

L'usage de cannabis en Belgique : une hausse aux explications et conséquences multiples

Michaël Hogge & Clémentine Stévenot

Chargé-es de projets à Eurotox (Observatoire alcool-drogues en Wallonie et à Bruxelles)

La consommation de cannabis en Belgique en 2018

Le cannabis est, après l'alcool et le tabac, la substance psychoactive la plus consommée à travers le monde. La prévalence de la consommation reste particulièrement élevée, même dans les pays où le produit est interdit. L'interdit légal n'a donc apparemment pas l'impact dissuasif escompté et la Belgique n'échappe pas à ce constat. Ainsi, selon la dernière enquête HIS¹ (Gisle & Drieskens, 2019) réalisée en 2018, près de 23% de la population belge âgée de 15 à 64 ans a déjà consommé du cannabis au moins une fois dans la vie, 7% au cours des 12 derniers mois², et 4,3% au cours des 30 derniers jours. L'usage « intensif » (au moins 20 jours de consommation au cours des 30 derniers jours) concernerait 1,3% de la population belge. Un quart des jeunes de 15-24 ans a déjà essayé le cannabis, mais c'est dans la tranche des 24-34 ans que l'on retrouve la plus grande proportion de personnes qui l'ont déjà expérimenté (38,1%). Ce produit est généralement consommé pour la première fois vers la fin de l'adolescence (en moyenne vers 19 ans).

Tableau 1 : Prévalence de l'usage de cannabis en Belgique, par âge et par genre, 2018

	15-24 ans (n=708) %	25-34 ans (n=1027) %	35-44 ans (n=1271) %	45-54 ans (n=1408) %	55-64 ans (n=1382) %	Total (N=5.796) %
Prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie						
Hommes	30,8	45,6	38,4	18,6	10,5	28,1
Femmes	20,2	31,1	21,0	9,5	7,1	17,3
Total	25,7	38,1	29,7	14,0	8,8	22,6
Prévalence de l'usage de cannabis au cours des 12 derniers mois						
Hommes	19,8	19,3	13,4	2,3	1,1	10,4
Femmes	10,9	5,6	2,6	1,6	0,4	3,7
Total	15,5	12,2	8,0	2,0	0,8	7,0
Prévalence de l'usage de cannabis au cours des 30 derniers jours						
Hommes	11,5	12,8	9,4	1,8	0,6	6,7
Femmes	4,8	3,4	1,6	0,5	0,4	1,9
Total	8,3	7,9	5,5	1,1	0,5	4,3
Prévalence de l'usage régulier³ au cours des 30 derniers jours						
Hommes	1,8	5,2	3,2	1,0	0,3	2,3
Femmes	0,7	0,2	0,3	0,4	0,2	0,3
Total	1,3	2,6	1,8	0,7	0,2	1,3

¹ L'enquête *Health Interview Survey* est réalisée par Sciensano environ tous les cinq ans à l'échelle de la Belgique. Il est généralement admis que cette enquête sous-estime la consommation de drogues, car elle se fait sur base volontaire (or le pourcentage de refus de participation est relativement élevé) et parce que la méthodologie ne permet pas d'inclure certains groupes particulièrement concernés par la consommation de substances psychoactives (personnes incarcérées, personnes institutionnalisées, personnes sans domicile fixe...).

² La majorité des personnes qui en ont consommé (69%) sont donc des anciens consommateur-rices (occasionnels ou réguliers) ou des personnes qui ont juste essayé ce produit.

³ Au moins 20 jours de consommation au cours des 30 derniers jours.

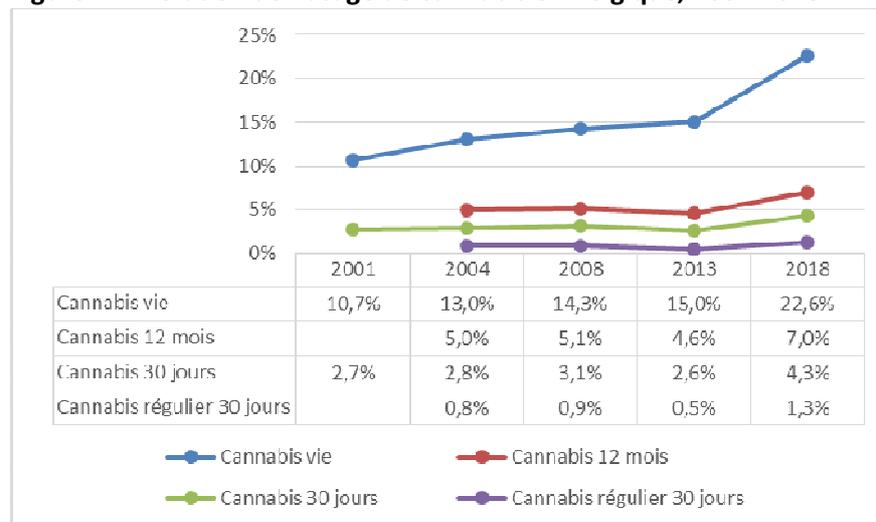
Prévalence de l'usage problématique ⁴ au cours des 12 derniers mois parmi les usagers récents						
Hommes	5,1	6,8	5,1	0,8	0,4	3,4
Femmes	0,4	0,2	0,4	0,3	0,1	0,3
Total	2,8	3,3	2,8	0,5	0,3	1,8

Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

Malgré son interdiction, la consommation de cannabis est clairement en augmentation dans la population belge, nonobstant l'intransigeance instaurée en 2014 par le gouvernement Michel en ce qui concerne l'usage dans l'espace public. L'usage au cours de la vie a ainsi plus que doublé entre 2001 et 2018, passant de 10,7% à 22,6%. L'usage régulier au cours des 30 derniers jours n'a en revanche augmenté que de manière minimale, passant de 0,8% à 1,3% de 2004 à 2018.

Ces augmentations peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs inextricablement reliés: 1) une augmentation de la disponibilité du produit; 2) une dédramatisation du produit (notamment dans la presse et plus généralement dans l'opinion publique), associée à une plus grande acceptabilité sociale de sa consommation et une perception de faible dangerosité, pouvant notamment faire l'objet d'un effet de « mode »⁵; 4) une meilleure connaissance de son potentiel thérapeutique, pouvant amener davantage de personnes à en consommer pour des motifs de soulagement; 5) le recours aux drogues (légalisées 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 et sanitaire; 6) enfin, on ne peut exclure une possible confusion entre cannabis psychoactif et CBD dans la tête de certains répondant-es (qui n'auraient en fait consommé que ce dernier produit).

Figure 1 : Evolution de l'usage de cannabis en Belgique, 2001-2018



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

⁴ Cet indicateur se base sur l'échelle CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*) développée par l'OFDT (Spilka, Janssen & Legleye, 2013) qui est notamment utilisée 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 diagnostique du DSM-IV et de l'ICD-10 (e.g. consommer du cannabis le matin, en consommer seul-e, expérimenter des problèmes de mémoire en lien avec la consommation) pour lesquels le/la répondant-e doit 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). Même si la validité et les propriétés psychométriques du CAST semblent bonnes (voir Legleye, Karila, Beck & Reynaud, 2007; Legleye, Piontek & Kraus, 2011), il ne s'agit que d'une échelle de dépistage, qui par définition crible de manière large afin de ne pas passer « à côté » d'un usage problématique. Elle entraîne donc un certain nombre de « faux positifs » et n'a pas la valeur d'un diagnostic médical.

⁵ Ainsi, les anciennes générations 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.

L'usage de cannabis (mais aussi des autres drogues illicites) est plus élevé en Région bruxelloise qu'en Wallonie et en Flandre, en partie parce que l'on y observe davantage de jeunes consommateur-rices que dans les deux autres régions du pays. Cette consommation apparemment plus importante en Région bruxelloise semble pouvoir s'expliquer par le caractère exclusivement urbain de cette région et non par des différences au niveau des structures de population entre les régions, car les différences de consommation disparaissent lorsque l'on compare Bruxelles à d'autres grandes villes wallonnes ou flamandes, alors qu'elles sont toujours manifestes lorsque les analyses sont ajustées pour le niveau d'éducation et pour le pays d'origine. Il est donc possible que la culture urbaine génère des attitudes/mœurs plus favorables à la consommation de drogues, une plus grande disponibilité des produits, ou encore des opportunités de consommation plus nombreuses.

