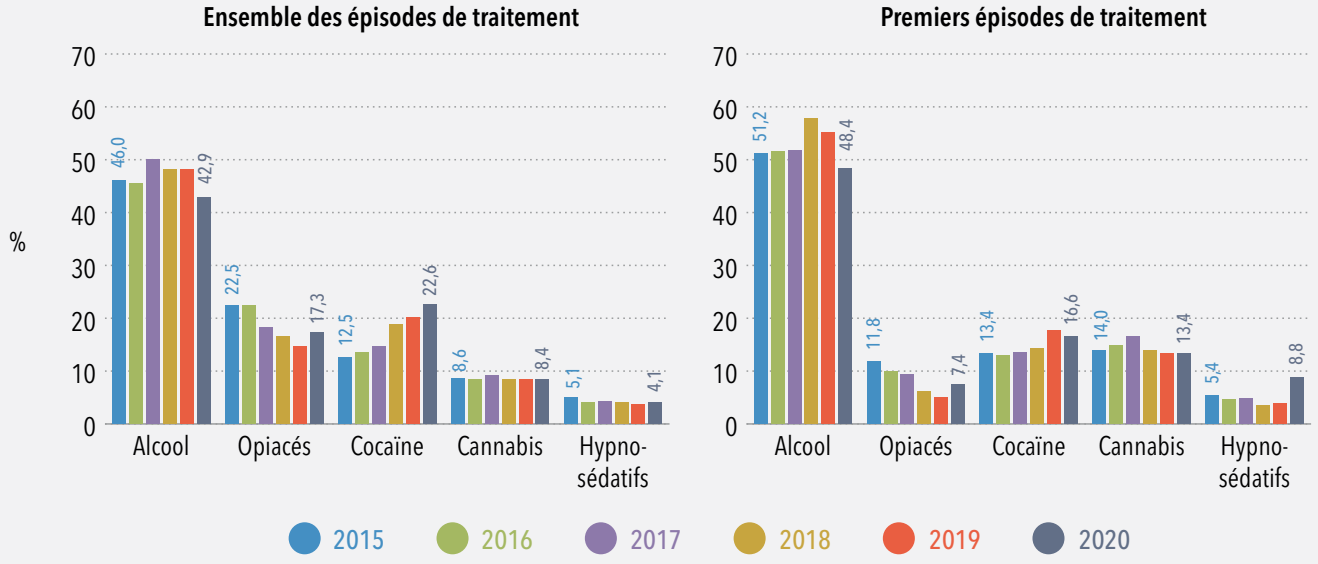
Figure 42 : Nombre d'épisodes de traitement enregistrés par mois en 2020 en Région bruxelloise par rapport à la moyenne 2015-2019



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 Région bruxelloise, 18 centres répondent à ce critère. Comme on peut le voir sur la figure 43, les pourcentages d'épisodes de traitement liés à l'alcool (en produit principal) ont légèrement diminué entre 2015 et 2020 (-3 % ; -2,8 % pour les primo-demandes. La proportion d'épisodes de traitement pour un usage problématique d'opiacés (en produit principal) est en diminution tant pour l'ensemble des demandes (-5,1 %) que pour les primo-demandes (-4,4 %). En revanche, on constate une importante augmentation de la propotion d'épisodes où la cocaïne est mentionnée en produit principal, à la fois pour l'ensemble des demandes (+10,1 %) que pour les primo-demandes (+3,2 %). Les proportions d'épisodes avec mention du cannabis ou des hypno-sédatifs en produit principal sont quant à elles relativement stables au cours de cette période. On observe toutefois une importante augmentation des primo-demandes pour les hypno-sédatifs en 2020 (+5 % par rapport à 2019).

Figure 43 : Pourcentages d'épisodes de traitement par produit principal enregistrés par 18 services en Région bruxelloise, 2015-2020



Source : Sciensano

L'IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR LES DEMANDES DE TRAITEMENT

La crise sanitaire a entraîné une diminution temporaire de l'offre de traitements spécialisés en assuétudes dans toute la Région bruxelloise, en particulier pendant le premier confinement. Cette diminution s'explique d'une part par les mesures restrictives qui ont été imposées par les gouvernements (fermeture ou ralentissement des services de santé pour les soins non-urgents, réduction du nombre de lits en résidentiel, etc.) et d'autre part par les contraintes organisationnelles consécutives à la pandémie (mesures sanitaires pour limiter la propagation du virus[534], absentéisme des travailleur·ses en raison du Covid ou d'un burnout) qui ont réduit la capacité d'accueil des services. À cette réduction de l'offre est probablement venue s'ajouter une tendance pour certains patient·es à reporter ou annuler leur entrée en traitement par crainte que celui-ci puisse les exposer à un risque plus élevé de contamination à la COVID-19, parce que l'entrée en traitement leur est apparue comme non-urgente dans le contexte pandémique, ou simplement parce qu'il/elle préférait attendre que la situation s'améliore et que les mesures s'assouplissent afin d'être pris en charge dans des conditions optimales.

Lorsque l'on compare les données TDI récoltées en 2020 par rapport à celles des années précédentes, on ne distingue toutefois pas de changements notables au niveau du profil sociodémographique ou du profil de consommation, que ce soit chez les patient·es avec antécédents thérapeutiques ou chez les patient·es primo-demandeurs. Ce constat laisse penser que la crise sanitaire n'a pas pénalisé davantage certaines catégories de personnes quant à leur entrée en traitement[535]. Néanmoins, le report de soin aura inévitablement des conséquences qui pourraient être observées dès 2021, et bien au-delà. L'enquête de perception que nous avions menée début 2021 (voir Eurotox, 2021) suggère en effet l'existence d'une aggravation des problématiques de consommation et des vulnérabilités chez de nombreux bénéficiaires, ainsi qu'une affluence plus importante de nouveaux bénéficiaires. Ces tendances, couplées aux mesures sanitaires prises pour limiter la propagation du virus et à l'impact de la crise sur les travailleur·ses (absentéisme en raison du Covid, burnout, etc.), ont inexorablement augmenté le niveau de saturation des services, ainsi que les délais d'attente pour les nouvelles demandes de prise en charge. Les services sont actuellement amenés à devoir établir un compromis inconfortable entre la volonté de vouloir absorber le plus de demandes d'aide possible, sans toutefois devoir sacrifier ni la qualité et le temps accordé à chaque bénéficiaire ni la santé de leurs travailleur·ses, et ce alors que ces services présentaient déjà un haut niveau de saturation avant la crise sanitaire.

534 Limitation du nombre de travailleur·ses et de patient·es dans les locaux, désinfection des locaux entre chaque consultation, etc.

535 Ce constat rassurant peut bien entendu s'expliquer par les moyens et mesures particuliers qui ont été pris pour minimiser l'impact de la crise sur les publics les plus vulnérables. On observe néanmoins par rapport à 2019 une légère diminution de la proportion de femmes au niveau des patient·es ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique de cocaïne (-3,9 %) et d'hypno-sédatifs (-4,5 %). De même, on observe une augmentation de la proportion de patients primo-demaneurs sans revenu propre au sein des services spécialisés (+8,5 %). On constate également une augmentation de la proportion des jeunes patient·es de moins de 25 ans parmi les personnes ayant introduit une demande de traitement pour le cannabis (+6 %) et, surtout, les hypno-sédatifs (+10,9 %). Il faut aussi souligner que des fluctuations ont été observées au cours de l'année 2020, qui ne se sont pas forcément perceptibles lorsque l'on compare globalement les deux années. Ainsi, au niveau national (voir Antoine, 2021), la proportion de femmes en traitement a légèrement augmenté au cours des mois d'avril et mai 2020 (+5 % par rapport à 2019), et une diminution de la proportion de patient·es primo-demandeurs a été observée en avril 2020, diminution qui s'est ensuite résorbée. Ces fluctuations inter et intra-annuelles restent toutefois de faible ampleur.

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 patient·es 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[536]. 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[537]. 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) de manière à en prévenir l'injection[538].

Les premiers TSO ont été délivrés en Belgique à la fin des années 70, en l'absence de cadre légal. Cette pratique clandestine et punissable a ensuite été encadrée par une conférence de consensus en 1994, mais c'est seulement en 2004 que ces traitements ont été officiellement reconnus par la loi. Actuellement, les modalités et conditions de prescription sont régies par l'Arrêté-Royal du 19 mars 2004, modifié par l'Arrêté-Royal du 6 octobre 2006 (Jeanmart, 2009).

L'INDICATEUR

En Belgique, les délivrances de médicaments en officine publique ayant fait l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale sont compilées dans le système Pharmanet de l'INAMI. Ce système permet de comptabiliser le nombre de personnes ayant bénéficié au moins une fois sur une année civile d'une prescription remboursée de méthadone ou de buprénorphine.

Toutefois, cet enregistrement ne couvre pas les prescriptions en milieu hospitalier et en milieu carcéral, ni celles qui ne font pas l'objet d'un remboursement par la mutuelle. En outre, cet enregistrement ne permet pas de faire la distinction entre les traitements prescrits dans le cadre d'une dépendance aux opiacés de ceux prescrits dans le cadre d'un traitement de douleurs chroniques ou de soins palliatifs. Il est toutefois généralement admis que ces derniers traitements sont minoritaires. Enfin, un même patient·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 ou elle sera comptabilisé à la fois dans les traitements à la méthadone et dans ceux à la buprénorphine. En revanche, il ou elle 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 2020

Le nombre de patient·es mutualisés résidant en Région bruxelloise et ayant bénéficié au moins une fois d'un traitement de substitution aux opiacés[539] en 2020 s'élevait à 2.093, ce qui correspond à 0,21 % de la population bruxelloise de 15 ans et plus (soit 21 personnes/10.000 habitants). Les traitements à base de méthadone sont beaucoup plus fréquemment délivrés que ceux à base de buprénorphine (environ 6,2 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 24 ans en Région bruxelloise, selon les données TDI 2020) et l'âge du premier traitement (vers 38,9 ans en moyenne en Région bruxelloise, selon les données

536 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.

537 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-dépendants, 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.

538 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.

539 Certains patient·es (n=51) ont à la fois bénéficié d'un traitement à la méthadone et d'un traitement à la buprénorphine en 2020. Nous ne les avons comptabilisés qu'une seule fois dans le calcul du total.

Tableau 70 : Distribution par sexe et par tranche d'âge des personnes ayant bénéficié d'un traitement à base de méthadone et/ou de buprénorphine en Région bruxelloise, 2020								
	15-24 ans %	25-34 ans %	35-44 ans %	45-54 ans %	55-64 ans %	65-74 ans %	75 ans et + %	Total %
Méthadone								
Femmes (n=339)	0,4	1,8	3,0	7,1	5,1	0,9	0,1	18,4
Hommes (n=1.508)	0,2	5,0	16,9	36,7	20,2	2,2	0,3	81,6
Total (N=1.847)	0,6	6,8	19,9	43,8	25,4	3,1	0,4	100,0
Buprénorphine								
Femmes (n=64)	0,3	1,7	5,4	10,1	3,4	0,7	0,0	21,5
Hommes (n=233)	0,3	8,4	25,9	31,3	10,1	2,4	0,0	78,5
Total (N=297)	0,7	10,1	31,3	41,4	13,5	3,0	0,0	100,0
Total								
Femmes (n=396)	0,4	1,7	3,3	7,5	5,0	0,9	0,0	18,9
Hommes (n=1.697)	0,2	5,4	17,9	36,0	19,1	2,2	0,3	81,1
Total (N=2.093)	0,6	7,1	21,2	43,5	24,1	3,1	0,3	100,0

Source : INAMI-Pharmanet

Tableau 71 : 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 Région bruxelloise, 2011-2020										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
N total	2.566	2.535	2.525	2.497	2.431	2.395	2.322	2.234	2.153	2.093
N méthadone	2.354	2.333	2.309	2.280	2.220	2.165	2.078	1.985	1.906	1.847
N buprénorphine	261	251	267	272	265	316	328	339	325	297

Source : INAMI-Pharmanet

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·es d'opiacés, mais aussi parce qu'un certain nombre d'entre eux/elles ont probablement pu évoluer vers l'abstinence.

TENDANCES ET ÉVOLUTION

Le nombre de patient·es bruxellois·es mutualisés ayant bénéficié au moins une fois d'un traitement de substitution à la méthadone ou à la buprénorphine est en diminution lente et progressive, en particulier en ce qui concerne les traitements à la méthadone. Les traitements à la buprénorphine ont en revanche légèrement augmenté ces dernières années. Mais cette dernière augmentation ne permet pas de compenser et d'expliquer entièrement la baisse de délivrance de méthadone dans la région. En 2020, la diminution s'est poursuivie pour les traitements à base de méthadone mais contrairement aux années précédentes, on constate également une diminution pour les traitements à base de buprénorphine. La crise sanitaire a probablement contribué à cette diminution, mais elle ne semble avoir eu qu'un impact mineur sur la délivrance de TSO en Région bruxelloise (e.g. difficulté d'initiation ou de renouvellement des traitements pendant les périodes de confinement).

À l'heure actuelle, nous ne savons pas si la diminution du nombre de traitement délivré ces dernières années 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).

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**[540] 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.

540 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). Ce registre 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[541]. Les données enregistrées comprennent les informations sociodémographiques du patient·e, 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.

Depuis le 01/01/2019, suite à la réforme des soins de santé, les données RPM mises à notre disposition sont celles qui sont collectées dans les hôpitaux psychiatriques et dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux. Les analyses suivantes portent donc sur les séjours clôturés dans les hôpitaux psychiatriques et dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux de la Région bruxelloise sur la période 2005-2019. 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

541 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.

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).

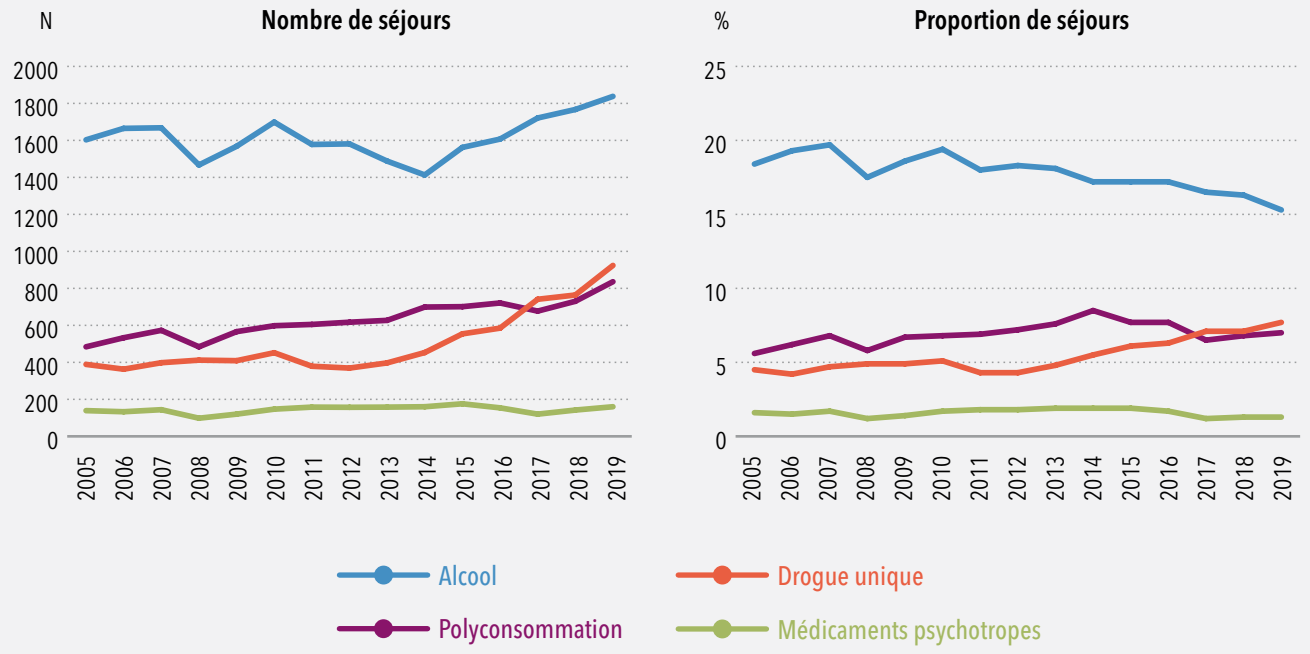
LA SITUATION DE 2005 À 2019

Sur la période 2005-2019, un total de 136.781 séjours (tous diagnostics confondus) ont été clôturés dans les hôpitaux psychiatriques et dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux de la Région bruxelloise, parmi lesquels 43.431 séjours (34,8 %) 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 Région bruxelloise, 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 17,7 % des séjours comptabilisés sur la période 2005-2019. Alors que ces diagnostics ont été relativement stables entre 2005 et 2014, une augmentation progressive est observée ces dernières années. Cette tendance doit toutefois être relativisée car lorsque l'on prend en compte l'augmentation du nombre de séjours enregistrés en psychiatrie (tous diagnostics confondus), la proportion de séjours avec un diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool est en progressive diminution (elle est passée de 18,4 % à 15,3 % entre 2005 et 2019). Un diagnostic d'abus ou de dépendance à une seule drogue (autre que l'alcool) ou à plusieurs produits (polyconsommation) a été posé dans 12,5 % des séjours enregistrés sur cette même période, les diagnostics de polyconsommation problématique étant un peu plus fréquemment posés que ceux liés à l'usage d'une seule drogue (6,9 % *versus* 5,5 %). Ces deux types de diagnostics sont en augmentation au cours de la période étudiée, en particulier au cours des cinq dernières années. Néanmoins, les proportions de cas n'ont augmenté au cours du temps que pour les diagnostics liés à l'usage d'une drogue unique. Enfin, un diagnostic pour un problème en lien avec l'usage de médicaments psychotropes a été posé dans 1,6 % des séjours enregistrés en Région bruxelloise sur la période 2005-2019, une proportion relativement stable dans le temps.

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 (12,3 %) ont fréquemment été établis lors des séjours en psychiatrie dans les hôpitaux de la Région bruxelloise durant lesquels un diagnostic d'abus ou de dépendance à un ou plusieurs produits a été posé. Ce niveau de prévalence est similaire à ce qui est observé sur ce type de population (i.e. personnes prises en charge dans les services de psychiatrie) dans la plupart des pays européens (Torrens et al., 2015). Mais il est supérieur à ce que l'on observe dans la population des usager·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 les usager·es qui présentent des comorbidités psychiatriques.

On observe une prévalence différenciée en fonction des produits. Ainsi, les troubles dépressifs, les troubles de l'adaptation, les troubles de la personnalité, ainsi que les

Figure 44 : Nombre et proportion de séjours clôturés dans les services psychiatriques de la Région bruxelloise en fonction du type de diagnostic d'usage problématique, 2005-2019



Source : Service Data management du SPF Santé publique

Tableau 72 : Prévalence des doubles diagnostics lors des séjours dans les services psychiatriques de la Région bruxelloise, selon le type de diagnostic, 2005-2019					
	Alcool	Drogue unique	Médicaments psychotropes	Poly-consommation	Total toutes substances
Nombre de séjours clôturés sur la période 2005-2019 avec diagnostic :	24.225	7.588	2.166	9.451	43.430
	%	%	%	%	%
Troubles dépressifs	25,7	12,3	37,3	11,4	20,9
Troubles de la personnalité	14,4	9,2	15,0	9,0	12,3
Troubles de l'adaptation	4,8	5,8	8,5	3,4	4,8
Schizophrénie	4,0	23,0	4,8	9,8	8,6
Troubles psychotiques	4,5	16,2	6,5	7,5	7,3
Troubles bipolaires	4,1	4,3	5,4	2,2	3,8
Troubles anxieux	3,8	3,0	10,3	1,9	3,6
Troubles du contrôle des impulsions	0,5	0,6	0,4	0,3	0,5
Troubles relationnels	0,2	0,5	0,7	0,2	0,3
Troubles des conduites alimentaires	0,3	0,5	0,5	0,2	0,3
Troubles de déficit de l'attention/hyperactivité	0,1	0,6	0,0	0,2	0,2

Source : Service Data management du SPF Santé publique

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 et les troubles de la personnalité) 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 soient plus fréquemment associés à un diagnostic d'abus ou de dépendance aux médicaments psychotropes (10,3 %) souligne le risque de mésusage associé à l'utilisation de ce genre de médicaments lorsqu'ils sont prescrits sur une longue durée.

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 pourcentage de cas liés à l'injection est passé d'environ 8 % au début de l'épidémie à environ 1 à 2 % actuellement (voir Deblonde et al., 2021).

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 usager·es de drogues par injection (UDI)[542]. Cette transmission élevée 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·e 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).

542 En Belgique, elle varierait de 47 à 85 %, suivant les estimations (Matheï, Robaeys, Van Ranst, Van Damme & Buntinx, 2005).

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[554], on avoisinerait donc 8.025 personnes (5.822-11.231, IC 95 %) ayant déjà eu recours à l'injection en Wallonie. Plus récemment, la pratique de l'injection de drogues au cours des 12 derniers mois a été estimée à 7.018 personnes (4.794-9.527, IC 95 %) pour l'ensemble de la Belgique (voir Plettinckx et al., 2021).

