



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

Clémentine Stévenot et Michaël Hogge

2020

eurottox



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

2020

## Auteurs

Clémentine Stévenot et  
Michaël Hogge

## Sous la coordination de

Lucia Casero

## Citation recommandée

Stévenot, C. & Hogge, M. (2021).  
Tableau de bord de l'usage de  
drogues et ses conséquences socio-  
sanitaires en Région de Bruxelles-  
Capitale. Bruxelles : Eurotox asbl.

## Dépot légal

D/2021/10.063/2  
Février 2021

## 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

eurottox



# TABLE DES MATIÈRES

<b>AVANT-PROPOS</b> .....	<b>8</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>9</b>
<b>1 LE CADRE INTERNATIONAL ET FÉDÉRAL</b> .....	<b>10</b>
1.1. CADRE EUROPÉEN ET INTERNATIONAL .....	10
1.1.1. Cadre européen .....	10
1.1.2. Cadre international .....	14
1.2. LE CADRE LÉGAL ET POLITIQUE FÉDÉRAL .....	20
1.2.1. Le cadre politique fédéral .....	20
1.2.2. Le cadre légal fédéral .....	32
1.2.3. Le système carcéral .....	37
1.3. LES DÉPENSES PUBLIQUES EN MATIÈRE DE DROGUES .....	44
1.3.1. Comparaison par pilier .....	45
1.3.2. Comparaison par substances .....	45
1.3.3. Les conclusions de l'étude .....	46
1.4. L'HÉRITAGE DE LA 6 <sup>E</sup> RÉFORME DE L'ÉTAT ET LA COOPÉRATION FRANCOPHONE .....	47
1.4.1. La 6 <sup>e</sup> réforme et les accords de la «Sainte-Emilie» .....	47
1.5. MODIFIER LES POLITIQUES «DROGUES» : LES INITIATIVES DE LA SOCIÉTÉ CIVILE .....	48
1.5.1. Le Mémoire 2020 du secteur spécialisé à l'attention du futur gouvernement fédéral .....	48
1.5.2. La société civile européenne condamne la Belgique pour sa politique drogues .....	49
1.5.3. Proposition de consultation de la société civile au sein de la Cellule Générale Politique Drogues (CGPD) .....	49
1.5.4. Rapport «Pour une réglementation du cannabis en Belgique» de la Fédito BXL .....	49
1.5.5. La campagne internationale «Support. Don't punish» («Soutenez. Ne punissez pas») .....	50
1.5.6. La campagne nationale «Stop 1921» .....	50
1.6. ÉTAT DES LIEUX DE LA RÉGULATION DU CANNABIS ET DES AUTRES DROGUES ILLICITES DANS LE MONDE ...	51
1.6.1. Le coût de la prohibition .....	53
1.6.2. Des contraintes internationales ? .....	55
1.6.3. Le modèle canadien .....	56
1.6.4. Régulation du cannabis et des autres drogues, une avancée de santé publique .....	60

<b>2</b>	<b>LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES</b> .....	<b>62</b>
2.1.	DÉCLARATION DE POLITIQUE DE LA FWB 2019-2024 .....	62
2.2.	PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE .....	62
2.3.	LUTTE CONTRE LE DOPAGE .....	63
<b>3</b>	<b>LE CONTEXTE BRUXELLOIS</b> .....	<b>66</b>
3.1.	Les politiques publiques menées en Région bruxelloise en période de Covid-19 .....	66
3.1.1.	Les mesures anti-Covid de la Région bruxelloise .....	66
3.1.2.	Le plan de relance et de redéploiement de la Région de Bruxelles-Capitale .....	67
3.1.3.	Déclaration de politique générale de la Région de Bruxelles-Capitale du 23 octobre 2020 .....	69
3.1.4.	Déclaration de politique générale de la COCOF du 30 octobre 2020 .....	70
3.2.	Sécurité et prévention en Région de Bruxelles-Capitale .....	72
3.2.1.	Bruxelles Prévention & Sécurité .....	72
3.2.2.	Le Plan global de sécurité et de prévention 2017-2020 .....	72
3.2.3.	Le Plan bruxellois de prévention et de proximité 2016-2019 .....	73
3.3.	IRISCARE : l'organisme d'intérêt public de la COCOM .....	74
3.4.	Plan santé bruxellois de la COCOM 2019-2025 .....	75
3.4.1.	Réforme de la 1 <sup>re</sup> ligne de soins .....	77
3.5.	Plan social-santé intégré bruxellois .....	80
3.6.	Le décret ambulatoire de la COCOF .....	81
3.6.1.	L'évaluation et la révision du décret .....	81
3.6.2.	L'outil de programmation de l'offre .....	81
3.6.3.	Une nouvelle réforme du décret de 2009 .....	82
3.7.	Création de salles de consommation à moindre risque .....	84
3.7.1.	De l'efficacité des SCMR .....	85
3.7.2.	Des SCMR à Bruxelles pour 2020-2024 .....	86
3.7.3.	Conclusion .....	87
3.8.	Le plan stratégique de promotion de la santé 2018-2022 de la COCOF .....	88
3.8.1.	Le Plan stratégique de promotion de la santé 2018-2022 .....	89
3.8.2.	Concertation avec les autres entités .....	89
3.8.3.	Le Mémoire 2019 des Fédérations bruxelloise et wallonne de promotion de la santé .....	91
3.9.	Le programme d'action bruxellois de lutte contre la pauvreté 2014-2019 .....	92
<b>4</b>	<b>L'USAGE DE DROGUES ET LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ</b> .....	<b>94</b>
4.1.	LA RÉPARTITION DES RISQUES LIÉS À L'USAGE DE DROGUE AU SEIN DE LA POPULATION .....	95
4.2.	LES CONSÉQUENCES DU CONTEXTE PROHIBITIONNISTE .....	97

<b>5</b>	<b>LES PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES</b>	<b>98</b>
5.1.	L'ENQUÊTE HIS	98
5.2.	L'ENQUÊTE HBSC	99
5.3.	LE FLASH EUROBAROMÈTRE	100
5.4.	LES DONNÉES PHARMANET	101
5.5.	LE RÉSUMÉ PSYCHIATRIQUE MINIMUM	101
5.6.	L'INDICATEUR DE DEMANDE DE TRAITEMENT	101
5.7.	LE REGISTRE DE LA MORTALITÉ	102
5.8.	LES STATISTIQUES POLICIÈRES	103
5.9.	L'ENQUÊTE EUROTOX 2019	103
<b>6</b>	<b>ÉTATS DES LIEUX DE LA CONSOMMATION</b>	<b>104</b>
6.1.	INTRODUCTION	104
6.2.	ÉTAT DES LIEUX PAR PRODUIT	105
	<b>6.2.1. L'alcool</b>	<b>105</b>
	Le cadre législatif belge	105
	Les politiques publiques	107
	Les recommandations des expert-es	109
	La disponibilité et l'offre d'alcool en Belgique	111
	L'usage d'alcool dans la population générale	112
	L'usage d'alcool chez les jeunes de l'enseignement primaire et secondaire	116
	L'usage d'alcool chez les étudiant-es de l'enseignement supérieur	119
	Perspectives	120
	<b>6.2.2. Le tabac et la cigarette électronique</b>	<b>122</b>
	Le cadre législatif du tabac	122
	Le cadre législatif de la cigarette électronique	123
	Les politiques publiques en matière de tabac	124
	Les politiques publiques en matière de cigarette électronique	128
	Les recommandations des expert-es	129
	La disponibilité et l'offre de tabac et de cigarettes électroniques en Belgique	131
	L'usage de tabac et de cigarettes électroniques dans la population générale	131
	L'usage de tabac et de cigarettes électroniques chez les jeunes de l'enseignement primaire et secondaire	135
	Perspectives	137
	<b>6.2.3. Les médicaments psychotropes</b>	<b>138</b>
	Le cadre législatif belge	138
	La disponibilité et l'offre de médicaments psychotropes en Belgique	140
	L'usage de médicaments psychotropes dans la population générale	140
	L'usage d'opioïdes dans la population générale	142
	L'usage de médicaments psychotropes chez les jeunes de l'enseignement secondaire	143
	L'usage de médicaments psychotropes chez les étudiant-es de l'enseignement supérieur	144
	L'usage de médicaments psychotropes chez les usager-es de drogues en Belgique francophone	145
	Perspectives	145

<b>6.2.4. Le cannabis</b> .....	<b>148</b>
Le cadre législatif belge .....	148
Le cannabis thérapeutique .....	152
Les politiques publiques .....	155
Le contexte associatif .....	156
La disponibilité et l'offre de cannabis .....	156
L'usage de cannabis dans la population générale .....	158
L'usage de cannabis chez les élèves de l'enseignement secondaire .....	161
Les motivations à l'usage de cannabis en Belgique .....	162
L'usage de CBD en Belgique .....	163
Perspectives .....	163
<b>6.2.5. Les autres drogues illicites (héroïne, cocaïne, amphétamines, MDMA, LSD...)</b> .....	<b>165</b>
Le cadre législatif belge .....	165
Naloxone : réduire les overdoses d'opioïdes .....	165
La disponibilité et l'offre des autres drogues illicites en Belgique .....	169
L'usage des autres drogues illicites dans la population générale .....	172
L'usage des autres drogues illicites chez les élèves de l'enseignement secondaire .....	174
L'usage des autres drogues illicites chez les usager-es de drogues en Belgique francophone .....	176
Perspectives .....	177
<b>6.2.6. Les nouvelles substances psychoactives (NSP)</b> .....	<b>178</b>
Le cadre législatif .....	178
La disponibilité et l'offre de nouvelles substances psychoactives en Belgique .....	179
L'usage des nouvelles substances psychoactives dans la population générale .....	181
L'usage des nouvelles substances psychoactives chez les jeunes .....	182
L'usage de nouvelles substances psychoactives chez les élèves de l'enseignement secondaire .....	183
L'usage des nouvelles substances psychoactives chez les usager-es de drogues en Belgique francophone .....	183
Perspectives .....	185
<b>6.2.7. La polyconsommation</b> .....	<b>186</b>
La polyconsommation dans la population générale .....	187
La polyconsommation chez les élèves de l'enseignement secondaire .....	188
<b>6.2.8. Les usages de jeux de hasard et d'argent</b> .....	<b>189</b>
Le cadre législatif des jeux de hasard et d'argent .....	189
Le cadre européen .....	193
Les recommandations des expert-es .....	193
La disponibilité et l'offre des jeux de hasard et d'argent en Belgique .....	195
Les usages de jeux de hasard et d'argent dans la population générale .....	197
Les usages de jeux de hasard et d'argent chez les jeunes .....	199
Perspectives .....	200
<b>6.2.9. Les usages des technologies de l'information et de la communication (TIC) :</b>	
<b>jeux vidéo, smartphone et Internet</b> .....	<b>201</b>
De la nature de l'utilisation abusive de jeux vidéo .....	201
Le cadre législatif des TIC et des jeux vidéo .....	204
La disponibilité des TIC en Belgique et en Région bruxelloise .....	206
Les usages compulsifs des TIC dans la population générale .....	208
Les usages des TIC chez les jeunes .....	209
Les usages compulsifs des TIC chez les jeunes .....	213
Perspectives .....	214

<b>7</b>	<b>CONSÉQUENCES SANITAIRES ET SOCIALES DE L'USAGE DE DROGUES .....</b>	<b>216</b>
7.1.	INTRODUCTION .....	216
7.2.	LES INFRACTIONS LIÉES À L'ALCOOL ET AUX DROGUES .....	217
7.2.1.	Les infractions liées aux drogues .....	217
7.2.2.	Les infractions liées à l'alcool .....	220
7.2.3.	Les infractions de roulage liées à l'alcool et aux drogues .....	220
7.2.4.	La conduite sous influence d'alcool et de drogues .....	220
7.2.5.	Les accidents de la circulation sous l'influence d'alcool et de drogues .....	224
7.3.	LES INTOXICATIONS LIÉES À L'USAGE D'ALCOOL ET DE DROGUES .....	226
7.3.1.	Le projet Euro-DEN PLUS .....	227
7.3.2.	Les données de l'Agence intermutualiste .....	229
7.3.3.	Les intoxications à l'alcool, aux drogues et aux médicaments psychotropes chez les nouveau-nés ...	230
7.4.	LES DEMANDES DE TRAITEMENT POUR UN USAGE PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL OU DE DROGUES .....	231
7.5.	LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS .....	242
7.6.	LES PRISES EN CHARGE DANS LES SERVICES DE PSYCHIATRIE AVEC DIAGNOSTIC D'USAGE PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL OU DE DROGUES .....	244
7.7.	L'INFECTION AU VIH ET AUX HÉPATITES B ET C CHEZ LES USAGER-ES DE DROGUES .....	246
7.7.1.	Le registre belge des infections au VIH et des malades du sida .....	247
7.7.2.	La prévalence des maladies infectieuses chez les usager-es de drogues .....	248
7.7.3.	Les données issues du dispositif d'accessibilité au matériel d'injection .....	249
7.8.	LA MORTALITÉ EN RAPPORT AVEC LA CONSOMMATION D'ALCOOL, DE DROGUES ET DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES .....	251
7.9.	LE COÛT SOCIAL DES DROGUES .....	253
7.10.	PERSPECTIVES .....	255
<b>8</b>	<b>LES CONSÉQUENCES DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 SUR L'USAGE DE DROGUES ET LES USAGER-ES : FOCUS THÉMATIQUE .....</b>	<b>258</b>
8.1.	LES EFFETS DU CONFINEMENT SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ .....	258
8.1.1.	Le renforcement des inégalités sociales .....	258
8.2.	IMPACT DU CONFINEMENT SUR L'USAGE DE DROGUES LÉGALES ET ILLÉGALES EN BELGIQUE .....	261
8.2.1.	Enquêtes en ligne drogues & covid (Sciensano, 2020a et b) .....	261
8.2.2.	Enquêtes en ligne drogues & covid (Modus Vivendi, 2020 & 2021) .....	263
8.2.3.	Enquête UCLouvain sur l'usage d'alcool (Maurage et al., 2020) .....	263
8.2.4.	Enquête ULiège sur l'usage d'alcool (Schmits & glowacz, 2020) .....	264
8.2.5.	Enquêtes de santé covid-19 (Sciensano, 2020c, d, e, f et g) .....	265
8.2.6.	Enquête auprès des services bruxellois actifs en matière d'assuétudes (Eurotox & Fedito Bxl, 2021) ...	270
8.2.7.	Perspectives .....	273
8.3.	LES USAGER-ES DE DROGUES ILLÉGALES FACE À LA CRISE SANITAIRE .....	276
	Innovations et adaptations des services spécialisés .....	278
8.4.	L'ESOUFFLEMENT DE NOTRE MODÈLE DE SOCIÉTÉ .....	278
	Les leçons à tirer de la crise .....	279
	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>280</b>



# 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).

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 6<sup>e</sup> 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 troisième 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 droits humains des usager-es de drogue. Après avoir présenté les principales sources de données, nous aborderons les grandes catégories de produits (alcool, tabac, médicaments psychotropes, cannabis, autres drogues illégales) dans des sections distinctes. Une section spécifique est également consacrée à la polyconsommation et une autre aux principaux comportements de consommation sans produits ; nous nous consacrerons pour cette édition principalement à l'usage d'Internet et des réseaux sociaux, des jeux vidéo et des jeux de hasard et d'argent. Enfin, un dernier chapitre abordera les conséquences socio-sanitaires des différentes substances psychoactives.

L'année 2020 a bien évidemment été fortement marquée 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 inégalités sociales de santé et sur les usages et usager-es de drogues légales et illégales, avec une attention toute particulière aux usager-es précarisés.

# REMERCIEMENTS

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

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

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

La Fédito bruxelloise, la Fédito wallonne et leurs représentant-es, en particulier Stéphane Leclercq (de la Fédito bruxelloise) et Pascale Hensgens (de la Fédito wallonne), pour les informations transmises.

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

Nos remerciements s'adressent aussi à la Police Fédérale (Stéphanie Ovaere, Davy Teunkens & Christiane Ruiz de Arcaute), à l'Institut Vias (Nina Nuyttens et Ellen Boudry), à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Marc de Falleur), à Sciensano (Jérôme Antoine, Peter Blanckaert, Sabine Drieskens, Lydia Gisle & Els Plettinckx), au Service public fédéral (SPF) Santé publique (Ine Alaerts & Delfien Verhelst), au Service d'Information Promotion Éducation Santé (SIPES) de l'école de santé publique de l'ULB (Katie Castetbon et Maud Dujeu), à Modus Vivendi (Robin Drevet et Nicolas Van der Linden), à Pierre Maurage (Service de Psychopathologie Expérimentale, UCLouvain), et à Emilie Schmits (Unité de recherche ARCh, 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 : Josette Bogaert (CAP-ITI asbl), Sylvie Cassiers (RAT asbl), Christopher Collin (Dune asbl), Céline Corman (SEPT asbl), Martin de Duve (Univers Santé asbl), Emilie Schmits et Fabienne Glowacz (Unité de recherche ARCh, ULiège).

# 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 XX<sup>ème</sup> 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 stratégie «drogues» des Nations Unies a d'ailleurs été reconduite jusqu'en 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 2017-2020.

#### DÉCISION-CADRE DU CONSEIL EUROPÉEN DU 25 OCTOBRE 2004

La Décision-cadre du 25 octobre 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.

#### ÉVALUATION DE LA STRATÉGIE 2013-2020 ET DU PLAN D'ACTION 2017-2020

La Stratégie antidrogue 2013-2020 de l'UE s'articulait autour de deux domaines d'actions : la réduction de l'offre de drogues et la réduction de la demande de drogues ; elle développait également trois thèmes transversaux : la coordination, la coopération internationale et la recherche, information, suivi et évaluation<sup>1</sup>.

La Commission européenne a présenté l'évaluation de ces stratégie et plan d'action en juillet 2020, opérée grâce à la consultation des différents acteurs concernés par leur élaboration et mise en œuvre, y compris les États membres, des acteurs de l'Union européenne, des représentant-es de l'industrie pharmaceutique et du secteur chimique, la société civile, l'EMCDDA, certains universitaires et expert-es<sup>2</sup>.

L'évaluation souffre de plusieurs limitations, notamment :

- › Les données recueillies par les États membres ne sont pas uniformes. Certaines données ne sont pas relevées par les États membres ou ne le sont pas annuellement ;
- › Il existe généralement un délai d'un à deux ans entre la réalité de terrain et la collecte de données ; ce décalage a cependant été en partie compensé par les interviews qualitatives des acteurs concernés.

1 Notre Tableau de bord 2019 présente les grandes lignes du plan d'action 2017-2020. Le plan est disponible dans son intégralité à l'adresse : [https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/policies/organized-crime-and-human-trafficking/drug-control/eu-response-to-drugs/20170315\\_evaluation\\_communication\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/policies/organized-crime-and-human-trafficking/drug-control/eu-response-to-drugs/20170315_evaluation_communication_en.pdf)

2 L'évaluation est disponible à l'adresse : [https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/policies/european-agenda-security/20200724\\_swd-2020-150-commission-staff-working-document\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/policies/european-agenda-security/20200724_swd-2020-150-commission-staff-working-document_en.pdf)

## ÉVALUATION DE LA STRATÉGIE 2013-2020 ET DU PLAN D'ACTION 2017-2020 ANTIDROGUE DE L'UE (extraits)

Critère	Évaluation
<b>Pertinence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Les politiques drogues touchant à des politiques majeures telles que la santé et la sécurité, et compte tenu du caractère international et transfrontalier du crime organisé, il est pertinent que l'UE s'investisse dans le développement stratégique de telles politiques</li> <li>› Il est important à l'avenir de prioriser les actions, afin de répartir au mieux les ressources limitées à disposition des États membres, voire de la réduction de ces ressources</li> <li>› Nombre de thématiques nouvelles ou émergentes ne sont pas assez couvertes (voire pas couvertes du tout), notamment :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réduction de la demande : l'approche genrée et les spécificités des femmes usagères ; les besoins de certaines populations vulnérables (les usager-es vieillissants, les comorbidités psychiatriques) ; la sécurité routière ; la pertinence des applications «santé» mobiles ; etc.</li> <li>- Réduction de l'offre : l'Europe comme lieu de production et d'export jouant un rôle dans la diversification des précurseurs ; les problèmes écologiques et le coût de nettoyage des déchets toxiques liés à la production de drogues et jetés illégalement ; l'utilisation des nouvelles technologies dans le marché illégal de drogues (y compris l'uberisation du marché) ; les liens entre drogues et violences</li> <li>- Autres priorités : monitoring prédictif de la situation en matière de drogues ; une approche équilibrée entre les mesures de réduction de la demande et de réduction de l'offre en milieu pénitentiaire ; les efforts préventifs tant en matière de réduction de la demande que de réduction de l'offre (y compris la prévention du crime)</li> </ul> </li> <li>› Renforcer la réduction des risques et protéger/garantir les droits humains des usager-es de drogues</li> <li>› La Stratégie pourrait globalement être plus concrète et établir des priorités claires ; une réduction de sa durée de vie (8 ans) permettrait une meilleure adaptation de son contenu aux tendances émergente et besoins urgents</li> </ul>
<b>Cohérence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› La Stratégie et le Plan d'action semblent globalement être cohérents avec les autres politiques et développements législatifs de l'UE, bien que davantage de synergies pourraient être créées (législation en matière de précurseurs, politiques «santé», priorités sécuritaires, formation et éducation, intervention précoce et traitement, jeunesse, environnement)</li> <li>› La cohérence avec la Stratégie Santé de l'UE pourrait être renforcée (en matière de vieillissement de la population, usage abusif de substances psychoactives, etc.), de même qu'avec le Stratégie de sécurité intérieure et l'Agenda européen sur la Sécurité (en matière de crime organisé, de cybersécurité, de trafic de migrant-es, blanchiment d'argent, etc.)</li> <li>› Améliorer la participation et représentation de la société civile dans les mécanismes de gouvernance et coordination de la Stratégie et du Plan d'action</li> </ul>
<b>Efficacité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Les données collectées ne montrent pas des tendances aussi positives qu'attendu en matière de réduction de la demande et de l'offre</li> <li>› Réduction de la demande :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- (Objectif 1) Retarder l'âge de la première consommation : la disponibilité de mesures de prévention universelle et sélective a généralement augmenté (la prévention indiquée reste peu disponible) ; sur la période d'évaluation (2013-2017), l'âge du premier usage a augmenté</li> <li>- (Objectif 2) Renforcer l'efficacité des traitements et de la réinsertion sociale des usager-es problématiques : l'usage récent (au cours de l'année précédente) n'a pas changé ou a augmenté au sein de la population des 15-64 ans (sur la période 2012-2017), en particulier pour le cannabis ; il a diminué pour le MDMA. L'usage récent de cannabis, cocaïne, MDMA et LSD a cependant augmenté au sein des 15-24 ans ; les mesures de réduction des risques en milieu festif et ceux liés à l'usage détourné de médicaments se sont montrées efficaces pour diminuer la polyconsommation ; l'accès aux traitements, y compris de substitution aux opiacés, et aux programmes d'échange de seringue est évaluée positivement, contrairement à l'accès aux salles de consommation à moindre risque, aux programmes de testing et de distribution de naloxone ; la prévalence du VIH et du SIDA au sein des usager-es de drogues a diminué entre 2012 et 2017 ; l'accès aux outils de réduction des risques reste limitée en prison, même s'il semble globalement s'être amélioré ; le nombre de décès liés à la consommation de drogues (principalement des opioïdes) a augmenté entre 2013 et 2017</li> <li>- (Objectif 3) Intégrer des approches fondées sur la coordination, les bonnes pratiques et la qualité dans la réduction de la demande : plus de la moitié des pays membres utilisent les standards européens de qualité minimum, principalement des acteurs de société civile qui ont des moyens limités voire en diminution</li> </ul> </li> <li>› Réduction de l'offre : les données récoltées n'indiquent pas que des structures criminelles investies dans le trafic, la distribution et la production de drogues ont été démantelées ou significativement impactées par les mesures de réduction de l'offre ; les quantités de drogues saisies ont augmenté entre 2013 et 2017 ; la disponibilité des drogues semble avoir augmenté dans toute l'Europe               <ul style="list-style-type: none"> <li>- (Objectif 5) Renforcer la coopération judiciaire et la législation au sein de l'UE : la législation européenne a connu des améliorations afin de lutter contre la production et le trafic de nouvelles substances psychoactives (peu de données témoignent de leurs effets et application pratique) ; tous les États membres ont à leur disposition au moins une alternative aux sanctions coercitives pour les faits liés aux drogues, mais leur accessibilité et application diffèrent grandement d'un État à l'autre</li> </ul> </li> </ul>
<b>Efficience</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Le manque de données rend difficile l'évaluation de l'efficience ; les dépenses publiques en matière de drogues ne font en effet pas toujours l'objet d'un portefeuille à part, mais se fondent plutôt dans des dépenses plus larges et multiples (santé publique, éducation, sécurité, justice, etc.)</li> <li>› Il n'est pas possible d'estimer si les résultats découlant de la Stratégie et du Plan d'actions ont été réalisés à un coût raisonnable ou excessif</li> <li>› Dans les États membres où les politiques drogues bénéficient de peu de financements publics, les organisations de la société civile se sont appuyées sur la Stratégie afin de justifier leur besoin de financements continus (souvent en matière de réduction de la demande de drogues)</li> </ul>
<b>Plus-value pour l'UE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› La Stratégie a servi de déclaration politique commune en matière de politique drogue à l'UE, fournissant ainsi un document de référence représentant les valeurs et priorité de l'UE en la matière</li> <li>› Le fait pour l'UE de «parler d'une seule voix» lui permet de participer plus activement aux dialogues internationaux et d'influencer le développement des politiques «drogues» sur la scène internationale</li> </ul>

3 L'on peut préciser cependant que les valeurs relatives aux questions «drogues» diffèrent au sein de l'UE, que ce soit en matière de régularisation du cannabis (y compris thérapeutique), de distribution de naloxone, de salles de consommation à moindre risque, de répression des usager-es de drogues, de traitement des usages problématiques, etc. Si présenter des positions, valeurs et priorités en tant qu'UE sur la scène internationale apporte une force politique à celles-ci, elles restent toutefois un compromis entre les visions multiples, diversifiées et parfois contraires des États membres.

L'évaluation pointe un certain nombre de facteurs internes et externes qui ont joué dans l'implantation de la Stratégie et du Plan d'action. L'émergence des nouvelles substances psychoactives a constitué un véritable challenge ; certaines d'entre elles sont particulièrement puissantes et dès lors potentiellement dangereuses même en très petite quantité, ce qui rend leur détection difficile. La présence toujours plus accrue des nouvelles technologies à tous les niveaux de la chaîne de production, approvisionnement et distribution continue à défier les réponses politiques et opérationnelles. De plus, les activités des organisations criminelles se sont diversifiées, s'orientant toujours davantage vers la polycriminalité et interconnectant ainsi les différents défis sécuritaires auxquels l'UE est confrontée. Un autre défi de taille est la divergence des points de vue entre États membres au sujet de la légalisation du cannabis thérapeutique et/ou récréatif. Enfin, les développements socio-économiques à travers l'Europe, notamment l'augmentation du taux de chômage (en particulier chez les jeunes) et celle des inégalités, sont des facteurs centraux pouvant expliquer la hausse de la consommation de drogues.

Les évolutions de la conjoncture depuis 2013 ont réduit la cohérence entre la Stratégie d'une part, et les politiques européennes en matière de santé publique et de sécurité d'autre part. Globalement, l'évaluation de la Stratégie conclut que ces dernières ne semblent pas avoir contribué significativement à assurer un niveau élevé de protection de la santé, de stabilité sociale ou de sécurité. De plus, les conséquences directes et indirectes de la situation en matière de drogues poursuivent une dynamique de complexification et d'imbrication. Elles dépassent les frontières sectorielles et celles de l'UE, et doivent être prises en compte afin de répondre aux défis sanitaires et sécuritaires à venir.

#### PROGRAMME ET PLAN D'ACTION ANTIDROGUE 2021-2025<sup>4</sup>

Parallèlement à l'évaluation, la Commission européenne a publié son Programme

4 Le programme est disponible dans son intégralité 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](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](https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/policies/european-agenda-security/20200724_com-606-annexe_fr.pdf)

antidrogue 2021-2025 et le Plan d'action l'accompagnant en juillet 2020.

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 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 épiété 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 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 problématiques 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 des États membres.

**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	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Perturber les activités criminelles et les structures permettant leur continuité</li> <li>› 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.</li> <li>› Renforcer la coopération internationale</li> </ul>
	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Trafic de drogue à destination ou au départ de l'UE au moyen des circuits commerciaux légaux</li> <li>› Franchissement illicite ou non déclaré des frontières de l'UE</li> </ul>
	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Marchés de la drogue utilisant les technologies numériques</li> <li>› Services postaux et express</li> <li>› Voies ferroviaires et fluviales et espace aérien</li> </ul>
	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Démanteler les laboratoires de drogues de synthèse illicites</li> <li>› 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</li> <li>› 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.)</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Soutenir les mesures de prévention et de soutien <i>evidence-based</i> et ciblant les groupes vulnérables et à risque</li> <li>› 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</li> <li>› Améliorer la résilience de la population</li> <li>› Réduire la stigmatisation liée à la consommation de drogues</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Lever les obstacles entravant l'accès aux soins en tenant compte des caractéristiques des groupes cibles</li> <li>› Recenser et éliminer les obstacles rencontrés par les femmes</li> <li>› Proposer des services de soins adaptés aux groupes ayant des besoins complexes</li> </ul>
	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Lutter contre les maladies infectieuses liées à la consommation de drogues (les programmes d'échange de seringues, le traitement de substitution aux opiacés, les salles de consommation et autres mesures de réduction des dommages <i>evidence-based</i> sont essentielles)</li> <li>› Lutter contre l'usage détourné de médicaments tout en assurant la disponibilité de ceux-ci à des fins thérapeutiques et scientifiques</li> <li>› 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</li> <li>› 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</li> <li>› Mettre en œuvre des solutions efficaces de remplacement des sanctions coercitives</li> <li>› Réduire les surdoses et décès liés à la consommation de drogue</li> </ul>
	Développer une stratégie équilibrée et globale de la consommation de drogues dans les prisons (réduire la demande et limiter l'offre)	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Assurer la continuité des soins en prison et dans les services probatoires</li> <li>› Limiter l'approvisionnement en drogues dans les prisons</li> </ul>

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 20<sup>e</sup> 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<sup>5</sup> 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-

5 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 médical	Barbituriques, buprénorphine...
IV	Risque d'abus, danger mineur pour la santé publique, ayant un intérêt thérapeutique élevé	Disponibles pour usage médical	Tranquillisants, analgésiques, narcotiques...