Tableau 2 : Prévalence de l'usage de cannabis en Belgique, par région et par genre, 2018

	Wallonie % (N=2113)	Bruxelles % (N=1380)	Flandre % (N=2303)
Prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie			
Hommes	27,7	36,0	27,1
Femmes	16,5	24,5	16,5
Total	22,0	30,2	21,8
Prévalence de l'usage de cannabis au cours des 12 derniers mois			
Hommes	10,6	18,1	9,0
Femmes	3,1	6,8	3,5
Total	6,8	12,4	6,2
Prévalence de l'usage de cannabis au cours des 30 derniers jours			
Hommes	7,0	12,7	5,6
Femmes	2,0	3,9	1,5
Total	4,5	8,2	3,6
Prévalence de l'usage régulier au cours des 30 derniers jours			
Hommes	2,4	3,6	1,9
Femmes	0,6	0,4	0,2
Total	1,5	2,0	1,1
Prévalence de l'usage problématique au cours des 12 derniers mois			
Hommes	3,5	7,2	2,8
Femmes	0,5	0,6	0,1
Total	1,9	3,9	1,4

Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

Globalement, il apparaît que la majorité des usager-es consomment du cannabis de manière occasionnelle, probablement dans un contexte festif (sorties, soirées entre amis etc.). Une faible proportion en consomme de manière régulière mais probablement contrôlée, c'est-à-dire sans réelle dépendance ni impact sur le fonctionnement quotidien. Néanmoins, dans certains cas, le cannabis peut faire l'objet d'un usage problématique et d'une dépendance ayant des conséquences dommageables pour la personne. Selon l'enquête HIS 2018, 1,8% de la population belge aurait présenté des signes d'usage problématique au cours des 12 derniers mois. Si l'on rapporte ce pourcentage à l'échelle de la population belge âgée de 15 à 64 ans, cela concernerait tout de même environ 132.000 personnes (8% des personnes en ayant déjà consommé)⁶. Une bonne partie des usages « problématiques » sont passagers, de faible gravité et se résorberont spontanément sans recours à une aide professionnelle. Mais pour certaines personnes, l'usage se chronicisera et engendra peu à peu des conséquences

⁶ Sur base des prévalences rapportées dans l'enquête HIS 2018, on peut estimer que 1.657.259 Belges de 15 à 64 ans (IC 95%: 1.539.931- 1.774.587) ont consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie, et 513.310 (IC 95%: 439.980- 579.307) en auraient consommé au moins une fois au cours des 12 derniers mois. Au total, 131.994 personnes (IC 95% : 109.262-159.126) auraient présenté des signes d'usage problématique au cours des 12 derniers mois, soit 25,7% des usager-es récents (12 derniers mois) et 8% des personnes qui ont déjà consommé ce produit au moins une fois dans leur vie.

préjudiciables, réduisant leur qualité de vie et leur bien-être. Le risque d'usage problématique est d'ailleurs plus fréquent chez les personnes ayant un faible niveau socio-économique. Il est donc important d'assurer la disponibilité et l'accessibilité de l'offre d'aide et de soin pour ces personnes (y compris l'aide à distance et l'intervention précoce), afin qu'elles puissent bénéficier d'une aide efficace lorsqu'elles désirent réduire ou interrompre leur consommation. Et il importe également d'améliorer la prévention sélective et l'intervention précoce chez les personnes plus vulnérables.

Au niveau national, un peu plus de 4.000 épisodes de traitement pour usage problématique de cannabis sont introduits chaque année en Belgique auprès des services spécialisés en assuétudes et des hôpitaux (Antoine, 2019). Le nombre de demandes de traitement pour usage de cannabis est toutefois stable ces dernières années, malgré l'augmentation du nombre de consommateur·rices. Toutes les demandes de traitement ne se font pas pour des motifs sanitaires. En Belgique, en 2018, 30% des demandes de traitement sont initiées par le système judiciaire. Cette pratique est surtout répandue en Flandre (34% des cas *versus* 13-14% pour la Wallonie et Bruxelles). Il peut s'agir de mesure probatoire chez des usager·es ayant commis un ou plusieurs délits liés à leur usage (vols, deal, conduite sous influence...). Mais en Belgique, l'injonction thérapeutique est également pratiquée chez des personnes (souvent jeunes) qui ne sont pas des usager·es problématiques mais qui ont eu la malchance d'être interceptés par la police pour détention de cannabis.

Le risque de dépendance et de conséquences dommageables au niveau socio-sanitaire est plus élevé chez les jeunes consommateur·rices et chez les personnes ayant un faible niveau socio-économique. 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.

Le glissement vers un usage problématique est généralement progressif et le plus souvent consécutif à une confrontation avec des difficultés (sociales, familiales, scolaires, professionnelles, psychiatriques,...) auxquelles l'usager·e ne parvient pas à faire face efficacement (par manque de ressources familiales, sociales, économiques, psychologiques, cognitives...). Le produit acquiert alors une fonction réparatrice, stabilisatrice ou anesthésiante. L'usage régulier à l'adolescence peut quant à lui être aussi favorisé par des mécanismes psychosociaux : dans ce cas le cannabis joue une fonction identitaire (appartenance à un groupe).