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). Alors que les rapports sexuels non protégés restent les modes de transmission les plus fréquents du VIH et du VHB, les transmissions sexuelle et verticale du VHC sont plutôt rares. Ainsi, la transmission sexuelle ne peut se faire qu'en cas d'échange sanguin (voir cependant Ghosn, Leruez-Ville & Choix, 2005, pour une discussion), et les estimations de cas de transmission verticale varient entre 5 % et 13 % (Batallan et al., 2003 ; Boucher & Painchaud, 1997). 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. En raison de voies de transmission communes, le VIH, le VHC et le VHB partagent donc les mêmes facteurs de risques. La probabilité d'infection pour chaque voie de transmission varie toutefois d'un virus à l'autre. Ainsi, alors que la transmission sexuelle est la plus fréquente dans le cas du VHB, elle reste exceptionnelle dans le cas du VHC.

Dans le cas du VHC, il existe aussi un risque de transmission en cas de partage du matériel de consommation par voie nasale (paille, billet, etc.), car les lésions nasales sont assez fréquentes chez les usager·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).

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 les 28 laboratoires vigies (Litzroth et al., 2019). En ce qui concerne l'hépatite B, 2.116 nouveaux cas d'infection active ont été détectés en 2018 par ces mêmes laboratoires. Selon les dernières estimations, la prévalence de l'hépatite B s'élevait à 0,7 % dans la population belge il y a une vingtaine d'année (voir Klamer et al., 2020). Il est probable qu'elle ait depuis lors diminué en raison des campagnes de vaccination chez les nourrissons ainsi qu'auprès des professionnel·les de la santé. La source probable d'infection n'étant pas renseignée par les laboratoires vigies, il est impossible d'identifier les cas d'infection liés à l'usage de drogues. En Belgique, et à fortiori dans les deux régions francophones du pays, il existe toutefois quelques sources de données permettant d'étudier ce lien entre usage de drogues et maladies infectieuses.

7.7.1. LE REGISTRE BELGE DES INFECTIONS AU VIH ET DES MALADES DU SIDA

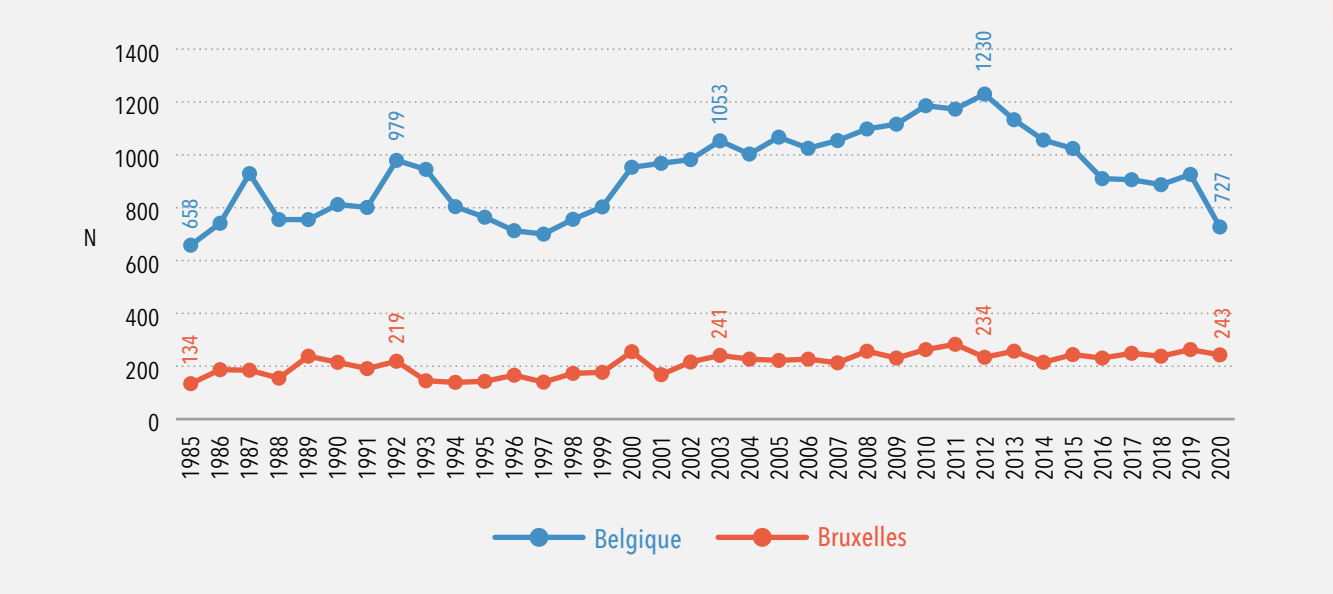
En Belgique, sept laboratoires de référence sida ont pour mission de réaliser des analyses de confirmation sur les échantillons suspectés séropositifs lors d'un test de dépistage. Ces analyses sont ensuite centralisées afin de monitorer annuellement le nombre et le profil des nouveaux cas d'infection au VIH.

D'après le dernier rapport (Deblonde et al., 2021), depuis le début de l'épidémie et jusqu'au 31 décembre 2020, 33.387 personnes ont été diagnostiquées séropositives au VIH en Belgique[543]. 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 45). 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 Région bruxelloise, le nombre d'infections diagnostiquées chaque année est plus stable et avoisine les 240 cas depuis une dizaine d'années. En 2020, 727 nouveaux cas ont été diagnostiqués en Belgique et 243 en Région bruxelloise, ce qui constitue une diminution de respectivement 21 % (Belgique) et 7,6 % (Région bruxelloise) par rapport à 2019. Cette diminution est une conséquence de la crise sanitaire liée à la COVID-19. Les périodes de confinements et les restrictions de contacts ont en effet impacté négativement le travail des services de promotion de la santé, de prévention et de soutien, entraînant une diminution importante du nombre de tests VIH effectués par les services médicaux et les centres de dépistages des organisations de terrain[544]. La crise sanitaire a également eu un impact délétère sur soins de santé délivrés aux patient·es infectés par le VIH en raison des mesures de confinement appliquées aux soins de santé et de l'affectation de prestataires de santé liés

543 Parmi ces personnes séropositives, un total de 5.232 personnes ont été diagnostiquées malades du sida, et 2.950 personnes sont décédées des suites de la maladie.

544 En 2020, 629.063 tests de dépistage du VIH ont été effectués, ce qui représente une diminution de 18 % par rapport à 2019. La diminution a été principalement observée de mars à mai 2020.

Figure 45 : Évolution du nombre de nouveaux diagnostics d'infection au VIH en Belgique et en Région bruxelloise, 1985-2020



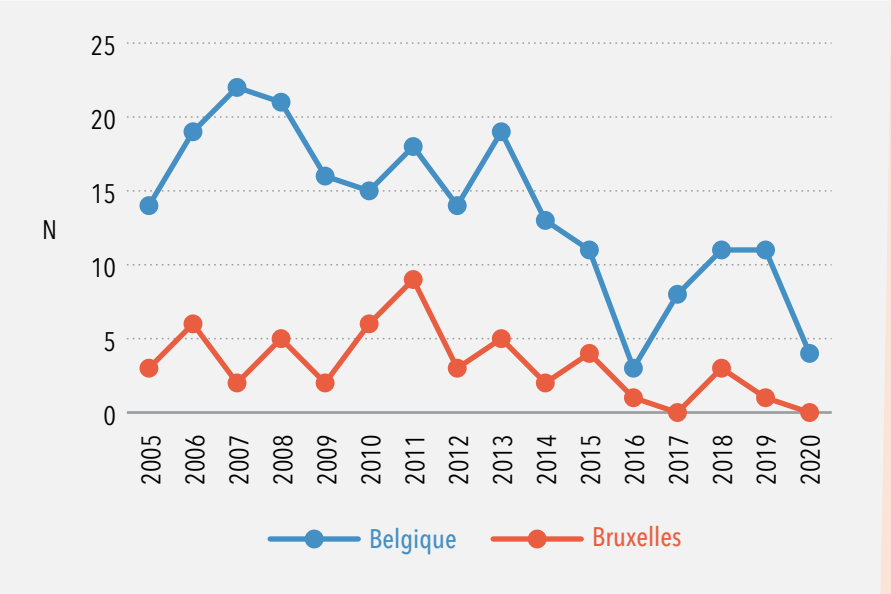
Source : Deblonde al., 2021

au VIH et aux maladies infectieuses à la lutte contre la pandémie de COVID-19. En Belgique et pour l'année 2020, le nombre de personnes vivant avec une infection au VIH non diagnostiquée est estimé à 1.585 personnes.

Selon les dernières estimations, parmi les 18.753 personnes qui vivraient actuellement avec le VIH en Belgique, 92 % ont été diagnostiquées. Parmi celles-ci, 89 % bénéficient d'un traitement antirétroviral et parmi ces dernières, 94 % ont une charge virale indétectable, ce qui représente 77 % de l'ensemble des personnes infectées.

Au niveau national en 2020, parmi les modes de transmission connus[545], on retrouve surtout les rapports homosexuels (47 %) et les rapports hétérosexuels (49 %), alors que l'injection de drogues par voie intraveineuse ne serait impliquée que dans 1 % (n=4) des nouveaux cas d'infection. L'importance de ces modes de transmission dans l'évolution de l'épidémie varie toutefois en fonction de la nationalité, de l'âge ou encore du sexe des patient·es. Le nombre de cas d'infection apparemment liés à la pratique de l'injection a globalement diminué ces quinze dernières années, tant en Belgique qu'en Région bruxelloise (voir Figure 46). Néanmoins, toutes les personnes porteuses du virus ne sont bien entendu pas diagnostiquées, et les usager·es de drogues sont connus pour être particulièrement sous-dépistés.

Figure 46 : Évolution du nombre de nouveaux cas d'infection au VIH probablement liés à l'injection de drogues par voie intraveineuse en Belgique et en Région bruxelloise, 2005-2020



Source : Deblonde al., 2021

545 Il s'agit du mode probable d'infection, déterminé sur base d'une anamnèse. En 2020, cette information a pu être récoltée chez 71 % des patient·es diagnostiqués.

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[546]. 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 %)[547] 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. Plus récemment, une nouvelle étude de séroprévalence menée par Sciensano en 2019 auprès d'un échantillon de 168 UDI recrutés en Région bruxelloise par une méthode d'échantillonnage par les pairs (voir Van Baelen, Plettinckx, Antoine & Gremeaux, 2020) évaluait la prévalence de l'hépatite C chez les injecteur·rices à 43,7 % (95 % IC : 30,6-56,8 %), à savoir un niveau de prévalence équivalent à celui estimé précédemment au niveau national. Cette étude mettait aussi en évidence que 35,1 % des UDI n'avaient jamais été dépistés pour le VHC auparavant. 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) 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 des années 90. Il existe actuellement 7 services qui effectuent de l'échange de seringues en Région bruxelloise. 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 asbl (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[548], flapules d'eau stérile, tampons alcoolisés, doses d'acide ascorbique[549]), leur file active[550], 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.

546 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).

547 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.

548 Une petite cuillère stérile accompagnée d'un filtre.

549 Nécessaire pour dissoudre le produit dans l'eau.

550 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.

LA SITUATION EN 2020

En 2020, 109.005 seringues ont été distribuées par les 7 services qui ont effectué de l'échange de seringues en Région bruxelloise (voir Modus Vivendi, 2021). Il n'existe pas de dénombrement précis de la file active dans tous les services, mais ils seraient environ 2.986 selon les 5 services qui comptabilisent leur file active[551]. Ces usager·es ont cumulé quelques 16.060 passages/contacts, soit une moyenne de 5,4 contacts par an[552]. Le nombre de seringues distribuées est forcément tributaire du nombre de comptoirs présents sur le territoire, lequel est actuellement considéré comme insuffisant par rapport aux besoins. Le matériel connexe est moins diffusé que les seringues 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 d'injection, qu'ils tendent davantage à réutiliser). Tous les bénéficiaires ne sont pas forcément injecteurs, car plusieurs comptoirs proposent également du matériel d'inhalation de crack (pipe à crack ou embouts interchangeables) depuis quelques années, ce qui a entraîné une augmentation de leur file active et de leurs contacts. Enfin, rappelons aussi que certains milieux, notamment le milieu carcéral et les milieux non-urbains, ne sont actuellement pas ou très peu couverts par le DAMSI. En outre, il n'existe actuellement pas en Belgique de distributeurs de seringues permettant d'assurer une accessibilité 24h/24. Dans ce contexte, les pharmacies sont un partenaire de proximité essentiel dans la mise à disposition du matériel stérile d'injection[553].

551 Il s'agit probablement d'une surestimation car il n'existe pas de système d'identification unique au sein des différents services, de sorte qu'un même bénéficiaire peut être comptabilisé par plusieurs services distincts.

552 La moyenne a été calculée sur base des 13 services qui ont à la fois communiqué le nombre de contacts et la file active.

553 En Belgique francophone certaines pharmacies diffusent des pochettes spécifiquement dédiées à l'injection (Stérifix), en plus de la vente de seringues par boite ou, plus rarement, à l'unité. En 2020, 12.180 pochettes ont été produites et diffusées aux pharmacies partenaires de la FWB. 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/24.

Tableau 73 : Description du DAMSI en Région bruxelloise, 2020

Nombre de services		**7**
Nombre de points d'accès		**10[554]**
Nombre d'usager·es		**2.101**
Matériel distribué		
Injection	Seringues	109.005
Injection	Stéricups[555]	37.620
Injection	Flapules d'eau	74.346
Injection	Tampons alcoolisés	119.824
Inhalation	Pipes à crack	14.122
Inhalation	Embouts	24.856
Inhalation	Feuilles d'aluminium	199.373

Source : Modus Vivendi asbl

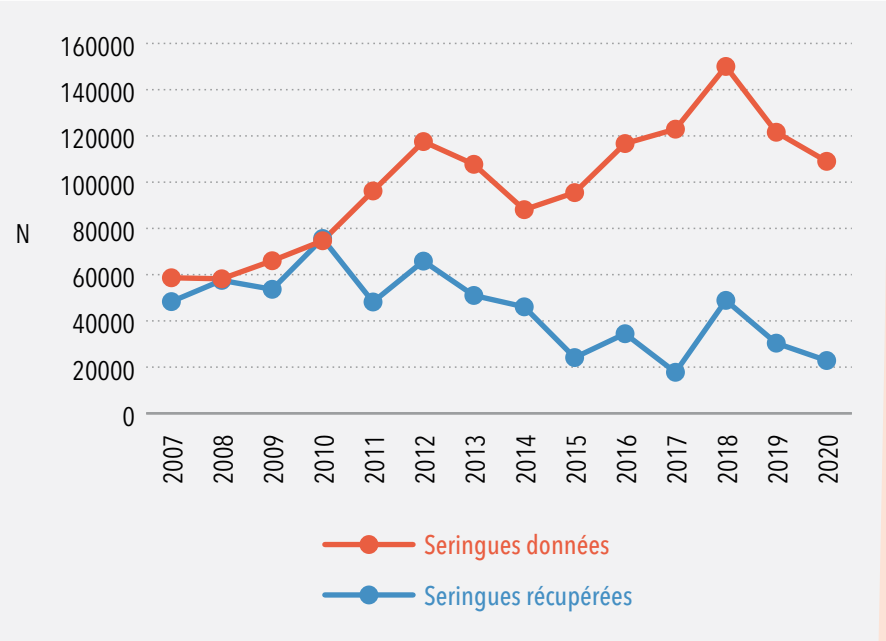
554 Ces points d'accès utilisent les modalités de distribution suivantes : permanences au sein de comptoirs (n=8), maraudes (n=4), camionnette/bus itinérants (n=2).

555 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.

TENDANCES ET ÉVOLUTION

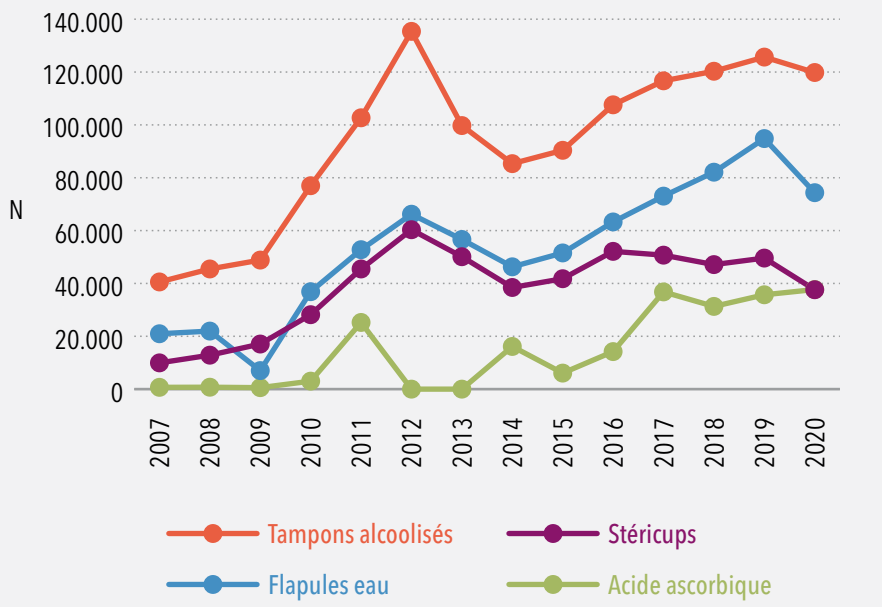
Le nombre de seringues distribuées en Région bruxelloise via les comptoirs d'échange a progressivement augmenté de 2007 à 2012, probablement en raison d'une augmentation des heures d'ouverture de certains comptoirs. Il a ensuite baissé en 2013 et 2014 suite à une diminution de la file active d'un des comptoirs. Corollairement, le nombre de seringues récupérées a également diminué sur cette période. L'augmentation du nombre de seringues distribuées à partir de 2016 s'explique par un renforcement du budget du DAMSI alloué par la COCOF. En 2019 et 2020, 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 communes, 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). En 2020, la crise sanitaire a également pu contribuer à la diminution du matériel distribué, même si les comptoirs d'échange n'ont pas été contraints de suspendre leurs services pendant les périodes de confinement.

Figure 47 : Évolution du nombre de seringues distribuées et récupérées dans les comptoirs d'échange de seringues en Région bruxelloise, 2007-2020



Source : Modus Vivendi asbl

Figure 48 : Évolution du nombre de Stéricups, de flapules d'eau et de tampons alcoolisés distribués dans les comptoirs d'échange de seringues en Région bruxelloise, 2007-2020



Source : Modus Vivendi asbl

La récupération de seringues parait peu efficiente en Région bruxelloise, ce qui s'explique par une grande souplesse par rapport à la pratique de l'échange stricte (i.e. une nouvelle seringue est donnée pour chaque seringue usagée rendue). Les opérateurs bruxellois ont pris conscience de cette situation et travaillent actuellement à la recherche de solutions pour améliorer la récupération de seringues, sans entraver l'accessibilité au matériel.

La distribution du matériel connexe d'injection connaît aussi une amélioration depuis 2015, suite à un refinancement du DAMSI par la COCOF. La tendance est toutefois à la diminution en 2020.

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 immédiate (ou directe)[556], de la cause initiale[557] et des causes associées[558], 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 (y compris les comportements auto-destructeurs). 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 et aux médicaments psychotropes 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 en l'absence de signes visibles. Or un examen médico-légal ainsi que des analyses toxicologiques ne sont pas systématiquement entrepris pour identifier précisément la cause du décès. Le relevé de l'alcoolémie et la détection des signes liés à la consommation (aigüe ou chronique) d'alcool sont en revanche plus faciles à réaliser et donc davantage procéduralisés, ce qui explique que l'alcool est moins concerné par ce biais de sous déclaration. Nous ne sommes actuellement pas en mesure de quantifier l'ampleur de la sous-estimation des décès liés aux drogues et aux médicaments psychotropes sur base du registre de la mortalité.

Les données que nous rapportons ici portent sur les décès enregistrés parmi les résidents de la Région bruxelloise (indépendamment du lieu de décès) sur la période 1998-2018. 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 1998-2018

La mortalité directement liée à l'alcool est environ 6 fois plus élevée que celle liée aux drogues illégales en Région bruxelloise. 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 un peu plus observés chez les femmes que chez les hommes. Les décès directement liés à l'alcool surviennent principalement entre 45 et 74 ans (76,3 % des cas sur la période 1998-2018), alors que ceux liés aux

556 La cause immédiate est celle qui a directement provoqué le décès (exemple : arrêt cardio-respiratoire).

557 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» (exemple : une surdose d'héroïne).

558 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» (exemple : une consommation conjointe d'alcool).

drogues sont le plus souvent observés chez les personnes âgées de 25 à 44 ans (65,2 % des cas), comme on peut le voir dans le tableau 74.