Source : EMCDDA

Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988. Toutes ont été signées par les États membres de l'Union européenne.

La Convention de 1961, transposée en Belgique par la loi de 1975, est à l'origine de l'adoption ou de la modification de nombreuses lois européennes en faveur d'une répression plus forte des comportements liés à la consommation de drogue. La Convention de 1988 marque un point culminant dans cette tendance à la répression, en invitant les pays signataires à renforcer la lutte contre la criminalité organisée ou contre le blanchiment d'argent, d'élargir le champ d'application de la confiscation, de lutter contre les précurseurs, d'autoriser les techniques particulières d'enquête, ou encore, de renforcer l'entraide et la coopération judiciaire notamment sur le plan de l'extradition (Guillain, 2009).

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

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 médical du cannabis. Pour davantage de détails, voir **chapitre 6.2.4.**

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

susnommées (voir **chapitre 1.6.2**. Des contraintes internationales).

### LA STRATÉGIE «DROGUES» DES NATIONS-UNIES

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.

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

### 1. Réduction de la demande et mesures connexes

Réduire l'usage de drogues et la toxicomanie selon une approche globale	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Développer la coopération internationale (notamment une approche équilibrée et globale de réduction de l'offre et de la demande)</li> <li>› Approche globale de la réduction de la demande de drogues</li> <li>› Droit de l'homme, dignité, libertés fondamentales dans le contexte de la réduction de la demande</li> <li>› Mettre en œuvre des mesures reposant sur des données scientifiques</li> <li>› Disponibilité et accessibilité des services de réduction de la demande</li> <li>› Intégrer l'action et la participation de la collectivité</li> <li>› Cibler les situations et groupes à risque</li> <li>› 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)</li> <li>› Normes de qualité et formation du personnel (afin d'améliorer la bonne mise en œuvre des mesures de réduction de la demande)</li> <li>› Collecte, suivi et évaluation des données</li> </ul>
---	--

### 2. Réduction de l'offre et mesures connexes

Réduire l'offre illicite de drogues	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Renforcer la coopération, la coordination et les mesures de détection et de répression pour réduire l'offre</li> <li>› Faire face aux nouvelles tendances du trafic</li> <li>› Réduire la violence liée au trafic de drogues</li> <li>› S'efforcer à réduire simultanément l'offre et la demande</li> <li>› Intensifier la lutte contre la corruption, accroître l'assistance technique et renforcer encore les capacités</li> </ul>
Contrôle des précurseurs et des stimulants de type amphétamine	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Mieux comprendre le phénomène des stimulants de type amphétamine</li> <li>› S'attaquer à la fabrication clandestine de stimulants de type amphétamine</li> <li>› Prévenir la vente illégale et le détournement</li> <li>› Sensibiliser et réduire la demande</li> <li>› Nouveaux sujets de préoccupation liés au contrôle des précurseurs</li> </ul>
Coopération internationale pour l'éradication des cultures illicites destinées à la production de stupéfiants et de substances psychotropes et pour le développement alternatif	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Renforcer la recherche, la collecte de données et les outils d'évaluation</li> <li>› Coopération internationale (en matière de lutte contre les drogues) axée sur le développement</li> <li>› Approche équilibrée et à long terme pour lutter contre les cultures illicites destinées à la production de stupéfiants et de substances psychotropes</li> <li>› 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)</li> </ul>

### 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Extradition</li> <li>› Entraide judiciaire</li> <li>› Transfert des poursuites</li> <li>› Livraisons surveillées</li> <li>› Protection des témoins</li> <li>› Mesures complémentaires (notamment les aspects juridiques, procéduraux et techniques de l'exécution des demandes de coopération judiciaire)</li> </ul>

## 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 pour 2019 ; pour cette date butoir, les États devront notamment avoir éliminé ou réduit sensiblement et de façon mesurable (article 36) :

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

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

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

## AVANCÉES ET LACUNES DU DOCUMENT FINAL DE L'UNGASS 2016

### Avancées

- › Référence à la proportionnalité des peines<sup>8</sup>
- › Prise en compte de la dimension «genre» dans l'élaboration des politiques publiques et au développement d'alternatives en matière de condamnation ou de peine
- › Aborder la culture illicite, la production et le trafic à travers le prisme de problèmes socio-économiques
- › Lutter contre la pauvreté pour endiguer la violence et les crimes liés à la drogue
- › Offrir aux détenu-e-s des soins de santé équivalents à ceux disponibles en milieu libre
- › Veiller à ce que les structures de traitement et de réadaptation soient de qualité et exemptes de traitements cruels, inhumains ou dégradants

### Lacunes

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

### UNGASS 2016 : QUELQUES AVANCÉES MARQUANTES

À la requête de la Colombie, du Guatemala et du Mexique, une session spéciale de l'Assemblée générale des Nations-Unies (UNGASS) au sujet des politiques drogues a été organisée en 2016<sup>6</sup>. Lors de l'UNGASS 2016, les États ont adopté par consensus le document final «Notre engagement commun à aborder et combattre efficacement le problème mondial de la drogue»<sup>7</sup>.

Le document final est composé de sept piliers (contre seulement trois auparavant, marqués par \*) :

- › La réduction de la demande\* ;
- › L'accès aux substances placées sous contrôle à des fins médicales ou scientifiques ;
- › La réduction de l'offre\* ;
- › Les questions transversales liées aux Droits humains ;

- › Les tendances et défis ;
- › La coopération internationale\* ;
- › Le développement d'alternatives.

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

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

### SEGMENT MINISTÉRIEL DE 2019

Dans l'optique de la date butoir de 2019, un segment ministériel a été organisé en mars 2019<sup>9</sup>. L'objectif central de ce

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

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

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

9 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

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»<sup>10</sup>. 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. : La **chapitre 1.6.1** fait le point sur le coût et les conséquences sociosanitaires du paradigme prohibitionniste au niveau international. Nous invitons également le lecteur ou la lectrice à se référer au **chapitre 7.9** portant sur le coût social des drogues en Belgique.

Parvenir à un accord au sein des Nations-Unies, compte tenu de la multiplicité et de la diversité des pays membres, est en soi un exercice complexe, voire acrobatique. Et celui-ci peut se trouver facilité, ou au contraire drastiquement compliqué, par certaines évolutions géopolitiques. Or, le contexte a fortement changé depuis l'UNGASS de 2016<sup>11</sup>. Au-delà de la poursuite

.....  
en matière d'orientation de ces politiques à l'échelle internationale.

10 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).

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

du débat international sur la légalisation du cannabis, la polarisation politique de plusieurs pays ne permettait pas de présager une conclusion progressiste au segment ministériel de 2019. En effet, les pays ayant demandé l'organisation de l'UNGASS 2016, la Colombie, le Guatemala et le Mexique, ont connu un revirement politique ; les conservateurs ont accédé au pouvoir et la société civile a perdu de son influence. On peut également souligner la crise des droits humains en Asie du Sud-Est et les nombreuses violences contre les usager-es de drogues (entre 6.000 et 20.000 exécutions extrajudiciaires ont été perpétrées depuis 2016 aux Philippines, selon les estimations ; IDPC, 2018)). Le départ du président Obama et l'arrivée du président Trump à la Maison Blanche marquent le retour d'une approche punitive à l'encontre des drogues, et ce, malgré la crise des opioïdes qui décime la population américaine. En Europe, la montée du populisme et la crise politique autour des mouvements migratoires éloignent l'attention de la problématique des drogues. De plus, le front russe (c'est-à-dire la Russie

et les pays politiquement proches de la Russie) persiste et défend une approche répressive des drogues.

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

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

En octobre 2018, l'IDPC a publié un rapport évaluant les impacts des politiques «drogues» implantées dans le monde depuis 2009, sur base des données des Nations-

Unies, 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

.....  
12 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 <sup>12</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Augmentation de 130 % de la culture de pavot à opium (+35 % de production d'opium potentielle)</li> <li>› Augmentation de 34 % de la culture de cocaïer (+44 % de production de cocaïne potentielle)</li> </ul>
2	... La demande illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, ainsi que les risques sanitaires et sociaux liés aux drogues	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Augmentation de 31 % du nombre d'usager-es entre 2011 et 2016</li> <li>› Drogues les plus consommées sont le cannabis (+17 %), les opioïdes (+16 %) et les amphétamines et les stimulants sur ordonnance (+136 %) (2011-2016)</li> <li>› 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)</li> <li>› Augmentation de 145 % du nombre de décès liés aux drogues (2011-2015). Entre 33 et 50 % de ces décès sont des overdoses fatales</li> </ul>
3	... La production, la fabrication, la commercialisation, la distribution et le trafic illicites de substances psychotropes, notamment de drogues synthétiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Détection de 803 nouvelles substances psychoactives dans le monde entre 2009 et 2017</li> <li>› Niveau record d'usage illégal de médicaments psychoactifs de prescription dans certaines parties du globe (notamment en Amérique du Nord)</li> </ul>
4	... Le détournement et le trafic illicite de précurseurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Augmentation de l'utilisation et du nombre de précurseurs dans la production de drogues illégales</li> <li>› 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</li> </ul>
5	... Le blanchiment d'argent lié aux drogues illicites	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Le marché global des drogues génère entre 426 et 652 milliards de dollars américains</li> <li>› Plus de la moitié des profits générés passe par le blanchiment d'argent</li> <li>› Moins de 1 % de l'argent blanchi est saisi</li> </ul>

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) Réfléter, 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) Réfléter les réalités des politiques «drogues» sur le terrain, qu'elles soient positives (c'est-à-dire les réformes dans le domaine de la réduction des risques, des traitements, de la décriminalisation, des alternatives à l'emprisonnement, du cannabis thérapeutique ou de la régulation du cannabis récréatif) ou négatives (c'est-à-dire les violations des droits humains, la peine de mort, les exécutions extrajudiciaires, les emprisonnements massifs, les mauvaises conditions de détention, la stigmatisation et la discrimination des usager-es de drogue, etc.).
- 4) En finir avec les approches punitives et mettre les personnes et communautés au centre des préoccupations, en améliorant leurs conditions de vie, en tenant compte de leurs vulnérabilités et en protégeant leurs droits fondamentaux.

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

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

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

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

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

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

## CADRE LÉGAL ET POLITIQUE FÉDÉRAL

N.B. : Les cadres légaux et politiques spécifiques à certaines drogues (tabac, alcool, cannabis, etc.) et certains comportements (jeu 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 6<sup>e</sup> 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

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

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.

### 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

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.

## LES MESURES FÉDÉRALES POUR FAIRE FACE À LA CRISE COVID-19

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

Le lockdown de mars-avril 2020 a consisté en plusieurs mesures : la fermeture des écoles et universités, la fermeture des marchés et des commerces non essentiels (autres qu'alimentation, les librairies et pharmacies), des lieux culturels, récréatifs et festifs, des établissements sportifs, des restaurants, hôtels et cafés, l'arrêt des activités culturelles, sociales, festives, folkloriques, sportives et récréatives, ainsi que le ralentissement drastique des administrations, de la justice et de nombre de services de première ligne, notamment

de lutte contre la pauvreté, de promotion de la santé, de prévention et de réduction des risques liés à l'usage de drogues légales et illégales. Les institutions d'accompagnement et de soins aux personnes porteuses d'un handicap, ayant des problèmes de santé mentale ou des problèmes de consommation de drogues ont également été contraintes de réduire leurs activités et, dans certains cas, de renvoyer leurs usager-es chez eux ou dans leurs familles. La présence en rue était également fortement restreinte et les rassemblements interdits. Seuls étaient autorisés les déplacements indispensables (aller au travail pour les personnes ne pouvant pas télétravailler, aller à la banque, à la poste, faire ses courses, aller à un rendez-vous médical, aider une personne en difficulté...) et les sorties pour exercice physique (marche à pied, sport individuel en extérieur). De plus, les voyages non essentiels en dehors de la Belgique étaient interdits.

Face à la recrudescence des cas de COVID-19 à la fin de l'été, nombre de pays ont de nouveau procédé à une réduction des libertés individuelles. La Belgique a d'abord opté pour l'instauration d'un couvre-feu, avant de se résigner à un nouveau confinement à la fin du mois d'octobre 2020. À la différence du premier, les écoles et crèches sont restées ouvertes, les déplacements entre les Régions autorisés et la liste des commerces et services essentiels a été moins restrictive.

N.B. : Les mesures anti-COVID prises par la Région bruxelloise sont présentées au **chapitre 3**. Les mesures wallonnes sont quant à elles décrites dans le chapitre 3 du Tableau de bord wallon 2020.

Le 27 mars 2020, la Chambre des Représentants a accordé les pouvoirs spéciaux au Roi, l'habilitant ainsi à prendre des mesures contre la propagation du COVID-19 sans passer par la procédure législative classique. De plus, dès le 6 mars, le Gouvernement a adopté des mesures visant à soutenir les entreprises et les indépendants touchés par les conséquences de la pandémie (plans de paiement, chômage temporaire, etc.), des mesures visant à protéger le pouvoir d'achat des travailleur-es, ainsi que d'autres mesures socio-économiques assouplissant notamment le droit du travail (gel de la

dégressivité du chômage, possibilité de cumuler les CDD successifs, etc.) et des mesures de santé afin d'augmenter le nombre de professionnel-les de santé et de garantir l'accès aux soins de santé à toutes et tous. Le nouveau Gouvernement formé en septembre 2020 a annoncé poursuivre les mesures prises par le Gouvernement d'affaires courantes, notamment les reports de paiement, les garanties bancaires, le chômage temporaire, etc. jusqu'en 2021. Les Gouvernements fédérés quant à eux ont également pris des mesures relatives à l'économie et l'emploi dans la limite de leurs prérogatives.

Le Gouvernement De Croo a épinglé ses **priorités sociales** face à la seconde vague de COVID-19, à savoir poursuivre les soins primaires liés à la COVID-19 et les autres soins, gérer au mieux la pression sur le personnel soignant, permettre aux écoles de continuer à donner cours et assurer le fonctionnement de l'économie grâce au télétravail ou en sécurité pour les personnes ne pouvant pas télétravailler. La santé mentale de la population générale et des personnes ayant des problèmes de santé mentale et qui sont isolées en période de confinement sont également une priorité. De plus, un accord social a été conclu au sein du secteur fédéral des soins de santé, où 600 millions seront affectés de manière récurrente à l'amélioration des conditions de travail, dont un réel treizième mois, etc.<sup>13</sup>. Le Gouvernement a également annoncé l'augmentation du nombre de lits de soins intensifs des hôpitaux. Le ministère de la Santé publique a opérationnalisé un Fonds «blouses blanches» permettant aux hôpitaux d'engager le personnel dont ils ont besoin pour compléter et améliorer leur encadrement<sup>14</sup>. Parallèlement à ceci et afin de renforcer et améliorer le **bien-être psychosocial** des professionnel-les de la santé faisant face à la seconde vague, les membres de la Conférence interministérielle Santé du 28 octobre 2020 se sont accordés sur la mise à disposition de 1.500 ETP prestataires de soins psychologiques afin d'organiser un soutien psychologique en association avec les soins primaires

13 Compte rendu intégral, Séance plénière du 22/10/2020, Chambre des Représentants, URL : <https://www.lachambre.be/doc/PCRI/pdf/55/ip065.pdf>

14 Compte rendu intégral, Séance plénière du 29/10/2020, Chambre des Représentants, URL : <https://www.lachambre.be/doc/PCRI/pdf/55/ip066.pdf>

**FIGURE 1 : LIGNE DU TEMPS DES MESURES POLITIQUES DE CONFINEMENT ET DE RESTRICTION DES LIBERTÉS FACE À LA PANDÉMIE DE COVID-19 (2020)**

<p><b>14 mars 2020 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Écoles et universités fermées</li> <li>- Fermeture de l'Horeca</li> <li>- Magasins autres que alimentation et pharmacies fermés le weekend</li> <li>- Activités récréatives, folkloriques et culturelles annulées</li> </ul>		<p><b>4 mai 2020 : Début du déconfinement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masque obligatoire dans les transports en commun</li> <li>- Réouverture des industries et services B2B (de professionnels à professionnels)</li> <li>- Sports en extérieur et sans contact autorisés</li> </ul>	<p><b>18 mai 2020 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réouverture partielle et progressive des écoles</li> <li>- Réouverture musées et bâtiments historiques</li> <li>- Réouverture des marchés</li> </ul>	<p><b>15 juin 2020 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réouverture des frontières belges</li> </ul>
	<p><b>18 mars 2020 : Lockdown</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Confinement des citoyen-nés chez eux sauf pour se rendre au travail (si le télétravail n'est pas possible) et les déplacements indispensables</li> <li>- Rassemblements interdits</li> <li>- Activités physiques en extérieur autorisées</li> <li>- Fermeture des magasins non essentiels</li> <li>- Fermeture des écoles et universités</li> <li>- Voyages non essentiels en dehors de la Belgique interdits</li> </ul>	<p><b>11 mai 2020 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réouverture des commerces</li> <li>- Possibilité d'inviter 4 personnes chez soi en respectant les distances de sécurité</li> </ul>		<p><b>8 juin 2020 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Possibilité de voir qui l'on veut en respectant les distances de sécurité</li> <li>- Contact rapproché avec 10 personnes par semaine autorisé</li> <li>- Réouverture de l'Horeca (sauf boîtes de nuit)</li> <li>- Possibilité de circuler librement en Belgique</li> <li>- Reprise intégrale des écoles maternelles et primaires</li> </ul>

(c'est-à-dire les médecins généralistes) et ainsi soulager la première ligne de soins. Un budget supplémentaire sera également dégagé à l'adresse des hôpitaux, dans la perspective de fournir un soutien psychologique au personnel de santé<sup>15</sup>.

En matière de lutte contre le sans-abrisme, le Gouvernement fédéral a prolongé son **dispositif hivernal** jusqu'au 31 juillet 2020 (au lieu du 15 mars), permettant le maintien de nombreuses places d'accueil. Des ressources supplémentaires ont également été dégagées pour l'hiver 2020-2021 pour l'accueil des sans-abris, au consortium de coopération entre la Croix-Rouge et l'asbl Médecins du Monde et à quatre grandes villes (Liège, Gand, Anvers et Charleroi)<sup>16</sup>.

#### LA GESTION DE L'ÉPIDÉMIE EN MILIEU CARCÉRAL

La population carcérale présente, déjà en temps normal, des taux plus élevés de trouble mental préexistant, de suicide et d'automutilation que la population générale, qui sont eux-mêmes liés à des comportements de récurrence. Les stratégies de lutte contre l'épidémie se sont accompagnées dans plusieurs pays de l'adoption de mesures spécifiques affectant les personnes détenues et le personnel en contact avec eux. Le ralentissement de la Justice, d'abord, a pu provoquer l'allongement des procédures et ainsi augmenter le temps passé en détention provisoire. Or la détention provisoire est une période particulièrement anxiogène et stressante pour les personnes détenues, incertaines quant à leur futur. Et ces émotions peuvent être intensifiées par le caractère imprévisible de la crise sanitaire. Parallèlement, les visites ont été suspendues pendant de longues semaines ; celles-ci

participent pourtant significativement au maintien du lien avec l'extérieur, à favoriser une réinsertion réussie dans la société, et à réduire la récurrence. Les visites des proches permettent également d'atténuer la détresse mentale et de réduire le risque de suicide et automutilation. De plus, le manque de soutien social peut compliquer l'ajustement à la vie carcérale pour les personnes nouvellement détenues. Les activités récréatives ou en tout cas occupationnelles ont aussi été suspendues. Les personnes détenues passent dès lors davantage de temps en cellule, n'ont que trop peu d'activités de substitution et de contact avec d'autres personnes détenues, avec le personnel pénitentiaire ou avec les intervenant-es extérieurs dont les activités ont été fortement limitées. Le manque de contact humain signifie aussi que les maux sociosanitaires des personnes détenues ont moins de chance d'être détectés et pris en charge à temps. Afin d'endiguer la propagation du virus au sein des établissements, certaines

15 Compte rendu intégral, Commission de la Santé du 03/11/2020, Chambre des Représentants, URL : <https://www.lachambre.be/doc/CCRI/pdf/55/ic297.pdf>  
 16 Conseil des ministres du 18/12/2020, URL : <https://news.belgium.be/fr/covid-19-plan-hivernal-sans-abris>

	<p><b>29 juillet 2020 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Report de la 5e phase du déconfinement</li> <li>- Réduction de la bulle sociale à 5 personnes</li> <li>- Rassemblement limité à 10 personnes avec distances de sécurité</li> </ul>		<p><b>9 octobre 2020 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fermeture des lieux servant de l'alcool à 23h sur tout le territoire</li> <li>- Télétravail hautement recommandé</li> </ul>	<p><b>29 octobre 2020 (FWB) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Couvre-feu de 22h à 6h</li> <li>- Cours en présentiel suspendus dans l'enseignement supérieur et secondaire</li> <li>- Fermeture des établissements culturels, festifs, sportifs, récréatifs et événementiels</li> </ul>
	<p><b>1er juillet 2020 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bulle sociale ouverte à 15 personnes</li> <li>- Réouverture sous conditions des théâtres et cinémas, piscines, casinos et salles de jeux, etc.</li> <li>- Événements de masse et boîtes de nuit toujours interdits</li> <li>- Événements ponctuels autorisés avec nombre maximum de personnes</li> </ul>	<p><b>23 septembre 2020 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fin obligation du port du masque en extérieur (sauf exceptions locales)</li> <li>- Nouveau système de quarantaine</li> </ul>	<p><b>19 octobre 2020 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bulle de contact rapproché limitée à 1 personne</li> <li>- Rassemblement limité à 4 personnes avec distances de sécurité</li> <li>- Couvre-feu de minuit à 5h</li> <li>- Télétravail devient la norme</li> <li>- Fermeture de l'Horeca</li> <li>- Vente d'alcool interdite après 20h</li> </ul>	<p><b>2 novembre 2020 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contacts en extérieur limités à 4 personnes</li> <li>- Télétravail obligatoire</li> <li>- Fermeture des magasins non essentiels</li> </ul>

personnes détenues sont placées en isolement. Les périodes en isolement, même courtes, ont des effets néfastes sur la santé mentale, et sont associées à des conséquences psychologiques, y compris la colère, la dépression, l'anxiété, la paranoïa, la psychose, ainsi qu'à une plus grande mortalité après la sortie de prison. La santé mentale du personnel pénitentiaire est également mise à rude épreuve, que ce soit à cause du manque systémiques de ressources humaines disponibles, renforcé par l'épidémie (personnel malade, mis en quarantaine, etc.), ou à cause de l'anxiété entourant la COVID-19 (pour soi ou ses proches), d'autant plus dans un milieu aussi propice à la propagation des virus que les prisons<sup>17,18,19</sup>.

17 Kothari, R., Forrester, A., Greenberg, N., Sarkissian, N., & Tracy, D. K. (2020). COVID-19 and prisons : Providing mental health care for people in prison, minimising moral injury and psychological distress in mental health staff. *Medicine, Science and the Law*, 60(3), 165-168.

Le Gouvernement fédéral a pris des mesures lors du premier confinement, afin réduire la population carcérale et limiter la propagation du virus dans les établissements pénitentiaires, dont<sup>20,21,22</sup> :

- › Suspension stricte des visites entre le 14 mars et le 25 mai (jusqu'au 14 septembre

.....

18 Hewson, T., Shepherd, A., Hard, J., & Shaw, J. (2020). Effects of the COVID-19 pandemic on the mental health of prisoners. *The Lancet. Psychiatry*, 7(7), 568-570.

19 Kinner, Stuart & Young, Jesse & Snow, Kathryn & Southalan, Louise & Lopez-Acuña, Daniel & Ferreira-Borges, Carina & O'Moore, Eamonn. (2020). Prisons and custodial settings are part of a comprehensive response to COVID-19. *The Lancet Public Health*. 5.

20 Compte rendu intégral, Commission de la Justice du 08/04/2020, Chambre des Représentants, URL : <https://www.lachambre.be/doc/CCRI/pdf/55/ic143.pdf>

21 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>

22 Article «En prison au temps du COVID-19», MursMurs n°8, juin 2020, l.Care asbl, URL : <https://indd.adobe.com/view/e3dc7132-4e2c-4a66-adac-5404fd80cf51>

pour les visites hors surveillance – qui seules permettent un moment d'intimité aux personnes détenues et leurs proches). Afin de permettre aux personnes détenues de garder contact avec leurs proches, chacune a reçu un crédit d'appel de 20 € par mois le temps de l'interdiction. Des visites virtuelles ont été rendues possibles fin avril ;

- › Visites limitées à partir du 25 mai à une visite par semaine, par personne détenue, avec respect des distances de sécurité. Les visites de personnes mineures de moins de 16 ans seules ne sont pas autorisées ;
- › Suspension des activités collectives et des activités communautaires (formation, bibliothèque, sport) ;
- › Suspension temporaire des permissions de sortie, des congés pénitentiaires et des détentions limitées ;
- › Mise en place d'un cordon sanitaire dans certains établissements, refusant les services externes (y compris les aides psychosociales) ;

- › Mise en isolement des objets entrant (par exemple le courrier) ;
- › Suspension ou report temporaire de l'application des peines d'emprisonnement non urgentes, au cas par cas et à condition de ne pas mettre la sécurité publique en danger ;
- › Interruption de l'exécution de la peine accordée aux personnes détenues vulnérables au développement du virus ou aux personnes ayant déjà accompli un congé pénitentiaire ordinaire avec succès. Les jours d'interruption comptent comme des jours de détention et ne devront pas être purgés par la suite. Ces «congés élargis» ont pris fin le 16 juin ;
- › Libération anticipée de la personne condamnée maximum 6 mois avant la fin de la peine d'emprisonnement ;
- › Mise en isolement préventif des personnes détenues entrant en prison ;
- › Distanciation physique et lavage des mains.

La Ligue des Droits Humains précise cependant que les mesures visant à réduire la population carcérale reposent entre les mains des juges qui ont la possibilité de statuer au cas par cas sur chaque demande de libération, ce qui en limite significativement la portée<sup>23</sup>. Face à l'inexorabilité de la seconde vague de contaminations, les tensions ont grandi entre le Ministère de la Justice et les syndicats qui demandaient une nouvelle restriction des visites en prison. Suite à une grève et des discussions entre les deux parties, le Gouvernement a décidé de suspendre les visites sans surveillances dès le 16 octobre 2020, de limiter le nombre de visiteurs à trois personnes, d'imposer le port généralisé du masque buccal et de permettre un contact physique au début et à la fin des visites. Les appels téléphoniques et vidéo se poursuivent<sup>24</sup>.

Si le premier confinement a été traité sous l'angle de la lutte contre la surpopulation, le second confinement a quant à lui pris une tournure différente puisque le

ministre de la Justice a élaboré un projet de loi «portant des dispositions diverses temporaires et structurelles en matière de justice dans le cadre de la lutte contre la propagation du COVID-19» qui offre la possibilité de suspendre l'exécution des congés pénitentiaires, des permissions de sortie et des détentions limitées jusqu'au 31 mars 2021. Le CAAP (Concertation des associations actives en prison) et plusieurs associations actives dans le milieu carcéral ont interpellé les autorités quant au manque de concertation entre les différents niveaux de pouvoir impliqués et auprès des personnes détenues, leurs proches, les acteurs et services de terrain, les professionnel·les du milieu pénitentiaire et les associations et fédérations. Ils ont également attiré leur attention sur les effets délétères que de telles mesures pourraient avoir sur la santé mentale des personnes détenues et sur leur réinsertion (celle-ci étant progressivement organisée au moyen de congés pénitentiaires, de permissions de sortie et de détentions limitées)<sup>25,26</sup>.

Afin de prévenir la propagation du SARS-COV-19, les autorités de nombreux États européens ont adopté des mesures visant à réduire la population carcérale (en France, en Italie, en Grèce, au Portugal, par exemple<sup>27</sup>). Les mesures comprennent des suspensions ou reports de peines, ou des libérations conditionnelles ou anticipées (y compris sous surveillance électronique), applicables aux délits mineurs et/ou aux personnes détenues les plus vulnérables. Ceci a permis de diminuer significativement la population carcérale et de limiter les dommages liés au virus. En Belgique, les mesures appliquées lors de la première vague ont permis de soulager le parc pénitentiaire de 1.600 personnes, temporairement tout du moins et inégalement réparties entre les prisons du pays, laissant certaines prisons en surpopulation<sup>28</sup>. La Concertation des associations actives en prison (CAAP) note cependant que ce soulagement fut de courte durée puisque le taux de surpopulation est revenu à un niveau assez élevé lors de la deuxième vague<sup>29</sup>. La crise sanitaire exacerbe les problèmes systémiques liés à une politique pénale d'emprisonnement. La surpopulation n'a toutefois pas attendu la COVID-19 pour avoir des effets socio-sanitaires néfastes sur la santé physique et mentale des personnes détenues, qui sont généralement déjà en moins bonne santé que la population générale. La gestion de la crise a montré que des mesures sont à la portée des autorités pour réduire rapidement le nombre de personnes détenues de manière significative et qu'elles sont applicables en à peine quelques semaines.