Chaque personne est confrontée à un ensemble de facteurs de risque et de facteurs protecteurs qui déterminent la probabilité de développer d'un usage problématique, et qui font que nous ne sommes pas tous égaux par rapport à ce risque. Le contexte socioéconomique et culturel actuel, générateur d'inégalités sociales, de stress et de mal-être, favorise l'émergence des usages nocifs et problématiques.

Il importe aussi de souligner que l'usage de cannabis peut répondre à des motivations variées et ne se limite pas aux stéréotypes extrêmes que constituent l'usage récréatif/hédoniste et l'usage addictif: de nombreuses personnes, en particulier des usager·es régulier·es, en consomment de manière auto-thérapeutique (pour soulager des douleurs somatiques, de l'anxiété, des troubles du sommeil...) ou simplement pour se détendre durant la soirée, comme en témoigne un récent sondage effectué par le Vif en collaboration avec Eurotox (voir Van Ruymbeke, 2019 ; Stévenot & Hogge, 2020)⁷. Il apparaît ainsi qu'en Belgique, 72% des usager·es régulier·es de cannabis évoquent au moins un motif que l'on peut

⁷ 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.

considérer comme auto-thérapeutique⁸ pour expliquer leur consommation (contre 37,3% chez les usager-es occasionnel-les). 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 régulier-es évoquent davantage ce type de motifs de ce type parce que cela leur permet de rationaliser leur usage par des motifs plus acceptables socialement.

L'impact de la prohibition sur les consommateur·rices

Malgré la prohibition du cannabis, le nombre de saisies et les quantités saisies sur le territoire belge ne fléchissent pas en raison des juteux revenus que le marché noir génère. Le prix de vente y est relativement stable si on tient compte de l'inflation, et la concentration en THC des produits en circulation augmente globalement au cours du temps (Stévenot & Hogge, 2020). La prohibition se traduit par une répression active de la part des forces de l'ordre, qui occasionne un nombre important d'infractions judiciaires. Ainsi, en 2018, la police fédérale faisait état de près de 31.673 infractions pour détention de cannabis (soit le double de ce qui était observé en 2011), et environ 6.000 pour commerce ou import/export. Un peu plus de 1.000 infractions pour culture de cannabis ont été signalées en 2018, pour un total d'environ 422.000 plants saisis. Le cannabis est de très loin le produit pour lequel le nombre d'infractions est le plus élevé (Stévenot & Hogge, 2020). Proportionnellement, les usager-es sont les plus nombreux à être impacté-es directement par la répression des drogues, suivi par les dealers (dont un grand nombre sont des usager-es qui financent leur propre consommation via la revente). En revanche, la répression des faits liés au trafic et à la fabrication des drogues demeure beaucoup moins élevée⁹.

L'augmentation du nombre d'infractions peut s'expliquer par plusieurs facteurs : augmentation de la disponibilité du produit, augmentation du nombre d'usager-es, augmentation de la répression et des moyens qui lui sont alloués. Elle témoigne de l'inefficacité de l'approche prohibitionniste, laquelle devrait logiquement, si elle était efficace, entraîner une diminution de la disponibilité des produits et de leur pureté, ainsi qu'une augmentation de leur prix (Werb et al., 2013). L'inefficacité de la prohibition du cannabis et de l'hypothétique rôle préventif de l'interdit est également étayée par le fait que les pays les plus répressifs n'observent pas forcément les niveaux de consommation les plus bas, et inversement (EMCDDA, 2019 ; Hogge, 2015).

La prohibition du cannabis n'a aucune plus-value en termes de santé publique. Au contraire, elle augmente la dangerosité des produits et leur nocivité, en raison de l'absence de contrôle et de régulation de leur composition. La concentration en THC des produits en circulation a fortement augmenté au cours des dernières décennies, et la proportion en CBD est très variable selon les variétés cultivées. Certaines variétés excessivement psychoactives augmentent ainsi le risque de survenue d'une attaque de panique, en particulier chez l'usager-e inexpérimenté-e ou fragile psychologiquement. Les produits hautement concentrés en THC (et pauvres en CBD¹⁰) augmentent également le risque de survenue de troubles psychotiques, en particulier de bouffées délirantes aiguës ainsi que de schizophrénie chez les personnes présentant une fragilité (Di Forti et al., 2014)¹¹. Le fait de consommer

⁸ 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 ici considérée comme un motif thérapeutique, bien que la frontière entre détente et soulagement de l'anxiété soit probablement ténue.

⁹ 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.

¹⁰ Le CBD est un cannabinoïde non psychoactif qui a notamment pour particularité de diminuer les effets psychologiques indésirables du THC (anxiété, paranoïa, délires, hallucinations...).