Plus spécifiquement en 2018, l'alcool aurait été directement responsable de 1,24 % des décès en Région bruxelloise[559] (1,91 % chez les hommes et 0,67 % chez les femmes), et les drogues de 0,2 % des décès (0,34 % chez les hommes et 0,08 % chez les femmes). Les médicaments psychotropes ne semblent avoir été directement responsables que de 0,08 % des décès en 2018 (0,1 % chez les hommes et 0,06 % chez les femmes). Ces taux de mortalité varient également en fonction de l'âge : chez les hommes, en 2018, ils étaient le plus élevés chez les 45-54 ans (7,11 %) et, dans une moindre mesure, chez les 55-64 ans (6,14 %) et chez les 35-44 ans (5,88 %). Chez les femmes, ils étaient le plus élevés chez les 15-24 ans (5,56 %) et, dans une moindre mesure, chez les 45-54 ans (3,85 %) et chez les 55-64 ans (3,13 %). Pour les drogues, le taux de mortalité enregistré en Région bruxelloise en 2018 était le plus élevé chez les 25-34 ans (7,89 %) ainsi que chez les 35-44 ans (4,9 %) et les 15-24 ans (4,55 %) pour les hommes. Chez les femmes, il était le plus élevé chez les 15-24 ans (10 %) et dans une moindre mesure chez les 35-44 ans (2,78 %). Enfin, pour les médicaments psychotropes, le taux de mortalité enregistré en 2018 était le plus élevé chez les 25-34

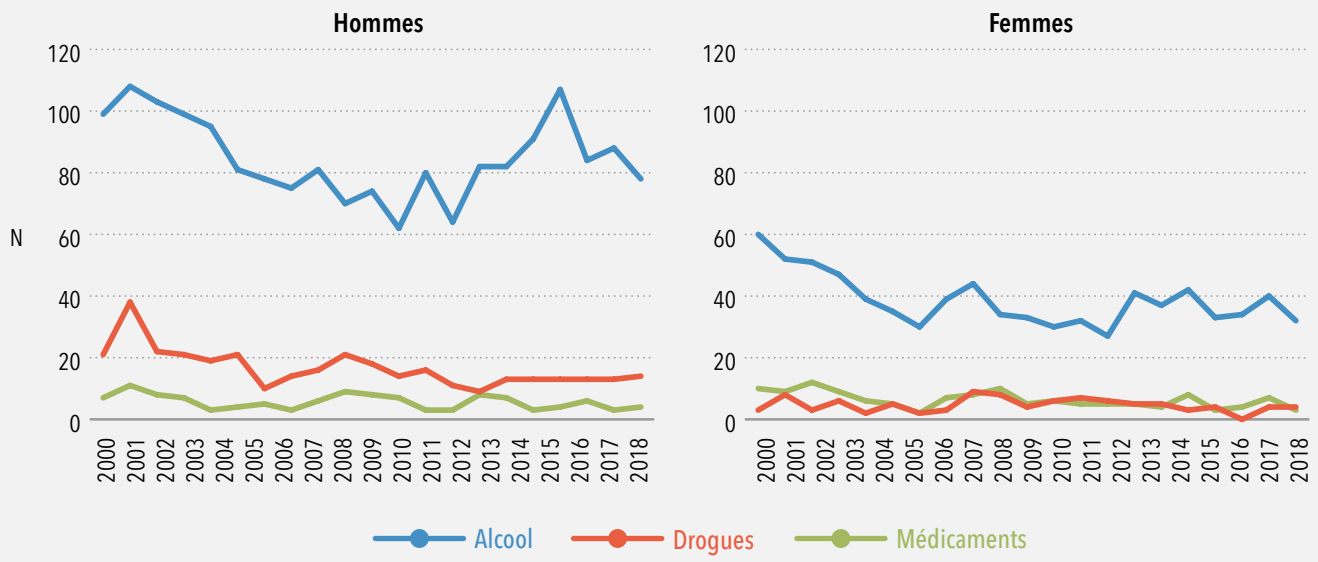
559 Soit 110 décès sur les 8.837 décès enregistrés en 2018 ches les Bruxellois âgés de 15 ans et plus.

Tableau 74 : Distribution par sexe et par tranche d'âge des personnes décédées suite à l'usage de drogues, de médicaments psychotropes et d'alcool parmi la population bruxelloise, 1998-2018

	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=1.781)	0,1	1,2	6,8	19,1	21,3	12,9	7,3	68,7
Femmes (n=812)	0,0	0,3	2,2	6,9	8,8	7,3	5,7	31,3
Total (N=2.593)	0,1	1,5	9,1	26,0	30,1	20,2	13,1	100,0
Décès liés aux drogues								
Hommes (n=350)	9,3	25,2	27,4	12,1	2,4	0,2	0,7	77,3
Femmes (n=103)	3,3	6,4	6,2	4,0	0,9	0,7	1,3	22,7
Total (N=453)	12,6	31,6	33,6	16,1	3,3	0,9	2,0	100,0
Décès liés aux médicaments psychotropes								
Hommes (n=119)	1,6	7,9	13,1	11,9	6,0	3,6	3,2	47,2
Femmes (n=133)	1,6	5,6	9,1	11,9	7,1	7,5	9,9	52,8
Total (N=252)	3,2	13,5	22,2	23,8	13,1	11,1	13,1	100,0

Source : Observatoire de la santé et du social de la région de Bruxelles-Capitale

Figure 49 : Évolution du nombre de décès liés à l'usage de drogues illégales, de médicaments psychotropes et d'alcool en Région bruxelloise, par sexe, 1998-2018



Source : Observatoire de la santé et du social de la région de Bruxelles-Capitale

ans (2,63 %) pour les hommes et chez les 45-54 ans (0,64 %) pour les femmes.

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 excessif, ce qui les exposent davantage aux risques de mortalité. La situation n'est pas la même en ce qui concerne les décès liés aux médicaments psychotropes, probablement parce que les femmes en sont de plus grandes consommatrices que les hommes (voir chapitre 6.3). 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 se suicider (e.g. Raja & Azzoni, 2004 ; Rhodes et al., 2008 ; Värnik et al., 2008). Les décès liés aux médicaments psychotropes se répartissent sur toutes les tranches d'âge, mais ils sont peu fréquents entre 15 et 24 ans (3,2 % des cas) et un pic est observé entre 35 et 54 ans (46 % 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[560] que chez les femmes, mais ils subissent de légères variations en dents de scie. En ce qui concerne les décès liés à l'alcool, ils ont progressivement entre 1999 et 2009, tant chez les hommes que chez les femmes. On observe ensuite une augmentation entre 2012 et 2015 chez les hommes, suivi par une réduction les trois dernières années. Il s'agissait principalement d'une augmentation chez les hommes de 45-74 ans, des décès consécutifs aux troubles mentaux et comportementaux induit par une dépendance alcoolique (code ICD-10 : F10.2). Les cas de décès liés à une cirrhose alcoolique sont en revanche relativement stables.

560 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.).

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 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).

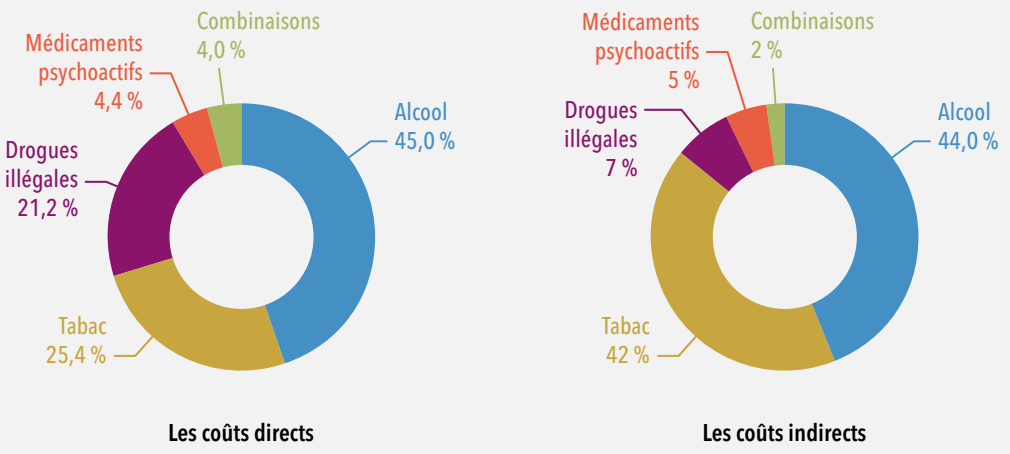
Les résultats de l'étude encouragent également à investir davantage dans les programmes de réduction des risques et de prévention de l'usage et de l'abus de drogues, qui ont fait leurs preuves en termes d'efficacité (Strang et al, 2013 ; Wilson, Donald, Wilson et Fraser-Hurt, 2015 ; Rhodes et Hedrich, 2010) et permettent d'éviter des dépenses dans des secteurs plus coûteux comme les traitements ou la répression (Vander Laenen et al., 2011).

En matière de **criminalité**, les coûts directs représentent 783 millions d'euros et les coûts indirects 81 millions d'euros[561]. 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[562]. 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

561 Ces chiffres sont une moyenne des estimations minimales et maximales.

562 46 % des dépenses publiques sont liées à la l'application des peines.

Figure 50 : Les coûts directs et indirects selon le type de substance (2012)



Source : Lievens et al, 2016

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).

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 Région bruxelloise, puisque 74,5 % des délits concernent une simple détention (de cannabis dans la plupart des cas). Le commerce représente quant à lui 14,4 % 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 semble difficilement impacter l'offre de drogues. 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 ne plaide pas en faveur de 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. Néanmoins, les données sur lesquelles les auteurs se sont basés sont les données officielles, qui peuvent ne pas refléter fidèlement les marchés (voir chapitre 5). La prohibition n'engendre pas non plus d'effet protecteur 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. Il faut toutefois aussi reconnaître que la demande de drogues reste importante et stimule l'offre parce que les moyens alloués à la prévention des usages et des usages à risque sont insuffisants, et parce que les usages nocifs sont favorisés par les contextes socioéconomiques et les valeurs sociétales actuelles (e.g. précarité, inégalités sociales, hédonisme, néolibéralisme, performance, hyperindividualisme).

Actuellement, il n'existe pas de dénombrement exhaustif des personnes en **traitement** pour une problématique d'assuétudes en Région bruxelloise, 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 2020, malgré la crise sanitaire, plus de 2.500 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 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 (voire judiciaires) 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 outillés. 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 devrait permettre de combler en partie le 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 Région bruxelloise, comme dans la plupart des pays européens (voir EMCDDA, 2016), la prévalence de l'infection au VIH est en baisse chez les usager·es de drogues par injection (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 l'ancienne 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 Région bruxelloise. 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.

8

LES CONSÉQUENCES DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 SUR L'USAGE DE DROGUES ET LES USAGER·ES

MISE À JOUR DU DIAGNOSTIC ÉPIDÉMIOLOGIQUE

8.1 INTRODUCTION

Les différentes mesures gouvernementales prises tout au long de la crise sanitaire pour contrer la propagation de la COVID-19 ont bouleversé les contacts sociaux, les revenus, les conditions de vie et de travail, les habitudes festives, l'état d'esprit ainsi que la santé mentale d'une grande partie de la population. Ces bouleversements ont inévitablement un impact sur les pratiques et habitudes de consommation de substances psychoactives. En effet, le confinement, l'ennui, la perte de repères temporels, la perte de liberté, les sensations de solitude et d'isolement, la rupture avec les habitudes et le quotidien, le contexte anxiogène, la peur de la maladie, l'inquiétude pour ses proches, les interrogations concernant le virus et ses traitements, les incertitudes quant aux retombées économiques, ou encore la fermeture temporaire du secteur de l'horeca et des lieux de fêtes sont autant de facteurs pouvant jouer sur la consommation de drogues. Les consommations de substances psychoactives, qu'elles soient légales ou illégales, peuvent en effet être motivées par la recherche de plaisir et de rapprochement social, mais aussi être l'expression et/ou un moyen de traiter un malaise, un mal-être ou un trouble mental ; elles peuvent également participer à diminuer les douleurs physiques, à se détendre, à oublier, à tromper l'ennui ou à décompresser. Dans le contexte actuel, ces usages peuvent avoir la fonction d'une stratégie de lutte (on parle alors de *coping*) contre un quotidien péniblement vécu et bouleversé par la crise sanitaire et ses conséquences. Les mesures de confinement, de couvre-feu, ainsi que les restrictions de voyage ont quant à elle eu un impact sur les pratiques de vente et d'acquisition de substances illégales. Les programmes de réduction des risques ainsi que les centres d'aide et de soin ont également été contraints d'adapter leurs modes de fonctionnement pendant les périodes de confinement, plongeant parfois les usager·es les plus précarisés dans des situations d'isolement particulièrement préjudiciables.

Le présent focus constitue une mise à jour essentiellement épidémiologique relative à l'impact de la crise sanitaire sur les comportements de consommation de drogues légales et illégales ainsi que sur les comportements d'usage sans produit. Nous renvoyons le lecteur intéressé au focus thématique du précédent tableau de bord pour une présentation et discussion plus détaillées de l'impact de la crise sanitaire sur les usages et les usager·es, et sur les inégalités sociales de santé.

8.2

IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR LE MARCHÉ DES DROGUES

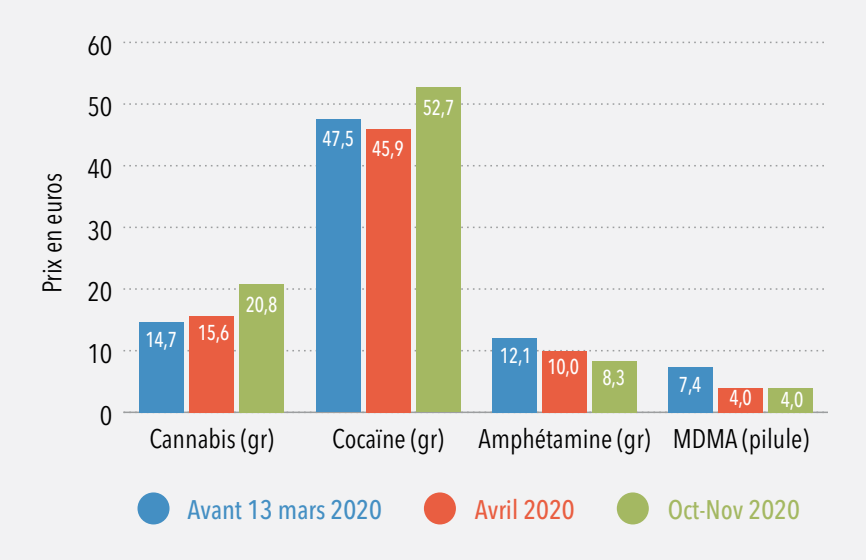
Au niveau international, la production de drogues ne semble pas avoir été impactée par la crise sanitaire (EMCDDA, 2021). Dans certains pays de l'Union Européenne, les interdictions de voyage, les contrôles policiers renforcés et la restriction des possibilités de se déplacer dans l'espace public, instaurés lors des premières mesures de confinement, ont temporairement impacté le marché illégal, entraînant une pénurie de courte durée de certains produits (en particulier de cannabis) et une augmentation de leurs prix. Les trafiquants se sont toutefois rapidement adaptés aux restrictions de déplacement et à la fermeture des frontières, en modifiant les trajectoires et moyens d'acheminement des produits. Ils se sont ainsi davantage reposés sur les voies maritimes, au détriment des voies terrestres et des passeurs aéroportuaires. Les vendeurs et les acheteurs de drogue se sont quant à eux adaptés en utilisant davantage les services de messagerie cryptée et les applications des réseaux sociaux pour entrer en communication, les livraisons étant quant à elles plus fréquentes à domicile. Les achats de drogues en ligne via les cryptomarchés ont également globalement augmenté. Ces pratiques, qui étaient déjà relativement bien ancrées, ont été renforcées par la crise sanitaire (EMCDDA et Europol, 2020). Un autre constat est l'augmentation de l'auto-culture du cannabis depuis les premières périodes de confinement. En revanche, cette crise ne semble pas avoir pour l'instant ravivé l'offre et la demande de nouvelles substances psychoactives en Europe (hormis quelques cas d'adultération de cannabis avec des cannabinoïdes de synthèse[563]), dont certaines auraient pu s'imposer en cas de pénurie de drogues classiques ou de flambée des prix.

En ce qui concerne plus précisément la Belgique, l'accessibilité des produits ne semblent pas avoir été impactée par la crise sanitaire, d'après une série d'enquêtes menées par Sciensano auprès d'un large échantillon d'UD (Sciensano ; 2020, 2021a). On observe néanmoins une tendance à l'achat de plus grandes quantités par rapport à la période précédant la crise sanitaire. Les UD semblent donc avoir fait des provisions, peut-être en prévision d'un re-confinement ou parce que les pratiques de deals favorisent désormais les achats en plus grandes quantités, afin de le limiter les contacts. En ce qui concerne les prix des produits, ils sont restés relativement stables pour la cocaïne et le cannabis pendant les premiers mois de la crise sanitaire, alors qu'une chute des prix été observée pour la MDMA (pilules d'ecstasy) ainsi que pour les amphétamines (speed), qui étaient plus difficiles à écouler en raison de la fermeture des lieux de fête. Toutefois, après environ 6 mois de crise, les prix de l'herbe de cannabis, de la résine de cannabis et de la cocaïne ont augmenté de respectivement 40 %, 25 % et 10 % d'après les usager·es interrogés (voir Figure 51). En revanche, le prix de la MDMA et des amphétamines a encore diminué. Enfin, signalons qu'une enquête menée auprès d'un nombre limité de bénéficiaires d'un comptoir d'échanges de seringues à Bruxelles a suggéré une légère diminution de la disponibilité de certains produits au niveau du marché de rue durant le premier confinement, en association avec une baisse de la qualité perçue et une augmentation des prix (Transit, 2020). Cet impact était probablement lié à la plus grande difficulté pour les dealers d'évoluer librement dans l'espace public pendant le confinement.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 7.2., les statistiques policières témoignent quant à elles d'une légère diminution des infractions liées aux drogues commises sur le territoire belge entre 2019 et 2020 (-3 %) alors qu'elles étaient en augmentation progressive depuis plusieurs années (e.g. +5 % entre 2018 et 2019). Plus spécifiquement, les infractions pour détention, facilitation de l'usage ou incitation à l'usage ont diminué en raison des restrictions en vigueur durant la crise sanitaire (confinement, couvre-feu, fermeture de l'Horeca et des établissements de la vie nocturne, annulation des festivals…), qui ont vraisemblablement entraîné une diminution des consommations festives, des contrôles et des flagrants délits de détention. En revanche, les infractions liées à la fabrication sont restées stables pour tous les produits, et celles liées au commerce et à l'importation/exportation ont légèrement augmenté (+5 %) au niveau national, en particulier pour le cannabis (+28 % pour l'importation/exportation et +5 % pour le commerce). Ces données confirment que la disponibilité des produits n'a pas véritablement été impactée par la crise sanitaire sur notre territoire, malgré les restrictions en vigueur.

563 Des cas d'intoxications ont d'ailleurs été notifiés dans plusieurs pays européen, et une vingtaine de décès ont été enregistrés en Hongrie, faisant suite à la consommation de produits composés de plusieurs cannabinoïdes (dont le 4F-MDMB-BICA).

Figure 51 : Évolution du prix des drogues en Belgique avant et pendant la crise sanitaire



Source : Sciensano (2021a)

8.3

IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR L'USAGE D'ALCOOL

La consommation d'alcool a été monitorée au début de la crise sanitaire en Belgique francophone par une équipe de chercheurs de l'**UCLouvain** à travers **trois enquêtes successives** (voir Bollen et al., 2021a). La première enquête visait à récolter des informations sur les pratiques habituelles de consommation durant les 3 dernières semaines qui ont précédé l'enquête (T1) ainsi que (rétrospectivement) avant le début du confinement (T0). La deuxième et la troisième enquête ont récolté les pratiques de consommation survenues durant les 3 semaines qui ont précédé ces enquêtes (T2 et T3, respectivement). Au total, 1,693 Belges francophones ont participé aux trois enquêtes successives. La première enquête s'est déroulée du 1er avril au 3 mai. Les répondants ont été individuellement contactés pour participer à la 2e enquête 3 semaines après avoir répondu à la première. La troisième enquête s'est déroulée du 29 juin au 13 juillet, soit peu après la première phase de déconfinement, qui prévoyait la réouverture des bars et restaurants, l'élargissement des contacts sociaux à 10 contacts rapprochés par semaine, ou encore l'autorisation des activités de loisirs et des voyages.

Les résultats sont exprimés de manière globale ainsi qu'après ventilation des répondants en fonction de l'âge et de l'intensité de la consommation d'alcool au cours des 12 mois qui ont précédé le début du confinement[564] (voir Tableau 75). Globalement, il apparait que la consommation d'alcool, exprimée en nombre de verres consommés chaque semaine, a diminué pendant le premier confinement (T1 et T2), mais elle est revenue à son niveau pré-pandémie lors du premier déconfinement (T3). Cette diminution n'est toutefois observable que chez les jeunes adultes, la consommation des adultes de plus de 30 ans étant restée stable pendant toute la période d'évaluation et manifestement non impactée par le confinement. Des différences intéressantes apparaissent également en fonction de l'intensité de la consommation. Ainsi, la consommation n'a pas été impactée par le confinement chez les consommateurs modérés, et ce quelle que soit la tranche d'âge. Mais, un léger rebond de consommation est observé lors du dé-confinement, les quantités déclarées ayant alors légèrement dépassé le niveau pré-pandémie. Chez les consommateurs à risque, l'usage d'alcool a globalement diminué pendant le confinement (-4verres/

564 L'intensité/nocivité était évaluée à partir de l'AUDIT. Il s'agit d'un outil standardisé de dépistage de la consommation à risque et de la consommation problématique développé par l'OMS. Il se compose de 10 questions fournissant un score global (variant de 0 à 40) d'aide à la décision dans la pratique clinique, mais également utilisé comme questionnaire d'auto-évaluation ou comme mesure de l'intensité de la consommation d'alcool dans de nombreuses études. Un score inférieur à 8 est considéré comme indicateur d'une consommation modérée, un score compris entre 8 et 15 comme consommation à risque, et un score égal ou supérieur à 16 comme consommation problématique. Certains systèmes de cotation prévoit de considérer l'usage problématique à partir d'un score supérieur ou égal à 20.