23 Article «Le Coronavirus derrière les barreaux : Il est temps de libérer des détenu·e·s pour lutter contre la COVID-19 et protéger les liens familiaux», Ligue des Droits Humains, 13/11/2020, URL : <https://www.liguedh.be/le-coronavirus-derriere-les-barreaux-il-est-temps-de-liberer-des-detenuc2b7ec2b7s-pour-lutter-contre-la-covid-19-et-protoger-les-liens-familiaux/>

24 Compte rendu intégral, Commission de la Justice du 14/10/2020, Chambre des Représentants, URL : <https://www.lachambre.be/doc/CCRI/pdf/55/ic281.pdf>

25 Lettre ouverte du CAAP, relative à la Loi portant des dispositions diverses temporaires et structurelles en matière de justice dans le cadre de la lutte contre la propagation du COVID-19, 16/12/2020, URL : [https://cbcs.be/IMG/pdf/caap\\_lettre\\_ouverte\\_ministre\\_de\\_la\\_justice\\_16\\_decembre\\_2020.pdf?2667/0e85277d119f2d8747fe12ddd04cec4da13d2eeb](https://cbcs.be/IMG/pdf/caap_lettre_ouverte_ministre_de_la_justice_16_decembre_2020.pdf?2667/0e85277d119f2d8747fe12ddd04cec4da13d2eeb)

26 Article «Les détenus et le travail social en prison sont mis à mal dans l'indifférence générale», Opinion de Martin Bouhon, directeur de La Touline asbl, service d'aide aux justiciables de Nivelles ; Agathe Willaume, directrice du SMAJ asbl, service marches d'aide aux justiciables ; Cécile Dethier, directrice de l'ASJ-Lux, service d'aide sociale aux justiciables de Neufchâteau ; Françoise Thiéry, directrice de l'A.P.R.E.S asbl, Apprentissage Professionnel, Réinsertion Économique et Social à Bruxelles ; Kathy Devliegher, coordinatrice du Service d'aide sociale aux justiciables de Verviers et Julie Van Neijverseele, directrice de l'ORS Espace-Libre asbl, service d'aide aux justiciables de Charleroi, Lalibre.be, 08/12/2020, URL : <https://www.lalibre.be/debats/opinions/les-detenus-et-le-travail-social-en-prison-sont-mis-a-mal-dans-l-indifference-generale-5fce6677d8ad5874797784d1>

27 Voir le site de Prison Insider pour une comparaison documentée des mesures prises au sein des pays européens, URL : <https://www.prison-insider.com/articles/europe-coronavirus-la-fievre-des-prisons>

28 Article «Mesures liées au confinement : les prisons belges comptent 1.610 détenus en moins», Laurence Wauters, Lesoir.be, 05/05/2020, URL : <https://plus.lesoir.be/298926/article/2020-05-05/mesures-liees-au-confinement-les-prisons-belges-comptent-1610-detenus-en-moins>

29 Article «On est revenu en pleine seconde vague à un taux de surpopulation assez élevé», Pierre Jassogne, Alter Echos, 03/12/2020, URL : [https://www.alterechos.be/on-est-revenu-en-pleine-seconde-vague-a-un-taux-de-surpopulation-assez-eleve/?fbclid=IwAR2H8wYFNpdtastKI-DjwYzYkJOtOMn3600P33ktRDA\\_1ofc3S6R-Osdig](https://www.alterechos.be/on-est-revenu-en-pleine-seconde-vague-a-un-taux-de-surpopulation-assez-eleve/?fbclid=IwAR2H8wYFNpdtastKI-DjwYzYkJOtOMn3600P33ktRDA_1ofc3S6R-Osdig)

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

Les personnes réagissent différemment aux situations de crise ; au sein de la population générale, beaucoup de personnes sont et vont être confrontées à des réactions de stress, pour la plupart temporaires. Il est important de traiter ces réactions de stress, en présentiel ou à distance, pour réduire les risques de développer des problèmes plus tard et renforcer le respect des mesures de lutte contre le virus prises par les autorités. Les situations de trauma doivent quant à elles être prises en charge par des professionnel·les spécifiquement formés.

Plusieurs facteurs de risque interviennent dans le développement des problèmes de santé mentale, déterminent leur apparition et leur évolution et dont il faut tenir compte dans le cadre des prises en charge :

- > Les facteurs de prédisposition : âge, sexe féminin, statut socioéconomique faible, soutien social faible, sentiment de contrôle faible, problèmes psychiques antérieurs...
- > Les facteurs déclenchants : peur de la pandémie, quarantaine, longues incertitudes, risques pour sa vie, etc.
- > Les facteurs d'entretien : durée du confinement, facteurs personnels tels

## AVIS DES EXPERT-ES

**Josette Bogaert, Coordinatrice, CAP-ITI asbl (milieu carcéral)**

Le travail auprès des détenu(e)s usager(e)s de produit(s) psychotropes a été sérieusement compliqué en 2020. Le confinement du mois de mars a, dans un premier temps, fermé les portes des prisons aux équipes qui s'y rendaient régulièrement pour l'accompagnement psychosocial de ce public. Les proches et familles n'ont pas pu non plus accéder aux visites. Cette situation a provoqué dès lors un isolement de personnes déjà écartées de la société par le fait de purger une peine de prison. Par la suite, et selon l'évolution de l'épidémie en Belgique, ces services ont eu accès aux prisons de manière limitée et erratique, ne pouvant garantir une continuité des prises en charge.

À Bruxelles, les services actifs en matière de toxicomanie ont été parmi les premiers services externes à reprendre le chemin des parloirs. En effet, le confinement a provoqué une diminution de l'entrée de produits psychotropes en prison et augmenté les difficultés psychiques et physiques liées à cette situation. Ces services ont par conséquent eu une mission de soutien et d'accompagnement, mission déjà existante mais réalisée dans un contexte compliqué par le climat anxigène lié à la présence invisible du coronavirus.

Au moment d'écrire ces lignes, les difficultés rencontrées par les détenu(e)s, consommateurs ou non, n'ont cessé d'augmenter. Aux mesures de quarantaine exigées lors de retour de sorties spéciales ou de congés pénitentiaires s'ajoute la suppression pure et simple de ces mesures. Celle-ci intervient, bien entendu, dans un contexte où toute la population du pays doit renoncer aux fêtes de fin d'année. Dans le contexte d'enfermement, il est évident que ce renoncement prend une dimension difficile, voire impossible, à surmonter.

que la capacité à faire face soi-même, soutien social, réaction et reconnaissance de la communauté, confiance dans l'information fournie, soutien financier et réhabilitation, attention dans les médias, etc.

La solitude, également, l'absence de contact et l'isolement social, sont des facteurs de risque de la survenue de problèmes mentaux, de maladies, ou même de décès (par suicide ou autre). Les personnes vivant séparées de leur famille ou de leurs proches courent un risque plus élevé de développer des problèmes tels que la dépression, l'anxiété ou les pensées suicidaires. Le CSS note qu'il n'y a pas de facteurs dominants, mais qu'il s'agit plus souvent d'une combinaison de facteurs. Certains groupes sont dès lors particulièrement fragilisés, notamment les personnes ayant une grande peur du virus ou qui présentent une vulnérabilité préexistante accrue à l'impact de la maladie, les personnes qui n'ont pas de sécurité d'emploi ou de

revenu, les parents de jeunes enfants, les femmes, les jeunes, les personnes seules, celles qui n'ont pas ou très peu de contacts sociaux, les personnes peu qualifiées (y compris les étudiant·es qui travaillent). Une augmentation de la psychopathologie chez les femmes avec de jeunes enfants, les personnes migrantes, les personnes ayant des problématiques psychiatriques antérieures et les adolescent·es, a ainsi été observée.

Les professionnel·les du secteur du soin ont été mise à rude épreuve et pourraient bien l'être encore aussi longtemps que la crise durera. Le CSS relève dès lors l'attention particulière qu'il faudra leur porter, les temps d'accalmie revenus. Il est également essentiel d'être conscient que la crise sanitaire aura des effets à long terme sur la santé de toutes et tous. Encadrer et soutenir les programmes de retour au travail et de formation, suite à un arrêt dû à la maladie, à l'épuisement, à la récession ou au chômage technique, sont également importants en

termes de prévention des problèmes de santé mentale et d'autres problèmes de santé, et de relance de la société dans son ensemble.

Le CSS tire la sonnette d'alarme quant aux risques de problèmes de santé mentale au sein de la population, conséquemment à la crise sanitaire. Une proportion élevée des personnes concernées risque tôt ou tard de souffrir d'un trouble de stress aigu, dont une partie pourrait évoluer en trouble du stress post-traumatique<sup>30</sup>. Les restrictions plus ou moins fortes des contacts sociaux au cours de la crise, ainsi que la précarité de l'emploi et la perte de revenus,

30 Le trouble du stress post-traumatique survient lorsque certaines formes graves de stress persistent plus d'un mois après l'évènement ou se développent plus d'un mois après l'évènement (reviviscence, évitement, irritabilité accrue, etc.).

jouent significativement sur le risque de développer des problèmes psychologiques.

Face à ces risques, le CSS formule plusieurs recommandations, dont :

- › Il est d'une importance centrale d'intégrer la prévention, la détection et le traitement des problèmes de santé mentale à l'approche globale de santé publique. Pareille mesure participe à l'application des directives sanitaires par la population et joue sur la santé mentale de celle-ci ;
- › La communication doit faire l'objet d'une attention particulière. Les autorités doivent faire une priorité de gagner et conserver la confiance de la population. La communication doit être claire, transparente et coordonnée ; il est nécessaire de communiquer de manière univoque et solide, en tenant compte des différents niveaux de littératie en santé et d'éducation aux médias de la population,

ainsi qu'aux diverses préférences en matière de médias ;

- › Renforcer la résilience individuelle et collective ; éviter la coercition et la répression qui ont des effets pervers sur la santé mentale et le respect des consignes ;
- › Investir dans la protection sociale et accompagner le retour au travail ;
- › Déployer de manière efficace les soins de santé mentale, avec une attention particulière aux publics vulnérables et y compris l'aide à distance et l'aide urgente ;
- › Soutenir les prestataires de soins, notamment en limitant les facteurs de stress connus et en offrant un soutien psychosocial préventif ;
- › Mettre en place un processus de deuil bien réfléchi et échelonné ;
- › Préparer les rebonds de l'épidémie et élaborer des plans de prévention des crises cohérents et un plan d'action.

## 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<sup>31</sup>.

Afin de tenir compte de la crise sanitaire, un certain nombre de changements ont été opérés 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<sup>32</sup>.

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<sup>33</sup>. Le programme vise à :

31 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>

32 Voir le site de la Commission européenne : [https://ec.europa.eu/echo/what/civil-protection/resceu\\_en](https://ec.europa.eu/echo/what/civil-protection/resceu_en)

33 Voir le site de la Commission européenne : [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/funding/docs/eu4health\\_factsheet\\_fr.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/funding/docs/eu4health_factsheet_fr.pdf)

- › Lutter contre les menaces transfrontalières sur la santé, en :
  - Assurant la prévention et la surveillance des menaces transfrontalières 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

## 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, la 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 réglementation 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 de **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 stratégie 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 de **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 Gouvernements 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 de 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

chapitre 5.2.1), le tabac, les jeux de hasard et d'argent, et les salles de consommation à moindre risque (SCMR, voir chapitre 3.7. Les salles de consommation à moindre risque). Or, nombre de ces sous-discussions n'ayant pas encore abouti à un accord entre le fédéral et les entités fédérées, la déclaration conjointe n'a pas encore été actualisée.

Afin d'actualiser la Déclaration conjointe, la CGPD a décidé de financer une évaluation globale de la politique en matière de drogues belge (EVADRUG), par le biais de BELSPO. Cette étude sera menée par l'Université de Gand et celle de Leuven, dès le début de l'année 2019 et ses résultats devraient paraître en 2021<sup>34</sup>.

#### LA CONFÉRENCE INTERMINISTÉRIELLE SANTÉ PUBLIQUE DU 24 MAI 2019

La CIM Santé publique s'est réunie le 24 mai 2019 et a adopté une série de décisions<sup>35</sup>. En particulier, elle s'est prononcée pour une vision commune des autorités fédérales et fédérées sur la coordination des soins et le *case management*. La coordination des soins est définie comme un processus collaboratif d'évaluation, de planification, d'harmonisation et de défense des intérêts, afin que les options et services répondent aux besoins globaux en soins et aux souhaits de la personne et de son entourage, et ce, par le moyen de la communication et des moyens disponibles.

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

En matière de réforme des soins de santé en prison, la CIM avait fixé les principes suivants : 1) Équivalence et continuité des soins en milieu carcéral et dans la société

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

#### LES RECOMMANDATIONS DE LA CGPD POUR LA LÉGISLATURE 2019-2024

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

- 1) Poursuivre les travaux pour la mise en place d'une politique globale et intégrée en matière d'alcool, afin de réduire substantiellement la consommation nocive d'alcool
- 2) Ancrer structurellement dans la législation et les financements existants les unités de crise dans les hôpitaux généraux et psychiatriques pour personnes en situation de crise psychique et/avec un problème 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

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

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

- 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 réglementation 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.

## 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<sup>36</sup>. 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 d'un an<sup>37</sup>. Le travail d'élaboration du futur PNS 2020-2024 était encore en cours en novembre 2020 et son contenu n'a pas encore été publié à l'heure de rédaction de ces lignes<sup>38</sup>. 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<sup>39</sup>

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

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

37 Compte rendu intégral, Commission de l'intérieur, de la sécurité, de la migration et des matières administratives du 19/02/2020, Chambre des Représentants.

38 Compte rendu intégral, Commission de l'intérieur, de la sécurité, de la migration et des matières administratives du 10/11/2020, Chambre des Représentants.

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

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<sup>40</sup> 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<sup>41</sup>. 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<sup>42</sup> 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

40 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.

41 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.

42 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.

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 usagers 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 ;
- › Étendre la couverture territoriale et soutenir la diversité de l'offre d'assistance et de bien-être. Garantir la continuité des soins implique l'existence et l'accès à un nombre suffisant de services généraux et spécialisés, de centres et d'équipes ambulatoires ou résidentiels et de réseaux adéquats ;
- › Prévoir davantage de places dans des services résidentiels spécialisés en assuétudes ;
- › Poursuivre les mesures alternatives pour les consommateurs de drogues aux différents niveaux de la chaîne pénale ; d'une part, en soutenant les collaborations entre acteurs (de la police, de la Justice, des services d'aide et d'assistance) et, d'autre part, en élargissant le recours

à la médiation afin qu'elle puisse «être adaptée aux victimes de crimes et offrir un cadre juridique aux projets pilotes en cours» ;

- › Développer la politique de santé pour les consommateurs en prison, «avec une attention particulière pour la continuité des soins après la détention». Les compétences impliquées dans les soins aux détenus et ex-détenus sont partagées entre le fédéral et les entités fédérées. En effet, alors que les soins dispensés en milieu libre sont de la compétence Régions, les soins au sein des prisons dépendent, eux, du SPF Justice<sup>43</sup>. 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.

## LA 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<sup>44</sup> :

- 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.

.....  
<sup>43</sup> 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.

<sup>44</sup> L'intégralité du Plan est disponible à l'adresse : <https://www.mi-is.be/fr/plan-federal-de-lutte-contre-la-pauvrete>

En 2019, le SPP Intégration sociale (Service public fédéral de programmation intégration sociale) a rédigé un memorandum à l'adresse du futur Gouvernement<sup>45</sup>. 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 des droits sociaux, la simplification des 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 ;

.....  
<sup>45</sup> L'intégralité du memorandum est consultable à l'adresse : [https://www.google.com/url?sa=t&rc=t=j&q=&escr=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewiYxbW8s\\_jvAhXzh\\_OHHVTKDvQQFJA AegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fwww.mi-is.be%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fdocuments%2Fmemorandum\\_2019\\_fr.pdf&usq=AOvVaw1ztTszK4qAcKe0thTahTKx](https://www.google.com/url?sa=t&rc=t=j&q=&escr=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewiYxbW8s_jvAhXzh_OHHVTKDvQQFJA AegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fwww.mi-is.be%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fdocuments%2Fmemorandum_2019_fr.pdf&usq=AOvVaw1ztTszK4qAcKe0thTahTKx)

- › 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.

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.

## 1.2.2. LE CADRE LÉGAL FÉDÉRAL

### LA LOI DU 24 FÉVRIER 1921

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

La loi de 1921 a été rédigée suite à la ratification par la Belgique de la Convention internationale de l'opium (La Haye, 1912). La loi française de 1916 avait alors servi de modèle à la rédaction de la loi de 1921. Toutefois, le contexte belge était alors bien différent de celui de ses pays limitrophes. Les problèmes liés à l'usage de drogues avaient été à l'époque fortement exagérés et il n'y avait pas de fumeries d'opium (Guillain, 2003 ; Toro, 1998). Ce contexte initial de lutte contre les fumeries d'opium explique certaines mesures de la loi de 1921, notamment l'interdiction de toute incitation à la consommation et de la mise à disposition de lieux de consommation, qui freine encore aujourd'hui la mise en place de salles de consommation à moindre risque<sup>46</sup>.

46 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

CADRE LÉGAL FÉDÉRAL ACTUELLEMENT APPLIQUÉ		
<p><b>Loi du 24 février 1921 (modifiée par la loi du 9 juillet 1975)</b> 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</p>		
<p><b>Loi du 4 avril 2003</b> modifiant la loi du 24 février 1921</p>	<p><b>Loi du 3 mai 2003</b> modifiant la loi du 24 février 1921<sup>47</sup></p>	<p><b>Loi du 7 février 2014</b> modifiant la loi du 24 février 1921</p>
<p><b>Arrêté royal du 6 septembre 2017</b></p>		
<p><b>Circulaire commune du 21 décembre 2015 (révisée le 18 juin 2018)</b></p>		

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-e usager-e poursuivi-e pour détention peut encourir les mêmes peines que celui ou celle qui s'adonne à la vente de drogues illicites. Et ce manque de précision laisse la place à l'arbitraire dans les décisions de justice et dans l'application de la loi (Guillain, 2003).

.....  
SCMR existe dans l'illégalité. Le sujet des SCMR est davantage développé dans le chapitre 1.2.3. Les salles de consommation à moindre risque.

47 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).

## 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)<sup>48</sup>

Types de substances	Peines encourues <sup>49</sup>	
Substances toxiques, désinfectantes ou antiseptiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Emprisonnement de 8 jours à 3 mois et/ou une amende de 100 à 3.000 euros pour conservation et délivrance de ces substances ;</li> <li>&gt; Emprisonnement d'un 1 à 5 ans et/ou une amende de 3.000 à 100.000 euros pour tout autre fait.</li> </ul>	
Substances soporifiques, stupéfiantes et autres substances psychotropes susceptibles d'engendrer une dépendance <sup>50</sup>	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<sup>51</sup> 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<sup>52</sup>. 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)<sup>53</sup> 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<sup>54</sup>. 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

48 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](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=1921022401)).

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

50 Pour le cas particulier du cannabis, voir chapitre 6.2.4

51 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.

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

53 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).

54 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.

charge de la Santé publique ou de son/sa délégué-e.

Les procédures de demande, de modification, de suspension et de retrait des autorisations, ainsi que les inspections, sont réglées par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS)<sup>55</sup>.

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 pharmaciennes dans les limites de leurs impératifs professionnels.

- 3) L'autorisation de particulier<sup>56</sup> 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<sup>57</sup>. Dès

lors, le système normal d'autorisations d'activités, d'importations et d'exportations ne convient pas et un contrôle de la distribution et des déclarations des acheteurs n'est pas possible. Une telle autorisation est attribuée sous réserve que le particulier prouve que les substances sont destinées à un usage légal et qu'il n'y a pas d'alternative à celles-ci pour obtenir un même résultat.

#### DE L'INSÉCURITÉ JURIDIQUE

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

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 6.2.4.

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

55 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.

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

57 Ces produits sont en effet utilisés à grande échelle à des fins de production dans l'industrie (par

.....  
exemple en tant que dissolvant pour les colles) et à moindre échelle par les particuliers (dans le cadre de constructions, par exemple).

## UNE SOLUTION À LONG TERME ?

En premier lieu, l'arrêté royal de 2017 renferme un défaut de mise en application. En effet, la description des substances prohibées requiert, de la part du système policier et judiciaire (notamment des magistrat-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 connaît 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.

## LA CIRCULAIRE COMMUNE DU 21 DÉCEMBRE 2015 (RÉVISÉE EN 2018)<sup>58</sup>

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

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

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

Selon la circulaire, toute infraction liée à une substance autre que le cannabis donnera lieu à la rédaction d'un procès-verbal ordinaire ou d'un procès-verbal EPO (enquête policière d'office, conformément à la circulaire 8/2005). De plus, les substances illégales seront systématiquement saisies (y compris le cannabis). Lorsque des substances illicites sont découvertes

58 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.

dans un contexte couvert par le secret professionnel, le/la détenteur-riche 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-riche 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.

## LA RÉFORME DU CODE PÉNAL

Le Ministère de la Justice avait initié, sous le Gouvernement Michel Ier, la réforme du Code pénal afin de le moderniser, de le simplifier et de tenir compte des évolutions de la société. À cette fin, une Commission de réforme du Code pénal a été formée en 2015. Le Code pénal est composé de deux Livres ; le Livre Ier comprend les règles générales qui s'appliquent à l'ensemble des infractions, des peines et comportements qui tombent sous le coup de la loi pénale. Le Livre II contient quant à lui les infractions spécifiques (meurtre, viol, vol, etc.).

La réforme semblait également s'inscrire, originellement, dans la volonté de réduction des peines d'emprisonnement, tant de la part du Ministère de la Justice que de la Commission de réforme du Code pénal<sup>59,60</sup>. Le Livre Ier a été approuvé en 2017 et le Livre II a été soumis au Conseil des ministres en 2018.

59 Compte rendu analytique, Commission de la Justice de la Chambre des Représentants, 04/03/2020.

60 Article «Commission de réforme du Code pénal : les juristes démissionnent» de Wahoub Fayoumi, L'Espresso.be, 10/09/2018, URL : [https://www.rtbf.be/info/societe/detail\\_plus-ou-moins-de-peines-de-prison-juristes-et-gouvernement-pas-d-accord?id=10015252](https://www.rtbf.be/info/societe/detail_plus-ou-moins-de-peines-de-prison-juristes-et-gouvernement-pas-d-accord?id=10015252)

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

Infractions	Détention par un majeur		Vente au détail	
	Pour consommation personnelle, sans circonstances aggravantes	Avec circonstances aggravantes	Pour financer sa consommation personnelle	Par appât du gain
Critères de politique des poursuites				
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)

Le Conseil des ministres a introduit des changements allant à l'encontre de la volonté des juristes de la Commission, entraînant la démission de ces derniers en septembre 2018. Le Conseil des ministres a en effet réintroduit la possibilité pour les juges d'appliquer des peines d'emprisonnement pour les infractions les moins graves (par exemple, les voies de fait, les violences légères, l'outrage ou les entraves à la circulation routière).

La chute du Gouvernement fédéral en décembre 2018 a bloqué le projet de loi en affaire courante. Deux députés CD&V ont transposé ce projet de loi en proposition de loi en mars 2019, dans l'attente d'un nouveau Gouvernement.

### 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 8.2 pour davantage de détails). En Belgique, afin d'encadrer la transmission des informations depuis les laboratoires et lieux de soins vers le point focal belge Sciensano (ancien Institut de Santé Publique), puis vers les sous-point focaux régionaux (VAD pour la Flandre, Eurotox pour Bruxelles et la Wallonie), le Gouvernement s'est doté de l'arrêté royal du 29 juin 2003.

Celui-ci a été révisé par la loi dite «sentinelle» adoptée le 7 février 2019 (les modifications de l'arrêté royal du 29 juin 2003 n'étaient pas encore parues au Moniteur belge à l'heure de la rédaction de ces lignes). L'objectif de cette modification est de systématiser et améliorer le rapportage des substances nouvelles et/ou dangereuses en circulation sur le territoire belge. Dès lors, tout laboratoire disposant d'une autorisation d'activités ou d'une autorisation d'utilisateur final au sens de l'arrêté royal du 6 septembre 2017 a l'obligation de communiquer chaque semaine les résultats des analyses positives révélant la présence de substances stupéfiantes ou de nouvelles substances, et ce, même dans le cadre d'un traitement médical, d'une instruction judiciaire ou

d'une enquête judiciaire. De plus, un réseau de signalement des incidents dus à une substance psychoactive devra être créé par arrêté royal, afin de partager les données entre les centres de secours, les services d'urgence, les postes de premiers soins, les laboratoires et le point focal belge. Les échantillons de substances et les incidents seront rapportés via les antennes du point focal (au nombre minimal de quinze). Cette modification marque une réelle avancée dans le rapportage des substances nouvelles et/ou dangereuses et pourrait constituer une amélioration du système d'alerte précoce. Toutefois, l'arrêté royal, portant sur des compétences fédérales, ne régit pas les relations entre le point focal et les services de testing à l'attention des usager-es qui sont une source centrale d'information<sup>61</sup>. 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

.....  
<sup>61</sup> Actuellement le seul dispositif existant est celui de l'asbl Modus Vivendi.

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<sup>62</sup>. En 2016, la capacité moyenne journalière de l'ensemble de ces établissements s'élevait à 9.231 places. Toutefois, les prisons belges ont accueilli une moyenne journalière de 10.471 personnes (SPF Justice, 2018<sup>63</sup>).

Sur cette moyenne de 10.471 personnes détenues, on compte 35 % de personnes prévenues, 55 % de personnes condamnées,

.....  
<sup>62</sup> Les prisons de Forest et de Berkendael sont considérées comme un seul établissement pénitentiaire

<sup>63</sup> Le rapport annuel 2019 du SPF Justice ne nous permet pas de mettre la composition de la population carcérale à jour, puisque la seule donnée diffusée à ce sujet est la population journalière moyenne qui s'élève à 10.559 personnes, voir : [https://justice.belgium.be/sites/default/files/jaarverslag\\_fod\\_2019-fr.pdf](https://justice.belgium.be/sites/default/files/jaarverslag_fod_2019-fr.pdf)

### 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.

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

Les prisons enferment notamment les personnes condamnées pour des délits liés 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<sup>64</sup> (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<sup>65</sup>).

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

## 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.

64 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.)

65 Question écrite du sénateur Julien Uyttendaele au ministre de la Justice Koen Geens du 22/07/2019.

Dans les lettres, le contexte législatif belge n'établit pas de distinction entre les personnes détenues et les personnes vivant *extramuros* en matière d'accès aux soins de la santé, et les premières devraient bénéficier de soins équivalents. Ceci est vrai dans la Constitution, dans la loi relative aux droits du patient du 22 août 2002 et dans la loi de Principes du 12 janvier 2005 (dite aussi Loi Dupont).

La loi de Principes de 2005 édicte trois principes fondamentaux :

- › **L'équivalence des soins** : Le détenu a droit à des soins de santé qui sont équivalents aux soins dispensés dans la société libre et qui sont adaptés à ses besoins spécifiques ;
- › **La continuité des soins** : Le détenu a droit à ce que les soins de santé dispensés avant son incarcération continuent à l'être de manière équivalente pendant son parcours de détention. Il bénéficie d'un examen médical le plus rapidement possible après son entrée en prison et à chaque fois qu'il le demande au cours de son incarcération ;
- › **L'indépendance clinique** des prestataires de soins.

Dans la pratique cependant, la loi de Principes ne bénéficie pas d'arrêtés royaux et n'est dès lors pas mise en œuvre. La privation de liberté s'accompagne en effet trop souvent d'une privation des services en matière de santé ou d'une obstruction de l'accès à ceux-ci<sup>66</sup>. D'une part, les acteurs (santé, prévention, promotion de la santé, RDR) *intra* et *extramuros* manquent de moyens humains et financiers suffisants 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

66 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 Medicine, 2016).

personnes détenues<sup>67</sup>. 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<sup>68</sup> ; 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<sup>69</sup>.

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

67 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.

68 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).

69 Par exemple, dans le cadre d'une mise en isolement, la direction de la prison doit demander l'avis préalable d'un-e médecin, qui est parfois aussi le ou la médecin traitant de la personne incarcérée (Mistiaen et al, 2017).

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<sup>70</sup>. 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 6<sup>e</sup> 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

70 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.

71 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.

#### 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<sup>71</sup>. 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.

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<sup>72</sup>. 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<sup>73</sup>.

Suite à la formation du nouveau Gouvernement fédéral en 2020, le nouveau ministre de la Justice M. Van Quickenborne a déclaré poursuivre le travail engagé sous l'ancienne législature. Un nouveau groupe de pilotage sera formé en 2021 et s'appuiera sur les travaux réalisés précédemment. Le ministre entend entamer un travail de concertation avec le ministère de la santé, la Conférence interministérielle Santé publique et l'ensemble des partenaires concernés dès février 2021<sup>74</sup>.

#### RÉDUIRE LE PARC CARCÉRAL ET APPLIQUER LES ALTERNATIVES À LA DÉTENTION<sup>75</sup>

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).

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<sup>76</sup> passent dès lors en avant-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<sup>77</sup>.

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<sup>78</sup>.

Les expert-es scientifiques, les professionnel-les de la justice et le monde associatif s'accordent pour affirmer qu'agrandir le parc carcéral n'entraînera que davantage d'incarcérations et ne permettra pas de résorber la surpopulation, ni améliorer les conditions de détention.

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

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

74 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>

75 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/>

76 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.

77 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>

78 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).

Au contraire, il est nécessaire d'entamer un processus de décriminalisation, de dépenalisation 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<sup>79</sup>.

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<sup>80</sup>. Ces conclusions s'inscrivent dans la lignée de la Stratégie antidrogue 2013-2020 de l'UE et son Plan d'actions antidrogues 2017-2020 (voir chapitre 1.1. Cadre européen).

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

administrative, tout en améliorant l'inclusion sociale des usager-es de drogues.

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).

## LE NIVEAU FÉDÉRAL

### 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<sup>81</sup>.

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<sup>82</sup>. 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 ; 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<sup>83</sup>.

## 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<sup>84</sup>. 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<sup>85</sup>.

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

79 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, dépenalisation 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.

80 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](http://www.emcdda.europa.eu/news/2018/council-adopts-conclusions-on-alternatives-to-coercive-sanctions-for-drug-using-offenders_en)

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

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

83 Article «La première maison de transition wallonne ouvre ses portes à Enghien» 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/CCR1/pdf/55/ic261.pdf>

84 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.

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

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<sup>86</sup>. Le projet-pilote se déroulait de décembre 2017 jusqu'avril 2020 (avec une prolongation jusqu'en 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<sup>87</sup>. Dans ce cadre, les associations financées doivent 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 projet sont composées d'un-e coordinateur-ice, de médecin(s), d'infirmier-e(s) et de psychologue(s). L'ancienne ministre de la Santé, Mme De Block avait annoncé en octobre 2018 le financement de temps de travail supplémentaires au sein des associations actives dans chacune des trois prisons. Ainsi, la consommation des personnes détenues devrait être systématiquement dépistée dès leur entrée en prison, afin de pouvoir les orienter vers des services d'aide, si nécessaire. Mme De Block avait également affirmé que les prestataires de soins *intramuros* travailleront en étroite collaboration avec les intervenant-es extérieurs, contribuant ainsi à la continuité des soins<sup>88</sup>. 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 d'accompagner le projet-pilote<sup>89</sup>.