¹¹ Une association entre usage de cannabis et la schizophrénie a 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 (prédisposées). D'autres recherches suggèrent à l'inverse que le cannabis a tendance à être utilisé par des personnes présentant des signes psychotiques parce qu'il permet d'atténuer certains symptômes. Enfin, selon certaines études, usage de cannabis et schizophrénie pourraient dépendre d'une cause commune (par exemple d'origine génétique). Il est probable que ces trois explications ne soient pas mutuellement exclusives.

du cannabis fortement concentré en THC augmente aussi le risque de dépendance chez les usager-es réguliers (Freeman & Winstock, 2015), y compris le risque de dépendance physique (une tolérance élevée ainsi que des symptômes de sevrage peuvent survenir en cas d'arrêt brutal de la consommation chez les grands consommateur-rices de variétés hautement psychoactives ; Smith, 2005). Le cannabis produit dans des conditions illégales peut aussi avoir un impact nocif sur la santé des usager-es en raison des risques de contamination bactérienne, fongique, ou part des métaux lourds, ainsi qu'en raison 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 quelques fois frelatée (avec du sable, des 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-rices.

Le paradigme prohibitionniste oriente également la répartition des dépenses publiques qui privilégient largement les agents de la répression (police, justice, prison) et les dispositifs de soin. Et ceci se fait au détriment de la prévention et de la réduction des risques qui n'ont dès lors ni les moyens humains et financiers suffisants, ni un cadre légal sécurisant pour remplir leurs missions pourtant essentielles à la santé des usager-es. La prohibition ne permet pas non plus le développement de la recherche scientifique en matière de cannabis (et de cannabis thérapeutique en particulier), privant dès lors les usager-es et la population générale des avancées scientifiques et médicales qu'elle pourrait permettre.

Perspectives

La prohibition du cannabis est inefficace et contre-productive sur le plan de la santé publique. Malgré ces constats et l'augmentation du nombre de pays ayant modifié leur politique en la matière, une révision de la politique répressive n'est pas à l'ordre du jour en Belgique. Le gouvernement Michel s'était même plutôt attelé à réprimer plus sévèrement la consommation, en faisant preuve d'intolérance par rapport à l'usage dans l'espace public. Ce revirement politique s'est naturellement accompagné d'une augmentation des infractions de détention, et très certainement aussi de poursuites en la matière. Le cannabis thérapeutique n'est pas non plus véritablement accessible en Belgique¹², alors qu'une proportion importante des usager-es en consomme pour des motifs de soulagement. 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 positionnaient en faveur d'une dépénalisation de la détention de cannabis pour usage thérapeutique, et 55% pour usage thérapeutique et récréatif. Plus précisément, 40,5% des personnes interrogées sont favorables à la vente de cannabis en pharmacie, 35,2% dans des structures spécialisées contrôlées par l'Etat, 38% dans des boutiques privées et 21,1% via des cannabis social clubs.

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 évitant de reproduire les erreurs néolibérales du tabac et de l'alcool, et 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.

¹² Actuellement, seules les préparations magistrales à base de CBD sont accessibles en pharmacie, sous prescription médicale, ainsi que le Sativex, également sous prescription médicale et remboursé pour une seule indication (sclérose en plaques avec spasticité modérée à sévère chez des patients adultes n'ayant pas suffisamment répondu à d'autres traitements antispastiques).

Références

Antoine, J. (2019). L'enregistrement TDI en Belgique : Rapport annuel, année d'enregistrement 2018. Bruxelles : Sciensano.

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.

Crippa, J. A. S., Hallak, J. E. C., Machado de Sousa, J. P., Queiroz, R. H. C., Bergamaschi, M., Chagas, M. H. N., & Zuardi, A. W.J. (2012). Cannabidiol for the treatment of cannabis withdrawal syndrome: a case report. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 38, 162-164.

Di Forti, M., Sallis, H., Allegrì, 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.

Dryburgh, L.M., Bolan, N.S., Grof, C.P.L., Galettis, P., Schneider, J., et al. (2018). Cannabis contaminants: sources, distribution, human toxicity and pharmacologic effects. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 84, 2468-2476.

EMCDDA (2019). Rapport européen sur les drogues : Tendances et évolutions. Luxembourg : Office des publications de l'Union européenne.

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.

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

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.

Van Ruymbeke (2019). Enquête drogues. *Le Vif L'express*, 18, 35-38.

Smith, N. (2005). High potency cannabis: The forgotten variable. *Addiction*, 100, 1558-1560.

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

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.

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.