Tableau 75 : Nombre de verres d'alcool consommé chaque semaine avant (T0) et pendant les premiers mois de la crise sanitaire (T1, T2 et T3), en fonction de l'âge et de l'intensité de la consommation

	Période d'évaluation de la consommation			
	T0 (Avant 13 mars)	T1 (18-03 au 01-04)	T2 (01-04-22-04)	T3 (08-06-29-06)
Échantillon total (N=1.693)	8,42	6,90	6,91	8,37
18-30 ans (N=560)	8,28	3,88	3,88	7,34
31-50 ans (N=607)	7,84	7,94	7,78	8,37
51 ans et + (N=526)	9,26	8,90	9,13	9,48
Consommateurs modéré (N=1.166)	4,23	4,35	4,45	4,97
18-30 ans (N=334)	2,97	2,46	2,57	3,97
31-50 ans (N=419)	4,36	5,09	4,96	5,13
51 ans et + (N=413)	5,11	5,14	5,45	5,61
Consommateurs à risque (N=404)	14,00	10,40	10,17	13,41
18-30 ans (N=170)	12,95	5,16	4,88	10,26
31-50 ans (N=153)	12,73	11,96	11,59	13,03
51 ans et + (N=81)	18,60	18,43	18,58	20,72
Consommateurs problématique (N=123)	29,89	19,50	19,53	24,11
18-30 ans (N=56)	25,79	8,46	8,65	18,52
31-50 ans (N=35)	28,06	24,57	24,81	26,77
51 ans et + (N=32)	39,06	33,25	32,78	31,00

Source : Bollen et al., 2021a

semaine en moyenne), pour ensuite revenir au niveau pré-pandémie lors du dé-confinement. Mais à nouveau, la consommation n'a diminué que chez les jeunes adultes, alors qu'elle est restée stable chez les 31-50 ans et a même augmenté chez les plus de 50 ans. Les consommateurs problématiques semblent avoir le plus bénéficié des effets positifs du confinement, les quantités consommées chaque semaine ayant diminué de 10 verres en moyenne au début du confinement, sans atteindre le niveau pré-pandémie lors du dé-confinement. Mais à nouveau, les constats sont très variables en fonction de l'âge. La diminution de consommation est surtout observée chez les jeunes consommateurs problématiques (-17 verres/semaine en moyenne), alors que les consommateurs problématiques âgés de plus de 30 ans n'ont que modérément réduit leur consommation pendant le premier confinement (-3 verres/semaine pour les 31-50 ans et -6 verres/semaine pour les plus de 50 ans). Par ailleurs, dans une étude complémentaire (Pabst et al., 2021), les auteurs ont montré que tous les usager·es problématiques n'ont pas systématiquement diminué leur consommation, même s'ils sont majoritaires (65,9 %). En effet, un quart d'entre eux (25,4 %) ont augmenté leur consommation d'alcool pendant le confinement, avec une moyenne de consommation hebdomadaires de 17,3 verres supplémentaires par rapport à la consommation rapportée avant le confinement. Les analyses confirment aussi que ce sont les jeunes usager·es problématiques qui ont surtout diminué leur consommation, alors que le risque d'aggravation de la consommation augmentait avec l'âge. Enfin, la consommation avait le plus baissé pendant le confinement chez les personnes qui boivent habituellement pour des raisons sociales ou de stimulation, probablement parce que les occasions festives ont été fortement réduites par les mesures de confinement (Bollen et al., 2021b ; Maurage et al., 2020). Cela explique pourquoi les étudiant·es ont particulièrement été concernés par cette baisse de consommation (61 % d'entre eux ayant diminué leur consommation durant le confinement). En revanche, les personnes qui boivent habituellement de l'alcool pour des raisons de *coping* ont eu tendance à augmenter leur consommation pendant le confinement.

Les résultats principaux de la première enquête, qui portait sur un échantillon plus important (environ 6.500 répondants)[565] avait aussi montré que certains facteurs étaient associés à l'augmentation de la consommation déclarée durant le confinement (Maurage et al., 2020) : avoir un niveau d'étude élevé, être en télétravail ou en interruption de travail durant le confinement, boire en compagnie du ou des cohabitants/partenaires, effectuer des apéros en ligne, expérimenter des émotions négatives[566], subir du stress ou de l'anxiété en raison de la crise sanitaire[567], le fait d'être confiné avec des enfants, et enfin le sentiment d'impuissance et de manque de contrôle face à la crise sanitaire, le fait d'être un jeune professionnel·le de la santé. Il serait intéressant de savoir si les personnes qui ont augmenté leur consommation d'alcool au début du confinement (T1) ont maintenu ou modifié leur niveau de consommation ultérieurement (T2 et T3).

565 Avant les analyses, les auteurs ont stratifié l'échantillon de manière à le faire correspondre aux caractéristiques de la population belge francophone au niveau de l'âge, du genre, et du niveau d'éducation.

566 Les personnes qui ressentent des émotions négatives durant le confinement reconnaissent d'ailleurs boire de l'alcool pour diminuer ces émotions négatives. L'impact de ces émotions négatives sur la consommation d'alcool semble toutefois modéré par le fait de bénéficier ou non d'un soutien social dans l'entourage, puisque les personnes qui expriment des émotions négatives tout en bénéficiant d'un réseau social soutenant tendent moins à augmenter leur consommation.

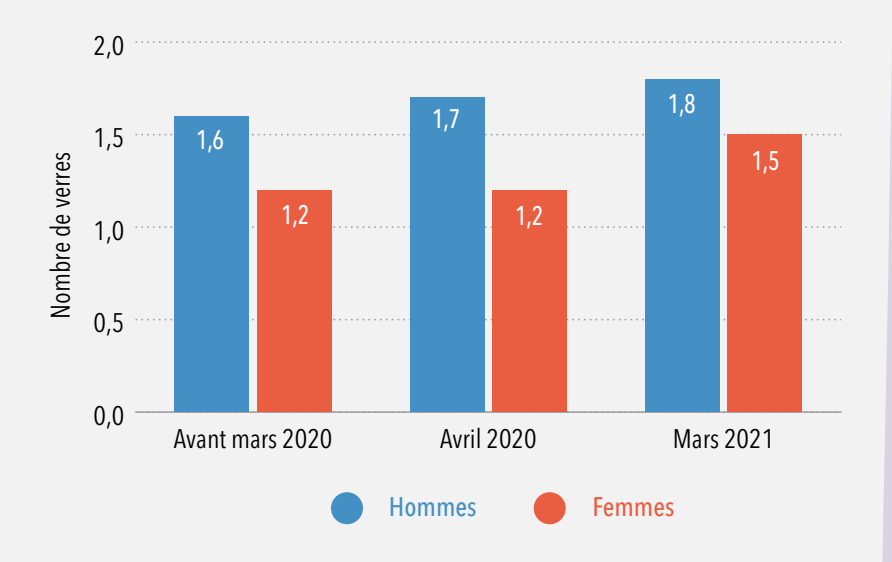
567 Peur d'une contamination pour soi-même ou ses proches, peur d'une perte de revenus voire du travail.

De même, il serait intéressant de vérifier si les usager·es problématiques qui ont augmenté leur consommation pendant le confinement se distinguent (en termes de profil sociodémographique) des usager·es problématiques qui ont diminué leur consommation.

La deuxième et la sixième **enquête COVID-19 de Sciensano** (voir Sciensano, 2020, 2021) ont abordé la consommation d'alcool en demandant aux répondants d'estimer leur consommation d'alcool au moment de l'enquête (ainsi qu'avant le début du confinement, dans le cas de la 2e enquête)[568]. La comparaison des déclarations suggère une légère augmentation au cours du temps du nombre de verres consommés. L'augmentation entre mars 2020 et mars 2021 est observable dans toutes les tranches d'âge (la consommation avait en revanche diminué chez les 18-29 ans au début du confinement).

568 La consommation de médicaments psychotropes et de drogues illégales avaient également brièvement évaluée lors des premières enquêtes COVID-19 de Sciensano. Aucune nouvelle donnée n'étant disponible, nous renvoyons le lecteur intéressé vers le focus spécifique COVID-19 de notre précédent tableau de bord pour une présentation des précédents résultats, qui mettaient notamment en évidence une augmentation relativement importante de la consommation de tranquillisants/sédatifs pendant la crise sanitaire, en lien avec l'augmentation des troubles anxieux et des troubles du sommeil.

Figure 52 : Évolution de la consommation d'alcool (en nombre de verres/jour de consommation) avant et pendant la crise sanitaire



Source : Sciensano (2020b, 2021)

Enfin, un **sondage** réalisé en septembre 2021 par **Sécurex**[569] auprès de 1.509 travailleurs belges relève que 15 % d'entre eux consomment actuellement plus de 10 verres de boissons alcoolisées par semaine (ce qui est équivalent à la prévalence observée dans la population wallonne âgée de 18 à 65 ans). Plusieurs facteurs à risque associés à la consommation excessive d'alcool ont été identifiés : le fait d'être célibataire avec enfants, d'exercer un poste de cadre ou de direction, et d'effectuer du télétravail. La consommation excessive a également tendance à augmenter avec l'âge, et est plus fréquente chez les hommes. Plus précisément, un cadre qui télétravaille a trois fois plus de risque d'avoir une consommation excessive qu'un cadre qui ne télétravaille pas, alors que le télétravail n'augmente pas le risque chez les travailleurs qui n'exercent pas le poste de cadre. Les travailleurs qui craignent de perdre leur emploi sont également plus exposés à une consommation excessive d'alcool, *a fortiori* lorsqu'ils font du télétravail. Dans ce cas, le risque est plus de deux fois plus élevé que lorsqu'ils ne télétravaillent pas. Enfin, en ce qui concerne plus spécifiquement les femmes, le risque de consommation excessive est multiplié par trois en cas de télétravail. Ces résultats confirment que le télétravail peut favoriser la consommation d'alcool.

569 https://press.securex.be/15-des-travailleurs-belges-consomment-trop-dalcool#_ga=2.101727945.931045635.1640124043-1232196715.1640124043

8.4

IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR L'USAGE DE TABAC

Le tableau 76 comptabilise les pourcentages de personnes s'étant déclarées consommatrices de tabac dans les **enquêtes Santé & Covid de Sciensano**. L'indicateur ne tient pas compte de la fréquence de consommation ni des quantités consommées, et il ne s'agit pas d'un suivi longitudinal. Quelle que soit la période envisagée, près d'un quart des répondant·es ont déclaré consommer du tabac au moment de l'enquête.

Parmi les personnes ayant déclaré avoir consommé du tabac, près de la moitié a déclaré ne pas avoir modifié sa consommation par rapport aux habitudes précédant la crise sanitaire, et environ un cinquième avoir diminué sa consommation, et ce quelle que soit la période envisagée au cours de la crise sanitaire. Toutefois, environ un tiers des consommateur·rices a déclaré avoir augmenté sa consommation, quelle que soit la période envisagée. Malheureusement, la consommation de tabac n'a plus été monitorée dans les enquêtes ultérieures.

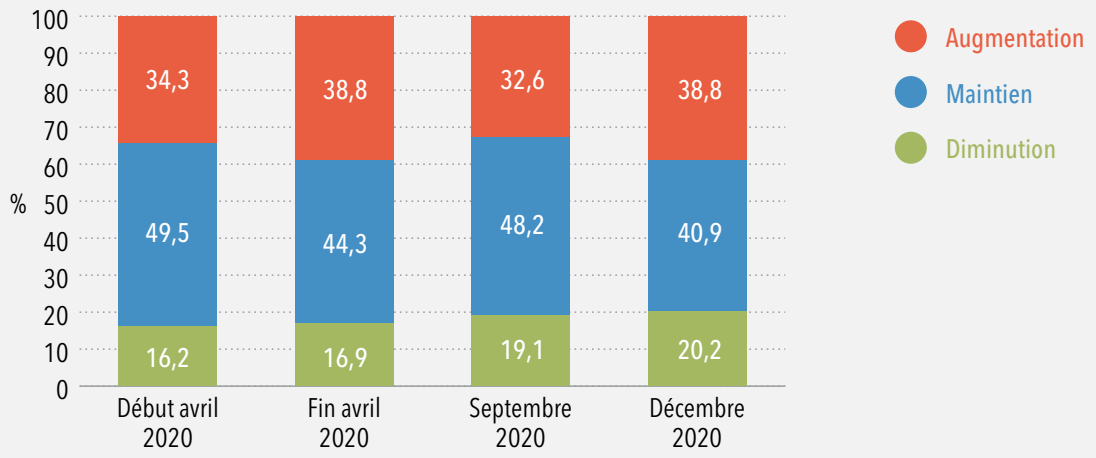
Chaque année, la **Fondation contre le cancer** réalise une enquête auprès d'un large échantillon de Belges âgés de 15 ans et plus afin de sonder leurs comportements et attitudes relatifs au tabagisme (Fondation contre le cancer, 2021). En 2021, 27 % des personnes interrogées ont déclaré être fumeurs·euses au moment de l'enquête (20 % de fumeurs·euses quotidiens et 7 % de fumeurs·euses occasionnels) et 32 % être d'anciens fumeurs·euses. Ces proportions sont supérieures à celles identifiées dans l'enquête HIS 2018 (fumeurs·euses quotidiens : 15,4 % ; fumeurs·euses occasionnels : 4 % ; anciens fumeurs·euses : 23,1 %), ce qui laisse penser qu'un biais de sélection a pu s'opérer dans cette enquête

Tableau 76 : Pourcentages de personnes ayant déclaré consommer du tabac durant la crise sanitaire, par période d'enquête

Début avril 2020 %	Fin avril 2020 %	Septembre 2020 %	Décembre 2020 %
21,8	22,1	23,6	23,0

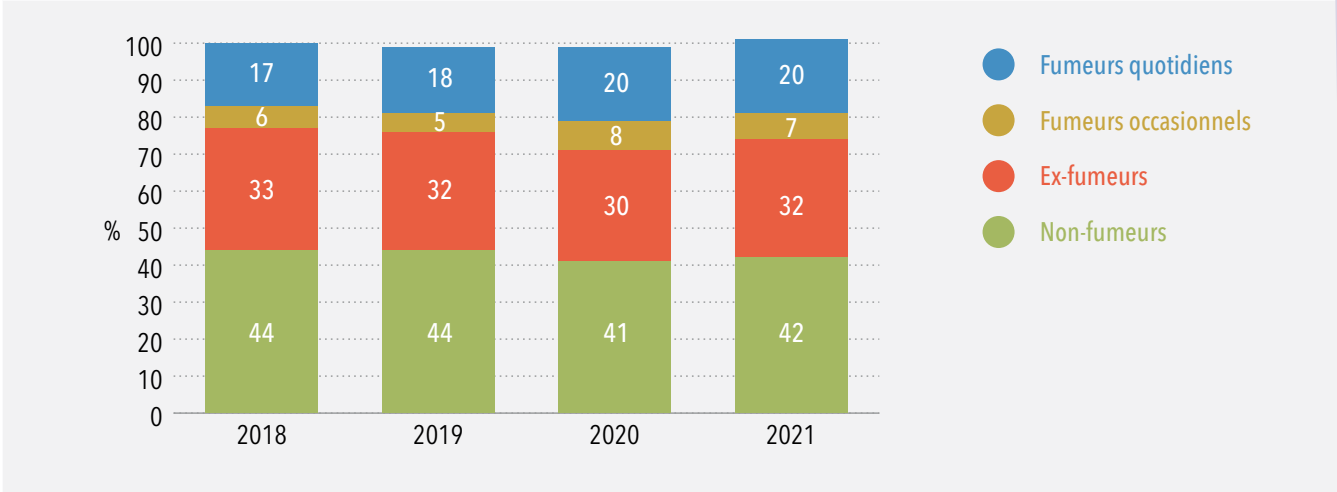
Source : Enquêtes Covid & Santé Sciensano

Figure 53 : Proportion de consommateurs de tabac ayant déclaré avoir diminué, maintenu ou augmenté leur consommation au moment de l'enquête par rapport à la période précédant la crise sanitaire



Source : Sciensano

Figure 54 : Évolution de la consommation de tabac dans la population belge, 2018-2021



Source : Fondation contre le cancer

en ligne. Les proportions de fumeurs·euses semblent néanmoins plus élevées en 2020 et 2021 par rapport aux années précédentes[570], ce qui pourrait correspondre à un impact délétère de la crise sanitaire sur la consommation de tabac (voir Figure 54). La quantité moyenne de cigarettes fumées par jour chez les fumeurs·euses quotidiens est toutefois restée stable (15 cigarettes par jour). L'impact de la crise sanitaire sur le tabagisme a aussi été investigué directement à l'aide d'une question spécifique. En 2021, si la majorité des fumeurs·euses (58 %) estiment que la pandémie n'a pas impacté leur consommation, une proportion relativement importante (21 %) estime avoir fumé plus depuis le début de la pandémie, et une petite minorité (5 %) a rechuté pendant la pandémie. La proportion de rechute serait plus élevée chez les 25-34 ans.

8.5

IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR L'USAGE DE DROGUES

Globalement, au niveau européen (voir EMCDDA, 2021), les données disponibles[571] ont mis en évidence une diminution de la consommation de drogues festives (en particulier d'ecstasy/MDMA) pendant les périodes de confinement, en raison de la fermeture du milieu de la nuit et des autres mesures restrictives (couvre-feu, bulles sociales, fermeture des bars/restaurants, déplacements limités…). Ce sont surtout les UD occasionnels qui ont réduit voire interrompu leur consommation. Ces baisses de consommation ont rapidement cessé avec l'assouplissement des mesures. Une augmentation de la consommation de drogues «introspectionnistes» (psychédéliques et kétamine) a néanmoins été observée pendant les périodes de confinement, ces produits se prêtant mieux à un usage à domicile. Enfin, certaines données suggèrent une tendance à l'augmentation de l'usage chez les UD réguliers.

En ce qui concerne la Belgique, Sciensano (Sciensano, 2020, 2021ab) a à ce jour réalisé cinq enquêtes en ligne afin d'évaluer l'impact de la crise sanitaire et des mesures gouvernementales sur la consommation de drogues des Belges[572]. Selon les deux premières enquêtes (voir Sciensano, 2020), la plupart des répondants ont eu une consommation stable voire en diminution au début de la crise sanitaire, probablement en raison de la diminution des opportunités festives (voir Figure 55). Néanmoins, 20 % des consommateurs d'herbe de cannabis, 9,8 % des consommateurs de cocaïne et environ 5 % des consommateurs d'amphétamines et d'ecstasy ont signalé une augmentation de leur usage malgré le confinement.

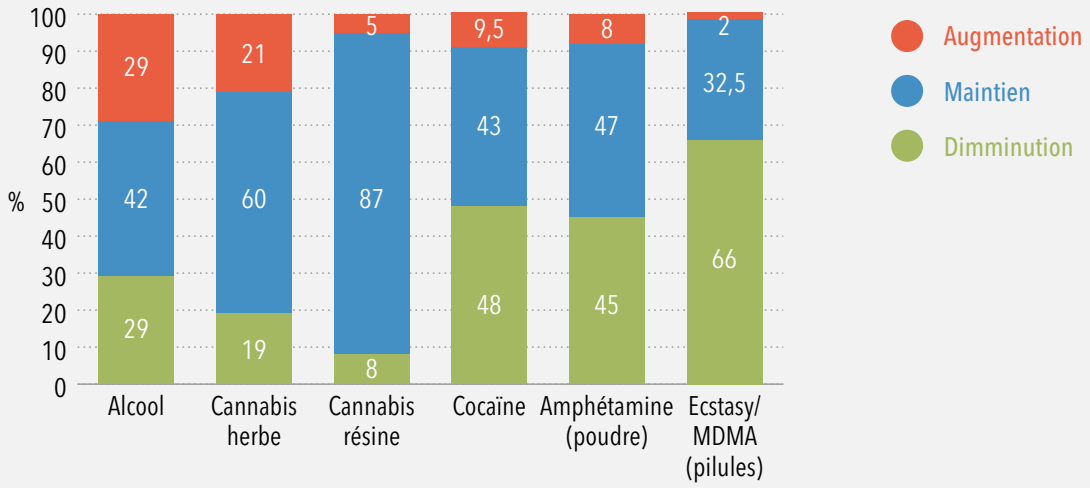
Les UD ont déclaré consommer des quantités moindres lors d'une journée type pendant le confinement et les premiers mois de la crise sanitaire, et ce, pour tous les produits sauf l'herbe de cannabis, dont les quantités ont augmenté (voir Tableau 77). Les deux dernières enquêtes mettent toutefois en évidence qu'à partir de la fin de l'année

570 Nous n'avons repris que les données collectées à partir de 2018, car entièrement l'enquête était menée par téléphone. Le changement de méthodologie rend par conséquent les comparaisons aux années antérieures compliquées.

571 Enquête auprès des usager·es, analyse des eaux usées, monitoring des intoxications dans un réseau sentinelles de services d'urgence, analyse des cryptomarchés.

572 Les enquêtes se focalisaient sur les personnes majeures vivant en Belgique et ayant consommé au moins une drogue illégale en 2020. La première enquête a été diffusée du 03-04-2020 au 16-04-2020 (N=3509), la deuxième du 08-05-2020 au 22-05-2020 (N=2620), la troisième du 21-10-2020 au 06-11-2020 (N=2354), la quatrième du 15-03-2021 au 28-03-2021 (N=1726) et la cinquième du 1 au 18 octobre 2021 (N=1584).