Ainsi, de mars 2019 à août 2020, une équipe de chercheur-es de l'Université de Gand et de l'Institut National de Criminologie et de Criminologie a mené

86 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>.

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

88 Communiqué de presse du cabinet De Block du 04/10/2018, «Soins sur mesure pour les détenus avec une problématique de drogues» ; Vinciane Saliez, I.Care, communication personnelle, 10/12/2018.

89 Communiqué de presse du cabinet De Block du 20/11/2017

l'évaluation de ces projets et épinglé une série de recommandations, dont :

- › Renforcer la collaboration entre les ministères de la Justice et de la Santé
- › Impliquer des partenaires/expert-es 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<sup>90</sup>.

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'offrir 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

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

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).

## LES ENTITÉS FÉDÉRÉES FRANCOPHONES

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

Les entités fédérées francophones se sont réunies le 17 décembre 2018 à l'occasion de la Conférence interministérielle (CIM) francophone des politiques d'intervention en lien avec le milieu carcéral. L'objectif de cette concertation est de faire le suivi des mesures déjà mises en place suite à la CIM de 2016, mais aussi de proposer de nouveaux projets concrets concernant le déploiement en prison d'aide et de services à destination des personnes détenues<sup>91</sup>.

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

Tel qu'envisagé par la CIM et dans la perspective de favoriser la réinsertion des personnes détenues et de lutter contre la récidive, l'accompagnement des personnes détenues comprend non seulement la santé, mais aussi le droit à l'éducation, à la formation, aux activités sportives et culturelles au sein des prisons. L'ensemble des ministres francophones (FWB, COCOF et RW) compétent-es en ces matières se rassemblent et formulent une série de propositions pour chacune de ces matières. En 2018, les entités francophones ont principalement confirmé et précisé les mesures qu'elles avaient annoncées lors de la CIM 2016. Nous reprendrons ici celles qui concernent la santé et l'action sociale<sup>92</sup>.

Ainsi, en matière de santé, depuis 2016 la COCOF finance le programme de promotion de la santé au sein de la prison pour femmes de Berkendael de l'asbl I.Care<sup>93</sup>. Ce projet comprend :

- › Un-e éducateur-riche spécialisé-e en promotion de la santé et un-e infirmier-e dont la mission est d'apporter un soutien individuel et collectif aux femmes détenues, en collaboration avec le personnel pénitentiaire et médical ;
- › La diffusion d'une newsletter (MursMurs) afin de sensibiliser et d'informer les professionnel-les de la santé travaillant avec les (ex-)détenu-es. Son objectif est aussi d'encourager les collaborations entre professionnels ;
- › La mise en place de concertations entre les différents professionnel-les actifs en milieu carcéral dans le but de récolter leurs constats au sujet de la santé des détenues.

La promotion de la santé en milieu carcéral fait de plus partie des priorités du plan bruxellois de promotion de la santé 2018-2022 de la COCOF. Dans ce cadre, l'asbl I.Care reçoit un financement supplémentaire afin d'élargir ses activités à la prison de Forest depuis le début de l'année 2018<sup>94</sup>. Dans le cadre ambulatoire, la COCOF finance

deux asbl spécialisées en assuétudes : Ambulatoire-Forest et CAP-ITI.

La RW prévoit de mettre en place un projet-pilote de promotion de la santé afin de mieux informer, sensibiliser et orienter les personnes détenues et les acteur-rices internes et externes en matière de santé (voir l'encadré ci-dessous)<sup>95</sup>.

Ensuite, en matière d'action sociale, la COCOF souhaite soutenir les projets de lutte contre le sans-abrisme des personnes ex-détenues et contre les phénomènes d'exclusion sociale lors de la sortie de prison, notamment en soutenant les programmes d'accès au logement<sup>96</sup>. Ceci passerait, d'une part, par l'évaluation du dispositif post-hébergement et de son impact sur le public des anciennes personnes détenues, et, d'autre part, par le renforcement des projets de type *housing first* qui permettent et facilitent l'accès au logement pour les personnes ex-détenues.

Malgré le fait que les drogues soient une réalité indéniable de la vie en milieu carcéral, les mesures proposées par la CIM francophone ne font pas mention des usager-es de drogues et des usager-es sous traitement de substitution. Il n'est question ni de prévention, ni de RdR, qui sont pourtant des compétences des entités fédérées et qui participent à la santé globale des personnes (ex-)détenues. La CIM ne semble pas non plus se saisir de la problématique de l'équivalence et de la continuité des soins, ni n'appuie le transfert de la compétence «santé des personnes détenues» du SPF Justice vers le SPF Santé publique.

De fait, même si les entités fédérées se saisissent de ces matières, cela ne sera clairement pas suffisant pour améliorer, d'une part, la réinsertion sociale des personnes (ex-)détenues, et, d'autre part, leur santé globale. En effet, garantir aux personnes (ex-)détenues des conditions de détention décentes et l'accès aux soins de

santé est une condition essentielle à la santé de ceux-ci et à leur (ré)insertion sociale. Les établissements pénitentiaires ne devraient pas être des lieux d'où l'on sort en moins bonne santé physique et mentale qu'en y entrant. Et si la CIM francophone n'aborde pas ces problématiques, c'est sans doute parce qu'elles restent de la compétence du fédéral, grand absent de la Conférence.

Tant la mise en place d'initiatives en promotion de la santé, en prévention et en RdR, que l'amélioration des conditions de vie, en passant par l'équivalence des soins de santé, sont des conditions *sine qua non* à la santé des personnes détenues. Or, garantir le maintien du bon état de santé physique et mental de ceux-ci est indissociable de la lutte contre la marginalisation et la précarisation de ceux qui sortent.

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

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

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

95. Il semble que la volonté de sensibiliser les personnes détenues et le personnel encadrant à une alimentation saine et équilibrée et encourager l'activité physique, formulée par l'ancien ministre wallon de la santé M. Prévot, n'ait pas été réitérée en 2017.

96. Site officiel du ministre des Maisons de Justice de la FWB, M. Madrane ; URL : <http://madrane.be/les-ministres-francophones-presentent-de-nouveaux-projets-concrets-visant-a-favoriser-la-reinsertion-des-detenus/>

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

Le Parlement wallon a voté le 14 juin 2017 une résolution visant la prévention de la santé, l'amélioration de la santé mentale et de l'accompagnement des personnes détenues. Cette résolution a notamment engagé le ministère wallon de la santé, à annoncer en juillet 2018 un projet spécifique sur base des compétences régionales pour l'ensemble des prisons de Wallonie. L'AVIQ de son côté a mis en place un groupe de travail «prison»<sup>97</sup>.

Un budget a donc été dégagé par le Gouvernement wallon afin d'améliorer la promotion de la santé et la prise en charge des troubles en santé mentale et liés aux assuétudes, au sein des 14 prisons wallonnes.

La Région wallonne a également dégagé en 2017 un budget permettant à la Fédito wallonne de relancer *a minima* le projet «Step By Step», un point de contact d'orientation et d'accompagnement pour les personnes détenues usagères de drogue au sein de la prison de Lantin<sup>98</sup>.

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

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

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 6<sup>e</sup> 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 1<sup>er</sup> juillet 2014, les budgets l'ont été au 1<sup>er</sup> 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<sup>99</sup>, RdR, sécurité, autre) et 7 catégories :

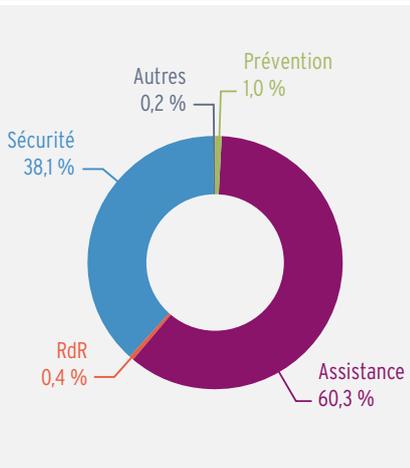
- › Prévention en matière d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychoactives ;
- › Prévention en matière de tabac ;
- › Assistance en matière d'alcool de drogues illicites et de médicaments psychoactives ;
- › Assistance en matière de tabac ;
- › Réduction des risques (RdR) ;
- › Sécurité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

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

99 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

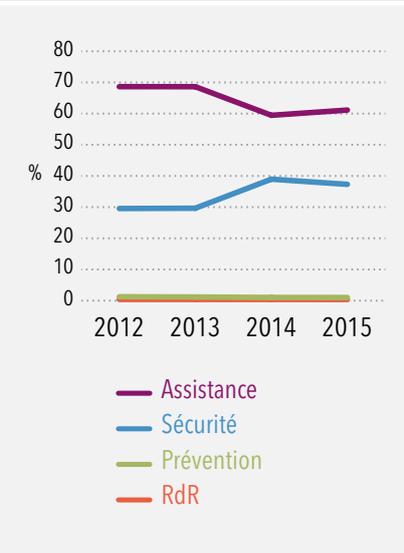
Figure 2 : Répartition des dépenses publiques entre les piliers (moyenne sur 2014-2015)



Source : CGPD (2018)

Sur la figure 2, 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 hospitalier. La place de l'assistance dans les dépenses tend à baisser toutefois, tandis que celle de la sécurité tend à croître (voir figure 3). 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 3 : 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<sup>100</sup>, RdR<sup>101</sup> et autre<sup>102</sup> 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

100 1,21 % en 2012-13, 1,02 % en 2014-15.  
101 0,39 % en 2012-13, 0,37 % en 2014-15.  
102 0,15 % en 2012-13, 0,18 % en 2014-15.

dépenses de l'État fédéral sont liées à l'hospitalisation<sup>103</sup> (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 médicaments psychoactifs (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.

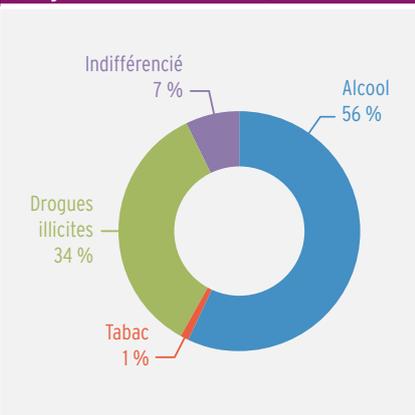
103 Les coûts absorbés par le secteur hospitalier, qui représentent la part la plus importante des dépenses publiques en matière d'alcool, de tabac et de drogues, ne se résument pas au seul coût des séjours résidentiels mais comprennent aussi la comorbidité psychiatrique, l'aspect préventif du sevrage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

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)

**Figure 4 : Répartition des dépenses publiques en fonction des substances (moyenne sur 2014-2015)<sup>104</sup>**



Source : CGPD (2018)<sup>105</sup>

Les logiques de répartition des dépenses entre pilier différent 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<sup>106</sup>. Les compétences en matière de drogues se répartissent entre promotion de la santé, prévention, RdR, soins de santé, justice et police. Les sources de financements sont particulièrement variées et dépendent de plusieurs niveaux de pouvoir. Cet état de fait a des conséquences sur l'application des politiques : les acteurs et actrices de terrain rencontrent de réelles difficultés pour connaître les sources potentielles de financement et doivent parfois jongler entre elles, épuisant une partie de leurs ressources humaines dans des dossiers administratifs multiples (demandes de subsides, rapports d'activités, etc.).

Ainsi, le monitoring des dépenses publiques permet, d'une part, de mettre en exergue les difficultés que peuvent rencontrer les professionnel-le-s de l'ensemble des secteurs concernés<sup>107</sup> 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.

104 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.

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

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

107 Notamment en termes de financement ou de complexité administrative

# 1.4

## L'HÉRITAGE DE LA 6<sup>e</sup> RÉFORME DE L'ÉTAT ET LA COOPÉRATION FRANCOPHONE

### 1.4.1. LA 6<sup>e</sup> RÉFORME ET LES ACCORDS DE LA «SAINTE-EMILIE»

La 6<sup>e</sup> 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<sup>108</sup>, 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**<sup>109</sup>, 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.

108 Publié le 25 juin 2014, URL : [http://www.gallilex.cfwb.be/document/pdf/40257\\_000.pdf](http://www.gallilex.cfwb.be/document/pdf/40257_000.pdf)

109 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<sup>110</sup>.

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.

110 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](http://www.gallilex.cfwb.be/document/pdf/45104_000.pdf)

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

### 1.5.1. LE MÉMORANDUM 2020 DU SECTEUR SPÉCIALISÉ À L'ATTENTION DU FUTUR GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

Les trois fédérations coupoles belges du secteur assuétudes (VAD, Fédito BXL et Fédito wallonne) ont publié un Mémoire à l'attention du futur Gouvernement fédéral suite aux élections de 2019<sup>111</sup>. Elles y soulignent la nécessité d'élaborer un nouveau plan politique «drogues», celle-ci n'ayant plus été évaluée ni mise à jour depuis 2010.

La Note de Politique fédérale Drogues de 2001, évaluée puis adaptée en 2010 (voir chapitre 1.2.1. Le cadre politique fédéral), ne bénéficie en effet plus d'une application en accord avec ses intentions premières (la répression prenant trop souvent le pas sur la prévention, l'aide et le soin) et n'est pas en mesure de répondre aux évolutions récentes relatives aux drogues. Il s'agit de la circulation de nouvelles substances de synthèse, de la place importante de la Belgique sur le marché illicite, de la pratique grandissante de la tolérance zéro au niveau local, des 50 % de personnes incarcérées (notamment) pour des faits liés aux drogues, ou encore des expérimentations législatives en matière de cannabis en Europe et dans le monde (légalisation, décriminalisation, cannabis social clubs, etc. voir chapitre 1.6). D'autres problématiques méritent l'attention des politiques : l'augmentation de certaines formes de consommation excessive, des comas éthyliques et de la conduite en état d'ivresse dans certaines catégories de la population ; la forte croissance des publicités et de l'offre en matière de jeux de hasard et d'argent en ligne ; les questions des parents

et éducateur-rices sur les comportements d'usage problématique de jeu vidéo ; et la forte consommation de médicaments psychotropes en Belgique. Ces tendances ne participent pas au bien-être et à la santé des citoyen-nes et coutent cher à la société. Les fédérations invitent le futur Gouvernement à soutenir davantage la prévention et à allouer des ressources supplémentaires pour répondre à la demande croissante d'aide et de soins.

Les politiques actuelles devront être évaluées dans la perspective d'élaborer un nouveau plan. Pour cela, il est nécessaire de mettre en place une commission parlementaire au sein de laquelle seront entendus l'ensemble des acteurs concernés, à savoir :

- › Les hommes et femmes politiques, ainsi que la Cellule Générale de Politique Drogues ;
- › Les chercheur-es (Belspo mais également les recommandations du Conseil Supérieur de la Santé) ;
- › Le secteur de la prévention, de l'aide et du soin de la police et de la justice, ainsi que la société civile.

Dans la perspective d'un renouveau de la politique «drogues», les fédérations formulent plusieurs actions prioritaires répondant aux enjeux et évolutions actuels :

- › Décriminalisation des usager-es de drogues, à moins que ce comportement ne porte préjudice à un tiers, sans banaliser l'usage ni l'autorisant en toute circonstance :
  - Toutes les substances psychotropes présentant des risques pour la santé, il est de la responsabilité de la société de réguler leur disponibilité (production, commerce, publicité, âge minimum, etc.) ;
  - Les risques liés à la consommation de substances psychotropes doivent être abordés sous l'angle de la santé en mobilisant notamment les méthodes de prévention. La criminalisation de la consommation et la stigmatisation des usager-es entravent les interventions préventives et le développement de la recherche scientifique. De plus une partie des usager-es problématiques se retrouvent dans le système carcéral qui n'est pas adapté pour les accompagner et, le cas échéant, les sortir d'une dépendance.

- › Prévention et réduction des risques :
  - Développer et mettre en œuvre l'analyse des drogues dans toute la Belgique afin de répondre au grand besoin de renseignements sur la composition des drogues illicites en circulation tant pour les usager-es que pour les professionnel-les du secteur ; ces services permettent parallèlement d'entrer en contact avec des usager-es habituellement peu en relation avec le secteur de la santé ; l'analyse des drogues permet d'autre part d'alimenter le système d'alerte précoce et ainsi participer à la réduction des risques liés à l'usage de drogues ;
  - Une politique «drogues» équilibrée et intégrée dans la vie nocturne, mettant non plus l'accent sur l'interdit et la répression mais sur la dissuasion et la diminution des problèmes de santé aigus (c'est-à-dire la réduction des risques) ; une telle politique repose sur quatre piliers : la réglementation, l'éducation, l'accompagnement et les mesures structurelles ;
  - Rendre accessibles autant que possible les interventions pharmacologiques en matière de traitement des dépendances, de substitution et de réduction des risques (bornes de distribution de matériel d'injection, naloxone sous forme de spray nasal, etc.).
- › Intégration dans la réforme de la santé mentale de l'amélioration de l'expertise spécifique dans le domaine de l'accompagnement et du traitement des toxicomanies, et ce, au sein de chaque opérateur de santé mentale.
- › Création d'un fonds de soutien pour favoriser l'adaptation et l'innovation de l'offre d'aide et de soins spécialisée en matière d'alcool et de drogues.
- › Mise en place d'une collaboration annuelle entre la Cellule Générale de Politique Drogues et la société civile, via la création d'un Forum de la Société Civile «Usages de drogues et addictions» qui devrait :
  - Être informé régulièrement de tous les dossiers et chantiers importants afin de formuler des propositions et des points d'attention et/ou proposer un-e représentant-e pour participer aux réunions de la Cellule ;

111 Le Mémoire à l'attention du futur Gouvernement fédéral est disponible à l'adresse : [https://feditobxl.be/site/wp-content/uploads/2020/05/iDA\\_Memorandum\\_2020\\_FR.pdf](https://feditobxl.be/site/wp-content/uploads/2020/05/iDA_Memorandum_2020_FR.pdf)

- Avoir la possibilité de faire des propositions de chantiers pour la Cellule ;
- Être financé afin de structurer ces échanges de façon continue et mener à bien certains chantiers.

### 1.5.2. LA SOCIÉTÉ CIVILE EUROPÉENNE CONDAMNE LA BELGIQUE POUR SA POLITIQUE DROGUES<sup>112</sup>

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

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

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

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

La CGPD est composée de 35 représentant-es ministériel-les des entités fédérale et fédérées qui assistent la Réunion thématique Drogues dans ses missions ; elle

112 «Communiqué de presse – La société civile européenne condamne la Belgique pour sa politique drogues», URL : <https://feditobxl.be/fr/2017/12/communiqué-de-presse-société-civile-européenne-condamne-belgique-politique-drogues/>

prépare notamment la CIM Santé publique et formule des propositions. Ces dernières sont soumises à la Réunion thématique Drogues lors de la CIM qui prend la décision finale<sup>113</sup>.

La participation de la société civile au sein des organes nationaux de coordination de la politique drogues est encouragée par différentes entités internationales, notamment l'United Nations Commission on Narcotic Drugs<sup>114</sup>, le Groupe Pompidou<sup>115</sup> et l'Union européenne (dans sa stratégie drogues 2013-2020).

Les trois organisations coupoles régionales, la Fédito bruxelloise, la Fédito wallonne et le VAD (Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs), se sont réunies afin de soumettre une proposition de consultation permanente, voire de partenariat, à la CGPD. Les fédérations régionales insistent en effet sur la possibilité qu'elles pourraient amener certains éclairages aidant à la prise de décisions<sup>116</sup>.

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

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

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

115 «Government interaction with civil society. Policy paper on government interaction with civil society on drug policy issues : Principles, ways and means, opportunities and challenges», Groupe Pompidou, 2015, URL : <https://rm.coe.int/government-interaction-with-civil-society-policy-paper-on-government-1/168075b9d9>

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

devra être approuvée par la coordination permanente de la CGPD<sup>117</sup>.

### 1.5.4. RAPPORT «POUR UNE RÉGLEMENTATION DU CANNABIS EN BELGIQUE» DE LA FÉDITO BXL

La Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes (Fédito BXL asbl) a publié en 2020 une mise à jour de son positionnement de 2014 en matière de cannabis. Le contexte a en effet significativement évolué depuis lors, qu'il s'agisse de l'apparition (restreinte) du cannabis thérapeutique, de la fermeture par décision judiciaire des Cannabis social clubs belges, l'arrivée des produits à base de CBD sur le marché légal, etc. Sur le plan international, également, certains pays ont enclenché un changement de paradigme vis-à-vis du cannabis, optant pour la décriminalisation voire la légalisation de celui-ci. La Fédération propose ainsi un modèle de régulation du marché du cannabis permettant de favoriser la santé publique et de lutter contre un trafic non-contrôlé.

Le modèle proposé articule un circuit non-marchand, un circuit commercial et un circuit médical, et verrait l'État doté des instruments nécessaires au contrôle de la production, de la distribution et du prix final du cannabis. La Fédération formule dès lors une série de recommandations à prendre en compte dans la perspective d'une réglementation du cannabis en Belgique, dont<sup>118</sup> :

- › Changer en profondeur la législation, *a minima* décriminaliser tous les comportements entourant l'usage du cannabis à des fins personnelles (détention, acquisition, transport, culture, ...), et adapter le cadre organisationnel afin de permettre la régulation du cannabis dans une perspective de santé publique.

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

118 Le rapport est disponible dans son intégralité et sous forme résumée à l'adresse : <https://feditobxl.be/fr/pour-une-reglementation-du-cannabis-en-belgique/>

- › Encadrer la consommation de cannabis
  - Maintenir un interdit légal pour les mineur-es ;
  - Instaurer des lieux de consommation gérés par des opérateurs privés ou associatifs et au sein des Cannabis Social Clubs (pour les membres) ;
  - Limiter les quantités achetées et détenues ;
  - Contrôler les concentrations en THC selon les produits du cannabis (fleurs, huiles, e-liquide, etc.) et adapter le prix, le packaging et les conseils de réduction des risques en fonction ;
- › Encadrer le système de production et de distribution
  - Instaurer des licences de production : une pour les acteurs industriels agréés par l'État, une autre pour les Cannabis Social Clubs et les petites productrices, et une troisième pour les acteurs produisant du cannabis à des fins thérapeutiques. L'État met en place les outils de contrôle, notamment en matière de qualité du cannabis ;
  - Licences de distribution : trois types de licences seraient proposés, pour les acteurs marchands, pour les Cannabis Social Clubs et pour le réseau des pharmacies ;
  - Interdire toute publicité, marketing ou sponsoring ;
  - Imposer des contraintes d'étiquetage afin d'informer au mieux les consommateur-rices ;
  - Autoriser l'autoculture à domicile ;
  - Réintégrer certains acteurs du marché noir vers le marché légal.
- › Favoriser l'accès au cannabis à usage thérapeutique
  - Former les praticien-nes : la formation et la sensibilisation des professionnel-les du soin doivent permettre une meilleure prescription et délivrance des produits ;
  - Contrôler les prix et assurer le remboursement par l'assurance maladie afin de garantir l'accessibilité des traitements et produits ;
  - Financer et soutenir la recherche : la recherche scientifique permet de mieux connaître les effets, applications et bienfaits des différents cannabinoïdes présents dans le cannabis ;
  - Autoriser l'autoculture afin de favoriser l'autonomie des patient-es et garantir la liberté de choisir la meilleure manière de se soigner.
- › Favoriser une offre non marchande en reconnaissant les Cannabis Social Clubs et en leur fournissant un cadre légal
- › Favoriser une approche globale de l'usage de cannabis centrée sur les personnes et leur santé physique, mentale et sociale.
- › Instaurer un organe de contrôle chargé de coordonner la collecte d'informations relatives aux surfaces cultivées et aux quantités en circulation, d'établir les règles en matière de consommation, de production, de transformation et de distribution, d'octroyer les licences aux différents acteurs agréés et enfin, de définir la politique de prix et de taxation.
- › Assurer la récolte de données afin de mesurer et d'évaluer les effets d'une régulation du cannabis en termes de santé publique, d'économie, de prévalence de l'usage, etc. en vue d'ajuster les mesures prises et d'améliorer la réforme.
- › Évaluer la réforme de manière continue : la régulation du cannabis doit être régulièrement évaluée, sur base des données récoltées, afin de procéder à des ajustements si nécessaire, d'éviter les situations de monopole et de s'assurer que les objectifs de santé publique sont respectés.

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

La campagne «Soutenez. Ne Punissez Pas»<sup>119</sup> 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

.....  
119 Site officiel : <http://supportdontpunish.org/fr/>

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.

1.6

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

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

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

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<sup>120</sup>. La **Nouvelle-Zélande** a quant à elle publié une proposition de texte visant la légalisation du cannabis à destination de ses résident-es, en vue d'un référendum sur le sujet en 2020. 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

120 «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/>

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.

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<sup>121</sup>. 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<sup>122</sup>.

121 «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>

122 «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>

Le **Pérou** a rejoint le Mexique, la Colombie, le Chili et l'Argentine en légalisant le cannabis à usage thérapeutique en novembre 2017. 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 Mexique pourrait également devenir le troisième pays à légaliser l'usage récréatif de cannabis, après que le Cour Suprême ait statué pour la cinquième fois en 2018 que la loi interdisant l'usage récréatif était anticonstitutionnelle. Le Congrès mexicain devrait passer une législation afin de conformer la loi aux jugements de la Cour Suprême dans un avenir proche. 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<sup>123</sup>. Ils ont été rejoints en novembre 2020 par l'Arizona, le New Jersey, le Montana, le Dakota du Sud. Au même moment, l'Oregon est devenu le premier état à décriminaliser la détention de petites quantités de

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

### 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.

drogues illégales (quelles qu'elles soient). De plus, en décembre 2020, la Chambre des Représentants des États-Unis a voté en faveur de la fin de l'interdiction fédérale du cannabis thérapeutique ; le texte devra cependant être soumis au Sénat (dont le parti républicain a perdu la majorité lors des élections des sénateurs de l'État de Géorgie, début 2021). Si le parti républicain est historiquement opposé à la décriminalisation des drogues. Certains observateurs estiment cependant que certain-es sénateurs républicains pourraient s'abstenir de voter (notamment celles et ceux des États ayant déjà régulé le cannabis thérapeutique) et que d'autres pourraient se ranger à l'avis populaire favorable à la légalisation du cannabis (68 % de la population américaine y est favorable en 2020)<sup>124</sup>.

De l'autre côté de l'Atlantique, l'Irlande considère une décriminalisation des drogues (y compris le cannabis), selon les modalités proches de ce qui se fait au Portugal<sup>125</sup>. 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<sup>126</sup>.

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<sup>127</sup>. La Norvège quant à elle a décriminalisé l'usage des drogues illicites en décembre 2017 ; l'emphase sera désormais mise sur

l'aide et le traitement des usager-es plutôt que sur leur sanction<sup>128</sup>.

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 attendu pour 2021<sup>129</sup>. 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 (la 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<sup>130,131</sup>.

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<sup>132</sup>.

Un projet de loi visant à légaliser le cannabis est à l'étude en Israël. S'il devient une loi, le texte décriminalisera 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 seront légalisés pour les plus de 21 ans et via des magasins autorisés. Toutefois, la culture à domicile reste illégale. Le projet de loi entend aussi réformer le cannabis médical<sup>133</sup>.

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

124 Article "House votes to decriminalize marijuana as GOP resists national shift", Mike DeBonis, The Washington Post, 04/12/2020, URL : [https://www.washingtonpost.com/powerpost/house-marijuana-republicans-election/2020/12/04/db2b00a8-35b0-11eb-8d38-6aea1adb3839\\_story.html](https://www.washingtonpost.com/powerpost/house-marijuana-republicans-election/2020/12/04/db2b00a8-35b0-11eb-8d38-6aea1adb3839_story.html)

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

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

127 «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](https://www.sciencesetavenir.fr/sante/la-grece-legalise-le-cannabis-medical_119856)

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

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

130 «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>

131 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>

132 "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>

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

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<sup>134</sup>.

Les Pays-Bas pourraient ne pas être les seuls à légaliser le cannabis à usage récréatif dans un futur proche puisque le **Luxembourg** a 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 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<sup>135</sup>.

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

### 1.6.1. LE COÛT DE LA PROHIBITION

Les outils de la prohibition ont un coût élevé. Le financement des structures policières, carcérales et judiciaires représente une part importante des dépenses publiques en matière de drogue en Europe (entre 40 et 70 % selon le pays). Autrement dit, dans la plupart des pays européens, la part dédiée à la réduction de l'offre dépasse largement celle visant à réduire la demande (Pompidou Group, 2017 ; Open Society Foundations, 2016).

Depuis 2012, la Belgique dédie une part de plus en plus importante des dépenses publiques «drogues» au pilier sécurité, pour atteindre 38 % sur les années 2014-2015 (voir chapitre 1.3. Les dépenses publiques en matière de drogues). La part dédiée à la prévention et à la réduction des risques reste stable et résolument dérisoire. Cumulées, elles ne dépassent pas 2 % des dépenses publiques en matière de drogues (depuis 2008 jusque 2015). Le pilier assistance, qui

comprend notamment les dépenses liées au secteur hospitalisation, atteint plus de 60 % des dépenses en 2014-2015. Il faut toutefois préciser qu'une majorité du pilier assistance est imputable à l'alcool, et non aux substances psychoactives prohibées.

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

134 «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>.