Figure 55 : Évolution de la consommation après le 13 mars 2020 par rapport à la consommation avant le 13 mars, par substance



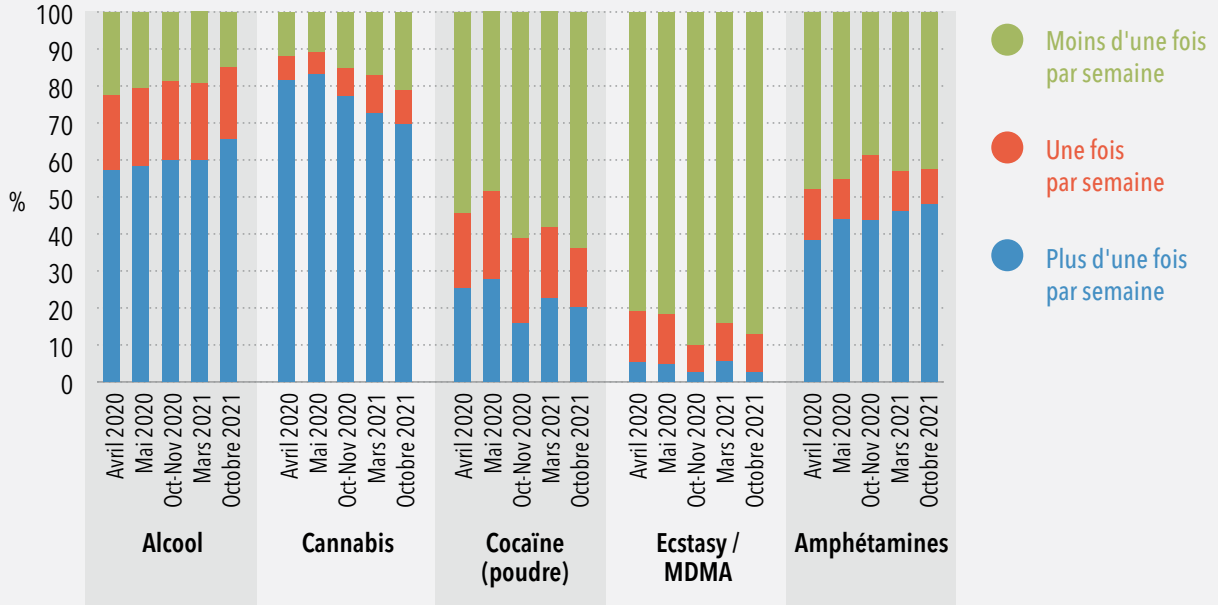
Source : Sciensano (2020)

Tableau 77 : Quantité moyenne consommée lors d'une journée type de consommation avant et pendant la crise sanitaire

	Alcool	Cannabis (herbe)	Cocaïne (poudre)	Amphétamine (poudre)	MDMA
Unité / Période	Verre standard	Gramme	Gramme	Gramme	Pilule
Avant 13 mars 2020	3,68	0,64	0,75	0,76	1,33
Avril 2020	3,10	0,68	0,46	0,42	0,41
Mai 2020	3,51	0,75	0,63	0,64	0,62
Oct-Nov 2020	4,34	0,65	0,97	0,90	1,33
Mars 2021	4,74	0,70	0,96	1,28	1,34
Octobre 2021	5,24	0,62	0,84	1,10	1,38

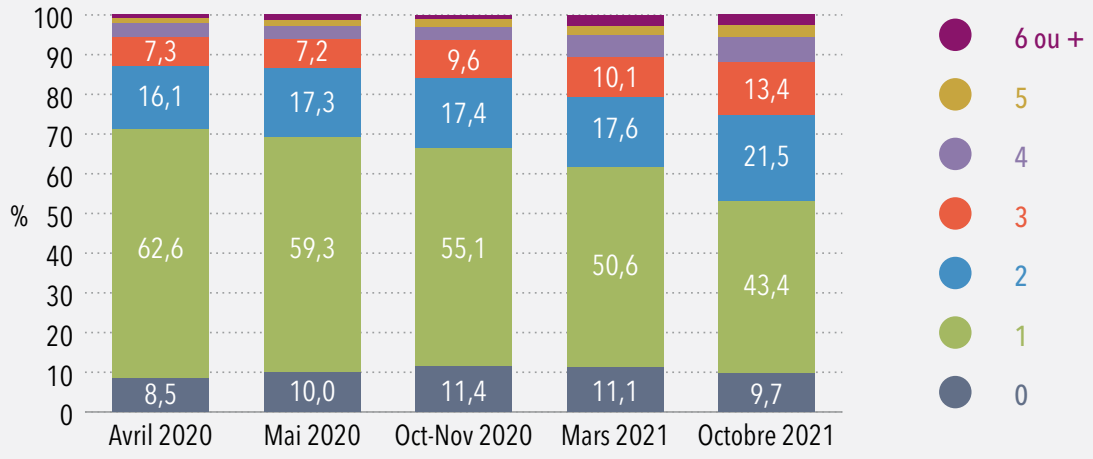
Source : Sciensano (2020, 2021a)

Figure 56 : Fréquence d'usage parmi les personnes ayant consommé de l'alcool, du cannabis, de la cocaïne, de la MDMA ou des amphétamines au cours du dernier mois, par enquête



Source : Sciensano (2020, 2021a)

Figure 57 : Nombre de produits consommés au cours des 30 derniers jours



Source : Sciensano (2020, 2021a)

2020, les quantités consommées sont revenues à leur niveau précédent la crise, le dépassant même pour certains produits (en particulier les psychostimulants), et ce, alors que le secteur du milieu de la nuit était encore fermé et que le couvre-feu était d'application.

Les fréquences d'usage des produits au cours de la crise sanitaire parmi les personnes ayant déclaré en avoir consommé au cours du dernier mois sont présentées dans la figure 56. Au cours de la crise sanitaire, la fréquence de consommation d'alcool est restée stable, alors que les fréquences de consommation de cannabis, de cocaïne et de MDMA ont progressivement diminué. À l'inverse, la fréquence de consommation d'amphétamines a tendance à avoir augmenté au cours de la crise sanitaire. Ces évolutions doivent être interprétées avec prudence car les enquêtes n'ont pas forcement portés sur les mêmes participants (il ne s'agit pas d'une étude longitudinale mais d'une succession d'études transversales). Le cannabis et, dans une moindre mesure, l'alcool, sont consommés plus d'une fois par semaine par la majorité des usager·es (actuellement, environ 65 % pour l'alcool et 70 % pour le cannabis). En revanche, pour la cocaïne, l'ecstasy/MDMA et, dans une moindre mesure, les amphétamines, la majorité des usager·es en ont consommé moins d'une fois par semaine au cours du mois précédant l'enquête.

Enfin, les enquêtes de Sciensano suggèrent que le nombre de produits consommés au cours des 30 derniers jours a progressivement augmenté au cours de la crise sanitaire parmi les UD. Ainsi, le pourcentage d'UD ayant déclaré avoir consommé au moins 3 produits est passé de 12,9 % pendant le 1er confinement (mars-avril 2020) à 25,6 % un an et demi plus tard (mars 2021).

Des enquêtes menées plus spécifiquement auprès du public festif (Modus Vivendi & Eurotox 2020, 2021) soulignent quant à elles que le confinement n'a pas totalement interrompu les habitudes festives des UD, un tiers de personnes sondées ayant déclaré avoir participé à une ou plusieurs *lockdown parties*. Ces enquêtes ont aussi montré qu'une proportion relativement importante d'usager·es a intensifié sa consommation et certaines pratiques à risque durant ces fêtes clandestines : un tiers des UD ayant déclaré avoir participé à ces fêtes ont en effet mentionné avoir consommé de plus grandes quantités de produits psychotropes par rapport à leurs habitudes précédant la crise sanitaire, et 18 % ont déclaré avoir plus souvent recours à la polyconsommation.

AVIS DES EXPERT·ES

Nicolas Van der Linden et Matthieu Méan, Modus Vivendi asbl

La crise sanitaire et les mesures gouvernementales de lutte contre la propagation du coronavirus ont marqué un arrêt partiel, voire total, de nos activités, en particulier pendant le premier confinement. Coupé·es de notre public, nous avons réalisé deux enquêtes en ligne (N=482), une première en avril-mai, une deuxième en septembre-octobre 2020. De ces enquêtes, nous avons tiré les enseignements suivants : 1) dans l'ensemble, le marché de la drogue a été très peu affecté par la crise sanitaire (tant au niveau de la disponibilité des produits, de leurs prix, de leur concentration, etc.) ; 2) le confinement et les restrictions de contact n'ont pas totalement interrompu les habitudes festives du public, alors que la clandestinité a augmenté les risques liés à l'usage (1 participant·e sur 10 déclare avoir rencontré un problème en lien avec sa consommation durant la crise sanitaire) ; 3) la crise sanitaire n'a pas eu le même impact sur tou·tes les usager·ères (si la majorité d'entre eux·elles ont réduit ou stabilisé leur consommation, une minorité semble avoir augmenté sa consommation ainsi que certaines pratiques à risque) ; 4) la crise sanitaire est apparue comme une opportunité de questionnement de la consommation pour bon nombre d'usager·ères mais avec une difficulté d'accès à des services en mesure de les accompagner dans ce questionnement.

En mars 2021, nous avons eu l'occasion, grâce à un financement de la Cocof, de réaliser cinq entretiens de groupe, en collaboration avec la Plateforme Prévention Sida et ExAequo (N=28). Ces entretiens ont été menés dans le cadre d'une campagne de communication qui visait à augmenter l'observance des mesures de lutte contre la propagation du coronavirus parmi les publics jeunes. Une analyse thématique de ces entretiens a fait ressortir les thèmes suivants : 1) une dégradation de la confiance, corrélative du sentiment que sa réalité n'est pas prise en compte, au profit exclusif d'un modèle familial traditionnel et hétéro-normé ; 2) une dégradation de la santé mentale qui se traduit, notamment, par un évitement des médias ; 3) une chronologie de l'écroulement qui passe par une certaine forme de nostalgie du premier confinement, puis, par un désenchantement, une lassitude, suivie par une impossible projection dans l'avenir et, enfin, par une perte du savoir-être et du savoir-faire (qui génère une peur de ne plus savoir comment se comporter quand les mesures seront levées et/ou de se «lâcher» trop vite et trop fort) ; et 4) un besoin d'être entendu·e et de participer aux décisions qui sont prises au nom de la santé de tou·tes.

Si l'année 2021 n'a pas encore marqué un retour complet à la normale, le nombre de contacts enregistrés pour la plupart de nos projets de première ligne est revenu à son niveau pré-Covid-19. Une vie festive a pu reprendre officiellement et nous sommes intervenus lors de plusieurs événements festifs, dont un festival (i.e., Esperanzah) en région Wallonne. À un niveau plus qualitatif, nous avons, lors de notre travail de terrain, remarqué les évolutions suivantes : 1) une consommation qui commence plus tôt dans la journée, comme une forme de compensation pour le fait que ces événements se terminaient plus tôt ; 2) une consommation qui se poursuit souvent en milieu privé une fois l'événement terminé (une évolution qui nous a poussé à faire la promotion de notre kit de fête à la maison) ; 3) une consommation perturbée par le télétravail (consommation à des heures variables et en étant plus souvent seul·e) ; et 4) une augmentation de la consommation de GHB au cours de l'été.

Les données de suivi du projet Testing en 2021 nous ont par ailleurs permis de mettre en évidence la résurgence de cathinones dans les produits amenés par les usager·ères. Si des pilules de MDMA hautement dosées continuent d'être détectées (4 alertes précoces ont été lancées en 2021 au sujet de pilules de MDMA hautement dosées), nous observons une augmentation du nombre de pilules faiblement dosées, voire de pilules ne contenant aucun principe actif. Ces évolutions sont d'autant plus inquiétantes que des coupures budgétaires vont sérieusement limiter le nombre d'échantillons que nous allons pouvoir envoyer au laboratoire pour des analyses plus poussées, analyses particulièrement importantes, voire indispensables, pour les nouveaux produits de synthèse qui sont en augmentation parmi les échantillons apportés par nos usager·ères. Nous notons, enfin, une augmentation des personnes sans emploi fréquentant le service de testing, une augmentation que nous pensons pouvoir mettre sur le compte d'une précarisation d'une partie de notre public qui est composé de personnes travaillant habituellement dans les secteurs de l'HORECA et de l'événementiel et qui ont perdu leur emploi des suites de la crise sanitaire.

8.6

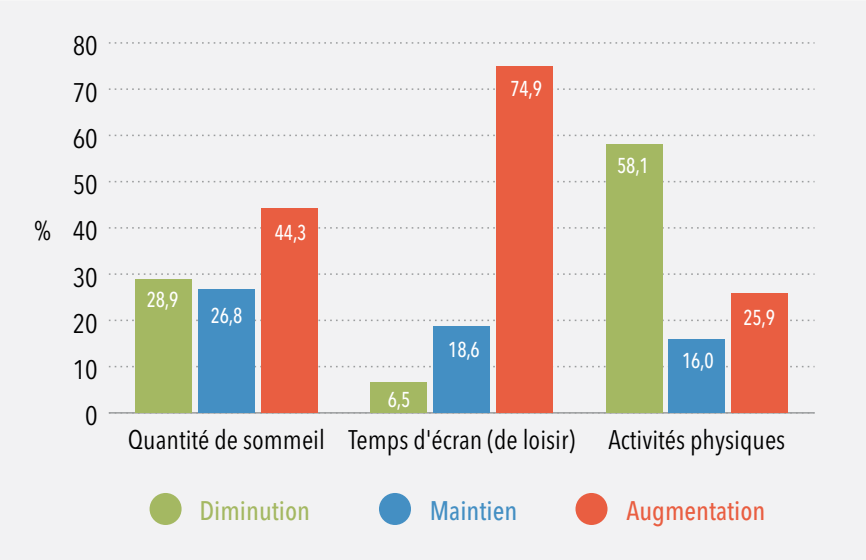
IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR L'UTILISATION DES ÉCRANS

L'impact de la crise sanitaire sur l'utilisation des écrans a été très peu documenté à l'échelle de la population belge. À notre connaissance, la seule étude ayant évalué l'impact du confinement sur l'utilisation des écrans chez les jeunes Belges a été réalisée par Camille (la caisse d'allocations familiales de l'UCM ; Camille, 2020). L'étude s'intéressait à l'utilisation des écrans au sein des familles wallonnes avec enfant(s) de moins de 13 ans. Au total, 2335 familles ont participé à un sondage réalisé début mars 2020 (avant le confinement) et 4162 début avril 2020 (pendant le confinement). Au total, environ 40 % des parents interrogés étaient en télétravail en avril 2020, et près de la moitié d'entre eux (46 %) estime que les écrans les ont aidés à occuper leurs enfants pendants qu'ils travaillaient. Deux parents sur trois ont admis avoir été plus tolérants (assouplissement des règles) vis-à-vis de l'utilisation des écrans (télévision, ordinateur, tablette, smartphone…) depuis le début du confinement, mais près de 1 parent sur 10 (9 %) admet ne pas avoir contrôlé l'utilisation des écrans de leurs enfants. Seulement 5 % des parents ont été plus contrôlant, alors que 28 % n'ont changé les règles familiales. Plus de la moitié des parents (56 %) estiment que le temps passé sur les écrans a augmenté d'au moins 1h par jour, et 11 % évaluent l'augmentation journalière à plus de 3h. La grande majorité des parents (80 %) manifeste d'ailleurs de l'inquiétude par rapport aux conséquences de cette surexposition aux écrans, et un tiers déclarent observer des effets négatifs tels qu'une plus grande nervosité, de l'agressivité, de la fatigue, un manque de concentration ou encore des irritations oculaires. Le confinement a toutefois aussi eu un impact positif sur d'autres activités occupationnelles des enfants, qui se sont davantage répandues en raison de la plus grande disponibilité des parents durant le confinement (activités culinaires, activités extérieures, jeux de société, apprentissage d'un instrument de musique ou d'une langue étrangère). Il est probable que les familles moins favorisées sur le plan socioéconomique aient moins profité de ces bénéfices du confinement, bien que l'enquête ne le précise pas.

Une enquête menée par l'ULiège, en collaboration avec des chercheurs canadiens, s'est quant à elle intéressée à l'impact de la crise sanitaire sur la sédentarité des adolescents belges et canadiens (voir Dubuc et al., 2021). Pour la partie belge francophone, 1922 élèves provenant de 15 écoles secondaires de l'enseignement ordinaire de la FWB ont participé à cette enquête en ligne en début d'année 2021, alors que l'enseignement hybride était d'application. Certaines questions portaient sur les changements perçus par rapport à l'utilisation des écrans, les activités physiques et la qualité du sommeil (situation pendant le confinement et situation actuelle par rapport à la situation précédent le début de la crise sanitaire). Il apparaît sans grande surprise que le temps passé sur les écrans pendant le confinement pour mener des activités de loisirs a augmenté pour une grande majorité des adolescents, en association avec une diminution des activités physiques et souvent de la quantité de sommeil (voir Figure 58). Après près d'un an de crise sanitaire, le temps d'écran pour les activités de loisirs a un peu diminué par rapport à la situation pendant le confinement, mais 31,4 % des élèves déclaraient passer plus de 4 heures par jour devant un écran durant la semaine et 43,28 % durant le week-end au moment de l'enquête (Mouton, Remacle, Petitfrère & Cloes, 2021).

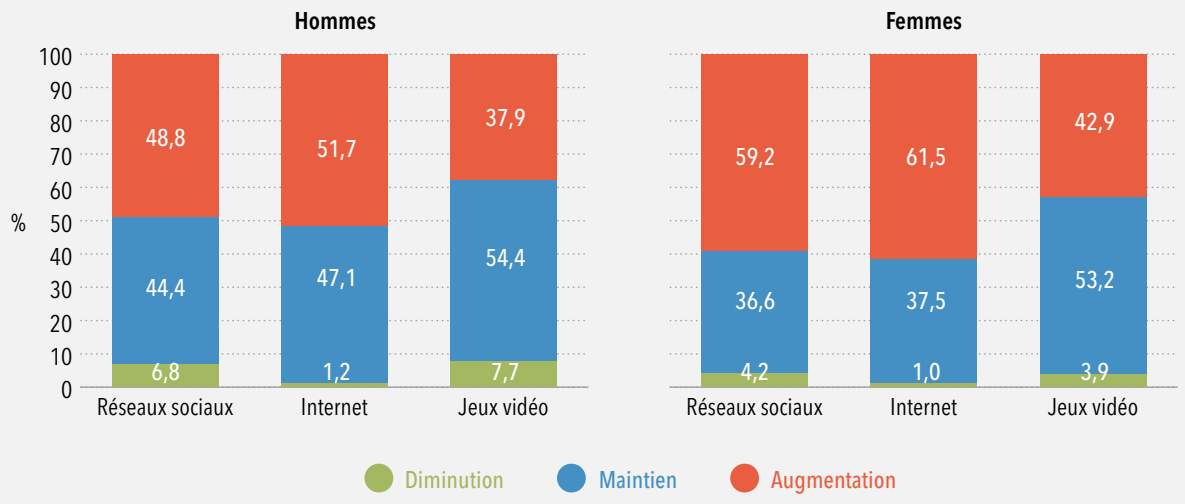
La cinquième enquête COVID-19 de Sciensano, réalisée en décembre 2020, est la seule de leur série d'enquêtes à avoir comparé l'utilisation des écrans avant et pendant la crise sanitaire. Au total, 92,5 % des Belges interrogés ont déclaré utiliser les réseaux sociaux, 96,6 % Internet, et 38,6 % jouer aux jeux vidéo au moment de l'enquête. Sans surprise, la majorité des Belges a augmenté son utilisation des écrans depuis le début de la crise sanitaire, en particulier pour consulter les réseaux sociaux (augmentation chez 54 % des utilisateur·rices) et Internet (augmentation chez 57 % des utilisateur·rices), l'utilisation des jeux vidéo ayant quant à elle augmenté chez 40 % des utilisateur·rices. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir augmenté leur utilisation des écrans ; et les changements d'habitudes dépendent aussi de l'âge : pour les réseaux sociaux, les jeunes de 18-24 ans sont les plus nombreux à avoir augmenté leur utilisation (66 %) et cette proportion baisse progressivement avec l'âge (notons qu'elle atteint tout de même 47 % chez les personnes de 65 ans et plus) ; l'utilisation d'internet a quant à elle surtout augmenté chez les personnes âgées

Figure 58 : Impact perçu du premier confinement sur la quantité de sommeil, le temps d'utilisation des écrans et la pratique d'activités physiques chez les jeunes scolarisés en FWB



Source : Mouton et al., 2021

Figure 59 : Proportion d'utilisateurs des réseaux sociaux, d'Internet et de jeux vidéo ayant déclaré avoir diminué, maintenu ou augmenté leur consommation au moment de l'enquête par rapport à la période précédant la crise sanitaire



Source : Enquêtes Covid & Santé Sciensano

de 18 à 54 ans (augmentation chez plus de 60 % des utilisateur·rices) ; enfin, pour les jeux vidéo, les jeunes joueur·ses sont les plus nombreux à augmenter leur pratique (42 % des 18-24 ans et 47,4 % des 25-34 ans), mais une petite proportion d'entre eux rapportent également une diminution (10 % des 18-24 ans et 7 % des 25-34 ans). Malheureusement, les indicateurs ne permettent d'aborder l'évolution des usages excessifs, ni de faire la distinction entre l'utilisation scolaire/professionnelle et l'utilisation de loisir.

8.7

IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR LA PRATIQUE DES JEUX DE HASARD ET D'ARGENT

La cinquième enquête Covid de Sciensano est la seule à avoir investigué l'impact de la crise sanitaire sur la pratique des jeux de hasard et d'argent. En décembre 2020, 27,6 % des Belges sondés ont déclaré avoir recours à ce type de jeux au moment de l'enquête (décembre 2020). La majorité des joueur·ses (75 %) déclarait avoir une pratique de jeux de hasard et d'argent similaire à la période antérieure à la crise sanitaire. Toutefois, 14,6 % des joueuses et 19,3 % des joueurs ont augmenté leur pratique pendant la crise sanitaire. Même si la pratique était moins répandue chez les jeunes de 18-24 ans, ce sont eux qui rapportent le plus avoir augmenté leur usage pendant la crise sanitaire (42,8 %). Un quart des 25-34 ans (24,1 %) rapportent également en avoir augmenté son utilisation. L'augmentation est significativement plus importante chez les personnes qui ne vivent pas en couple et chez celles qui n'ont pas de diplôme de l'enseignement supérieur. Nous ne disposons actuellement pas d'autres données permettant de vérifier l'impact de la crise sanitaire sur la pratique des jeux d'hasard et d'argent sur notre territoire. Il est néanmoins probable que le déplacement vers les jeux en ligne se soit accentué en raison des restrictions de contacts et des fermetures temporaires des salles de jeux, des casino et des centres de paris sportifs. Une revue de la littérature a récemment conclut, sur base des données disponibles, que le recours aux jeux de hasard est d'argent a globalement diminué pendant la pandémie. Néanmoins, un usage problématique est fréquemment observé chez la minorité dont l'usage a augmenté (Brodeur et al., 2021).

8.8

IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR LA SANTÉ MENTALE DE LA POPULATION GÉNÉRALE ET DES USAGER·ES DE DROGUES

Les enquêtes menées par Sciensano dans la population générale et chez les UD ont permis d'évaluer la prévalence des **troubles anxieux et dépressifs** à l'aide d'échelles spécifiques (le GAD-7[573] et le PHQ-9[574]). Les niveaux de prévalence chez les UD ont été comparés à ceux observés dans la population générale à l'aide des enquêtes de santé COVID-19 menées par Sciensano tout au long de la crise sanitaire (voir Sciensano, 2021b). La prévalence présumée des troubles anxieux et dépressifs était respectivement estimée à 11,2 % et 9,4 % en 2018 dans la population générale belge, selon la dernière enquête de santé par interview (voir Gisle et al., 2020). Au début de la crise sanitaire (avril 2020), les prévalences estimées ont significativement augmenté, tant dans la population générale que chez les UD, mais de manière un peu moins importante chez ces derniers pour les troubles anxieux (voir Figure 60). Chez les UD, la prévalence des troubles anxieux est ensuite passée de 18,8 % à 34,6 % entre avril 2020 et mars 2021, et la prévalence des troubles dépressifs de 23,6 % à 37,7 %. Par comparaison, dans la population générale, la prévalence des troubles anxieux et dépressifs a diminué entre avril 2020 et octobre 2020, après quoi une augmentation a de nouveau été observée en mars 2021. Les différences de prévalences entre UD et population générale sont significatives, même lorsque les comparaisons sont effectuées au niveau d'un groupe de sujets appariés pour l'âge, le sexe et la région de provenance. L'enquête montrait également qu'en mars 2021, les UD présentaient plus fréquemment des symptômes de solitude sévère (29 %) par rapport à ce qui était observé dans la population générale (25,1 %).

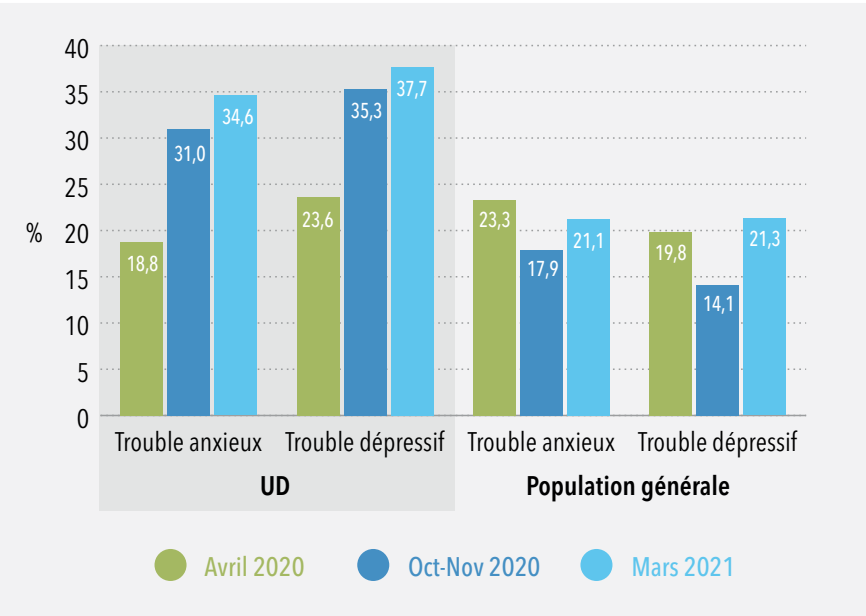
La survenue de troubles anxieux et dépressifs chez les UD est en outre associée à certains facteurs de risque (voir Sciensano, 2021b). Chez les usager·es de cannabis, ces troubles étaient plus fréquents chez les femmes, chez les sujets jeunes (moins de 25 ans), chez les personnes sans emploi rémunéré (pour les troubles anxieux uniquement), chez les personnes ayant un faible niveau d'éducation (pour les troubles dépressifs uniquement) et chez les usager·es qui vivent seul. Chez les usager·es de psychostimulants (cocaïne, MDMA ou amphétamines), les troubles anxieux et dépressifs étaient également plus fréquents chez les femmes et chez les personnes sans emploi rémunéré. Le risque de présenter des troubles anxieux ou dépressifs pendant le confinement était encore plus élevé en cas d'usage intensif chez ces derniers (Sciensano, 2020).

Comme on peut le voir sur les Figures 60 et 61, l'augmentation des troubles anxieux et dépressifs dans la **population générale bruxelloise** s'observe tant chez les hommes que chez les femmes et dans quasiment toutes les tranches d'âge, et ce dès le premier confinement (avril 2020). Les premières mesures de déconfinement survenues en mai-juin 2020 se sont accompagnées d'une tendance à la réduction des troubles anxieux et dépressifs, mais ils ne sont pas forcément retombés aux niveaux observés avant le début de la crise sanitaire. Ils sont ensuite repartis à la hausse entre décembre 2020 et mars 2021, au moment où les contaminations avaient fortement augmenté et que de nouvelles mesures restrictives étaient d'application (couvre-feu, bulle sociale, fermeture de l'horeca…). Enfin, ils ont à nouveau diminué lorsque la campagne de vaccination s'est généralisée à l'ensemble de la population et que les mesures restrictives ont été assouplies. Les troubles anxieux et dépressifs restent toutefois encore particulièrement élevés chez les jeunes femmes (18-29 ans), et chez les hommes les troubles dépressifs restent plus répandus qu'avant la pandémie.

Les femmes ont été davantage touchées que les hommes par la survenue de troubles anxieux durant la crise sanitaire, quelles que soient les tranches d'âge, mais elles y étaient déjà plus exposées avant le début de la pandémie. La différence de genre est limitée à quelques cellules en ce qui concerne les troubles dépressifs, et peut même parfois s'inverser. La fréquence des troubles anxieux et des troubles dépressifs pendant la crise sanitaire est aussi globalement plus élevée chez les jeunes adultes (18-29 ans), qui

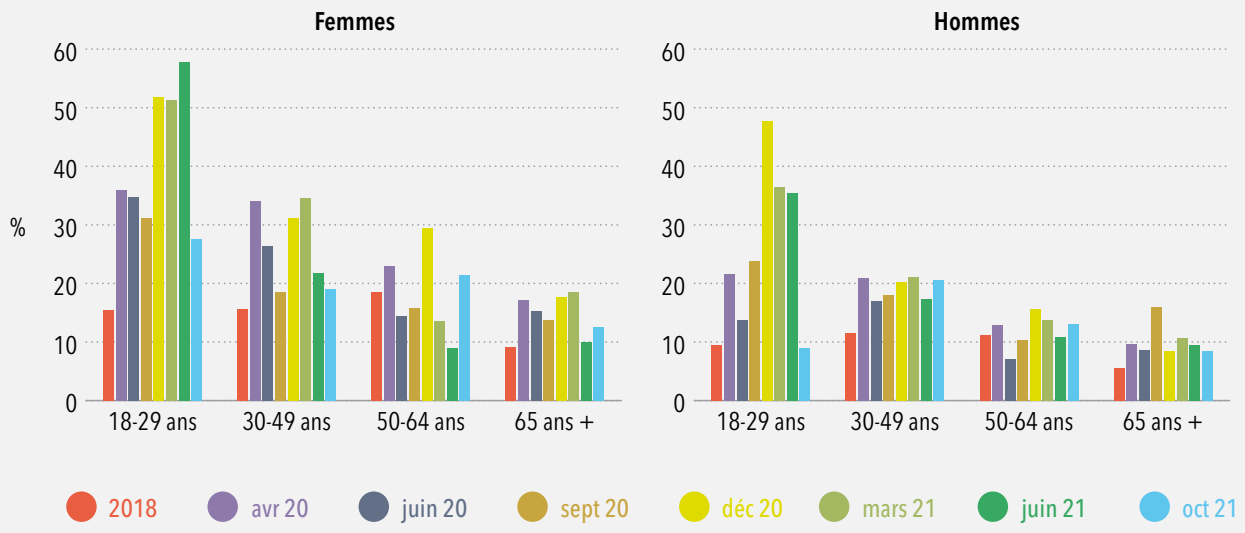
573 *Generalized Anxiety Disorder-7* : Échelle de dépistage en 7 items du trouble anxieux généralisé.
574 *Patient Health Questionnaire-9* : Sous-échelle de dépistage des épisodes dépressifs (dépression majeure et autres troubles dépressifs) en 9 items.

Figure 60 : Prévalence des troubles anxieux et dépressifs chez les usager·es de drogues (UD) et dans la population générale belge durant la crise sanitaire



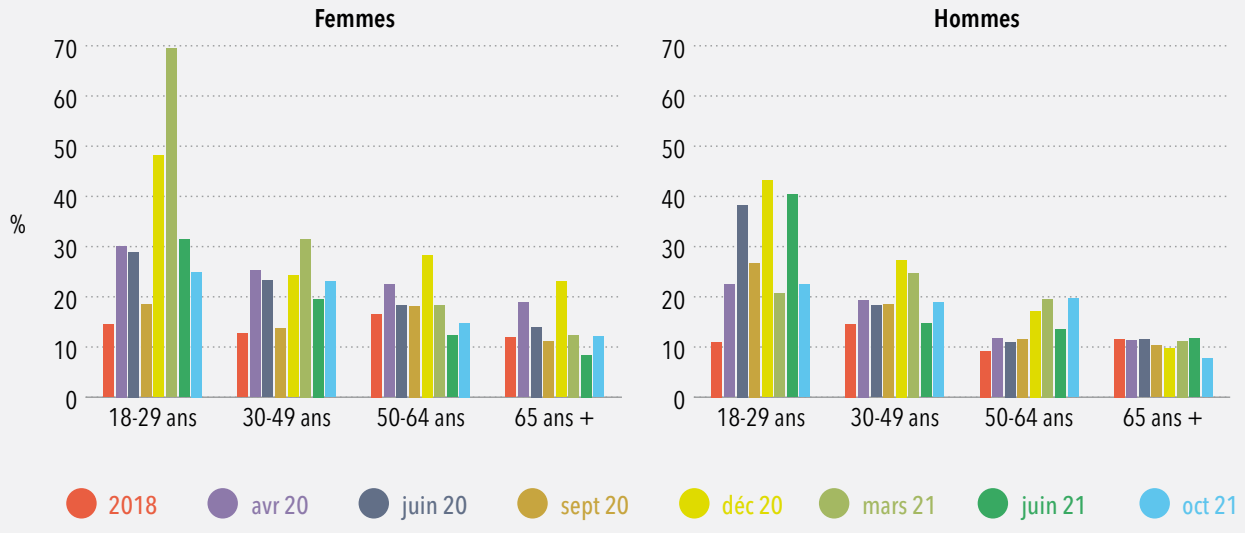
Source : Sciensano (2021b)

Figure 61 : Prévalence des troubles anxieux durant la crise sanitaire dans la population générale bruxelloise, par genre et par tranche d'âge



Source : Enquêtes Covid & Santé Sciensano

Figure 62 : Prévalence des troubles dépressifs durant la crise sanitaire dans la population générale bruxelloise, par genre et par tranche d'âge



Source : Enquêtes Covid & Santé Sciensano

semblent donc avoir été plus lourdement impactés. Mais les troubles anxieux restent particulièrement élevés chez les femmes de 30-49 ans.

La survenue de troubles anxieux et dépressifs durant la crise sanitaire varie également en fonction d'autres facteurs que l'âge et le genre (voir Sciensano, 2021de). Les personnes qui vivent seules (avec ou sans enfants) ont été plus exposées à ce type de troubles que les personnes qui vivent en couple (avec ou sans enfants). Les personnes sans emploi ou bénéficiant d'un statut d'invalidité sont également plus exposées à ces troubles que les personnes qui exercent un travail. En revanche, les personnes pensionnées y sont les moins exposées. Enfin, le fait de travailler dans le secteur de la santé ne semble pas surexposer les travailleur·ses à ce type de troubles. Toutefois, la proportion de travailleur·ses de ce secteur qui présente un trouble anxieux généralisé ou un trouble dépressif a augmenté de manière significative au cours de la crise sanitaire, dans les mêmes proportions que le reste de la population.

Le début de la crise sanitaire et les premières semaines de confinement ont également engendré une augmentation des **troubles du sommeil**. La majorité de la population belge[575] (72 % en juin 2020) rapporte ainsi

575 La ventilation par région n'est pas disponible pour cet indicateur.

avoir éprouvé des troubles du sommeil pendant la période de confinement, un pourcentage beaucoup plus élevé qu'en temps normal (environ 30 % en 2013). La fréquence des troubles du sommeil est restée relativement stable entre juin 2020 et septembre 2021. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à en rapporter. En revanche, ils sont peu impacté par l'âge (hormis à partir de 65 ans, où ils diminuent significativement).

Enfin, la 6e enquête COVID-19 (réalisée en mars 2021) a également sondé les **pensées et comportements suicidaires** au cours des 12 derniers mois (ce qui couvre toute la période de crise sanitaire). Au total, un Belge sur huit rapporte avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête (contre 4,3 % en 2018, selon la dernière enquête de santé par interview). Les idéations suicidaires au cours des 12 derniers mois concernent surtout les jeunes adultes, les personnes vivant seules ainsi que les personnes peu scolarisées. Elles sont plus fréquentent chez les personnes qui présentent un trouble anxieux (sans dépression, 18 %) ou un trouble dépressif (sans trouble anxieux, 18 %), et surtout chez celles qui présentent à la fois un trouble anxieux et un trouble dépressif (45 %). Les tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois s'élèvent quant à elle à 0,6 % au cours de 12 derniers mois (contre 0,2 % en 2018). Elles sont également beaucoup plus fréquentes chez les personnes qui présentent à la fois un trouble anxieux et un trouble dépressif (3,6 %).

Plusieurs enquêtes se sont plus spécifiquement penchées sur la **santé mentale des étudiant·es** durant la crise sanitaire (e.g. -De Man et al., 2021 ; Rens et al., 2021). Elles ont systématiquement mis en évidence que la santé mentale de ces populations ont été particulièrement touchées par la crise sanitaire et ses conséquences (mesures de confinement, enseignement à distance, distanciation sociale, climat anxiogène…), en particulier lorsque certains facteurs de risque étaient présentés (e.g. solitude, support social faible, stress et charge de travail en lien avec les études, peur d'être infecté). Lors du déconfinement de juin 2020, les élèves du secondaire Une étude menée par plusieurs universités francophones auprès de 25.000 étudiant·es de l'enseignement supérieur[576] montrent qu'après près de un an de crise sanitaire, la moitié des étudiant·es présentent des symptômes d'anxiété (50 %) et de dépression (55 %). Ils présentent aussi fréquemment un sentiment d'isolement et de solitude, ainsi qu'un manque de contacts sociaux et une perte d'espoir en l'avenir. Ces constats préoccupants méritent qu'une attention et des moyens particuliers soient alloués à la prévention et à la prise en charge de la détresse psychologique des jeunes.

Alors que l'ensemble de ces données s'accordent sur le constat d'une dégradation de la santé mentale de la population belge et *a fortiori* des usager·es de drogues depuis le début de cette crise sanitaire, il apparait aussi que les consultations pour une problématique de santé mentale ont souffert d'un **report de soin**. En effet, d'après une étude réalise par les Mutualités Libres sur base des prestations de soins remboursés en santé mentale, l'évolution des consultations en présentiel auprès d'un·e psychiatre ou d'un·e psychologue pendant la pandémie est similaire à celle observée pour les autres prestataires de soins (à savoir une diminution considérable des consultations), alors qu'ils auraient dû proportionnellement augmenter en raison de leur plus forte prévalence. Ainsi, l'étude met en évidence une diminution des soins en santé mentale de 34 % en mars, de 72 % en avril, de 52 % en mai 2020 et près de 25 % au dernier trimestre 2020 par rapport aux mêmes périodes de 2019. Néanmoins, plus de la moitié des contacts physiques reportés ou annulés entre mars et mai 2020 a été résorbée grâce à des contacts à distance (par téléphone ou par vidéoconférence). La diminution des contacts avec un·e psychologue ou un·e psychiatre entre 2019 et 2020 est passée à 23 % en mars, à 19 % en avril et à 16 % en mai grâce aux téléconsultations.

576 https://uclouvain.be/fr/decouvrir/presse/actualites/l-impact-de-la-crise-sur-les-etudiant-es-des-donnees-pour-avancer.html

8.9

IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR LES SERVICES SPÉCIALISÉS, LES BÉNÉFICIAIRES ET LES TRAVAILLEUR·SES

Les enquêtes quantitatives que nous avons passées en revue laissent penser que la crise sanitaire liée à la COVID-19 n'a eu jusqu'à présent qu'un impact modéré sur les UD et les services spécialisés en assuétudes. Ces enquêtes ne sont toutefois pas représentatives de l'ensemble des usager·es (en particuliers des plus vulnérables). Un sondage réalisé pendant le confinement auprès des services spécialisés en assuétudes (Antoine et al., 2020) a ainsi mis en évidence que la situation sanitaire et sociale des UD les plus précaires s'est en fait dégradée en raison de la mise à l'arrêt ou la réduction de nombreux services. En outre, d'après les professionnels de la santé mentale (PFCSM, 2020), les demandes d'aide ont augmenté pendant les premiers mois de la crise sanitaire, de même que les symptomatologies anxiodépressives et les problématiques de consommation.

Eurotox a également mené, en collaboration avec la Fédito Bxl, une enquête auprès des services bruxellois spécialisés en assuétudes afin d'objectiver l'impact de la crise sanitaire sur les UD et sur l'activité des services (pour une présentation détaillée, voir Eurotox, 2021b). L'enquête portait spécifiquement sur les constats observés après 1 an de crise (en février 2021). Les résultats suggèrent que les UD en contact avec les services spécialisés ont été grandement affectées par la crise sanitaire, tant au niveau de leur consommation[577] qu'au niveau des vulnérabilités dont elles sont porteuses (augmentation de l'isolement social et de la désaffiliation sociale, des problèmes de santé mentale,

577 Une augmentation des usages problématique d'alcool, de cocaïne, de tranquillisants/sédatifs et de cannabis, une augmentation des problématiques de polyconsommation, et une augmentation des rechutes chez les usager·es abstinents ont fréquemment été rapportées.

Tableau 78 : Changements observés au sein des services bruxellois spécialisés en assuétudes					
	Forte diminution %	Légère diminution %	Pas de changement %	Légère augmentation %	Forte augmentation %
Présence de nouveaux bénéficiaires	3,7	3,7	22,0	22,2	48,1
Absentéisme des travailleurs en raison du Covid (malade ou quarantaine)	0,0	0,0	22,2	48,1	29,6
Délai d'attente	0,0	7,7	38,5	26,9	26,9
Burnout des travailleurs	0,0	3,8	26,9	53,8	15,4
Durée des consultations/contacts	3,7	14,8	48,1	18,5	14,8
Absentéisme des bénéficiaires lors des consultations	0,0	11,1	55,6	22,2	11,1
Agressivité des bénéficiaires envers les travailleurs	0,0	0,0	72,0	20,0	8,0
Agressivité entre bénéficiaires	0,0	0,0	70,4	22,2	7,4
Démission des travailleurs	0,0	0,0	73,1	23,1	3,8

Source : Eurotox (2021b)

des problèmes de logement,…). Les services spécialisés ont été contraints d'adapter leurs modes de fonctionnement, et ont fait preuve d'innovation pour maintenir autant que possible le lien avec les bénéficiaires[578], tout en limitant la propagation du virus. Près de la moitié des services rapportent également une forte augmentation de nouveaux bénéficiaires parmi leur patientèle. Une partie de cette augmentation est liée à un accroissement des demandes d'aide impulsées par l'entourage et par les professionnels ou services relais, le confinement ayant vraisemblablement exacerbé les tensions familiales liées à la consommation, ou favorisé l'objectivation de problématiques de consommation qui restaient encore dissimulées aux yeux des proches. Cet afflux de nouveaux bénéficiaires, couplé aux mesures sanitaires prises pour limiter la propagation du virus et à l'impact de la crise sur les travailleurs (absentéisme en raison du Covid, burnout, etc.), a inexorablement augmenté le niveau de saturation des services ainsi que les délais d'attente pour les nouvelles demandes de prise en charge. La complexification des problématiques, provoquée par l'impact de la crise sanitaire sur les usager·es, a quant à elle eu tendance à induire une augmentation de la durée des contacts/consultations. Les services sont actuellement amenés à devoir établir un compromis inconfortable entre la volonté de vouloir absorber le plus de demandes d'aide possible, sans toutefois devoir sacrifier ni la qualité et le temps accordé à chaque bénéficiaire ni la santé de leurs travailleurs, et ce alors que ces services présentaient déjà un haut niveau de saturation avant la crise sanitaire.