135 «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>

## LES CONSÉQUENCES SANITAIRES IMPRÉVUES DE LA PROHIBITION

Mécanismes	Conséquences
<b>Les effets de la disponibilité restreinte des médicaments contrôlés</b>	
Réglementations strictes et accès limité aux drogues de prescription, notamment la morphine et autres analgésiques opioïdes	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Accès limité aux traitements de substitution aux opiacés pour les usager-es de drogue</li> <li>› Réduction des possibilités d'amélioration du traitement médical de la douleur et autres symptômes</li> <li>› Restriction de la recherche en matière de cannabis médical</li> </ul>
<b>Les effets de la prohibition des drogues</b>	
Développement des nouvelles drogues de synthèse ou <i>legal highs</i>	› Augmentation des risques sanitaires dus à la consommation de drogues inconnues, souvent dangereuses et potentiellement létales
Prix élevé des drogues	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Adoption de mode de consommation à risque pour un meilleur rapport coût-efficacité (notamment l'injection)</li> <li>› Moindre part des revenus attribuée aux besoins primaires (nourriture, logement, soins, etc.)</li> </ul>
Variations de la pureté des produits	› Risques accrus de mortalité et de morbidité
Stigmatisation et criminalisation des usager-es	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Dissuade les usager-es d'entrer en contact avec des services d'aide et de support</li> <li>› Attitudes négatives et discriminantes des professionnels de la santé</li> <li>› Perte d'estime de soi et moindre bien-être des usager-es</li> </ul>
<b>Les effets des actions répressives</b>	
Forte présence policière dissuade le recours aux services de soins et de RdR	Risques accrus de : <ul style="list-style-type: none"> <li>› Détérioration de l'état de santé</li> <li>› Diffusion du VIH/SIDA et autres maladies infectieuses</li> <li>› Non-assistance aux usager-es en besoin d'assistance médicale urgente par peur de poursuites</li> </ul>
Contacts physiques entre les forces de police et les personnes suspectées d'avoir enfreint la loi	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Risque d'usage inapproprié de la force</li> <li>› Risque de violation des droits</li> <li>› Risque de dommages physiques et mentaux</li> </ul>
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
<b>Les effets de la stigmatisation des usager-es</b>	
Stigmatisation des usager-es (perçus comme des criminels, des personnes déviantes et/ou irresponsables)	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Faible estime de soi et faible motivation à s'engager dans des activités économiques et à socialiser</li> <li>› Accès limité ou réduit aux services et à la vie communautaires</li> <li>› Exacerbation potentielle d'autres formes de discrimination (racisme, sexisme, homophobie, sérophobie, etc.)</li> <li>› Propension accrue à participer à des activités peu valorisantes ou illégales</li> <li>› Risque accru d'arrestation et détention préventive</li> </ul>
<b>Les effets de la criminalisation des usager-es</b>	
Réduction des opportunités à cause d'un casier judiciaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Employabilité réduite</li> <li>› Accès réduit au logement</li> <li>› Opportunités éducatives limitées</li> <li>› Mobilité réduite (restriction des déplacements, perte du permis de conduire)</li> <li>› Augmentation du risque de stigmatisation et d'exclusion sociale</li> <li>› Risque accru d'être sous surveillance et enquête policières</li> </ul>
Isolement social et lien avec la communauté ébranlé suite à l'emprisonnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Relation ébranlée avec réseau social individuel</li> <li>› Risque accru de récidive et de rechute</li> <li>› Exposition à la violence et aux risques sanitaires liés au milieu carcéral</li> </ul>

## LES CONSÉQUENCES SÉCURITAIRES IMPRÉVUES DE LA PROHIBITION

Mécanismes	Conséquences
<b>Les effets des importantes marges bénéficiaires issues de la vente de drogues illégales</b>	
Grandes marges bénéficiaires du marché illégal des drogues	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Attire et finance le crime organisé, y compris les activités terroristes</li> <li>› Augmentation du trafic et de la corruption</li> <li>› Blanchiment d'argent</li> <li>› Haut niveau de violence et de prise de risques</li> </ul>
Prix élevé des drogues	› Usager-es menés à commettre des crimes afin de financer leur consommation de drogue

Source : Pompidou Group, 2017

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).

### 1.6.2. DES CONTRAINTES INTERNATIONALES <sup>136</sup>

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

136 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.

le moment improbable) des instances internationales.

Trois conventions des Nations-Unies (NU) décrivent le cadre de base pour le contrôle de la production, du trafic et de la possession de plus de 240 substances. Il s'agit de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le Protocole de 1972, de la Convention sur les substances psychotropes de 1971, et de la Convention des Nations-Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988. Toutes ont été signées par les États membres de l'Union européenne (UE). Les conventions internationales de 1961, 1971 et 1988 comportent un certain nombre d'obligations pour les pays signataires. Il serait illusoire toutefois de penser qu'elles n'offrent aucune flexibilité.

D'abord, concernant directement la culture et le commerce licites de substances psychoactives, il existe quelques ouvertures. La Convention de 1988 requiert des pays signataires qu'ils considèrent comme une infraction criminelle la possession, l'achat et la culture des drogues pour usage personnel. Les pays signataires doivent également prendre les mesures nécessaires pour prévenir la culture du cannabis et éradiquer les plants de cannabis de leur territoire. Les conventions ne spécifient cependant pas que l'usage doit être punissable en soi. Mais chaque pays peut choisir de le faire. Si la Convention de 1988 «oblige» à criminaliser les drogues, elle n'écarte cependant pas la possibilité d'un marché licite de substances psychoactives encadré par l'État. De plus, l'Accord de Schengen prévoit la possibilité de mettre en place un commerce légal de stupéfiants et psychotropes, à condition que la politique menée par un État ne nuise pas à ses voisins (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<sup>137</sup> de la culture, du commerce et de la détention pour usage récréatif de substances psychoactives actuellement

137 Ou dépénalisation, ou décriminalisation.

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<sup>138</sup>, 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)<sup>139</sup>.

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

139 Nous invitons 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.

### 1.6.3. LE MODÈLE CANADIEN

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.

#### LA LOI FÉDÉRALE<sup>140</sup>

Le Canada est devenu le deuxième pays à légaliser le cannabis, après l'Uruguay, le 17 octobre 2018. Le Gouvernement fédéral autorisait déjà le cannabis thérapeutique depuis 2001, soit au moyen de l'autoculture (4 plants maximum par patient-e, sous réserve d'une autorisation de leur fournisseur de soins de santé), soit via des producteurs bénéficiant d'une licence, à condition d'avoir une prescription. Depuis lors s'était développé une économie légale de cannabis médical, ainsi que toute une économie dite «grise» du cannabis récréatif, regroupant des dispensaires, des clubs et des petites entreprises locales. La légalisation du cannabis figurait au programme politique de Justin Trudeau, Premier ministre depuis 2015. L'adoption de la loi poursuit 3 objectifs :

- › Garder le cannabis hors de la portée des jeunes ;
- › Empêcher les profits d'aller dans les poches des criminels ;
- › Protéger la santé et la sécurité publiques en permettant aux adultes d'avoir accès à du cannabis légal.

Les responsabilités juridictionnelles se répartissent entre les différents niveaux de pouvoir ; les compétences législatives en matière de cannabis se répartissent comme suit, à quelques exceptions près : le Gouvernement fédéral assume ce qui est en lien avec les infractions criminelles et la production de cannabis, les Provinces et gouvernements municipaux sont chargés de ce qui a trait à la vente et à la consommation de cannabis. Ainsi, sous couvert des restrictions et adaptations des provinces et

140 Voir le site du Ministère de la Justice et celui de la Gendarmerie royale du Canada.

territoires, la loi fédérale autorise les adultes de plus de 18 ans à :

- › Posséder en public jusqu'à 30 grammes de cannabis légal séché, ou l'équivalent sous forme non séchée<sup>141</sup> ;
- › Partager jusqu'à 30 grammes de cannabis légal avec d'autres adultes ;
- › Acheter du cannabis séché ou frais et de l'huile de cannabis d'un détaillant soumis à la réglementation provinciale ;
  - Dans les provinces et les territoires n'ayant pas encore établi de cadre réglementaire pour la vente au détail, les particuliers peuvent acheter du cannabis en ligne auprès de producteurs autorisés par le gouvernement fédéral
- › Cultiver à des fins personnelles quatre plantes de cannabis maximum par résidence à partir de graines ou de semis de source autorisée ; Les autorités ont d'ailleurs émis des recommandations de sécurité et de protection à l'attention des ménages souhaitant pratiquer l'autoculture ;
- › Fabriquer à la maison des produits de cannabis, comme des aliments ou des boissons, pourvu qu'aucun solvant organique ne soit utilisé pour créer des produits concentrés.

Depuis le 17 octobre 2019, la vente de produits comestibles et de concentrés de cannabis est autorisée. L'application de la loi varie d'une province ou d'un territoire à l'autre, puisque les autorités locales ont la possibilité d'adapter la loi fédérale, notamment concernant l'âge minimum, le prix de vente, la limite de possession, les lieux de consommation, les lieux de vente et les exigences entourant l'autoculture. Par exemple, la plupart des provinces ou territoires ont fixé l'âge minimum légal à 19 ans, sauf l'Alberta (18 ans) et le Québec (21 ans). Le Manitoba et le Québec ont quant à eux interdit l'autoculture. Toutefois, la Cour supérieure québécoise a jugé que l'interdiction de l'autoculture par le Québec était anticonstitutionnelle ; le

141 Selon la loi, un gramme de cannabis séché équivaut à : 5 grammes de cannabis frais ; 15 grammes de produit comestible ; 70 grammes de produit liquide ; 0,25 gramme de concentré (solide ou liquide) ; 1 graine de la plante de cannabis.

Gouvernement québécois a fait appel de ce jugement et il est fort probable que la Cour suprême doive trancher sur la question (Lévesque, 2020).

Dans la perspective de remplir son objectif de **garder le cannabis hors de la portée des jeunes**, la loi comprend une série de restrictions liées à l'âge et à la promotion et incitation :

- › Il est interdit de vendre ou de fournir du cannabis à une personne de moins de 18 ans ; Donner ou vendre du cannabis à un-e mineur-e ou se servir d'une personne mineure pour commettre une infraction liée au cannabis sont des infractions assorties d'une peine pouvant aller jusqu'à 14 ans de prison ;
- › Il est interdit d'offrir des produits attrayants pour les jeunes ; d'emballer ou d'étiqueter le cannabis de façon à ce qu'il soit susceptible d'attirer les jeunes ; de vendre du cannabis en libre-service ou dans des machines distributrices ; de faire la promotion du cannabis, sauf dans des cas très particuliers où les jeunes ne peuvent pas voir cette promotion. Contrevenir à ces interdictions peut s'ensuivre d'une amende allant jusqu'à 5 millions de dollars ou d'une peine d'emprisonnement de 3 ans.

Dans la poursuite de son objectif de **santé publique**, le Gouvernement édicte également un corpus de règles et normes appliqués à l'ensemble de l'industrie et régissant, par exemple, les types de produits du cannabis qu'il est permis de vendre, les exigences relatives à l'emballage, les exigences en matière de suivi du cannabis depuis la semence jusqu'à la vente, etc. L'agence canadienne de régulation de la production du cannabis est Santé Canada, ministère du Gouvernement canadien en charge de la santé. Il contrôle la production et la transformation du cannabis, accorde les licences et veille à l'application de la réglementation.

**La publicité** du cannabis, d'un accessoire ou d'un service lié au cannabis, à destination directe ou indirecte des usager-es est interdite. La promotion informative peut être toutefois diffusée dans des journaux et magazines écrits expédiés et adressés à des personnes majeures, dans des lieux interdits aux mineur-es, par un moyen de télécommunication à condition d'être certain que les jeunes n'y ont pas accès, et selon

d'autres modalités prévues par règlement. Les points de vente peuvent quant à eux faire de la promotion en leur sein, si celle-ci ne porte que sur la disponibilité et/ou le prix du cannabis, du service ou de l'accessoire.

La **conduite avec facultés affaiblies** par le cannabis est également encadrée par la loi. Des policier-es sont spécifiquement formés pour détecter et empêcher la conduite sous influence de drogue en utilisant des tests de sobriété normalisés sur le terrain (TSNT) et des évaluations de reconnaissance des drogues. Si la police suspecte raisonnablement que le conducteur ou la conductrice est sous l'emprise d'une drogue, elle peut soit faire un test de salive soit soumettre l'automobiliste au TSNT. Si le test de salive et/ou le TSNT indiquent la présence de drogue, la police peut procéder à une arrestation et exiger un échantillon de sang ou soumettre l'automobiliste à une évaluation de reconnaissances des drogues, qui comprend des tests de sobriété et le prélèvement d'un échantillon de salive, d'urine ou de sang. Conduire avec une concentration de 2 à 5 nanogrammes (ng) de THC par ml de sang dans les deux heures après avoir consommé est considérée comme une infraction moins grave ; une concentration de 5 ng par ml de sang et plus comme une infraction plus grave. Dans le premier cas, la personne peut écoper d'une amende maximum de 1000 dollars. Dans la seconde configuration, les peines encourues (en première infraction) sont un minimum obligatoire de 1000 dollars d'amende et un maximum de 10 ans d'emprisonnement. Dans le cas de récidive, le minimum obligatoire comprend 30 jours de prison (120 jours lors de la 3e infraction).

Afin de **lutter contre les activités criminelles**, subsiste un certain nombre de sanctions qui ciblent les personnes sortant du cadre juridique. Les sanctions suivent la gravité de l'infraction. Les infractions impliquant de petites quantités de cannabis et des personnes majeures sont considérées comme mineures et peuvent se solder par un avertissement ou une contravention. Les infractions plus graves peuvent quant à elles entraîner des poursuites criminelles et des peines d'emprisonnement (jusqu'à 14 ans).

## ESTIMER L'IMPACT DE LA LÉGALISATION

La réforme canadienne est encore jeune et estimer ses effets sur la consommation, les hospitalisations, la criminalité, la morbidité, les inégalités sociales, l'économie, la sécurité et la santé publiques, etc. est dès lors un exercice difficile qui mériterait davantage de recul. De plus, les études portant sur son impact sur la santé publique sont plutôt rares. Certaines tendances peuvent toutefois être relevées, bien qu'elles puissent évoluer avec le temps, l'évolution des mœurs, les politiques de prix, l'accessibilité d'un cannabis de qualité, etc. Plusieurs limitations sont donc à prendre en compte avant de se pencher sur les premières tendances qui se dessinent depuis la légalisation (Power, 2020 ; Canadian Centre on Substance Use and Addiction, 2019) :

- › L'accessibilité et la disponibilité insuffisantes des produits du cannabis a provoqué une pénurie de produits dans les premiers temps de la légalisation, poussant certains usager-es à continuer à s'approvisionner auprès du marché noir :
  - La présence des détaillants n'est pas uniformément répartie sur le territoire. Certaines provinces et territoires avaient initialement prévu un nombre limité et insuffisant de licences ou ont retardé l'ouverture des points d'approvisionnement. La vente en ligne a été rapidement opérationnelle mais a connu un ralentissement à cause d'une grève et certaines personnes sont réticentes à l'idée de communiquer leurs informations personnelles (adresse, carte de crédit...);
  - Le prix des produits du cannabis est plus élevé que sur le marché noir ; ce qui s'explique notamment par le coût des licences, des équipements de sécurité et des initiatives visant à respecter les réglementations en vigueur
- › La qualité des produits n'est pas toujours au rendez-vous, en cause des processus de maturation et de séchage inappropriés et précipités par la quête de profits ; certains usager-es, déçus par cette mauvaise qualité sont retournés vers leur dealer habituel ;
- › La période initiale succédant à la légalisation s'est caractérisée par la difficulté de répondre à la demande, tant en termes de quantité que de diversité.

D'abord, le délai pour produire et conditionner les produits conformément à la nouvelle législation a été relativement court (quelques mois), bien que les grosses industries aient certainement eu l'occasion de se préparer davantage – particulièrement celles produisant déjà du cannabis thérapeutique<sup>142</sup>. Certains observateurs pointent que la pénurie ne serait pas tant attribuable à un déficit de production de matière première qu'à un déficit de capacités de transformation et de distribution (la priorité des grosses industries étant dans un premier temps de démontrer leurs capacités infrastructurelles de production et donc leur «sérieux» aux autorités publiques et aux investisseurs en bourse ; Lévesque, 2020). De plus, la forte et inattendue demande de produits contenant majoritairement du CBD s'est soldée par une pénurie de ces produits. L'insuffisance initiale de produits du cannabis a significativement impacté les détaillants, les contraignant à réduire leurs heures, le nombre d'employé-es ou même à fermer ;

- › Certaines données ne sont pas encore disponibles, c'est notamment le cas des données de la justice criminelle. Il existe également un délai entre le moment de récolte des données et celui de leur analyse (et enfin de leur publication) qui peut s'étaler sur plusieurs mois. Les enquêtes de santé canadiennes traitant de la consommation de substances sont pour la plupart collectées tous les ans, voire tous les deux ans ; Statistics Canada a cependant initié la *National Cannabis Survey* début 2018, qui est conduite depuis tous les quadrimestres. Il est parallèlement tout à fait central que les données collectées soient ventilables par genre, âge, culture, ou encore revenu, afin de jauger l'équité de l'impact de la légalisation.

Les premières données épidémiologiques, extraites de la *National Cannabis Survey*, indiquent une augmentation de la consommation sur les 12 derniers mois de 2 % à l'échelle canadienne et une augmentation non-significative de la prévalence de la consommation auto-

142 Voir à ce sujet l'article «L'arrivée de l'industrie du cannabis au Canada et le soutien gouvernemental à son développement» (2020) de Line Beauchesne, URL : [https://prospective-jeunesse.be/cpt\\_article/larrivee-de-lindustrie-du-cannabis-au-canada-et-le-soutien-gouvernemental-a-son-developpement/](https://prospective-jeunesse.be/cpt_article/larrivee-de-lindustrie-du-cannabis-au-canada-et-le-soutien-gouvernemental-a-son-developpement/)

rapportée au cours des trois derniers mois chez les 15-24 ans entre le premier trimestre 2018 et le premier trimestre 2019 (de 23,2 % à 29,5 %), puis une diminution de ce même indicateur au deuxième trimestre 2019 (25,5 %). Le taux de prévalence ne permet cependant pas de mesurer les méfaits causés par l'usage de cannabis. Il serait davantage pertinent de chercher si la consommation à risque augmente et s'il est plus aisé dans un contexte de légalisation de détecter, accompagner et soutenir les usager-es problématiques en comparaison avec le contexte de prohibition (Beauchesne, 2020). D'autres données spécifiques aux jeunes permettraient de connaître davantage le type de produits que les moins de 18 ans consomment, via quelle source d'approvisionnement, etc. La prévalence au cours des trois derniers mois augmente chez les 45-64 ans et 64 ans et plus, sans que la consommation journalière ou quasi-journalière reste stable. Il est dès lors fort probable que l'augmentation concerne des consommations irrégulières ou expérimentales. Davantage de données est nécessaire pour savoir si la consommation des aîné-es est motivée par les bienfaits thérapeutiques attribués à l'usage du cannabis et en particulier du CBD (ce qui pourrait expliquer la forte demande de ces produits) (Statistics Canada, 2019a ; Statistics Canada, 2019b).

Un monitoring continu des tendances permettra de suivre les évolutions des consommations et de mesurer si les efforts visant à sensibiliser la population aux risques liés à l'usage de cannabis et aux moyens de les réduire ont un impact sur les comportements et croyances (notamment en matière de conduite automobile et de sécurité sur le lieu de travail). Il conviendra également de surveiller l'évolution des données sur les dépendances au cannabis pour comprendre les effets de la légalisation, ainsi que les interactions entre le cannabis et les autres substances, en particulier l'alcool et les opioïdes afin notamment d'évaluer si la légalisation du cannabis entraîne une diminution des dommages liés aux opioïdes et si elle contribue à lutte contre la crise des opioïdes en Amérique du Nord (Fischer et al, 2019).

La régulation et le contrôle de la sécurité des produits sont centraux en termes de santé publique. Actuellement, une grande partie des tests en la matière sont menés

par l'industrie, en autorégulation, et la liste des contaminants – exception faite des pesticides – est déterminée par la pharmacopée (plutôt que par régulation du ministère de la santé). Il est également important, afin d'encourager les usager-es à se détourner du marché noir, que le marché légal offre des produits en suffisance mais également de qualité. Or, en 2020, les producteurs déclarent encore travailler sur l'optimisation de la qualité des produits, tout en s'attachant à respecter les standards du ministère de la santé et à atteindre un bon rapport coût-efficacité.

Il y a pour le moment peu de données disponibles pour estimer l'impact précoce de la légalisation sur le marché illégal. La *National Cannabis Survey* indique toutefois que les consommateur-rices semblent se détourner de celui-ci pour se fournir sur le marché légal. Entre 2018 et 2019, 52 % des consommateur-rices déclarés ont eu recours au marché légal sur tout le territoire ; mais seuls 29,4 % indiquent s'approvisionner exclusivement auprès de celui-ci. Il faut cependant tenir compte qu'une partie non-négligeable d'usager-es déclaraient déjà se fournir sur le marché légal avant la légalisation du cannabis, ce qui pourrait signaler une confusion entre les sources légales et illégales (par exemple, des dispensaires illégaux étaient considérés comme légaux). Les manqués en termes de disponibilité et de diversité des produits légaux, dans les premiers temps de la légalisation, ainsi que leurs prix plus élevés, ont pour le moment joué en la faveur d'un maintien du marché illégal. De plus, le processus de transition depuis le marché illégal vers le marché légal des habitudes de consommation pourrait être long, en particulier chez les usager-es de cannabis «pré-légalisation» ; la transition pourrait être plus importante chez les usager-es ayant peu ou pas connu la prohibition (Lévesque, 2020).

## DÉFIS ET LEÇONS À TIRER DU MODÈLE CANADIEN

Le Canada, comme tous les États ayant légalisé le cannabis ces dernières années, essuie les pots cassés inhérents à la place de pionnier. Il n'existe en effet pas encore de «recette magique» pour mettre en œuvre une légalisation sans heurts. Les différents modèles qui cohabitent actuellement en Uruguay et en Amérique

du Nord connaissent tous des ajustements progressifs grâce à la surveillance des indicateurs économiques, sociaux et sanitaires, et à l'évaluation des politiques menées. Le Canada, par exemple, a prévu une évaluation triennale.

Il est extrêmement difficile d'anticiper et prévenir l'ensemble des effets indésirables, facteurs extérieurs et dommages collatéraux liés à un tel changement de paradigme, en particulier lorsque les enjeux et défis économiques, sociaux et sanitaires sont aussi importants. Nombre d'observateurs et observatrices ont salué l'orientation «santé publique» adoptée par le Gouvernement canadien et son progressisme en matière de drogues. Ils ont également pointé plusieurs difficultés et défis :

- › Les peines encourues en cas d'infraction au cadre légal sont très élevées. Certaines sont punissables d'un maximum de 14 ans de prison (par exemple vendre ou donner du cannabis à une personnes mineure), ce qui correspond aux peines appliquées en cas de crime violent ou de viol. Ce modèle punitif manque de cohérence avec celui lié aux infractions en matière d'alcool et pourrait jouer en la défaveur des jeunes usager-es en maintenant un tabou autour de leur consommation. Il handicape en effet le développement de la réduction des risques à destination de ce public et freine considérablement l'adoption de bonnes pratiques dès la première consommation (souvent à l'adolescence) (NORML France, 2018) ;
- › La conduite sous l'influence du cannabis est également punie de fortes amendes (minimum 1000 dollars) jusque 10 ans de prison, et ce, alors même que la corrélation entre présence résiduelle de THC dans le sang et facultés de conduite altérées n'est pas scientifiquement établie<sup>143</sup> ;

.....  
143 Le THC a de fait un effet indéniable sur les capacités de conduite et est corrélé à une augmentation des risques d'accident de la route. Toutefois, le THC peut être actif dans le cerveau sans qu'il ne soit détectable dans le sang ; les effets d'un joint persistent par exemple plusieurs heures (bien que cela soit variable selon le profil cinétique de la personne, la dose consommée, l'expérience de l'usager-e, etc.), alors que la concentration de THC dans le sang atteint son pic très rapidement (quelques minutes en moyenne) et devient très faible tout aussi rapidement. La plupart des études sur le sujet concluent donc qu'il n'y a pas de relation

- › Les standards auxquels doivent se conformer les producteurs de cannabis sont plus hauts que ceux imposés aux autres secteurs agricoles, et les produits du cannabis doivent être soumis à des analyses de limite de quantification pour 96 principes actifs de pesticides. Ces contrôles se justifient du point de vue de la santé publique, afin de limiter les effets toxiques des principes actifs de pesticides. Toutefois, la conformité à ces normes peut constituer un véritable défi pour les agriculteurs, en particulier quand les exigences plus faibles pour les autres secteurs agricoles entraînent une concentration élevée de pesticides dans l'air (Lévesque, 2020) ;
  - › Le régime de contrôle strict en vigueur joue en faveur du développement de grosses entreprises, et ce même si son intention de départ était d'éviter une situation d'oligopole, ce qui s'explique par plusieurs facteurs (Lévesque, 2020) :
    - La production et la vente de cannabis thérapeutique étaient déjà concentrées entre les mains de quelques gros acteurs privés, qui ont les moyens humains, matériels et financiers de s'adapter rapidement et efficacement à la nouvelle législation. Les licences, les nombreuses exigences en matière de production et de sécurité, la centralisation de la distribution coutent en effet très cher et sont fortement complexes et contraignantes (voire nébuleuses et parfois inapplicables d'après certains observateurs). Appliquer à une licence requiert dans certaines Provinces des investissements matériels et humains préalables, sans garantie d'avoir un avis positif. L'économie légale et grise, surtout composée de petites entreprises ou dispensaires qui s'étaient développés grâce à la légalité du cannabis thérapeutique pourrait ne pas survivre à pareils coûts et exigences. Cela pourrait signifier d'une part, la fermeture de ces acteurs économiques locaux et donc la perte des emplois et de l'expertise acquise par ces travailleur-ses, et d'autre part, potentiellement la supplantation des intérêts de santé publique défendus originellement par le Gouvernement canadien par les intérêts économiques des grosses entreprises ;
    - Les coûts des tests d'assurance qualité des produits du cannabis obligatoires sont à la charge des entreprises. Santé Canada n'assume cependant aucune responsabilité quant à la conformité des laboratoires titulaires d'une licence et les laboratoires ne certifient dès lors pas la validité de leurs tests. La responsabilité en cas d'erreur repose donc entièrement sur les producteurs, les contraignant à engager des travailleur-ses chargés de contrevérifier la qualité des tests des laboratoires, ce qui impose des coûts non négligeables pour les petites et moyennes entreprises ;
    - Dans quasi toutes les Provinces, un grossiste provincial est chargé de faire le lien entre les producteurs et les vendeurs au détail ; il établit le nombre de compagnies approvisionnant la Province en cannabis récréatif, qui sont les fournisseurs et quelle quantité de cannabis est achetée à chacun d'entre eux. Or, lorsque le nombre de fournisseurs est limité, cela se fait au détriment des petits producteurs ;
    - La plupart des grandes banques américaines et canadiennes sont réticentes à accorder des prêts aux membres de l'industrie du cannabis.
  - › Le Gouvernement offre la possibilité de postuler pour une licence de micro-culture ou de micro-transformation de cannabis. Les obligations en termes de structure et de sécurité liées à cette licence sont moins contraignantes pour les licences standards, ce qui pourrait permettre l'émergence d'une production de meilleure qualité et locale. Cependant, obtenir une micro-licence n'est pas un processus aisé, requiert d'avoir déjà une structure opérationnelle et des employé-es et est actuellement particulièrement chronophage ;
  - › Les patient-es font face à une diminution des stocks de cannabis thérapeutique et une augmentation des prix depuis la légalisation. Les fournisseurs de cannabis thérapeutique semblent en effet s'être réorientés vers le récréatif depuis l'adoption de la nouvelle réglementation (Power, 2020). Or, une partie des patient-es ne se retrouvent pas dans l'offre légale, n'ont pas les moyens financiers d'avoir recours et/ou ont besoin de conseils et suivi personnalisés ;
  - › Les autorités canadiennes doivent à la fois promouvoir un marché légal concurrentiel du marché noir avec des prix relativement bas et des produits de qualité, tout en luttant contre le développement d'un lobby puissant du cannabis ;
  - › Les lois trop restrictives de certaines provinces et territoires ne permettent pas de répondre (quantitativement et en termes de diversité) à la demande des usager-es et dès lors de concurrencer efficacement le marché noir ;
  - › Un marché trop restreint et des prix trop élevés contraignent les populations ayant des revenus faibles à (continuer à) se fournir auprès du marché illégal, encourageant dès lors des risques pénaux élevés et discriminants ;
  - › Le Gouvernement canadien a mis en place un accès plus rapide (application immédiate plutôt qu'une attente de plusieurs années) et gratuit aux demandes de pardon pour les personnes condamnées pour simple possession de cannabis avant la légalisation. Relativement peu de personnes ont bénéficié à ce jour d'une amnistie, à cause d'abord d'une procédure administrative complexe et ensuite de l'épidémie de COVID-19. La procédure de demande de pardon est jugée par de nombreux acteurs discriminantes envers les franges les plus défavorisées de la population, pour lesquelles le coût de la collecte des documents exigés est déjà trop élevé. De plus, les personnes noires et autochtones étaient disproportionnellement criminalisées sous l'ancienne législation, en comparaison avec les personnes blanches. Or, faut-il le rappeler, un casier judiciaire réduit les opportunités en matière d'éducation, d'emploi, de logement et de voyage, reproduisant dès lors les inégalités et discriminations dont les personnes noires et autochtones et/ou issues des quartiers défavorisés souffrent déjà. Plusieurs observateurs et observatrices notent qu'une suppression automatique du casier judiciaire des personnes concernées aurait été plus efficace et équitable (McAleese, 2019).
- Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2020) épingle

.....  
 significative entre les concentrations dans le sang et les effets du cannabis sur la conduite (Goullé, Sausseureau et Lacroix, 2008 ; Douville et Dubé, 2015 ; Alvarez, et al, 2020).

par ailleurs plusieurs leçons à tirer du cas canadien, à savoir :

- › Prendre le temps de s'assurer que les réglementations sont pleinement développées et que tous les niveaux de gouvernance sont prêts à leur implantation ;
- › Prévoir un délai suffisant pour accroître la production et la distribution et ainsi prévenir toute pénurie lors de la légalisation ;
- › Anticiper et tenir compte des coûts associés au développement et l'implantation d'un nouveau système de régulation (depuis l'administration jusqu'à l'application de la loi et la formation, en passant par la sensibilisation de la population) ;
- › Prendre en considération que les revenus générés par les ventes et la taxation seront impactés par des facteurs extérieurs et que les budgets étatiques ne devraient dès lors pas reposer sur leur génération ;
- › La transition des usager-es depuis le marché illégal vers le marché légal prendra du temps ;
- › Les entreprises privées sont extrêmement dynamiques et bénéficient de fusions-acquisitions garantissant leur consolidation et croissance au milieu d'un nombre restreint de concurrents. Les autorités locales doivent dès lors réaliser un effort conscient afin de pourvoir des opportunités de participer aux plus petits détaillants ;
- › Une éducation et information publiques, compréhensives et soutenues sont nécessaires afin d'assurer la compréhension du système de régulation, les risques associés à l'usage de cannabis et les moyens de réduire ces risques.