Les professionnel·les de la santé sont sous forte pression depuis le début de la pandémie de COVID-19 et doivent faire face à l'épuisement, au stress, à l'anxiété, à la dépression… jour après jour, afin de soigner les personnes infectées, d'aider les personnes en détresse psychologique et de poursuivre au mieux les autres soins. La deuxième enquête sur le bien-être des professionnel·les de l'aide et du soin (Peeters et al., 2021) relève qu'en mars 2021, soit un an après le début de l'épidémie en Belgique, 27 % souffraient de troubles anxieux généralisés et 18.8 % d'un trouble dépressif. Si nous ne disposons pas encore suffisamment de données permettant d'évaluer l'évolution de la consommation des professionnel·les de la santé, certains observateurs s'inquiètent de l'augmentation de la consommation de médicaments psychotropes, permettant de «tenir le coup», de tenir le rythme et de dormir (xanax, valium, exomyle…) afin de gérer la crise.

578 Par exemple, mise en place de consultation téléphonique ou par visioconférence, développement ou renforcement des maraudes, allongement de la durée des consultations ou encore réalisation de visites au domicile des bénéficiaires.

8.10

PERSPECTIVES

En résumé, une baisse de la consommation d'alcool et de drogues a été observée au début de la crise sanitaire chez de nombreux UD. Celle-ci peut s'expliquer par le fait que l'usage de drogues est une activité qui survient largement dans des contextes sociaux ou festifs ; or les opportunités de rassemblement ou de fête ont été fortement réduites par le confinement (fermeture des bars et discothèques, restriction des contacts sociaux, couvre-feu…). Néanmoins, cette baisse ne s'est pas généralisée, d'une part parce que de nombreuses personnes consomment aussi en dehors des contextes festifs (en particulier les personnes dépendantes, mais aussi celles qui font un usage de produits pour soulager des douleurs physiques ou psychiques ou pour améliorer leurs performances physiques ou intellectuelles), et d'autre part parce que des consommations récréatives en milieu privé ont toujours été possibles malgré le confinement (*lockdown parties*, consommation avec des amis ou avec le/la conjoint(e)…). En outre, certains usager·es ont augmenté leur consommation dès le début de la crise sanitaire, pour tenter de réduire des symptômes d'anxiété ou de dépression ou par manque d'occupations. L'usage de tabac semble avoir été particulièrement impacté par la pandémie, dans la mesure où une proportion non négligeable de fumeurs.euses semble avoir augmenté leur consommation, et dans la mesure où 5 % d'ex-fumeurs.euses ont rechuté pendant la pandémie. Certaines pratiques à risque ont également augmenté, en particulier la polyconsommation.
Au fil des mois, les consommations ont progressivement augmenté, dépassant même parfois les niveaux qui précédaient le début de la crise, alors que d'importantes restrictions étaient encore d'application au moment où les dernières données ont été récoltées (couvre-feu, fermeture du secteur de la nuit…). Les enquêtes menées auprès des services spécialisés ont quant à elles montré que l'impact de la crise sanitaire a été beaucoup plus important pour les UD vulnérables.

Cette crise sanitaire expose la population à des privations individuelles et collectives chroniques auxquelles elle n'est pas habituée. La longueur de la crise a probablement entrainé une diminution des capacités de résilience initiales de la population, car les ressources matérielles, sociales et psychologiques ont tendance à s'épuiser avec le temps. Une grande partie des facteurs de protection et de risques liés à la consommation de substances psychoactives ont été altérés par la crise, ce qui a généré un impact différencié au sein de la population au détriment des personnes les plus vulnérables et/ou ayant un statut socio-économique faible. En effet, la crise sanitaire et les mesures politiques de lutte contre la propagation du virus n'ont pas impacté uniformément la population : elles ont entraîné une exacerbation des inégalités sociales de santé, constituant dès lors une véritable double-peine pour les populations fragilisées (voir Eurotox, 2021b). Plusieurs études ont ainsi mis en évidence que certains facteurs (e.g. l'ennui, des difficultés de santé mentale, avoir des enfants en bas âge, être un professionnel de la santé, subir du stress ou de l'anxiété, ou encore être au chômage technique) ont favorisé l'augmentation de la consommation d'alcool de nombreux Belges pendant le premier confinement (Maurage et al., 2020 ; Schmits & Glowacz, 2021). L'impact des facteurs de risque et de protection sur l'usage de drogues a en revanche été peu documenté à l'échelle de la population belge. Une étude a toutefois mis en évidence que l'augmentation de l'usage de cannabis pendant le premier confinement était fréquemment associée à de l'ennui, un manque de contact sociaux, un manque d'occupation durant la journée, de la solitude ou encore un manque d'activités sportives (Vanderbruggen et al., 2020). Cette étude a donc souligné l'importance des facteurs de protection de type occupationnel sur l'intensité de l'usage de cannabis en période de confinement. Une autre étude réalisée sur une population nord-américaine (Taylor et al., 2021) a mis en évidence que l'abus d'alcool et de drogues pendant la crise sanitaire était plus fréquent chez les personnes qui présentaient un syndrome anxieux réactif à la pandémie (avec isolement social) ainsi que chez celles qui, au contraire, ne respectaient pas les mesures de distanciation sociale et considéraient que les risques liés au virus ont été exagérés. En période de crise sanitaire, les risques de mésusage paraissent donc majorés chez les personnes qui utilisent les substances psychoactives comme stratégies de *coping*. Une autre étude a également mis en évidence que le stress et la peur par rapport à la COVID-19 ont été responsables du maintien mais aussi parfois de l'initiation à l'usage de drogues pendant la crise sanitaire, à nouveau en lien avec des stratégies de *coping* (Rogers et al., 2020).

Nous manquons encore actuellement de recul et d'indicateurs pour mesurer précisément l'impact de la crise sanitaire sur la morbidité et la mortalité liées à l'usage d'alcool et de drogues. Il apparaît que cette crise a eu un effet bénéfique sur certains phénomènes, mais il sera probablement temporaire dans la mesure où il était lié à la réduction de certaines activités sociales. Ainsi, on observe en 2020 (voir chapitre 7) une diminution significative de la proportion d'accidents de la route (avec dégâts corporels) sous influence d'alcool. Les infractions pour ivresse publique ont également diminué, ce qui s'est probablement traduit par une diminution des nuisances publiques et de la morbidité (violence physique et sexuelle, accidents domestiques…) associées. On constate ainsi une diminution du nombre d'intoxications alcooliques présumées enregistrées au niveau des services d'urgence. Ces diminutions de la morbidité liée à l'alcool peuvent s'expliquer par les restrictions mises en place pour lutter contre la propagation de la COVID-19 (confinement, couvre-feu, bulle sociale, fermeture de l'Horeca et des établissements de la vie nocturne, annulation des activités étudiantes, etc.), qui ont diminué les surconsommations d'alcool. Il est probable que la morbidité aiguë liée à la consommation de drogues ait également diminué en 2020 en raison de la diminution de la consommation festive, mais nous ne disposons pas encore d'indicateurs permettant de le vérifier (e.g. données de mortalité non disponibles ; pas de monitoring des intoxications liées à la drogues en Belgique). Néanmoins, comme nous l'avons vu dans le chapitre 7.7, la pandémie a eu un effet délétère sur la détection de certaines comorbidités liées à l'usage de drogues (en particulier les maladies infectieuses telles que le VIH et l'hépatite C), ce qui pourrait en avoir favorisé la propagation. Elle a également entraîné une diminution temporaire de l'offre de traitements spécialisés en assuétudes, en particulier pendant le premier confinement. (voir chapitre 7.4). Ce report de soin aura

inévitablement des conséquences qui pourraient être observées dès 2021, et bien au-delà. En outre, nous manquons actuellement d'indicateurs permettant d'estimer dans quelle mesure l'incidence des pratiques de consommation nocives de drogues (les usages excessifs, en particulier avec dépendance) a augmentée ou, au contraire, a éventuellement bénéficié des contraintes imposées par la crise sanitaire. Il semble à ce stade, selon l'étude de perception que nous avons réalisée en 2021, que les pratiques de consommation et la santé des usager·es les plus vulnérables se soient dégradées pendant la crise sanitaire, et il est probable que la crise a accéléré la chronicisation/pathologisation de certaines pratiques chez les usager les plus fragilisé par la crise. Il faudra également du temps pour évaluer l'impact des suspensions et postpositions de traitement qui ont eu cours en 2020 chez un certain nombre de personnes qui auraient normalement dû ou pu bénéficier d'une prise en charge.

L'impact de la crise sanitaire sur l'ensemble des comportements d'usage et les addictions ne se limite certainement pas aux seules consommations de produits psychoactifs. En effet, le confinement semble avoir notamment intensifié l'utilisation des écrans, bien que cet impact n'ait pas encore été systématiquement investigué sur notre territoire. Le confinement et l'enseignement à distance ont entraîné une augmentation de l'utilisation des écrans. En outre, la crise économique générée par la cessation ou la réduction de l'activité professionnelle de nombreuses personnes pourrait aussi avoir favorisé le recours désespéré aux jeux de hasard et d'argent. À moyen terme, on peut s'attendre à ce que l'impact direct de la crise sanitaire sur la santé mentale entraine une augmentation significative des usages intensifs, en particulier d'alcool, de cannabis et de médicaments psychotropes, qui sont des substances fréquemment utilisées pour atténuer la souffrance psychologique et les symptômes de nombreux troubles mentaux. Dans ce contexte, limiter l'impact à long terme de cette crise sanitaire ne pourra se faire sans un déploiement de programmes ciblés de promotion de la santé auprès de la population générale et en particulier des individus qui en ont le plus besoin. La promotion de la santé joue en effet un rôle cen¬tral dans la prévention et la gestion des crises et leurs conséquences, en permettant 1) de mettre en place des politiques publiques soucieuses de leurs répercussions sur les déterminants de la santé et les inégalités sociales de santé, et 2) de mener une communication optimale, non-paternaliste et transparente auprès des populations, qui tienne compte du niveau de littératie en santé de celles-ci. Même si les bénéfices des programmes de prévention et de promotion de la santé sont généralement différés et prennent du temps à s'objectiver, il est important de ne pas négliger cet axe stratégique qui reste très peu financé. En cette période de restriction et d'interruption de certains secteurs d'activité, un des enjeux actuels consiste à renforcer les actions de prévention et de RdR 2.0 pour toucher efficacement les publics cibles malgré l'impossibilité actuelle de les atteindre directement dans leurs milieux de vie. Cet enjeu est d'autant plus important que de nombreux signaux indiquent que la jeunesse (et la population, dans son ensemble) montre clairement des signes de désarroi et de désœuvrement, ce qui peut favoriser les usages à risque ou excessifs. L'*outreach* 2.0 (en ce compris la prévention, la RdR et l'aide à distance), qui s'est accéléré avec la crise sanitaire, devrait offrir, s'il se renforce et se pérennise, de nouvelles possibilités pour accompagner les personnes dans leurs usages et réduire l'impact sur leur santé. Il offre également de nouvelles perspectives d'aide et d'intervention précoce pour les personnes désireuses de réduire leur consommation, sans forcément être prêtes à passer les portes d'un bureau de consultation spécialisée[579]. Néanmoins, il convient d'être attentif au fait que ces nouveaux dispositifs peuvent aggraver certaines inégalités sociales de santé si on ne veille pas à réduire parallèlement la fracture numérique et améliorer la littératie numérique des populations déficitaires en la matière.

579 Les interventions à distance atteignent des groupes moins rencontrés dans les dispositifs de soin, tels que les femmes ou les travailleur·ses, probablement grâce à la préservation de l'anonymat, aux horaires souples et à la moindre stigmatisation associée à ce type de consultation. Ces interventions permettent aussi de toucher des personnes qui se questionnent sur leur consommation, avant que les problématiques ne se chronicisent.

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.

Addiction Suisse (2018). Addiction aux jeux de hasard. Lausanne. URL : http://shop.addictionsuisse.ch/download/5b9bb9681ab4edb166abf99965db2c7c22cb6788.pdf

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.

AIM (2021). Statistiques Covid-19 - Admissions hôpitaux. Bruxelles: Agence Intermutualiste.

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.

Alvarez J.C, Simon N., Larabi I.A, Ribot M, Derridj-Ait-Younes N, Hartley S. (2020). Relation pharmacocinétique/pharmacodynamique entre la concentration sanguine de tétrahydrocannabinol et l'aptitude à conduire un véhicule chez des consommateurs occasionnels ou chroniques de cannabis, Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, Volume 204, Issue 5, Pages 477-485

Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies.

ANJ (2021). «Stratégies promotionnelles des opérateurs de jeux d'argent : quels points de vigilance par l'ANJ ?», Autorité Nationale des Jeux, URL : https://anj.fr/strategies-promotionnelles-des-operateurs-de-jeux-dargent

APA (2018). Internet Gaming, American Psychiatric Association, URL : https://www.psychiatry.org/patients-families/Internet-gaming

Antoine, J. (2020). L'enregistrement TDI en Belgique. Rapport annuel : année d'enregistrement 2019. Bruxelles : Sciensano.

Antoine, J. (2021). L'enregistrement TDI en Belgique. Rapport annuel : année d'enregistrement 2020. Bruxelles : Sciensano.

Antoine, J., Plettinckx, E., van Baelen, L., & Gremeaux, L. (2020). Analyse des conséquences de la crise de COVID-19 pour les centres de traitement spécialisés et les institutions en contact avec les personnes qui utilisent des drogues. Sciensano : Bruxelles.

Baeten, R. & Cès, S. (2020), Inequalities in access to healthcare in Belgium. Brussels: European Social Observatory, July, 184 p.

Bancroft, A., & Reid, P. S., (2016). Concepts of illicit drug quality among darknet market users: purity, embodied experience, craft and chemical knowledge, International *Journal of Drug Policy*, 35, 42-49.

Barbier, C. (2008). Les inégalités socio-économiques de santé. Education Santé, 238, octobre.

Barhdadi, S., Moens, G., Canfyn, M., Vanhee, C., Desmedt, B., Courselle, P.,… Deconinck, E. (2020). Impact of the revised European Tobacco Product Directive on the quality of e-cigarette refill liquids in Belgium. *Nicotine & Tobacco Research*.

Batallan, A., Faucher, P., Poncelet, C., Demaria, F., Benifla, J. L., & Madelenat, P. (2003). La transmission materno-foetale du virus de l'hépatite C: actualités sur l'intérêt de la césarienne. Gynécologie obstétrique & fertilité, 31, 964-968.

Bawin, F., Emplit, K., Tieberghien, J., Vandenbogaerde E., Pardal, M., Guillain, C., & Decorte, T. (2021). Youth perceptions of nonmedical use of psychoactive medications. Final Report. Brussels : Belgian Science Policy Office.

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.

Beynon, C.. (2009). Drug use and ageing: older people do take drugs! *Age and ageing* 38, 8-10.

Beynon, Caryl & Roe, Brenda & Duffy, Paul & Pickering, Lucy. (2009). Self reported health status, and health service contact, of illicit drug users aged 50 and over: A qualitative interview study in Merseyside, United Kingdom. *BMC geriatrics*. 9. 45. 10.1186/1471-2318-9-45.

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.

Blondon, K., Desmeules, J., Vogt-Ferrier, N., Besson, M., Kondo-Oestreicher, M., & Dayer, P. (2008). La prescription off-label. *Revue Médicale de Suisse*, 4, 1661-1665.

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.

Bollen, Z., Pabst, A., & Maurage, P. (2020). Rapport de l'enquête assuétudes réalisée auprès des étudiants de l'UCLouvain. Données récoltées en Novembre-Décembre 2019. Louvain-La-Neuve : UCLouvain.

Bollen, Z., Creupelandt, C., Fontesse, S., Laniepce , A. & Maurage, P. (2021). Longitudinal assessment of alcohol consumption throughout the first COVID-19 lockdown: contribution of age and pre-pandemic drinking patterns. *European Addiction Research*, 3 : 1-8.

Bollen, Z., Pabst, A., Creupelandt, C., Fontesse, S., Lannoy, S., Pinon, N. & Maurage, P. (2021). Prior drinking motives predict alcohol consumption during the COVID-19 lockdown: A cross-sectional online survey among Belgian college students, *Addictive Behaviors*, 115 : 106772.

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.

Bouguettaya, Ayoub, Lynott, Dermot, Carter, Adrian, Zerhouni, Oulmann, Meyer, Silke, Ladegaard, Isak, Gardner, John and O'Brien, Kerry S. (2020). The relationship between gambling advertising and gambling attitudes, intentions and behaviours: a critical and meta-analytic review, *Current opinion in behavioral sciences*, vol. 31, pp. 89-101

Boucher, F., & Painchaud, L. (1997). La transmission verticale du virus de l'hépatite C : Les connaissances et les enjeux actuels. *Paediatrics and Child Health*, 2, 227-237.

Braun, B., Weinland C., Kornhuber J., Lenz B. (2018). Religiosity, Guilt, Altruism and Forgiveness in Alcohol Dependence: Results of a Cross-sectional and Prospective Cohort Strudy. *Alcohol Alcohol*, 53.

Brennan, E, Schoenaker DAJM, Durkin SJ, et al. Comparing responses to public health and industry-funded alcohol harm reduction advertisements: an experimental study. *BMJ Open* 2020;10.

Brennan, R., & Van Hout, M.C. (2020). «Bursting the Lyrica bubble": experiences of pregabalin use in individuals accessing opioid agonist treatment in Dublin, Ireland. Heroin *Addiction and Related Clinical Problems*, 22(6), 5-13.

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.

Brodeur, M., Audette-Chapdelaine, S., Savard, A.C., & Kaurouz, S. (2021). Gambling and the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 111: 110389.

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.

Bunn, W.H., & Giannini, A.J. (1992). Cardiovascular complications of cocaine abuse. *American Family Physician*, 46, 769-773.

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.

Camille (2020). Les enfants de moins de 13 ans face aux écrans avant et pendant la période de confinement. Namur : Camille.

Caraël, E. (2012). Stratégies concertées de prévention et de réduction des risques en matière de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles. Bruxelles : Eurotox.

Cassar , J., Stafford, J., & Burns, L. (2009). Examining differences between younger and older injecting drug users in the 2009 National Illict Drug Reporting System sample. Drug Trends Bulletin, December 2009. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales.

Castaño-Perez, G.A., & Calderon-Vallejo, G.A. (2014). Problems associated with alcohol consumption by university students. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22, 739-746.

CCNPPS (2016). L'utilisation d'opioïdes au Canada : prévenir les surdoses grâce à des programmes d'éducation et à la distribution de naloxone. Note documentaire pour des connaissances en matière de politiques publiques favorables à la santé. Institut national de santé publique du Québec. URL : http://www.ccnpps.ca/docs/2016_OBNL_NGO_OpioidesSurvol_Fr.pdf

CGPD (2013). L'impact négatif de la guerre contre la drogue sur la santé publique : l'épidémie cachée d'hépatite C. Genève : Commission Globale de Politique en matière de Drogues.

Cellule Générale de Politique Drogues (2016a). Monitoring des dépenses publiques en matière de drogues. Exercices 2012 et 2013.Bruxelles.

Cellule Générale de Politique Drogues (2016b). Jeux de hasard et d'argent, Note de synthèse, octobre, Bruxelles.

Cellule Générale de Politique Drogues (2018a). Monitoring des dépenses publiques en matière de drogues. Exercices 2014 et 2015.Bruxelles.

Cellule Générale de Politique Drogues (2018b). Politique en matière de jeux de hasard en Belgique, Note de vision, mai, Bruxelles.

CESW (2018) Avis A1388 concernant l'avant-projet de décret modifiant le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé en ce qui concerne la prévention et la promotion de la santé en Région wallonne, adopté par le Bureau du CESW le 8 octobre 2018.

Chillet-Rosell E, Ruiz-Cantero M, Fernández Sáez J, Álvarez-Dardet C. Inequality in analgesic prescription in Spain. A gender development issue. *Gac Sanit*. 2013;27:135-42.

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.

Chyderiotis, S., Benmarhnia, Tarik, Beck F., Spilka, S., Legleye, S. (2020). Does e-cigarette experimentation increase the transition to daily smoking among young ever-smokers in France? *Drug and Alcohol Dependence*. 208

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 (2015). Etat des lieux : cigarette électronique, Bruxelles : CSS, Avis n° 9265

Conseil Supérieur de la Santé (2017). Jeu pathologique. Bruxelles: CSS, Avis n° 9396.

Conseil supérieur de la santé (2020). Nouveaux produits de tabac : les produits à base de tabac chauffé, Bruxelles : CSS, Avis n° 9538

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.

CPT (2018). Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée en Belgique par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants du 27 mars au 6 avril 2017. Conseil de l'Europe.

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/

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.

Deblonde, J., De Rouck, M., Montourcy, M., Serrien, B. & Van Beckhoven, D. (2021). Epidémiologie du SIDA et de l'infection au VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2020. Bruxelles : Sciensano.

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.

Dehaibe X., Hin S. et Wertz I. (2020). Pourquoi le Covid-19 a frappé durement la Région de Bruxelles-Capitale ? Focus n°39, institut bruxellois de statistique et d'analyse

Delacharlerie, A. (2021). Baromètre citoyens 2021 Equipements, usages et compétences numériques des citoyens wallons. Jambes : Agence Wallonne du Numérique.

De Lagasnerie, G. (2017). Guerre aux drogues, guerre aux Noirs. Libération, [en ligne] consulté le 12/12/2017.

De Man, J., Buffel, V., van de Velde, S., Bracke, P., Van Hal, G.F. & Wouters, E. (2021). Disentangling depression in Belgian higher education students amidst the first COVID-19 lockdown (April-May 2020). *Archives of Public Health*, 79, 3.

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.

Diniz, A., Pillon, S. C., Monteiro, S., Pereira, A., Gonçalves, J., & Santos, M. A. d. (2017). Elderly substance abuse: An integrative review. *Psicologia: Teoria e Prática*, 19(2), 42–59.

Djohari, N., Weston, G., Cassidy, R. et al. (2019). Recall and awareness of gambling advertising and sponsorship in sport in the UK: a study of young people and adults. *Harm Reduct J* 16, 24.

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.

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.

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.

Dubuc, M.M., Mouton, A., Goudreault, M., Petitfrère, Y., Beaudoin, S., Remacle, M., Berrigan, F. & Turcotte, S. (2021). Activité physique, temps d'écran et sommeil chez les adolescents belges et canadiens : Le rôle de l'école lors du confinement lié à la COVID-19. ULiège & Université de Sherbrooke.

Dujeu M., Pedroni C., Lebacq T., Desnouck V., Moreau N., Holmberg E., Castetbon K. Consommations de tabac, alcool, cannabis et autres produits illicites. Comportements, santé et bien-être des élèves en 2018 – Enquête HBSC en Belgique francophone. Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES), École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles. 2020. 48 pages.

EMCDDA (2010). Treatment and Care for Older drug users. Selected Issue. Luxembourg (Publications Office of the European Union): European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2010). Rapport européen sur les drogues 2010 : Tendances et évolutions. Luxembourg (Publications Office of the European Union): European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

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.

EMCDDA & Europol (2020). EU Drug Markets: Impact of COVID-19, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (2021). Impact of COVID-19 on drug markets, use, harms and drug services in the community and prisons: results from an EMCDDA trendspotter study, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

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, 2021. Comparative price levels for food, beverages and tobacco. Statistics Explained. (https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/PRC_PPP_IND___custom_1223809/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=2797675f-2f94-4713-9973-ffd9a0cbcfd0)

Eurotox (2021). Les conséquences de l'épidémie de COVID -19 sur l'usage de drogues et les usager·es : Focus thématique. Eurotox : Bruxelles.

Evoy, K.E., Sadrameli, S., Contreras, J., Covvey, J.R., Peckham, A.M., Morrison, M.D. (2021). Abuse and Misuse of Pregabalin and Gabapentin: A Systematic Review Update. *Drugs*, 81, 125-156.

Fassin, D. (2019). «Le moment punitif, entre sévérité et inégalité», in Drogues, Santé, Prévention, Prospective jeunesse asbl, n°88.

Fearer SA (2004). Examining the role of social cognitive constructs in religion's effect on alcohol use (doctoral dissertation). Blacksburg (VA): Virginia Tech.

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

Fondation contre le cancer (2021). Enquête tabac 2021. Un rapport pour la fondation contre le cancer. Bruxelles : Ipsos.

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.

Gache, P., Michaud, P., Landry, U., Accietto, C., Arfaoui, S., Wenger, O., & Daeppen, J. B. (2005). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a Screening Tool for Excessive Drinking in Primary Care: Reliability and Validity of a French Version. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research* 29(11): 2001–2007.

Gallopel-Morvan K., Spilka S., Mutatayi C. et al. (2016). La loi Évin relative au contrôle de la publicité en faveur de l'alcool appliquée en France : contenu, efficacité et limites. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

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.

Gérome, C., & Gandilhon, M. (2020). Substances psychoactives, usagers et marchés. Tendances récentes 2019-2020. Paris: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.

Ghosn, J., Leruez-Ville, M., & Choix, M.L. (2005). Transmission sexuelle du virus de l'hépatite C. La Presse Médicale, 34, 1034-1038.

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.

Guillou-Landreat M, Gallopel-Morvan K, Lever D, Le Goff D and Le Reste J-Y (2021) Gambling Marketing Strategies and the Internet: What Do We Know? A Systematic Review. Front. *Psychiatry* 12:583817.

Gwinner KP, Eaton J. (1999). Building brand image through event sponsorship: the role of image transfer. *Journal of Advertising*, 28 : 47-57

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.

Han, B., Gfroerer, J., & Colliver, J. (2009). An examination of trends in illicit drug use among adults aged 50 to 59 in the United States. Rockville (Maryland, USA): Office of applied studies, Substance Abuse and Mental Health Service Administration

Harper S., Riddell C. et King N. (2021). Declining Life Expectancy in the United States: Missing The Trees for the Forest. *Annuel Review of Public Health*, 42:1, 381-403.

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.

Hing, N, Russell, A, Rawat, V, 2018, Direct messages received from wagering operators, Victorian Responsible Gambling Foundation, Melbourne

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.

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.

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.

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 (dir.) (2014). Conduites addictives chez les adolescents - Usages, prévention et accompagnement. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2014, XVIII-482 p.

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

INSERM (2021). Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique. Institut national de la santé et de la recherche médicale. URL : https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/rapport-scmr-inserm-2021-vf.pdf

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.

Janssen, E., Le Nézet, O., Shah, J., Chyderiotis, S., Brissot, A., Philippon, A.,… Spilka, S. (2019). Increasing socioeconomic disparities in tobacco smoking decline among French adolescents (2000–2017). *Journal of Public Health*.

Jeanmart, C. (2009). Les pratiques de substitution des médecins généralistes belges face aux politiques publiques. *Drogues, santé et société*, 8, 233-265.

John B., Holloway, K., Davies, N., May T., Buhociu M., Roderique-Davies G. (2017) An investigation of the social impact of problem gambling in Wales. University of South Wales

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.

Kalkhoran S, Glantz SA. E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Respir Med*. 2016 Feb;4(2):116-28.

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.

Kihl, L. & Sente, A. (2022). Le Lyrica, la came de la rue financée par la Sécu. Le Soir, 25-02-2022.

Klamer, S., Wyndham-Thomas, C., & Suin. V. (2020). Surveillance épidémiologique de l'hépatite B, le virus de l'hépatite B - 2018. Bruxelles: Sciensano.

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.

Kowalski, M., Hooker, C., & Barratt, M.J. (2019). Should we smoke it for you as well? An ethnographic analysis of a drug cryptomarket environment. International *Journal of Drug Policy*, 73, 245-254.

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.

Lannoy, S. & Maurage, P. (2015). La consommation d'alcool chez les étudiants de l'UCL. 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*.

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.

McCambridge, J, McAlaney, J, Rowe, R. (2011). Adult Consequences of Late Adolescent Alcohol Consumption: A Systematic Review of Cohort Studies. *PLoS Med*, 8:e1000413.

Macías, J., Palacios, R. B., Claro, E., Vargas, J., Vergara, et al., (2008). High prevalence of hepatitis C virus infection among noninjecting drug users: association with sharing the inhalation implements of crack. *Liver International*, 28, 781-786.

Maher A, Wilson N, Signal L, Thomson G. (2006). Patterns of sports sponsorship by gambling, alcohol and food companies: An Internet survey. *BMC Public Health*, 6 : 95-104

Mamun, Saleh & Li, Xiaoxue & Horn, Brady & Chermak, Janie. (2020). Private vs. public prisons? A dynamic analysis of the long-term tradeoffs between cost-efficiency and recidivism in the US prison system. *Applied Economics*. 52. 1-13.

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.

Maurage, P. et al. (2020). Synthèse des premiers résultats de l'enquête «consommation d'alcool et confinement» réalisée auprès de la population belge francophone. Louvain-La-Neuve : UCLouvain.

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.

McGee, D.. (2020). On the normalisation of online sports gambling among young adult men in the UK: a public health perspective. *Public Health*. 184. 10.1016/j.puhe.2020.04.018.

McMullan JL, Kervin M. (2012). "Selling Internet Gambling : Advertising, New Media and the Content of Poker Promotion", in International Journal of Mental Health and *Addiction*, 10 : 622-645.

McMullan JL, Miller D. (2009). Wins, winning and winners: The commercial advertising of lottery gambling. *Journal of Gambling Studies*, 3 : 273-295

McNeill A, Brose LS, Calder R, Hitchman SC, Hajek P, McRobbie H (2015). E-cigarettes: an evidence update. A report commissioned by Public Health England. *Public Health England*.

McRobbie H, Bullen C, Hartmann-Boyce J, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(12)

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).

Modus Vivendi & Eurotox (2020). Résultats préliminaires de la première phase de la Trans-European Covid-19 and Drugs Survey. Bruxelles : Modus Vivendi.

Modus Vivendi & Eurotox (2021). Résultats préliminaires de la seconde phase de la Trans-European Covid-19 and Drugs Survey. Bruxelles : Modus Vivendi.

Modus Vivendi (2021). DAMSI 2020 - Bruxelles. Bruxelles : Modus Vivendi.

Monaghan S, Derevensky J, Sklar (2008). A. Impact of gambling advertisements and marketing on children and adolescents: Policy recommendations to minimise harm. *Journal of Gambling Issues* 2008, 22 : 252-274

Mouton, A., Remacle, M., Petitfrère, Y., & Cloes, M. (2021). Enquête COVID et activité physique chez les jeunes. Résultats préliminaires. Liège : ULiège.

Mueser, K.M., Drake, R.E., & Wallach, M.A. (1998). Dual diagnosis: A review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23, 717-734.

Nahar, L.K., Murphy, K.G., & Paterson, S. (2019). Misuse and mortality related to gabapentin and pregabalin are being under-estimated : a two-year post-mortem population. *Journal of Analytical Toxicology* 43, 564-570.

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.

Newall, Philip & Moodie, Crawford & Reith, Gerda & Stead, Martine & Critchlow, Nathan & Morgan, Amber & Dobbie, Fiona. (2019). Gambling marketing from 2014 to 2018: A literature review. 10.31234/osf.io/w28av.

Nézet, O., Spilka, S., Legleye, S. & Beck, F. (2009). Usages de subtsances psychoactives après 60 ans. Tendances n°67, septembre. Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

Noël, L, & Gagnon, F., Bédard, A., & Dubé, E. (2009). Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée. Analyse critique de la littérature. Institut National de Santé Publique du Québec : Québec

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. (2021). Communication personnelle. Bruxelles : Institut Vias – Centre de connaissance.

Nyemcsok, C., Thomas, S. L., Bestman, A., Pitt, H., Daube, M., & Cassidy, R. (2018). Young people's recall and perceptions of gambling advertising and intentions to gamble on sport. *Journal of behavioral addictions*, 7(4), 1068–1078.

OFDT (2018). Synthèse thématique : médicaments psychotropes, URL : https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/medicaments-psychotropes/

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.

OICS (2021). Rapport 2020. Nations Unies, Organe international de contrôle des stupéfiants, mars 2021.

OIP Belgique (2016). Notice 2016 pour le droit à la dignité des personnes détenues. Belgique : 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 (2020). Alcohol marketing in the who European region. Update report on the evidence and recommended policy actions. Organisation mondiale de la santé. Danemark : Copenhagen.

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.

Pabst, A., Bollen, Z., Creupelandt, C., Fontesse, S, & Maurage, P. (2021). Alcohol consumption changes following COVID-19 lockdown among French-speaking Belgian individuals at risk for alcohol use disorder. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 110 : 110282.

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.

Peeters, B., Doggen, K., Demarest, S., Drieskens, S., Seys, D., & Vanhaecht, K. (2021). L'enquête sur le bien-être des personnes et professionnels d'aide et de soin. Principaux résultats de la deuxième enquête nationale. Bruxelles : Sciensano & KULeuven.

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.

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.

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.

PFCSM (2020). Santé mentale, assuétudes et Covid en RBC : ressenti des travailleurs de terrain. PFCSM : Bruxelles.

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.

Plettinckx, E., Crawford, F.W., Antoine, J., Gremeaux, L. & Van Baelen, L. (2021). Estimates of people who injected drugs within the last 12 months in Belgium based on a capture-recapture and multiplier method. *Drug and Alcohol Dependence*, 219, 108436.

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.

Poulin, J., & Selis, M. (2021). Prégabaline - Etat des lieux en Région de Bruxelles-Capitale. Bruxelles: Transit asbl.

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.

Rens, E., Smith, P., Nicaise, P., Lorant, V., & Van den Broeck, K. (2021). Mental distress and its contributing factors among young people during the first wave of COVID-19: A Belgian survey study. *Frontiers in Psychiatry*, 12 : 575553.

Richeval, C., Wille, S.M.R., Nachon-Phanithavong, M., Samyn, N., Allorge, D., & Gaulier, J.M. (2018). New psychoactive substances in oral fluid of French and Belgian drivers in 2016. International *Journal of Drug Policy*, 57, 1–3.

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.

Rogers, A.H., Shepherd, J.M., Garey, L., & Zvolensky, M.J. (2020). Psychological factors associated with substance use initiation during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 293 : 113407.

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.

Ruiz-Cantero MT, Blasco-Blasco M, Chilet-Rosell E, Peiró AM. Gender bias in therapeutic effort: from research to health care. *Farm Hosp*. 2020;44(3):109-13.

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.

SCENIHR (2010). Addictiveness and Attractiveness of Tobacco Additives. Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks.

Schmits, E. & Glowacz, F. (2020). Changes in alcohol consumption during the COVID-19 pandemic: impact of the lockdown conditions and mental health factors. International *Journal of Mental Health and Addiction* (document accepté pour publication).

Sciensano (2020a). La consommation et l'offre de drogue en période de pandémie du COVID-19 et les perceptions liées aux circonstances du COVID-19. Enquête en ligne Drogues & COVID-19. Sciensano: Bruxelles, Belgique; Numéro de dépôt: D/2020/14.440/90.

Sciensano (2020b). Enquête en ligne sur l'usage et l'offre de substances illégales pendant la crise du coronavirus : Premiers résultats. Bruxelles, Belgique. Numéro de dépôt : D/2020/14.440/64

Sciensano (2020c) Première enquête de santé COVID-19. Bruxelles, Belgique. Numéro de dépôt: D/2020/14.440/50.

Sciensano (2020d) Deuxième enquête de santé COVID-19. Bruxelles, Belgique. Numéro de dépôt: D/2020/14.440/52.

Sciensano (2020e) Troisième enquête de santé COVID-19. Bruxelles, Belgique. Numéro de dépôt: D/2020/14.440/54.

Sciensano (2020f) Quatrième enquête de santé COVID-19. Bruxelles, Belgique. Numéro de dépôt: D/2020/14.440/80.

Sciensano (2020g) Cinquième enquête de santé COVID-19. Bruxelles, Belgique ; Numéro de dépôt : D/2020/14.440/96.

Sciensano (2021a). L'usage et l'offre de drogues durant la pandémie de COVID-19 en Belgique. Rapport thématique: Résultats de l'enquête en ligne Drogues & COVID-19 en 2020. Sciensano : Bruxelles; Numéro de dépôt: D/2021/14.440/20.

Sciensano (2021b). La santé mentale des personnes consommant des drogues pendant la pandémie de COVID-19 en Belqique: Résultats de l'enquête en ligne Drogues & COVID-19 et de l'enquête de santé COVID-19 en 2020-2021. Sciensano: Bruxelles. Numéro de dépôt : D/2021/14.440/65.

Sciensano (2021c). Sixième enquête de santé COVID-19. Bruxelles, Belgique ; Numéro de dépôt : D/2021/14.440.30.

Sciensano (2021d). Sixième enquête de santé COVID-19. Bruxelles, Belgique ; Numéro de dépôt : D/2021/14.440.50.

Sciensano (2021e) Huitième enquête de santé COVID-19. Bruxelles, Belgique ; Numéro de dépôt : D/2021/14.440/82.

Shaw G. et Gund J.-P. (2019). Overdose Status – Status Quo and Challenges. Stop Overdose Now. Correlation – European Hamr Reduction Network. Amsterdam.

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

Simonis, S., Canfyn, M., Van Dijck, A., Van Havere, T., Deconinck, E., Blanckaert, P. & Gremeaux, L. (2020). Awareness of users and motivational factors for using new psychoactive substances in Belgium. *Harm Reduction Journal*, 17, 52.

Single et al. (2004). International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse (2nd ed.). Geneva: World Health Organization.

Société Française d'Alcoologie (2003). Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance. Usage à risque, usage nocif. Recommandations de la SFA 2003. *Alcoologie et Addictologie*, 25 1-92.

Specht, S., Braun-Michl, B., Schwarzkopf, L., Piontek, D., Seitz, N., Wildner, M., & Kraus, L. (2021). Substance use disorder and the baby boom generation: Does Berlin outpatient addiction care face a sustained change? *Drug and Alcohol Review*, 40, 979 - 988.

SPF Economie (2022). Baromètre de la société d'information 2021. 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.

SPF Justice (2019). Justice en chiffres 2015-2019. Service Public Fédéral Justice. Bruxelles. URL : https://justice.belgium.be/sites/default/files/jic-fr-2015-2019.pdf

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. & Hetherington, K. (2004). Social determinants of drug use. National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales.

Stassin, B. (2018). «Sexting renvenge porn : une cyberviolence sexiste et sexuelle», in The Conversation, URL : https://theconversation.com/sexting-revenge-porn-une-cyberviolence-sexiste-et-sexuelle-92207

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.

Taylor, S., Paluszek, M.M., Rachor, G.S., McKay, D., & Asmundson, G. J. G. (2021). Substance Use and Abuse, COVID-19-Related Distress, and Disregard for Social Distancing: A Network Analysis. *Addictive Behaviors*, 114:106754.

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, in I*nternational Journal of Drug Policy*.

Townshend, J. M., & Duka, T. (2005). Binge Drinking, Cognitive Performance and Mood in a Population of Young Social Drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 29(3): 317–325.

Transit (2020). Baromètre II de l'usage de drogues en période de covid-19. Transit asbl : Bruxelles.

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.

Unia (2020). «COVID-19 : Les droits humains mis à l'épreuve», Unia – Centre interfédéral pour l'égalité des chances.

Union nationale des mutualités socialistes (2014). Accessibilité financière aux soins de santé. Bilan et priorités de Solidaris, 18 février.

UNODC (n.d.). Drug dependence treatment. Interventions for drug users in prison.

UNODC (2004). Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned. New York: United Nations.

UNODC (2011). World drug report 2011. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.

UNODC (2013). The challenge of new psychoactive substance – A report from the Global SMART Programme. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.

UNODC (2015). World drug report 2015. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.

UNODC (2018). World drug report 2018. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.

UNODC (2016). Guidelines on drug prevention and treatment for girls and women, Vienna.

UNODC (2018). Drugs and Age. Drugs and associated issues among young people and older people. World Drug Report. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime. United Nations publication. Sales No. E.18. XI.9.

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 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.

Vanderbruggen, N., Matthys, F., Van Laere, S., Zeeuws, D., Santermans, L., Ameele, S. & Crunelle, C. (2020). Self-Reported Alcohol, Tobacco, and Cannabis Use during COVID-19 Lockdown Measures: Results from a Web-Based Survey. *European addiction research*. 26. 1-7.

Vandevelde, Stijn & Debaere, Virginie & Schils, Elodie & Laenen, Freya & Colman, Charlotte & Mine, Benjamin & Vanderplasschen, Wouter & Maes, Eric. (2021). De pilootprojecten drughulpverlening in de gevangenis: aanbevelingen op basis van het 'RECOvery in PRISon' - RECOPRIS project.

Van Hout, M. C., & Bingham, T. (2013). "Silk Road", the virtual drug marketplace: A single case study of user experiences. International *Journal of Drug Policy*, 24, 385–391.

Van Hout, M. C., & Bingham, T. (2014). Responsible vendors, intelligent consumers: Silk Road, the online revolution in drug trading. International *Journal of Drug Policy*, 25, 183–189.

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.

Vanmeerbeek, M. (2015). Up To Date. Use of psychoactive substances in adults: Prevention and Treatment by general practitioners and Occupational physicians; DATa retrieval. Rapport final. Université de Liège, Université d'Anvers, Institut

scientifique de Santé publique, Université Catholique de Louvain & Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD). URL : http://www.belspo.be/belspo/organisation/Publ/pub_ostc/Drug/rDR60_summ_fr.pdf

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.

Vogt, I. (2009), 'Lebenslagen und Gesundheit älterer Drogenabhängiger: Ein Literaturbericht' Suchttherapie 10, pp. 17–24.

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 Gol. Bruxelles.

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., Barratt, M., Ferris, J. & Maier, L. (2017). Global Drug Survey 2017. Global overview and highlights.

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.

Wu, L. T., & Blazer, D. G. (2011). Illicit and nonmedical drug use among older adults: a review. Journal of aging and health, 23(3), 481–504. https://doi.org/10.1177/0898264310386224

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.

Zucoloto, A.D., Eller, S., de Oliveira, T.F., Wagner, G.A., Fruchtengarten, L.V.G., de Oliveira, C.D.R. & Yonamine, M. (2020). Relationship between cocaine and cocaethylene blood concentration with the severity of clinical manifestations. *The American Journal of Emergency Medicine*, 50, 404-408.

EUROTOX ASBL | OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL-DROGUES

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**

AVEC LE SOUTIEN DE LA COCOF