#### 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 coûteuses 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 stupéfiants contrôlées en plusieurs tableaux (I à IV), statuant notamment que :

- › Le cannabis était jugé comme une drogue «aux propriétés particulièrement dangereuses» et sans valeur thérapeutique notable, au même titre que l'héroïne jusqu'en 2020 (tableau IV de la Convention de 1961)<sup>144</sup> ;
- › 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 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<sup>145</sup>. Or, la distinction entre drogues légales et illégales

.....  
144 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.

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

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<sup>146</sup>. Elle ignore les recherches scientifiques qui épinglent le potentiel thérapeutique du cannabis (pour apaiser la douleur, certaines formes d'épilepsie, etc. voir chapitre 6.2.4), de la MDMA (notamment dans le cadre de thérapies avec des personnes souffrant de stress post-traumatique) ou du LSD (aussi dans un cadre thérapeutique) ; et freine considérablement la délivrance de diacétylmorphine auprès des usagers 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<sup>147</sup>.

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)<sup>148</sup>, les taux maximums de substances psychoactives autorisées, les modes de distribution, l'âge minimum légal, les quantités qu'il est légal de détenir, etc. Il faut également prévoir les sanctions en cas de non-respect de la loi (agrément de production, âge légal minimum, exigences en matière de qualité et de composition, etc.), de même que réglementer certains comportements (la conduite sous influence, la consommation au travail, etc.).

La régulation ne saurait être une véritable avancée de santé publique sans un contexte sécurisant de consommation, c'est-à-dire le développement d'une véritable politique de santé publique, de prévention et de réduction des risques, d'information des consommateurs, d'encadrement strict du marketing et de la publicité, d'offre de soins adéquats et de promotion de la santé, qui comprend le soutien financier adéquat et récurrent de la recherche et des divers services (Paquin, 2017 ; Decorte et al, 2017 ; INHESJ et OFDT, 2017). De plus, pour le cas de la légalisation du cannabis, nombre d'acteurs scientifiques et associatifs soulignent l'importance de faire converger les politiques en matière d'alcool, de tabac et de cannabis (voir chapitre 6.2.4 au sujet du cadre légal du cannabis).

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

146 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>.

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

148 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.

# 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 liés à «la radicalisation violente, aux assuétudes et aux risques de suicide». En second lieu, en matière de médias, le Gouvernement souhaite interdire la publicité pour les jeux et paris, les alcools forts et les médicaments sur l'ensemble des supports de la RTBF.

## 2.2

### PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE

La promotion de la santé à l'école est organisée par le décret du 14 mars 2019 relatif à la promotion de la santé à l'école et dans l'enseignement supérieur hors universités<sup>149</sup>. 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.

<sup>149</sup> 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.

## LUTTE CONTRE LE DOPAGE

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<sup>150</sup>.

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

et le développement durable. Elle vise à renforcer la capacité des élèves à prendre des décisions favorables à leur santé.

Le dispositif de la FWB comporte trois axes :

- > À partir de février 2019 : accompagnement de l'établissement scolaire dans une démarche de réflexion par rapport aux différentes consommations des élèves, évaluation de la demande et élaboration des actions formant le programme de prévention. Cet accompagnement est proposé par le FARES (Fonds des Affections Respiratoires) et ses partenaires spécialisés en assuétudes.
- > À partir de septembre 2019 : mise en place d'un-e référent-e «assuétudes» au sein de l'école, qui a pour mission d'initier le programme d'actions à tous les niveaux (individu, groupe, institution) et en adéquation avec l'établissement scolaire. Pour cela le-la référent-e peut mobiliser les élèves dans une réflexion par rapport à leurs consommations, identifier les ressources internes et externes à l'école, renforcer une approche collective avec les partenaires et initier des démarches de prévention en collaboration avec l'équipe éducative et des services extérieures spécialisés si nécessaire, etc.
- > À partir de janvier 2020 : offre de prise en charge à l'arrêt de tabac et/ou de cannabis pendant le temps scolaire, à la demande des élèves. Cette prise en charge prendra la forme de séances collectives thérapeutiques, menées par un ou une tabacologue reconnue.

Suite à cet appel à projet, 38 établissements ont été sélectionnés pour bénéficier de ce dispositif à partir de la rentrée 2019<sup>151</sup>. 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.

En 2005, les États parties de l'UNESCO (Conférence générale de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture) ont adopté la Convention internationale contre le dopage dans le sport<sup>152</sup>. Les États considèrent en effet que le sport a un rôle important dans la protection de la santé, dans l'éducation morale, culturelle et physique, et dans la promotion de la compréhension internationale et de la paix. Les pratiques liées au dopage mettant en danger les principes éthiques du sport et ses valeurs éducatives, il est dès lors central de prévenir et lutter le dopage dans le sport. Les États parties s'engagent à limiter la disponibilité des substances et méthodes interdites et à lutter contre leur trafic auprès des sportifs ; ils devront également prendre des mesures, y compris des sanctions et des pénalités, à l'encontre des personnes violant les règles antidopage. Les États signataires s'engagent à soutenir le contrôle antidopage sur leur territoire et à l'échelle internationale ; pour cela, ils doivent encourager la coopération entre les organisations antidopage, les pouvoirs publics et les organisations sportives (à l'échelle nationale et internationale) et veilleront à coopérer entre eux. La Convention prévoit que les États soutiennent, conçoivent ou mettent en œuvre des programmes d'éducation et de formation sur la lutte contre le dopage, ainsi qu'un programme national de contrôles dans toutes les disciplines sportives. Ils doivent enfin encourager et promouvoir la recherche antidopage.

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

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

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

152 La Convention est consultable à l'adresse : [http://portal.unesco.org/fr/ev.php-URL\\_ID=31037&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/fr/ev.php-URL_ID=31037&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)

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

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

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

Dans ce décret, le Gouvernement s'engage à élaborer un plan de campagnes d'éducation, d'information et de prévention relatives à la lutte contre le dopage, en veillant à sensibiliser aux effets néfastes du dopage

sur la santé. Il devra notamment diffuser une brochure d'information à destination des sportif-ves professionnels et amateurs. Le Gouvernement s'engage à réaliser ou faire réaliser les procédures de contrôle antidopage, en et hors compétition. La Direction de la lutte contre le dopage du Ministère de la Communauté française est l'organisation nationale antidopage (ONAD) pour la FWB ; elle adopte et met en œuvre les règles antidopage, assure la gestion des prélèvements d'échantillons et celle des résultats de contrôles et tient audience<sup>153</sup>. Le décret décrit les infractions punissables et crée la Commission de la Communauté française pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT). Le décret donne compétence aux organisations sportives pour appliquer et organiser les procédures disciplinaires en cas de violation des règles antidopage.

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

Un arrêté ministériel établissant la liste des substances et méthodes interdites pour l'année 2019 complète le décret. Il précise que les cannabinoïdes sont interdits en compétition, à l'exception du cannabidiol (CBD)<sup>154</sup>.

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

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

Les gouvernements fédéral, communautaires et régionaux se sont accordés pour financer conjointement une étude portant sur l'usage de drogues dans une perspective de dopage ; ses résultats ont été publiés en 2020 (Hardyns et al, 2020). Les drogues d'amélioration de la performance (*performance enhancing drugs* ou PED), y compris les stéroïdes anabolisants androgènes (SAA), peuvent être utilisées pour promouvoir les performances physiques et cognitives (études, sport, sexe, etc.); leur usage dépasse désormais le seul contexte sportif et comporte des risques pour la santé publique. La recherche combine une revue de la littérature scientifique, une enquête représentative dans la ville de Gand, une enquête auprès de personnes pratiquant le fitness en Belgique (en grande majorité flamandes et seuls les SAA étaient abordés), des enquêtes auprès de sous-groupes spécifiques (prison, milieu professionnel et sport), et une enquête auprès de prestataires de soins afin d'évaluer l'offre de soins en matière d'usage de PED. Pour différentes raisons méthodologiques, la littérature internationale ne permet pas d'établir une prévalence moyenne au sein de la population générale ; peu d'études se sont de plus penchées sur le cas belge. Les PED légales librement disponibles (caféine, nicotine, etc.) et les drogues illicites (amphétamines, cannabis, etc.) sont principalement utilisées pour améliorer la performance (cognitive) et accroître l'attention et la vigilance. Les drogues ayant un effet narcotique (alcool, benzodiazépines, antidépresseurs) sont davantage susceptibles d'être utilisées pour faire face à la douleur et aux problèmes de sommeil. Ces différentes substances peuvent entraîner un certain nombre d'effets indésirables allant de l'anxiété et les troubles du sommeil à des problèmes cardiaques, des cancers, des maladies du foie et des problèmes de dépendances.

Les résultats des différents volets pointent notamment une prévalence de 1,9 % de l'usage de PED sur la vie, au sein de la population gantoise (N=1753), ce qui est cohérent avec la littérature internationale (dans le cas des enquêtes directes) ; ces résultats ne sont cependant pas généralisables à l'ensemble de la population belge. Les personnes pratiquant le fitness interrogées et ayant déjà consommé des stéroïdes semblent moins motivées par l'amélioration de leurs performances athlétiques que par celle de leur apparence physique. Les prestataires de soins interrogés notent que l'usage de SAA chez leurs patient-es est d'abord motivé par l'amélioration de leur apparence (67 %) et dans une moindre mesure par leurs performances physiques (23 %).

L'étude expose une série de recommandations, dont :

- › Intégrer l'usage de PED dans l'enquête de santé belge afin de mieux évaluer leur prévalence au sein de la population générale et ainsi mieux adapter les politiques de santé ;
- › Intégrer la politique en matière de dopage et l'usage de PED dans la politique existante en matière de drogues, afin de prendre en compte le chevauchement entre l'usage de PED et l'usage d'autres substances illicites. La politique «drogue» rassemble la prévention, la détection et l'intervention précoces, la réduction des risques, l'assistance, le suivi et l'intégration sociale ;
- › Donner une place au dopage dans le prochain document de politique fédérale sur la drogue et dans le prochain plan d'action de l'Union européenne ;
- › Mener des recherches évaluant l'efficacité des contrôles antidopage auprès des sportifs et sportives amateurs et favoriser les sanctions alternatives pour les usager-es de drogues illégales et/ou dopantes ;
- › Effectuer des recherches supplémentaires afin de déterminer l'origine des PED sur le marché belge ;
- › Renforcer la prévention, notamment en élargissant les campagnes d'information et de sensibilisation (dans les milieux sportifs, le système carcéral, les lieux de travail ; etc.) et en proposant des programmes d'éducation fondés sur le renforcement des compétences psychosociales, le changement des normes sociales et la fixation d'objectifs ;
- › Mener des recherches sur l'efficacité des mesures éducatives antidopage et dégager des bonnes pratiques auprès des non-usager-es et des personnes ayant déjà recours au dopage ;
- › Mettre en place une offre d'assistance intégrée pour les usager-es de PED, intégrée dans le réseau de structures sociales et médicales d'assistance aux usager-es de drogues ; il est au préalable nécessaire de renforcer la détection et l'expertise en matière de PED parmi les prestataires de soins spécialisés ;
- › Sensibiliser et former la première ligne de soins en matière de PED ;
- › Renforcer les services spécialisés dans la prise en charge des usager-es de drogues et s'assurer qu'ils disposent des ressources nécessaires pour ajouter la prise en charge des usager-es à leur offre ;
- › Adopter une approche de réduction des risques, plutôt que mener des contrôles antidopage dans les centres de fitness, de tels contrôles risquant d'éloigner les usager-es de PED des clubs de sports et encourager la pratique du sport à la maison ;
- › Mener des recherches afin d'évaluer l'efficacité des dispositifs de réduction des risques liés à l'usage de PED (les recommandations présentes reposant sur les recherches établissant l'efficacité de la réduction des risques liés à l'usage de drogues illicites) ;
- › Renforcer la recherche scientifique, la détection, l'assistance, la prévention et les stratégies de réduction des risques, ainsi que la formation des professionnel·les en contact avec les publics spécifiques plus à risque (milieu professionnel, milieu carcéral, le secteur du fitness).

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.

## 3.1

## LES POLITIQUES PUBLIQUES MENÉES EN RÉGION BRUXELLOISE EN PÉRIODE DE COVID-19

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.

### 3.1.1. LES MESURES ANTI-COVID DE LA RÉGION BRUXELLOISE

Suite à l'annonce du lockdown en mars 2020, la Région bruxelloise a adopté des mesures d'urgence pour soutenir les activités des opérateurs du social et de la santé, en apportant un soutien financier au secteur non-marchand afin qu'il poursuive ses activités, en dégagant un budget pour les politiques préventives (renforcement de l'aide alimentaire, lutte contre les violences intra-familiales, accueil des personnes sans-abri, lignes d'écoute, etc.). Ainsi, le Gouvernement a pris une série de mesures visant à adapter et renforcer l'accueil et le logement des **personnes sans abri**, y compris les personnes migrantes en transit, dont :

- › L'accueil des personnes migrantes à la Porte d'Ulysse est organisé jour et nuit

(plutôt que seulement la nuit) ; la capacité d'accueil est augmentée de 200 places grâce au partenariat avec deux hôtels. La distribution de nourriture est assurée dans les deux cas ;

- › La capacité d'accueil de nuit a été augmentée (partenariat avec plusieurs hôtels, auberges, centres sportifs) et le Dispositif Hiver prolongé jusque fin juin 2020 ;
- › Renforcement des maraudes par les communes et les CPAS pour entrer en contact avec les personnes les plus fragilisées en rue ;
- › Prolongement des subventions spécifiques à l'hiver octroyées aux acteurs de jour et de nuit ;
- › Création d'une capacité d'accueil pour les personnes sans abri diagnostiquées positives au COVID-19 ;
- › Renforcement du soutien infirmer et médical transversal aux différentes structures.

Un **numéro d'urgence sociale** a également été créé fin mars, ainsi que, fin avril, une équipe mobile renforçant les dispositifs relatifs aux **assuétudes**, permettant ainsi de renforcer les maraudes et renouer le lien avec les usager-es précarisés, entamé par le confinement. Une *task force* a également été mise en place avec les expert-es en **promotion de la santé**, afin de former la première ligne et la ligne 0.5 et d'orienter les actions des associations de terrain vers la prévention et la réduction des risques face à la COVID-19, grâce à des techniques de sensibilisation et de santé communautaire. L'objectif est de cibler et former les acteurs de la première ligne et de la ligne 0.5 pour entrer en contact avec les publics dits «cachés», qui passent d'ordinaire sous les radars. Les acteurs de la réduction des risques intervenant en milieu festif ont également été mobilisés afin de développer

Les différentes mesures liées au logement ou à l'accueil d'urgence permettent de réduire temporairement les effets néfastes de la crise sanitaire sur les personnes précarisées. Elles ne sont toutefois pas porteuses de changements structurels plus profonds qui permettraient une lutte plus efficace contre la précarisation et la perte de logement. Elles s'inscrivent dans une politique de l'urgence plutôt que dans une démarche préventive, de soutien et d'accompagnement. La fin des mesures exceptionnelles liées à la gestion de la crise, couplée au renforcement des inégalités sociales provoquées par les mesures de confinement, risquent d'entraîner une véritable catastrophe sociale. Un changement de paradigme pourrait s'opérer sous la nouvelle législature, puisque la volonté de s'orienter vers des solutions durables de sortie de rue et de maintien du logement fait partie intégrante des programmes des nouveaux Gouvernements bruxellois et wallon.

une stratégie d'action envers ce public spécifique<sup>155</sup>.

En matière de **logement**, le Gouvernement bruxellois a prolongé d'un mois l'interdiction de couper le gaz et l'électricité, courant d'ordinaire du 1er octobre au 31 mars (donc jusqu'au 30 avril inclus) ; La RBC a également interdit les expulsions entre le 19 mars et le 31 août<sup>156</sup>, puis du 6 novembre 2020 au 15 janvier 2021<sup>157</sup>.

Face à la résurgence de l'épidémie en automne 2020, le Gouvernement a complété les mesures d'urgences prises jusque-là par des nouvelles dispositions, notamment : une stratégie régionale de droit à l'alimentation (en collaboration avec les CPAS), le soutien aux maisons de repos, le renforcement de l'offre en santé mentale (y compris mobile), renforcement des CPAS pour faire face aux conséquences de la crise sur les Bruxellois-es en apportant une aide alimentaire, en luttant contre la perte du logement, etc. Une provision a également été prévue afin de faire face aux conséquences de la crise socio-sanitaire autant qu'elle durera. Les mesures de lutte contre le sans-abrisme ont encore été renforcées : d'autres places dans les auberges de jeunesse et dans les hôtels devraient être activées, les accueils de jour

renforcés et les réquisitions de chambres d'hôtels prolongées jusqu'au 30 juin 2021 au minimum<sup>158</sup>.

### 3.1.2. 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 Gouvernements 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<sup>159</sup>. 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 socio-sanitaire 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 révélées, 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 interdépendantes (i.e. le «croissant pauvre» de Bruxelles) ;
- 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,

155 Compte rendu, Séance plénière du 30/10/2020, Parlement francophone bruxellois, URL : <https://www.parlementfrancophone.brussels/documents/compte-rendu-de-la-seance-pleniere-du-30-octobre-2020/document>

156 Voir le site des ministres Maron et Trachte ; URL : <https://maron-trachte.brussels/>

157 Arrêté du ministre-président de la Région de Bruxelles-Capitale interdisant temporairement les expulsions domiciliaires du 4 novembre 2020, URL : [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2020110401&tab\\_le\\_name=loi](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2020110401&tab_le_name=loi)

158 Article «COVID-19 : le Gouvernement bruxellois met le social au cœur et renforce la lutte contre le sans-abrisme», 04/11/2020, site des ministres Maron et Trachte, URL : <https://maron-trachte.brussels/2020/11/04/covid-19-le-gouvernement-bruxellois-met-le-social-au-coeur-et-renforce-la-lutte-contre-le-sans-abrisme/>

159 Compte rendu intégral, Séance plénière du 17/07/2020, Parlement de la Région de Bruxelles-Capitale, URL : <http://web.lex.irisnet.be/data/crb/crb/2019-20/00029/images.pdf>

## POURQUOI LA RBC A-T-ELLE ÉTÉ PARTICULIÈREMENT TOUCHÉE PAR LA PANDÉMIE ?

L'IBSA, l'Institut bruxellois de statistique et d'analyse, a publié en octobre 2020 un focus s'intéressant à la surmortalité enregistrée au cours du printemps 2020 à Bruxelles, c'est-à-dire au plus fort de la première vague. Les auteur-es épinglent trois hypothèses qu'il faudra confirmer à l'avenir :

- 1) La RBC est fortement urbanisée, or les villes sont davantage touchées par l'épidémie que les campagnes ; c'est dans les villes que l'on meurt plus de la COVID-19. Les villes en effet ont une plus forte densité qui rend difficile la distanciation physique. C'est vrai pour les logements, les transports en commun, mais aussi dans les infrastructures propres au « style de vie urbain », telles que les cafés, les restaurants, les discothèques, les concerts, les festivals, les congrès, les salons, etc. qui sont fortement concentrés en ville ;
- 2) Bruxelles est la plus grande ville de Belgique. Et en tant que telle, la mobilité, la connectivité et l'utilisation des transports en commun sont particulièrement élevées, ce qui joue indéniablement sur la propagation du virus et la surmortalité. Bruxelles est aussi un haut lieu de connectivité internationale, accueillant un pourcentage élevé de non-Belges de manière permanente ou provisoire. La présence des institutions de l'Union européenne attire également d'importants flux voyageur-ses d'affaire. La Région est de plus un centre d'affaire international et un lieu touristique, impliquant encore davantage de flux depuis et vers d'autres pays, y compris des pays particulièrement touchés par le virus ;
- 3) La Région cumule d'autres caractéristiques jouant un rôle dans la surmortalité. D'abord, la proportion de personnes âgées résidant en maison de repos est plus élevée que dans les autres régions. Les personnes âgées étant davantage vulnérables à la COVID-19, cette particularité a certainement joué sur la surmortalité. De plus, les personnes ayant un faible revenu sont proportionnellement plus nombreuses à vivre en RBC qu'en Flandre ou en Wallonie. Or, il existe un lien entre statut socio-économique et le risque de contracter le virus et/ou d'en mourir : les personnes les plus défavorisées sont davantage à risque que les personnes socialement et économiquement aisées (pour en savoir plus à ce sujet, voir notre focus thématique au chapitre 8).

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 :

- › Nonaccès 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 de 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

Le secteur spécialisé bruxellois a épinglé une série de mesures nécessaires en temps de COVID-19, dont certaines méritent d'être prolongées, compte tenu l'état de saturation auquel le secteur est constamment confronté :

- › Développement des places d'accueil et d'hébergement et des projets de Housing first pour les usager-es problématiques en situation de grande précarité ;
- › Soutenir les équipes mobiles existantes et à créer, ainsi que la concertation autour des personnes ayant des situations complexes, le *case management* et une culture de concertation entre services institutions et niveaux de pouvoir, afin de prévenir l'engorgement des différentes lignes de soins et faciliter l'articulation entre l'ambulatoire et le résidentiel ;
- › Renforcer les services ambulatoires et les équipes mobiles, en particulier maintenir les dispositifs financés après la crise COVID-19 (maraudes, offres décentralisées, etc.) ;
- › Renforcer les services d'aides et de soins aux justiciables ;
- › Ouvrir la salle de consommation à moindre risque ;
- › Développer ou maintenir les espaces de jour bas seuil ;
- › Renforcer la ligne 0.5 et inclure les publics vulnérables à la 1<sup>re</sup> ligne de soins (usager-es de drogues problématiques,

travailleur-ses du sexe, personnes migrantes, personnes sans-abri) ;

- › Renforcer les collaborations avec les médecins généralistes
- › Élargir l'accès aux matériels de réduction des risques (notamment avec les bornes automatiques) et aux traitements de substitution ;
- › Autoriser les intervenant-es en contact avec les usager-es à administrer la naloxone par voie nasale ;
- › Renforcer et créer des plateformes d'aides en lignes sécurisées et professionnelles viables, notamment avec l'engagement de thérapeutes spécialisés pouvant répondre à une pratique de consultation à distance ou alliant présentiel et à distance ;
- › Mettre en œuvre un accompagnement et édicter des recommandations afin d'adapter l'offre aux mesures sanitaires, afin de relancer les activités de groupe, les formations, de réduire l'impact anxiogène des mesures sanitaires sur le lien, la confiance et la convivialité, et de soutenir les travailleur-ses ;
- › Si la pertinence d'un dépistage sérologique se confirme, le mettre en place pour les travailleur-ses qui le souhaitent ;
- › Construire un plan concret de gestion de crise, basé sur les apprentissages issus de la crise.

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 fournisseurs, 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).

### 3.1.3. DÉCLARATION DE POLITIQUE GÉNÉRALE DE LA RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE DU 23 OCTOBRE 2020

Le ministre-président de la Région de Bruxelles-Capitale a présenté la déclaration de politique générale (DPG) pour l'année 2020-2021 au Parlement bruxellois le 23 octobre 2020<sup>161</sup>. La crise sanitaire a contraint les différents gouvernements belges à adopter des mesures d'urgence sociales, sanitaires et économiques. Elle a aussi renforcé les inégalités sociales et mis en exergue les défis de la RBC en matière de logement et de lutte contre la pauvreté. Le Gouvernement de la RBC entend contrer les conséquences socio-économiques de la crise et renforcer la résilience face aux crises

à venir par une réponse déterminée par les quatre priorités régionales majeures, à savoir le logement, le climat, la mobilité et l'économie emploi.

Pour faire face à la crise actuelle, le Gouvernement a déjà approuvé au cours de l'été 2020 huit mesures de relance qui se poursuivront sur l'année 2021 :

- 1) Adapter les infrastructures hospitalières durant le COVID-19 et aider les hôpitaux à maintenir leurs activités essentielles et habituelles, tout en gardant une capacité de réponse au COVID-19 dans les mois suivants ;
- 2) Elaborer une politique de gestion des risques sanitaires régionale en articulation avec les plans d'urgence sanitaires fédéraux ;
- 3) Pérenniser le numéro d'urgence sociale et son équipe et infrastructure, qui répond à une demande importante qui se poursuivra au-delà des périodes de confinement. Ce numéro permet de favoriser le recours aux droits et d'orienter efficacement les citoyen-nes vers les services sociaux adaptés à leur situation ;

<sup>160</sup> Article «Points d'attention du «secteur assuétudes» dans le contexte de la crise COVID-19», site de la Fédito Bxl, 27/05/2020, URL : <https://feditobxl.be/fr/2020/05/points-dattention-secteur-assuetudes-dans-le-contexte-de-la-crise-covid-19/>

<sup>161</sup> La Déclaration est consultable à l'adresse : <https://rudivervoort.brussels/wp-content/uploads/2020/10/DPG-231220.pdf>

- 4) Renforcer le personnel d'Iriscare, en particulier au sein du département Institutions de soins et du Service Facility (responsable du stock stratégique) ;
- 5) Renforcer les capacités de prise en charge à domicile ;
- 6) Renforcer l'offre de soin en services de santé mentale, le travail mobile en santé mentale et l'accessibilité bas seuil aux soins de santé mentale. Le Gouvernement entend pour cela financer les équipes mobiles existantes et les services de santé mentale, augmenter les moyens octroyés et financer les quatre antennes 107 de coordination des opérateurs et de concertation multidisciplinaire en vue de garantir le travail en réseau ;
- 7) Identifier des solutions pour les personnes et familles sans abri accueillies provisoirement dans les dispositifs d'urgence COVID-19. Les mesures temporaires prises pour protéger les personnes les plus précarisées et vulnérables devraient prendre fin avec la levée des mesures d'urgence et de confinement (renforcement temporaire des moyens des opérateurs, création de lieux d'accueil de jour, mobilisation de 950 places dans des hôtels et le Parlement européen, création de places médicalisées pour les personnes sans-abri diagnostiquées COVID-19). Le Gouvernement a épinglé la nécessité de mettre en place des solutions pour les personnes et familles hébergées temporairement :
  - › Coordination de l'élaboration des conventions d'occupation temporaire et démarches de mise en conformité ;
  - › Aménagement, petites rénovations, mise en conformité de 400 logements mobilisés et 2 espaces d'accueil collectif qualitatif ;
  - › Renforcement des opérateurs psychosociaux (*Housing First*, guidance à domicile pour accompagner les personnes relogées) ;
 Concernant l'accueil des personnes migrantes, la RBC prévoit de pérenniser l'accueil de nuit, avec, à court terme, la relocalisation de la Porte d'Ulysse vers le nouveau site de Schaerbeek, et

l'accompagnement multidisciplinaire via un Hub humanitaire. En collaboration avec le Gouvernement fédéral, il s'agira également de mobiliser l'ensemble des partenaires qui doivent être parties de la solution structurelle, en étant particulièrement attentif à certains publics cibles (les mineur-es non accompagnés, les femmes migrantes accompagnées de mineur-es ou les personnes susceptibles d'être intégrées dans des filières de traite des êtres humains). La solution devra notamment comprendre la mise en place d'un centre d'accueil d'urgence et d'orientation ;

- 8) Elaborer et déployer une stratégie régionale de mise en œuvre du droit à l'alimentation.

En plus de ces mesures, le Gouvernement poursuivra les chantiers structurels de la législature, en particulier ceux visant à garantir l'accès universel aux droits sociaux, en luttant contre le non-recours aux droits, et ceux participant au développement d'une offre de soins de santé axés sur les quartiers. La lutte contre le non-recours aux droits sociaux passera par plusieurs initiatives :

- › Octroyer une subvention supplémentaire exceptionnelle aux 19 CPAS bruxellois pour leur permettre, au cours des années 2020 et 2021, de faire face aux différentes conséquences de la crise sanitaire sur le bien-être et la santé des usager-es ;
- › Lancer les neuf premiers contrats locaux social-santé sur cinq quartiers en 2021 afin d'opérationnaliser la réforme de la relation aux CPAS (il s'agira d'une phase pilote). Cette réforme passe par la contractualisation de politiques spécifiques d'action sociale, répondant aux besoins de chaque quartier et aux différentes réalités sociales locales. Les contrats porteront prioritairement sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social, le logement et la santé alimentaire.

De plus, le Gouvernement entend poursuivre la mise en réseau des hôpitaux et le virage ambulatoire. La prévention contre la perte de logement et les expulsions et le renforcement de la politique d'insertion et de la politique de sortie de rue font également partie de son programme. Les efforts en matière de prévention et d'insertion devraient se poursuivre tout

au long de la législature, au travers, notamment, de la guidance à domicile, la multiplication des projets *Housing First* et l'appel à projet pour la construction et rénovation de logements par les communes. La RBC souhaite parallèlement renforcer l'accès et la continuité aux soins de santé mentale. Ainsi, en plus des mesures prises au cours de la crise sanitaire, plusieurs projets visant à renforcer la mobilité des services ambulatoires et à renforcer l'accessibilité des services seront mis en œuvre en 2021. En matière d'assuétudes, plus spécifiquement, l'Ordonnance relative aux salles de consommation à moindre risque doit encore être soumise au Parlement afin de permettre l'ouverture d'une telle salle dès mai 2021.

Le Gouvernement entend augmenter les moyens financiers investis dans l'Égalité des chances, la lutte contre les discriminations et les droits des femmes. Plusieurs priorités sont épinglées dans la DPG :

- › Travailler à l'égalité des chances et à la lutte contre les discriminations de manière transversale ;
- › Soutenir les associations qui œuvrent en termes de signalements et plaintes pour discrimination ;
- › Lutter contre toutes les formes de violences faites aux femmes (physiques, psychologiques, dans l'espace public, dans le cadre familial, et les violences structurelles) ;
- › Aborder l'Égalité des chances depuis un angle préventif, en sensibilisant à l'ensemble des problématiques relatives et tendre vers l'enrayement des discriminations et violences associées.

### 3.1.4. DÉCLARATION DE POLITIQUE GÉNÉRALE DE LA COCOF DU 30 OCTOBRE 2020

La ministre-présidente du Gouvernement francophone bruxellois a exposé la Déclaration de politique générale de la législature 2020-2021 au Parlement francophone bruxellois le 30 octobre 2020<sup>162</sup>. La DPG comprend des mesures propres au secteur non-marchand ; le

<sup>162</sup> La DPG est consultable à l'adresse : <https://www.parlementfrancophone.brussels/documents/compte-rendu-de-la-seance-pleniere-du-30-octobre-2020/document>

Gouvernement a en effet notamment dégagé une enveloppe qui permettra de revalorisation de près de 10.000 postes relevant des dispositifs subventionnés par la COCOF. En matière de politiques sociales, les Petits Riens asbl pourront organiser une nouvelle maison d'accueil pouvant recevoir 45 familles monoparentales en 2021. Des moyens supplémentaires en matière d'accueil et d'accompagnement des personnes primo-arrivantes permettront de renforcer les trois bureaux d'accueil des primo-arrivants pour une meilleure organisation des parcours d'accueil.

En matière de santé, le Plan stratégique de promotion de la santé 2018-2022 (voir chapitre 3.8) sera évalués fin 2022 et fera donc l'objet d'une révision sous la législature. Par ailleurs, les démarches de santé communautaire ont bénéficié d'un soutien certain au cours de la crise sanitaire et un soutien financier supplémentaire a été attribué à la Fédération bruxelloise de promotion de la santé et est prolongé en 2021. Dans la perspective de la révision du Plan, le Gouvernement a augmenté les budgets de développement de nouvelles initiatives en promotion de la santé afin de faire émerger des projets innovants en vue d'alimenter le futur plan 2023-2027. Le Gouvernement a également adopté des mesures de relance en santé mentale qui devraient permettre au secteur de renforcer la mobilité des soins et l'action en santé mentale communautaire. Le budget de l'année 2020-2021 prévoit l'agrément de nouvelles maisons médicales, poursuivant ainsi le développement du secteur entamé depuis le début de la législature. En matière d'égalité des genres, la COCOF poursuit son soutien à de nombreuses associations et finalise la rédaction du Plan inter-francophone de lutte contre les violences faites aux femmes 2020-2024 avec la Fédération Wallonie-Bruxelles et la Région wallonne.

L'élaboration du Plan social-santé intégré «Brussels takes care» poursuit son cours, grâce à l'avancement des travaux des États généraux bruxellois de la santé et du social et au panel citoyen. Sa mise en œuvre sera inscrite au budget en 2022.

## 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.

Nous exposons dans un autre chapitre le rôle qu'a joué 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). 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.

## SÉCURITÉ ET PRÉVENTION EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

### 3.2.1. BRUXELLES PRÉVENTION & SÉCURITÉ

La 6<sup>e</sup> 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<sup>163</sup>. 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<sup>164</sup>.

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<sup>165</sup>.

### 3.2.2. LE PLAN GLOBAL DE SÉCURITÉ ET DE PRÉVENTION 2017-2020

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 2017-2020 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.

Approuvé en février 2017 par le Gouvernement de la RBC<sup>166</sup>, le Plan fixe les priorités régionales en matière de prévention et de sécurité, en collaboration avec la police fédérale, les Communes et les zones de police, comme le stipule l'Accord de majorité 2014-2019 de la RBC<sup>167</sup>.

#### DROGUES ET ASSUÉTUDES<sup>168</sup>

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. Les pratiques de consommation sont envisagées dans leurs pluralités, tantôt ponctuelles, récréatives ou expérimentales, tantôt abusives ou nocives pour la personne et/ou son entourage.

Les priorités du plan en matière de réduction de la demande sont :

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

La priorité en matière de répression ne sera pas mise sur les consommateurs de drogues illicites. Au contraire, la RBC entend favoriser les peines et mesures alternatives à l'emprisonnement pour les consommateurs et consommatrices n'ayant commis aucun autre délit. Les efforts policiers et judiciaires se concentreront sur :

- › L'offre, le commerce et la vente ;
- › La production à échelle professionnelle (en particulier le cannabis, les drogues synthétiques et les nouvelles substances psychoactives) ;
- › L'importation et l'exportation de cocaïne et de précurseurs des drogues synthétiques ;
- › L'approvisionnement des marchés locaux.

Concernant les usager-es et les personnes à risques, le plan veut mettre l'accent, de manière équivalente, sur la prévention, la détection et l'intervention précoce, la réduction des risques, le soin, la posture et l'intégration sociale. Pour cela, une attention particulière sera portée aux approches «bas seuil» et la RBC s'engage à plaider auprès du fédéral pour modifier l'article 3 de la loi de 1921<sup>169</sup> afin de permettre la mise en place de dispositifs répondants aux réalités actuelles (notamment les projets de distribution de traitement par diacétylmorphine de type TADAM ou d'autres dispositifs expérimentaux<sup>170</sup>).

Concrètement, le PGSP prévoit notamment le financement d'un projet de centre intégré à très bas seuil d'accès (confié aux asbl Transit, Médecins du Monde et Projet Lama) et l'augmentation de l'accès au logement pour les usager-es de drogue.

163 Ordonnance du 28 mai 2015 créant un organisme d'intérêt public centralisant la gestion de la politique de prévention et de sécurité en RBC.

164 Déclaration de politique générale Du gouvernement de la Région de Bruxelles-capitale, 15/10/2014.

165 Site officiel be.brussels, URL : <http://be.brussels/propres-de-la-region/les-organismes-regionaux/bruxelles-prevention-et-securite>

166 Communiqué de presse «Un premier plan de sécurité pour la région bruxelloise» du 2 février 2017 sur le site officiel du ministre Rudi Vervoort.

167 Gouvernement de la RBC, Projet d'accord de majorité 2014-2019 (juillet 2014).

168 Plan Global de Sécurité et de Prévention de la RBC, URL : <http://www.veiligheid-securite.brussels/sites/default/files/Plan%20GVPP%20Frans.pdf>

169 L'article 3 de la loi de 1921 statue que toute structure ou individu facilitant l'usage de substances illicites, en procurant un local ou par tout autre moyen, sera puni.

170 On peut évidemment penser aux salles de consommation à moindre risque (SCMR) dont la RBC se montre fervente défenseuse. Le PGSP ne se prononce cependant pas clairement sur le sujet, étant donné l'absence de consensus politique.

## UN CENTRE INTÉGRÉ RÉGIONAL<sup>171</sup>

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 3.7. Les salles de consommation à moindre risque).

## LES MESURES DU PLAN GLOBAL DE SÉCURITÉ ET DE PRÉVENTION

<b>Prévention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Renforcer la prévention générale, sélective et ciblée dans différents milieux de vie, notamment en renforçant le travail de rue, en créant un dispositif d'accompagnateurs sociaux mobiles, en constituant un répertoire des structures spécialisées en promotion de la santé et en prévention à l'attention des services non-spécialisés, et en renforçant les programmes de réduction des risques</li> <li>› Développer la formation des acteurs de la prévention, de la sécurité et de l'aide à la jeunesse</li> <li>› Sensibiliser les consommateurs, notamment les jeunes, en mettant en place un module d'éducation à la RdR et à la vigilance face à l'offre en matière de psychotropes (tout particulièrement l'alcool, le cannabis et l'achat sur internet), et en soutenant les programmes de promotion de la santé à l'école</li> </ul>
<b>Réaction</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Veiller au respect des restrictions légales concernant la disponibilité de l'alcool pour les mineur-es et dans les magasins de nuit</li> <li>› Soutenir la mise en place d'un plan d'action permettant la détection rapide et l'identification des producteurs de cannabis sur le territoire de la RBC</li> <li>› Favoriser la récupération du matériel usager-e afin de limiter les risques de transmission virale</li> <li>› Simplifier et harmoniser les procédures d'accès au droit à l'aide médicale urgente pour les usager-es de drogue et les personnes en séjour irrégulier</li> <li>› Mettre en place un projet de type TADAM</li> </ul>
<b>Suivi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Renforcer et mettre en réseau les équipes de recherche bruxelloises actives dans le domaine des drogues, afin notamment d'orienter les politiques en ces matières</li> <li>› Améliorer la connaissance des produits en circulation en renforçant le projet d'analyse des produits psychotropes</li> </ul>

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

## 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 COCOF, la FWB et le pouvoir fédéral. Le Ministre-président Rudi Vervoort 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<sup>172</sup>.

Il faut reconnaître au PGSP certaines qualités, notamment sa position vis-à-vis de la modification de la loi de 1921, la formation des acteurs, et de la mise en place de projets du type TADAM. Et, même s'il n'est pas question de sortir du modèle prohibitionniste, le PGSP met l'accent sur la prévention et la réduction des risques plutôt que sur la répression des usages et des usager-es de drogues illicites, et promeut le développement d'alternatives à l'emprisonnement.

### 3.2.3. 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

172 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>.

quadri-annuels doivent répondre à cinq axes prioritaires, dont : la prévention et la lutte contre les assuétudes<sup>173</sup>.

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 ; celui devrait être aligné à partir de 2021 avec le Plan global de Sécurité et de Prévention<sup>174</sup>.

### 3.3

## IRISCARE : L'ORGANISME D'INTÉRÊT PUBLIC DE LA COCOM<sup>175</sup>

Les accords de la Sainte-Emilie ont avalisé la création de deux nouveaux organismes d'intérêt public (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-ne-s et professionnel-le-s bruxellois-es.

Une ordonnance portant sur la création de l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales, baptisé Iriscare, a été sanctionnée le 23 mars 2017 par le Collège réuni de la COCOM.

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.

À cela s'ajoutent quatre commissions techniques, un Collège des commissaires et un service de contrôle budgétaire, d'audit et de monitoring (voir schéma). Il est prévu qu'Iriscare soit opérationnel et que le transfert de compétences soit achevé pour janvier 2019.

### LES COMPÉTENCES DE LA COCOM

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.

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

174 Voir site de l'Association Villes & Communes de Bruxelles, URL : [https://www.avcb-vsgb.be/fr/subsides.html?sub\\_id=10](https://www.avcb-vsgb.be/fr/subsides.html?sub_id=10)

175 Le fonctionnement d'Iriscare et sa collaboration avec l'administration sont davantage détaillés dans notre Tableau de bord 2019.

## RÉPARTITION DES COMPÉTENCES ENTRE LES ORGANES D'IRISCARE

### Comité général de gestion

- › Assure la cohérence générale entre les branches d'Iriscare
- › Définit les politiques transversales d'Iriscare
- › Négocie le contrat de gestion
- › Gère l'administration courante d'Iriscare
- › Répartit les ressources entre les branches «santé et aide aux personnes» et «prestations familiales»
- › Suit l'évolution des dépenses sur la base des données communiquées par les conseils de gestion des branches

### Conseil de gestion des prestations familiales

- › Propose des orientations de politique générale au Collège réuni
- › Formule des propositions de budget liées aux allocations familiales
- › Informe et conseille le Collège réuni sur la politique mise en œuvre ou à mettre en œuvre, et sur les enjeux qui y sont liés
- › Contrôle les organismes de paiement
- › Approuve les normes de contrôle des caisses d'allocations familiales
- › Suit la gestion du paiement des prestations familiales par la direction Paiement de l'Office qui fait office d'opérateur de paiement

### Conseil de gestion Santé et Aide aux personnes

- › Détermine les orientations de politique générale en matière de santé et d'aide aux personnes
- › Approuve les conventions de revalidation élaborées par les commissions techniques
- › Adresse des avis au Collège réuni
- › Propose au Conseil général le budget santé et le budget d'aide aux personnes.
- › Informe et conseille le Collège réuni sur la politique mis en œuvre ou à mettre en œuvre, et sur les enjeux qui y sont liés
- › Adopte les conventions de revalidation
- › Détermine les ressources des organismes assureurs, les programmations et les politiques de prix

### Commissions techniques

- › Rendent des avis techniques au Conseil de gestion «Santé et Aide aux personnes»
- › Sont le lieu d'expression des besoins du terrain

### Collège des commissaires

- › Envoie siéger les commissaires du Collège réuni en fonction des thèmes et sujets abordés au sein des Conseils d'Iriscare

### Service de contrôle

- › Communique aux commissions techniques et aux conseils de gestion, au comité général de gestion et aux membres du Collège réuni l'évolution des dépenses et des volumes liés aux missions d'Iriscare
- › Peut fournir des analyses techniques sur l'impact de nouvelles initiatives, de conventions ou de toute mesure soumise aux conseils de gestion

3.4

## PLAN SANTÉ BRUXELLOIS DE LA COCOM 2019-2025

N.B. : En attendant l'élaboration et la 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 législation, 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<sup>176</sup>.

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.).

176 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>

AXES	OBJECTIFS	MESURES ET ACTIONS
<b>Axe 1 : Réduire les inégalités de santé</b>	Objectif 1 : Mettre la santé dans toutes les politiques en agissant sur les déterminants de la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Évaluer l'impact des politiques sur la santé</li> <li>› Monitorer les inégalités</li> </ul>
	Objectif 2 : Favoriser l'accès des publics fragiles aux soins de santé et de prévention	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Améliorer l'information et la compréhension des différents groupes de patient-es</li> <li>› Développer les dispositifs particuliers pour publics fragiles</li> <li>› Coordonner une analyse sur les mécanismes d'exclusion socio-sanitaire</li> <li>› Intégrer la réinsertion socio-professionnelle dans la prise en charge en santé</li> </ul>
	Objectif 3 : Favoriser l'équité dès le départ de la vie : promouvoir la santé des mères, des enfants et des adolescent-es	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Construire un plan périnatalité en vue de réduire les inégalités en santé</li> <li>› Améliorer la santé mentale des enfants et des adolescents</li> <li>› Renforcer la couverture vaccinale des enfants et femmes enceintes</li> </ul>
<b>Axe 2 : Assurer à chaque Bruxellois-e un parcours de soins accessible et cohérent</b>	Objectif 1 : Renforcer la prévention dans le parcours des patient-es*	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Intégrer la prévention dans les prises en charge des patient-es</li> <li>› Créer un point unique d'information et d'adressage en matière de prévention</li> <li>› Renforcer les dispositifs de dépistage et de suivi des patient-es atteints de tuberculose</li> <li>› Poursuivre la réduction des risques et le soutien aux campagnes de prévention</li> <li>› Poursuivre la réduction des risques et renforcer le soutien au sevrage tabagique</li> <li>› 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*</li> <li>› Poursuivre la réduction des risques liés à la consommation de l'alcool*</li> </ul>
	Objectif 2 : Renforcer et mieux organiser la 1re ligne de soins*	<ul style="list-style-type: none"> <li>› 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)*</li> <li>› 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</li> <li>› Encadrer les nouveaux services ambulatoires</li> <li>› Renforcer les liens entre la médecine générale et les services d'urgence afin de promouvoir le recours approprié à la médecine générale</li> <li>› Soutenir la médecine générale dans la prise en charge en santé mentale</li> </ul>
	Objectif 4 : Améliorer la santé mentale de la population	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Poursuivre le développement du Réseau et créer un point de contact unique</li> <li>› Améliorer l'accessibilité en augmentant l'offre</li> <li>› Développer une politique de sensibilisation et de déstigmatisation de la maladie mentale</li> </ul>
<b>Axe 3 : Améliorer la conduite de la politique de santé</b>	Objectif 1 : Développer la participation des patient-es et soutenir les droits du patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Organiser la participation des patient-es au sein des institutions de santé et des organes d'avis</li> </ul>
	Objectif 5 : Concertar et évaluer le Plan Santé Bruxellois*	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Assurer le suivi et d'évaluation du Plan et développer une méthodologie de concertation permanente (sous forme de plateforme de concertation permanente)*</li> </ul>
	Objectif 6 : Organiser la coordination des différentes entités politiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>› 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)</li> </ul>

.....  
177 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.

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 consommateurs 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 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 1<sup>re</sup> 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 1<sup>re</sup> 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 1<sup>re</sup> ligne et la concertation nécessaire au développement du travail en réseau au sein de la 1<sup>re</sup> ligne et entre les différentes lignes de soins. *In fine*, la structure devra s'associer à l'ensemble des acteurs de la 1<sup>re</sup> ligne, de la «ligne 0,5», les réseaux et plateformes, afin de structurer effectivement les parcours de soins<sup>178</sup>. Les mesures liées à la structuration et l'organisation de la 1<sup>re</sup> ligne sont mises œuvre grâce à l'ordonnance du 13 mars 2019 (voir ci-après).

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

178 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.

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.

### 3.4.1. RÉFORME DE LA 1<sup>RE</sup> LIGNE DE SOINS

Suite à la 6<sup>e</sup> réforme de l'État, la COCOM a hérité d'une série de compétences liées à l'organisation de la 1<sup>re</sup> 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 :

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

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

Afin de réaliser ces missions, la COCOM peut agréer et financer des acteurs de première ligne, de la ligne 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.

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 Bruxellois (voir chapitre 3.1).

## 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<sup>179</sup>. 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

.....  
<sup>179</sup> Arrêté relatif à la structure d'appui à la première ligne de soins dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

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 pharmaciens
- › 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<sup>180</sup>.

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.

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 INTEGREGO/Chronicare bruxellois BOOST est coordonné comme laboratoire d'expérimentation<sup>181</sup>

- 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

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.

182 <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/plan-sante-bruxellois-grandir-et-vivre-en-bonne-sante-bruxelles>

## POINT DE VUE DES EXPERT·ES

### Sylvie Cassiers, directrice Réseau d'Aide aux Toxicomanes asbl

Acteur depuis 30 ans dans le secteur des assuétudes en tant qu'appui à la première ligne de soins, notre institution rejoint les constats sur lesquels ont été initiée la réforme des soins de santé à Bruxelles et développés dans le Plan Santé Bruxellois<sup>182</sup>. Nous sommes en particulier préoccupés par l'augmentation de la précarité et des problématiques de santé mentale. Cette précarité revêt différents visages, des plus visibles aux plus discrets, et nous enjoint à travailler à tous les niveaux : réintégrer ceux qui sont exclus mais aussi éviter à d'autres de sombrer, tout en travaillant à tous les aspects sociaux et de soins rencontrés par les personnes en souffrance.

Pour ce faire, travailler en réseau a toujours été notre approche et rejoint les propositions soutenues par cette réforme. Nous envisageons l'offre de soins intégrés comme un continuum et une complémentarité entre institutions dont la diversité est une richesse à soutenir, depuis la ligne 0.5 jusqu'aux services spécialisés et hospitaliers, en passant par la première ligne de soins généralistes qui fait l'objet d'une attention particulière dans le Plan Santé Bruxellois. L'approche centrée sur les besoins du patient nous semble fondamentale, comprise dans le respect de sa singularité, sa complexité, et sa liberté de choix : c'est autour du patient qu'il faut créer du réseau, dans une proximité avant tout relationnelle plus que géographique. Être centré sur les besoins des personnes implique aussi une adaptation à l'évolution de ceux-ci au cours d'une vie, et donc la nécessité de créer des ponts entre institutions aux moments opportuns.

Vu la complexité bruxelloise, ce processus de réforme déjà entamé va prendre du temps à se déployer complètement. C'est une gageure pour Brusano, la structure d'appui à la première ligne créée à sa suite, de répondre aux défis qui sont les siens et aider à articuler le riche contexte bruxellois d'offre de soins et d'aide. Notre secteur a tout à gagner à s'appuyer sur cette structure pour développer un travail en réseau autour des besoins des patients.

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

181 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» (INTERGREGO). BOOST entend améliorer la continuité des soins, renforcer la participation et l'autonomie des patient·es, optimiser l'accès aux

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 1<sup>re</sup> ligne, avec pour but notamment une inclusion croissante de ces publics dans les pratiques de 1<sup>re</sup> ligne généraliste
  - BRUSANO soutient les acteurs de 1<sup>re</sup> 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 1<sup>re</sup> 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 «mésos», la Région.

3.5

## PLAN SOCIAL-SANTÉ INTÉGRÉ BRUXELLOIS

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 commun afin de conjointement garantir l'accès à la santé et lutter contre les inégalités<sup>183</sup>. 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.

De même, dans la perspective de garantir la cohérence des politiques menées et de co-construire le Plan social-santé bruxellois, le Gouvernement a initié les États généraux bruxellois de la santé et du social en 2020-2021, pilotés 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 socio-sanitaire bruxellois et du monde académique. Pour chaque thématique abordée par les États généraux (santé et inégalités environnementales, contrats locaux social-santé, accès aux soins et services socio-sanitaires, santé mentale autonomie, prévention et promotion de la santé), un groupe de travail ad hoc sera 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<sup>184</sup>.

.....  
183 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.

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

3.6

## 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<sup>185</sup>, 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 agréé 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.

### 3.6.1. 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<sup>186</sup> :

- › 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-agrésés ;

185 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.

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

- › 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<sup>187</sup>. 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<sup>188</sup>.

### 3.6.2. L'OUTIL DE PROGRAMMATION DE L'OFFRE

L'arrêté de 2009 établit que le Collège fixe (au moins tous les 5 ans) le nombre de nouveaux services qu'il peut agréer par secteur. Cette programmation implique l'analyse de l'offre existante et des besoins de la population, ainsi que la création d'un outil de programmation. L'étude visant à établir les indicateurs permettant le recueil de données de l'ambulatoire a été confiée à PROTEIN et réalisée courant 2017<sup>189,190</sup>. L'étude entend opérationnaliser les outils

187 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.

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

189 Ibidem.

190 Le rapport de PROTEIN est disponible à l'adresse : <http://ftp.parlementfrancophone.brussels/2017-10-06/Rapport%20final%20-%20Services%20ambulatoires.pdf>

prévus par le décret et ainsi nourrir la réflexion au sujet de la programmation, en définissant :

- › Le modèle standardisé du dossier individuel des bénéficiaires ;
- › Le modèle standardisé du rapport d'activité annuel des services ambulatoires, afin de favoriser la simplification administrative ;
- › Les données collectées et enregistrées par les services, ainsi que les modalités et procédures d'enregistrement et de transmission de ces données (Raedemaeker et Van Cutsem, 2012).

Selon le décret, la programmation doit tenir compte de l'offre existante et des besoins constatés d'un point de vue sociologique, géographique, socio-économique et épidémiologique. La COCOF a donc chargé l'étude de déterminer des indicateurs généraux et spécifiques, des indicateurs d'activité des services et des indicateurs relatifs au profil socio-économique des utilisateurs. Ces indicateurs doivent permettre la mise en place d'une base de données de l'ambulatoire, qui elle-même servirait de base à la mise en œuvre de l'outil de programmation.

L'étude a également défini l'activité ambulatoire grâce à un système de référentiels d'activité communs, au nombre de cinq : l'accueil, la prévention (y compris la RDR), l'accompagnement, le soin et le travail de 2e ligne (c'est-à-dire le support aux professionnels). Ce référentiel vise à simplifier et rendre cohérente la récolte d'informations relatives aux activités.

Enfin, si les liens de collaboration entre la COCOM (notamment le Plan Santé Bruxellois) et la COCOF sont essentiels à la cohérence des politiques en matière de santé sur le territoire bruxellois, ceux-ci n'ont pas encore été fixés<sup>191</sup>.

191 Ibidem.

## INDICATEURS CONTEXTUELS GÉNÉRAUX

Sociologiques	Socioéconomiques	Épidémiologiques
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Croissance démographique</li> <li>› Vieillesse de la population</li> <li>› Proportion de personnes isolées et de familles monoparentales</li> <li>› Nombre de ménage sur une liste pour un logement social et nombre de logements sociaux</li> <li>› Évolution des nationalités étrangères les plus représentées à Bruxelles</li> <li>› Évolution du nombre de primo-arrivants à Bruxelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Évolution des taux de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale</li> <li>› Nombre et pourcentage de personnes vivant d'une allocation de chômage, d'invalidité ou d'aide sociale par classe d'âge</li> <li>› Coefficient de Gini</li> <li>› Revenu médian par déclaration fiscale</li> <li>› NEETs, c'est-à-dire les personnes qui ne sont ni étudiantes, ni employées, ni stagiaires (<i>Not in Education, Employment or Training</i>)</li> <li>› Proportion d'élèves en 1re année du secondaire avec au moins 2 ans de retard par commune de résidence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Pourcentage de la population (de 15 ans et +) avec une mauvaise santé subjective</li> <li>› Évolution des taux d'invalidité pour le régime salarié</li> <li>› Évolution de la durée de séjour pour l'hospitalisation classique et nombre de lits d'hôpitaux justifiés et agréés</li> <li>› Nombre de médecins généralistes pour 10.000 habitants</li> <li>› Assuétudes (consommation de tabac et d'alcool)</li> <li>› Pourcentage de ménages qui indiquent avoir dû reporter des soins au cours des 12 derniers mois</li> </ul>

Source : COCOF, Elaboration d'indicateurs contextuels, d'indicateurs d'activité de services, d'un rapport d'activité et d'un dossier individuel standardisé du bénéficiaire (2017)

### 3.6.3. UNE NOUVELLE RÉFORME DU DÉCRET DE 2009<sup>192</sup>

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 publics ont changé (leurs profils, besoins et demandes). Le contexte institutionnel n'est plus le même non plus, en particulier suite à la 6<sup>e</sup> 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-e-s 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 2<sup>e</sup> ligne.

<sup>192</sup> 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.

## LE PROJET DE RÉFORME<sup>193</sup>

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

193 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.

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<sup>194</sup>

Dans le cadre de ses missions, le CBCS (Conseil bruxellois de coordination sociopolitique) organise l'Interfédération ambulatoire (IFA), dont l'objectif est 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<sup>195</sup>.

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

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

195 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.

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'induisse 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.

3.7

## CRÉATION DE SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE

La mise en place de salles de consommation à moindre risque en Wallonie (et à Bruxelles dans un avenir proche) a été un travail de longue haleine, mobilisant à la fois le secteur spécialisé et nombre de députés-es.

Il y a quelques années d'ici, les deux propositions de loi du parlementaire M. Willy Demeyer portant sur la reconnaissance légale des salles de consommation à moindre risque (SCMR) et la reconnaissance légale du traitement par diacétylmorphine avaient été rejetées par la Chambre des représentants le 31 mars 2015 et renvoyées à la Commission Santé de la Chambre. En mai 2015, la Commission Santé avait fait parvenir une demande d'avis à l'Académie Royale de Médecine sur les deux propositions de loi. Adoptant un point de vue médical et scientifique, l'Académie avait rendu un avis favorable aux deux propositions début 2016.

Parallèlement, la présidente de la Commission Santé d'alors, Muriel Gerkens, avait déposé deux propositions d'avis positifs le 29 septembre 2015. Ces avis devaient être remis à la Commission Justice qui, elle-même, devait examiner les deux propositions de lois portant sur ces sujets. Les travaux de la Commission Santé sur les avis avaient toutefois été mis à l'arrêt jusqu'à la fin de l'année 2016. En effet, les parlementaires de la majorité avaient exprimé le souhait d'avoir les avis des Communautés et des Régions. La Commission Santé de la Chambre avait donc, par l'intermédiaire du Président de la Chambre, demandé aux entités fédérées leurs avis sur ces propositions<sup>196</sup>. Le Ministre-président de la RBC Rudi Vervoort ainsi que l'ancien ministre wallon de la santé s'étaient tous deux prononcés en faveur des propositions de loi. Début

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

2017, de nombreux avis ont ainsi été remis à la Commission Santé par des expert-es de terrain en matière d'assuétudes et des services de police. Sur 18 avis, 17 étaient favorables aux propositions de Demeyer. Sur base de ces avis et des différentes études réalisées sur le sujet, l'ancienne présidente de la Commission Santé Muriel Gerkens a rendu un avis positif à celle-ci. De son côté, la Commission Santé devait rendre un avis à la Commission Justice en février 2017, afin que les parlementaires y siégeant se prononcent sur les propositions de loi et examinent le texte. Aucun avis n'a été toutefois rendu, faute de consensus politique au sein de la Commission.

La Conférence interministérielle Santé publique de 2016 ne s'était pas soldée par une décision favorable à la mise en place de salles de consommation à moindre risque au sein du Royaume. Malgré la position favorable de la Cellule générale de politique drogue (CGPD) et celle des régions bruxelloise et wallonne, le fédéral avait alors réaffirmé sa position : il n'y aura pas de SCMR sous cette législature, leur mise en place ne constituant pas une priorité. Sous les recommandations de la CGPD, les parties s'étaient toutefois accordées pour lancer une nouvelle étude de faisabilité, commanditée par Belspo (Politique scientifique fédérale) et menée par l'Université de Gand et l'Université catholique de Louvain au cours de l'année 2017. Les conclusions de cette étude de faisabilité (DRUGROOM, Vander Laenen et al, 2018) ont été livrées en février 2018 : les SCMR ont montré leur efficacité au cours de ces trente dernières années et leur mise en place ne requiert plus qu'une adaptation de la loi de 1921 (qui condamne actuellement tout rôle «facilitateur» de la consommation et la mise à disposition de lieux de consommation, et donc les SCMR).

En 2018, le ministre de la Justice M. Geens, avait sollicité l'avis du Collège des procureurs généraux. Celui-ci a estimé qu'il convient d'adapter la loi de 1921 si la volonté est de mettre à disposition des «espaces destinés à une consommation contrôlée de drogue». Le Collège avait souligné, d'une part, la responsabilité pénale qui incombe aux personnes contribuant à la création de tels lieux ou aux personnes qui offrent leur assistance (par exemple dans le cas d'un décès par overdose au sein de la SCMR). D'autre part, le Collège a soulevé la responsabilité pénale des usager-es de drogue se trouvant sur ces

espaces. Le Collège s'est toutefois déclaré ouvert à la mise en place d'une politique de classement sans suite adaptée au niveau local<sup>197</sup>.

Ceci étant, compte tenu du contexte politique actuel et l'absence de majorité fédérale, tout changement de la loi de 1921 semble improbable. Les entités francophones et certaines autorités locales, encouragées par les multiples études scientifiques favorables<sup>198</sup>, les conclusions encourageantes de DRUGROOM et l'appui du secteur associatif et judiciaire, ont toutefois décidé de s'emparer de la question, même sans l'accord du fédéral.

### LES SCMR : UNE COMPÉTENCE RÉGIONALE ?

Avec la 6e Réforme de l'État, les Régions et Communautés ont hérité des compétences santé et sécurité. Or, les arguments en faveur de la mise en place de SCMR s'ancrent clairement dans une logique de santé publique, de réduction des risques et de santé préventive (éviter la transmission de maladies, lutter contre les dangers pour la santé). De plus, en termes de répartition des compétences entre entités fédérale et fédérées, le principe constitutionnel des «compétences implicites» peut profiter aux initiatives régionales et communautaires. Ce principe reconnaît aux entités fédérale et fédérées la possibilité d'empiéter à un moment donné sur les compétences d'une autre collectivité, à condition que le caractère nécessaire de cet empiètement soit démontré et que cet empiètement soit marginal (et n'empêche pas l'une ou l'autre entité de mener la politique qu'elle souhaite)<sup>199</sup>.

### 3.7.1. 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»<sup>200</sup>.

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

Les SCMR participent également à réduire les nuisances liées à l'usage de drogues dans certains lieux publics dits «de consommation» et à diminuer la présence de seringues et aiguilles usagées sur la voie publique, de même que d'autres problèmes 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<sup>201</sup> et d'Amérique du Nord. Elles montrent des effets positifs auprès des usager-es et de la population générale, d'autant plus lorsqu'elles sont intégrées à un ensemble de dispositifs d'assistance sociale (Vander Laenen et al, 2018) :

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

Les SCMR sont des dispositifs indispensables à une approche globale et intégrée de la problématique «drogues». Elles participent à la réduction des risques sanitaires et sociaux, ainsi qu'à la (ré)insertion sociale d'usager-es souvent marginalisé-es et à la création d'un réseau d'aide et d'accompagnement autour d'eux-elles. En facilitant l'accès à des outils et conseils de réduction des risques, les SCMR permettent de prévenir les problèmes de santé liés aux consommations et de réduire les risques de contamination et d'infection liés aux pratiques d'injection et de sniff.

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

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

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

198 Voir [http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms\\_fr](http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms_fr)

199 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-AliC3A9nor-Bonvoust.pdf>.

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

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

### 3.7.2. DES SCMR À BRUXELLES POUR 2020-2024

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<sup>202</sup>. Interpellée 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<sup>203</sup>.

Par ailleurs, le Parquet de Bruxelles avait annoncé avoir conclu un protocole d'accord et qu'il ne poursuivait ni les travailleurs 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 juge d'instruction<sup>204</sup>.

202 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.

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

204 Intervention de Bernard Michiels, 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 ?»

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 3.6), 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<sup>205</sup>.

Parallèlement, le parti Ecolo a déposé une proposition d'ordonnance auprès de la

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

COCOM pour instituer la réduction des risques avec une diversité de dispositifs dont faisait partie les SCMR<sup>206</sup>. Le texte a été soumis au Conseil d'État qui avait soulevé quelques questions, sans toutefois faire référence à une opposition à la loi de 1921. L'objectif de cette ordonnance est notamment de fournir une base légale permettant à la COCOM de mener une politique en matière de réduction des risques (y compris les SCMR). Après avoir tenu compte des remarques du Conseil d'État, les députés Ecolo M. Maron et Mme Génot ont réintroduite un projet d'ordonnance, qui a été renvoyé vers la Commission Santé le 22 mars 2019.

Deux projets de SCMR pourraient aboutir à Bruxelles. D'abord, le projet de centre intégré régional financé dans le cadre du Plan global de sécurité et de prévention et confié aux asbl Transit, Médecins du Monde et Projet Lama, soutenu par la Ville de Bruxelles et son CPAS. En effet, le bourgmestre de la Ville de Bruxelles, M. Philippe Close, s'est déclaré favorable à l'ouverture d'une SCMR sur le territoire de sa commune<sup>207</sup>. Un accord de majorité 2018-2024 a été conclu en décembre 2018, dans lequel la Ville de Bruxelles, en partenariat avec le CPAS, projette de créer une SCMR sur

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

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

## 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 riverains
- › 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

son territoire<sup>208</sup>. Un autre projet sera mis en place prochainement, M. Close souhaitant une SCMR sur sa commune en 2020 ; à l'heure de la rédaction de ces lignes, le projet n'a cependant pas encore abouti, retardé par la crise sanitaire<sup>209</sup>.

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

208 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](https://www.bruxelles.be/sites/default/files/bxl/Accord_de_majorite_Ville_de_Bruxelles_2018-2024.pdf)

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

## 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»<sup>210</sup> 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 formé·es 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<sup>211</sup>. 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<sup>212</sup>.

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<sup>213</sup>.

La SCMR de Liège baptisée Sâf 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. Sâf 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<sup>214,215</sup>.

La Ville de Charleroi pourrait bien emboîter le pas ; la majorité communale s'est en effet prononcée en 2019 en faveur de la création d'une SCMR dans le centre-ville de Charleroi<sup>216</sup>.

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

211 «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/>

212 «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/>

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

214 «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\(Breves\\_de\\_Comptoir\\_N\\_102\\_01\\_2018\\_COPY\\_01\)](http://www.modusvivendi-be.org/spip.php?article356&ct=t(Breves_de_Comptoir_N_102_01_2018_COPY_01))

215 «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/>

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

## 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<sup>217</sup>. 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»).

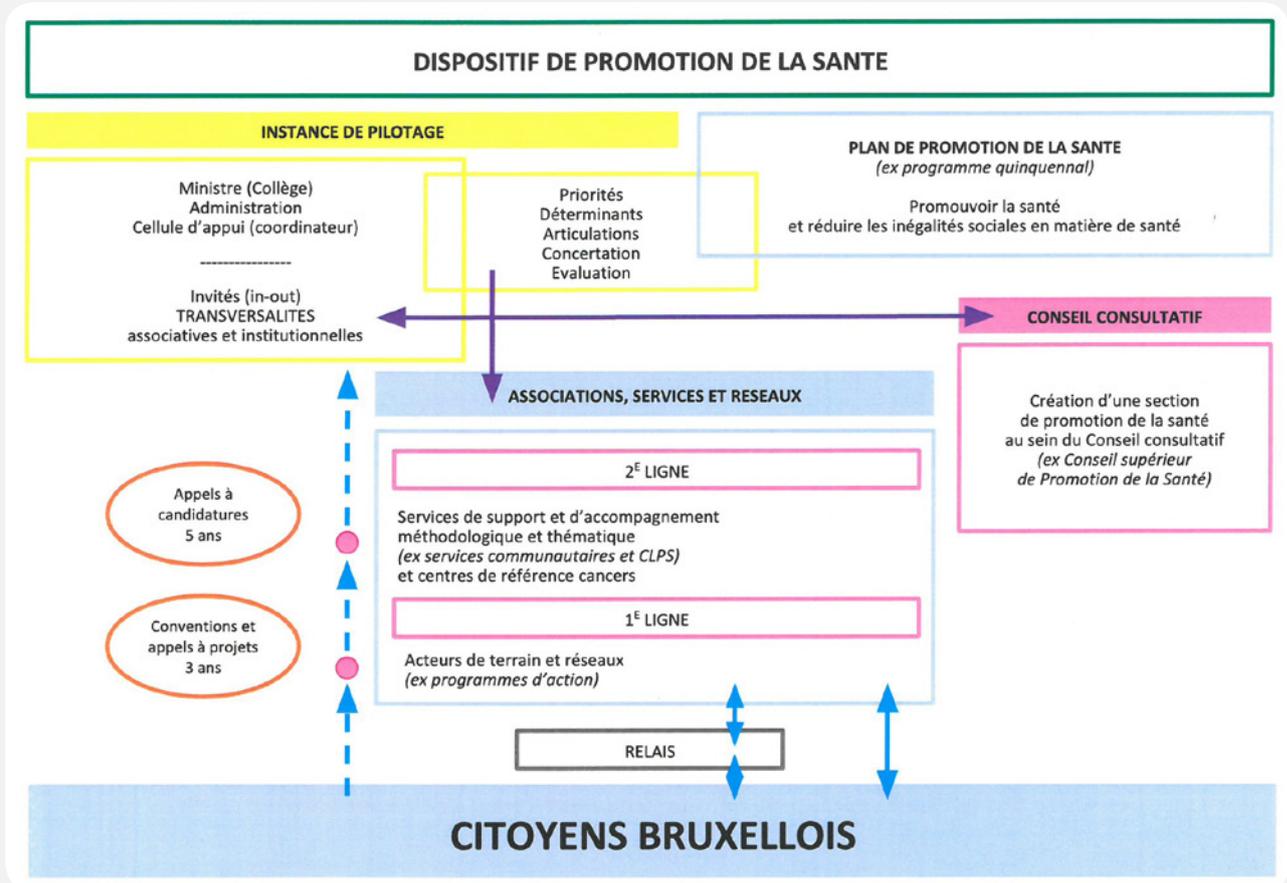
### LA SECTION «PROMOTION DE LA SANTÉ» DU CONSEIL CONSULTATIF

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<sup>218</sup>.

<sup>217</sup> Le dispositif de promotion de la santé est plus amplement détaillé dans notre rapport 2015.

<sup>218</sup> Décret relatif à la promotion de la santé de la COCOF du 18 février 2016.

Figure 5 : Le dispositif organisationnel de la promotion de la santé de la COCOF



Source : Plan stratégique de promotion de la santé 2018-2022 du Gouvernement francophone bruxellois.

### 3.8.1. 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<sup>219</sup>. 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»<sup>220</sup>. 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)<sup>221</sup>, 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)<sup>222</sup>.

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

219 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.

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

221 C'est le CBPS (Centre bruxellois de promotion de la santé) qui a été désigné comme service d'accompagnement.

222 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

- disponibles, notamment en documentation, formation, outils et expertise ;
- 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<sup>223</sup>.

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

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

du sexe, les personnes vivant en rue et les personnes incarcérées<sup>224</sup>.

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.

### 3.8.2. 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

224 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.

## 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	<b>SAPS</b>	CBPS asbl
	<b>SESU 1</b> «Soutien aux acteurs en matière de littératie en santé»	Culture & Santé asbl
	<b>SESU 2</b> «Soutien aux acteurs en matière de communication et nouveaux médias»	Question Santé asbl
	<b>SESU 3</b> «Soutien à l'évaluation et à la transférabilité en promotion de la santé»	UCL RESO
	<b>SESU 4</b> «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	<b>Réseau 1</b> «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	<b>SAPS</b>	CBPS asbl
	<b>SESU 5</b> «Soutien en matière de promotion d'environnements et comportements favorables à la santé : alimentation et activité physique»	ULB SIPES
	<b>SESU 7</b> «Soutien aux acteurs en matière de prévention de l'usage de drogues et de réduction des risques»	Eurotox asbl
	<b>SESU 2</b> «Soutien aux acteurs en matière de communication et nouveaux médias»	Question Santé asbl
Contribuer à prévenir les infections et maladies transmissibles	<b>Réseau 2</b> «prévention et réduction des risques lié à la consommation d'alcool»	Univers Santé asbl (groupe «Jeunes, alcool et société»)
	<b>SESU 6</b> «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	<b>SAPS</b>	CBPS asbl
	<b>Réseau 3</b> «Promotion de la santé et MGF»	GAMS asbl (Coordination bruxelloise des stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines)
	<b>Réseau 4</b> «Milieu festif»	Modus Vivendi asbl («Safer fiesta»)

### 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).

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.

### 3.8.3. LE MÉMORANDUM 2019 DES FÉDÉRATIONS BRUXELLOISE ET WALLONNE DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Les Fédérations bruxelloise et wallonne de promotion de la santé ont édité leur mémorandum 2019, 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.

LE MÉMORANDUM 2019 DES FÉDÉRATIONS BRUXELLOISE ET WALLONNE DE PROMOTION DE LA SANTÉ		
	Recommandations	Propositions d'action
1	Renforcer et soutenir la participation des citoyen-nes dans l'élaboration des politiques publiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Garantir les moyens pour organiser des lieux de collaboration entre les acteurs agissant sur la santé et la population</li> <li>› Soutenir des projets/acteurs qui développent la participation citoyenne</li> <li>› Tenir compte de manière systématique de l'avis des experts du vécu dans l'élaboration des politiques publiques</li> <li>› Diversifier les formes de participation citoyenne</li> <li>› Reconnaître et valoriser les processus communautaires et d'organisation citoyenne</li> </ul>
2	Créer des environnements favorables à la santé dans les différents milieux de vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Favoriser l'accessibilité (financière, géographique et culturelle) aux services de promotion de la santé, de réduction des risques, de prévention, et aux structures d'aide et d'accompagnement</li> <li>› Renforcer les pratiques communautaires de santé</li> <li>› Soutenir les projets pour le développement d'environnements favorables à la santé</li> <li>› Impulser une dynamique de type «Région en Santé» qui permette, notamment, de replacer la santé au centre des préoccupations de l'ensemble des ministres régionaux</li> <li>› Intégrer un volet santé et en particulier promotion de la santé dans les contrats de quartier durable, les plans de cohésion sociale, les plans communaux de développement rural, etc.</li> <li>› Garantir aux consommateurs une information claire sur les produits ayant un impact nocif sur la santé et l'environnement (comme l'alcool, les produits alimentaires transformés, etc.)</li> </ul>
3	Inscrire systématiquement la dimension santé et la lutte contre les inégalités sociales, y compris celles de santé, dans l'ensemble des politiques publiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Intégrer systématiquement la question des publics vulnérables et des territoires prioritaires lors de l'élaboration de politiques publiques</li> <li>› Attribuer aux collèges des pouvoirs locaux la responsabilité d'assurer la prise en compte de la santé et de l'équité lors de l'élaboration de toutes les politiques publiques</li> <li>› Se reposer sur l'expertise du secteur de la promotion de la santé et des secteurs agissant sur les déterminants de la santé</li> <li>› Veiller à ce que toutes mesures politiques soient soumises à des commissions interministérielles transversales ayant pour objet la santé dans toutes les politiques</li> <li>› Réaliser systématiquement des évaluations d'impact sur la santé des politiques menées par l'ensemble des secteurs</li> <li>› Soutenir et renforcer l'implication des acteurs sur la réduction des inégalités sociales de santé</li> <li>› Récolter, analyser et diffuser les données sur les inégalités sociales de santé de manière pérenne et harmonisée</li> </ul>

## 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<sup>225</sup> :

- 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.

.....  
225 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](https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapport-pauvrete/programme_actions_bruxellois_pauvrete_2014-2019.pdf)

	Recommandations	Propositions d'action
4	Garantir l'accès et le respect des droits sociaux et de santé, en particulier pour les publics fragilisés	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Soutenir les associations qui répondent aux préoccupations en matière de droits sociaux et de santé</li> <li>› Mettre en place des procédures d'accès aux droits sociaux et de santé qui soient individualisées, harmonisées et automatiques</li> <li>› Assurer la gratuité des soins pour les populations fragilisées</li> <li>› Assurer une communication ciblée, adaptée et accessible en matière de droits sociaux et de santé</li> <li>› Augmenter les minimas sociaux des revenus de remplacement</li> </ul>
5	Assurer la cohérence et l'articulation entre les politiques de santé et de promotion de la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Améliorer la transparence des travaux et points de discussion de la Conférence Interministérielle de Santé</li> <li>› Élargir les thématiques abordées lors de la Conférence Interministérielle de Santé à des sujets transversaux ayant un impact sur la santé</li> <li>› Mettre en place des protocoles de collaboration sur des thématiques entre les entités fédérées</li> <li>› Assurer l'existence d'outils cofinancés (par les différents niveaux de pouvoir) mettant à disposition de l'ensemble de la population des informations concertées, validées et accessibles sur les thématiques de santé prioritaires</li> <li>› Mutualiser les ressources entre entités fédérées pour financer des campagnes de promotion de la santé et de prévention et des outils de communication destinés à un large public</li> </ul>
6	Adapter et pérenniser les moyens alloués à la promotion de la santé et à la prévention	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Privilégier un système de financement par agréments pour les acteurs de promotion de la santé</li> <li>› Soutenir les pratiques d'évaluation qui impliquent de manière concertée l'ensemble des parties prenantes</li> <li>› Financer des recherches en promotion de la santé pour faire progresser les pratiques et les connaissances</li> </ul>
7	S'appuyer sur l'expertise des acteurs du secteur de la promotion de la santé et de leurs fédérations	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Reconnaître aux Fédérations bruxelloise et wallonne de promotion de la santé un rôle d'experts-ressources pour les décideurs politiques</li> <li>› Encourager la mise en place de concertations entre les secteurs de la promotion de la santé, de la santé et les autres secteurs</li> <li>› Développer dans les cursus de formations sociales/ pédagogiques/ médicales/paramédicales une vision intégrée, globale et positive de la santé et de ses déterminants</li> <li>› Garantir aux acteurs impliqués dans tous les milieux de vie l'accès à des formations continuées</li> <li>› Stimuler les pratiques innovantes et développer des repères de pratiques adaptés aux contextes</li> </ul>



# L'USAGE DE DROGUES ET LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ<sup>226</sup>

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<sup>227</sup>. 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)

226 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.

227 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.

des parents. Par exemple, l'espérance de vie à la naissance est inégale selon le niveau socio-économique de la commune et 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 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.<sup>228</sup> 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).

228 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.

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.

## 4.1

### 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<sup>229</sup>.

229 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<sup>230</sup> (Les éléments des colonnes ne sont pas à mettre en opposition)

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

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

230 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>

## 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)<sup>231</sup>. 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 gêne l'accès aux soins. Les usager-es marginalisés risquent

231 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.

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<sup>232</sup> 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 1<sup>re</sup> 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

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

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.

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.

# LES PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

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

## 5.1

### L'ENQUÊTE HIS

L'enquête HIS (*Health Interview Survey*) est réalisée par l'Institut scientifique de santé publique (Sciensano) environ tous les quatre ou cinq ans, et la dernière levée a été réalisée en 2018. Elle s'adresse à toutes les personnes qui résident en Belgique (sans restriction de nationalité ou de statut légal). La participation se fait par ménage, quelle que soit sa composition (personnes isolées ou familles nombreuses). Néanmoins, le maximum de participants par ménage est fixé à 4 personnes. L'échantillon est constitué sur base d'une sélection aléatoire des ménages sur base du Registre national de la population. L'échantillon est stratifié par grappe de manière à ce que la structure du ménage (âge, composition) et leur répartition géographique soient correctement représentées. Les participants

reçoivent dans un premier temps par voie postale une lettre et une brochure de présentation leur annonçant leur sélection pour l'enquête. Ils sont ensuite contactés par téléphone par un enquêteur chargé de répondre à leurs éventuelles questions et de fixer un rendez-vous afin de pouvoir réaliser les entretiens. Les réponses aux questions sensibles (usage d'alcool, de drogues, santé mentale, etc.) sont récoltées à l'aide d'un questionnaire remis à chaque participant à l'issue de l'entretien.

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

#### ENQUÊTE HIS

<b>Années de collecte de données</b>	2001-2004-2008-2013-2018
<b>Type d'étude</b>	Enquête
<b>Objet primaire</b>	Étude de l'état de santé de la population vivant en Belgique
<b>Population cible</b>	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
<b>Méthode d'échantillonnage</b>	Aléatoire (stratifié et par grappe)
<b>Échantillon d'étude</b>	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
<b>Taux de réponse</b>	50,6 %
<b>Couverture</b>	Belgique (ventilation par région)
<b>Instrument d'investigation</b>	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)

(10 euros par ménage) : en 2018, 37,4 %<sup>233</sup> 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.

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

## 5.2

### L'ENQUÊTE HBSC

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

L'enquête est effectuée sur un échantillon représentatif d'élèves sur base d'un échantillonnage aléatoire stratifié proportionnellement à la répartition de la population scolaire par province et réseau d'enseignement. Il s'agit d'un échantillonnage à deux niveaux (un

tirage des écoles et un tirage des classes). Néanmoins, la représentativité des différents degrés d'enseignement est garantie pour l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles et non pour chaque région prise isolément. Les données présentées à l'échelle régionale doivent donc être considérées avec prudence, en particulier pour la Région bruxelloise pour laquelle l'échantillon est plus réduit.

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

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

ENQUÊTE HBSC	
<b>Années de collecte de données</b> <sup>234</sup>	1994-1998-2002-2006-2010-2014-2018
<b>Type d'étude</b>	Enquête
<b>Objet primaire</b>	Comportement de santé des jeunes
<b>Population cible</b>	Population scolaire de l'enseignement primaire (5e et 6e) et secondaire
<b>Méthode d'échantillonnage</b>	Aléatoire stratifié
<b>Échantillon d'étude</b>	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»*
<b>Taux de réponse</b>	32,5 % des écoles primaires et 33,4 % des écoles secondaires contactées en 2018 en FWB
<b>Couverture</b>	Jeunes scolarisés dans l'enseignement primaire et secondaire de la Fédération Wallonie-Bruxelles (hors enseignement spécialisé)
<b>Instrument d'investigation</b>	Questionnaire auto-administré

\*Ce volet n'est proposé aux élèves qu'à partir de la 3e secondaire.

## LE FLASH EUROBAROMÈTRE

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., Lebacqz T., Desnoux 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.

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

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 avons fait le choix de recourir 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.

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

Au niveau national, la marge d'erreur des estimations pourrait être relativement importante en raison de la petitesse de l'échantillon et d'une absence de description des détails méthodologiques de la sélection initiale des participants. En outre, la méthode de récolte des

informations (entretien téléphonique) est probablement moins précise pour identifier les comportements répréhensibles et socialement non désirables. D'ailleurs, les rapports d'enquête ne mentionnent pas la proportion de refus.

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

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

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

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

### FLASH EUROBAROMÈTRE

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

## 5.4

## LES DONNÉES PHARMANET

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

Les données Pharmanet sont publiées sous formes de tableaux de bord pharmaceutiques ou de rapports par groupe de prescripteurs, que l'on peut retrouver sur le site de l'INAMI :

<https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/medicament/Pages/default.aspx>

## 5.5

## LE RÉSUMÉ PSYCHIATRIQUE MINIMUM

Le Résumé Psychiatrique Minimum (RPM) est un registre obligatoire effectué dans tous les services de prise en charge psychiatrique belges (hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques, initiatives d'habitations protégées et maisons de soins psychiatriques)<sup>235</sup>. 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<sup>236</sup>. Les données enregistrées comprennent les informations sociodémographiques du patient, le(s) diagnostic(s) et les problèmes identifiés à l'admission, les données de traitement, et enfin le(s) diagnostic(s) et les problèmes résiduels à la sortie. L'unité d'enregistrement de ce registre n'est pas le patient mais le séjour, certains 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 formes de différents rapports que l'on peut trouver sur le site du SPF Santé :

<https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/hopitaux/systemes-denregistrement/rpm/publications-rpm>

235 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.

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

## 5.6

## L'INDICATEUR DE DEMANDE DE TRAITEMENT

L'indicateur de demande de traitement (appelé TDI pour *Treatment demand indicator*) est l'un des cinq indicateurs épidémiologiques clés récoltés dans les pays de l'Union Européenne de manière à ce que l'OEDT puisse évaluer la problématique de l'usage de drogues et des assuétudes en Europe. En Belgique, l'enregistrement TDI est coordonné par Sciensano. Il consiste en un enregistrement annuel des demandes de traitement introduites auprès des services d'aide et de soins pour un problème d'abus ou de dépendance à une drogue illégale<sup>237</sup>. 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<sup>238</sup> 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

237 Les traitements des maladies (hépatite alcoolique ou virale, abcès, HIV, etc.) associées à cet usage sont exclus de l'enregistrement. En outre, une seule demande annuelle doit être comptabilisée par patient. En Belgique, les demandes multiples sont filtrées sur base du numéro de registre national des 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.

238 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

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 à prendre en considération le taux de non-réponses lors de l'appréciation des pourcentages de réponses à ces questions.

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

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<sup>239</sup> selon le système de classification internationale des maladies (CIM-10)<sup>240</sup>. Les bases de données sont ensuite transmises à la DG Statistique du SPF Économie qui les fusionne en vue d'établir des statistiques nationales sur base de la cause initiale.

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

Il est généralement admis que les décès liés aux drogues illégales font l'objet d'une sous-déclaration, et ce pour deux raisons. D'une part, parce que les médecins qui en font le constat choisissent parfois de ne pas mentionner une cause «drogue

illégale» afin de préserver les familles. En effet, les décès liés aux drogues sont considérés comme des morts violentes, ce qui déclenche une procédure judiciaire qui peut être péniblement vécue en période de deuil. D'autre part, établir la cause des décès est une procédure qui peut s'avérer complexe. Or un examen médico-légal ainsi que des analyses toxicologiques ne sont pas systématiquement entrepris pour identifier précisément la cause du décès. Nous ne sommes actuellement pas en mesure de quantifier l'ampleur de la sous-estimation des décès liés aux drogues sur base du registre de la mortalité.

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

.....  
239 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».

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

5.8

## LES STATISTIQUES POLICIÈRES

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

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

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.

5.9

## L'ENQUÊTE EUROTOX 2019

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

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

Au total, 2831 personnes ont participé à l'enquête. Après suppression des questionnaires avortés (abandon rapide) ou aberrants, 2608 questionnaires se sont révélés exploitables, dont 2601 complétés par des usager-es de drogues légales ou illégales ; 2479 personnes ont déclaré avoir déjà consommé une drogue illégale au cours de leur vie, dont 1747 Belges (1028 Wallon-nes et 678 Bruxellois-es)<sup>241</sup>.

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

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

# ÉTATS DES LIEUX DE LA CONSOMMATION

## 6.1

### INTRODUCTION

Ce chapitre présente une série d'indicateurs permettant de dépeindre la situation épidémiologique relative à l'usage des substances psychoactives (alcool, tabac, médicaments psychotropes, cannabis, opiacés, cocaïne, etc.) et à certains usages sans produit en 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 mentionneront 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).

## ÉTAT DES LIEUX PAR PRODUIT

**Prévalence :** 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 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 données 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 d'âge et/ou de genre au niveau des échantillons régionaux (l'usage de ces médicaments étant plus fréquent chez les femmes, et augmentant avec l'âge).

### 6.2.1. L'ALCOOL

#### LE CADRE LÉGISLATIF BELGE

##### L'INTERDICTION DE VENTE AUX MINEUR-ES D'ÂGE

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

De nombreux acteurs de la société du civile et du monde politique s'accordent sur le manque de clarté de la loi en matière d'alcool et sur la difficulté, dès lors, de la mettre en application (voir ci-après, ainsi que le résumé de la recherche *ALCOLAW* de Belspo, disponible sur notre site internet [eurotox.org](http://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-ices afin de contrôler le respect de la législation en matière de vente d'alcool aux mineur-es d'âge (par distributeur automatique ou non).

## LA RÉPRESSION DE L'IVRESSE

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

## LA RÉGULATION DES PUBLICITÉS POUR L'ALCOOL

La publicité pour l'alcool est une compétence fédérale. Deux institutions remplissent un rôle de contrôle des publicités : le Jury d'éthique publicitaire (JEP) en Belgique et le Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB).

### Le Jury d'éthique publicitaire

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

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

Les jurys d'éthique publicitaire de 1<sup>re</sup> 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 réhibitoyre pour la société civile, mais sans doute moins pour les alcooliers. De plus, les temps de traitement des plaintes et d'application

des sanctions n'est pas suffisamment court pour réellement empêcher la diffusion de campagnes publicitaires ne respectant pas la Convention ; il faut en effet tenir compte que dans une société hyper-connectée où l'information se propage très rapidement, même un délai de quelques jours est largement suffisant pour qu'une campagne soit vue des (centaines de) milliers de fois et fasse le « buzz ».

Parallèlement à ces mesures, et depuis le 2 septembre 2019, le JEP applique la nouvelle version du Code de la Chambre de Commerce Internationale, dont la révision entend répondre à la croissance de la communication numérique et des réseaux sociaux. Ainsi, les contenus publicitaires, quels qu'en soient le support de diffusion ou la forme, doivent désormais être clairement identifiés comme tels. Le caractère publicitaire et commercial d'une publicité doit être évident et transparent (une publicité ne peut pas se faire passer pour autre chose, par exemple une étude de marché, une enquête auprès des consommateurs-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

## 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.

publicitaires)<sup>242,243</sup>. Si cet élargissement de la compétence du JEP est une avancée non négligeable, il est bon de rappeler que 1) les publicités actuellement diffusées (tous supports confondus) contournent déjà les mesures d'autorégulation et 2) toutes les techniques de marketing ne sont pas couvertes (streetmarketing, advergaming, etc.).

### Le Conseil supérieur de l'audiovisuel

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

La FWB s'est dotée d'un Décret coordonné sur les services de médias audiovisuels le 26 mars 2009, pour lequel le CSA est compétent<sup>244</sup>. 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 régleme 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.

## 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<sup>245</sup>. 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»<sup>246</sup>, rompant dès lors la concertation avec les entités fédérées. Ces mesures ne rencontrent cependant ni les *desiderata* des entités

fédérées ni les recommandations du secteur non-marchand.

### 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<sup>247,248</sup> :

- › 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 de 16 ans. Dès lors, il est interdit de vendre aux moins de 18 ans :
  - Les «pré-mixtes» à base de bière auxquels a été ajouté un (arôme de) spiritueux ;
  - Les bières qui sont étiquetées, présentées ou commercialisées avec une référence à un spiritueux ;
  - Les «pré-mixes» à base de vin auxquels ont été ajoutés d'autres boissons ou produits ;
- › La plus stricte surveillance des publicités pour des produits contenant de l'alcool. Le SPF sera désormais consulté lors du traitement des plaintes adressées au JEP ; les campagnes audiovisuelles nationales diffusées à la radio, à la télévision et au cinéma devront être préalablement soumises à l'avis du JEP ; enfin, le JEP a la possibilité de réclamer des amendes en cas de récidive au cours d'une même année ; les amendes peuvent monter jusqu'à 10.000 € ;
- › L'augmentation du contrôle des distributeurs automatiques de boissons alcoolisées, notamment afin de vérifier 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

242 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-désormais>

243 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.

244 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).

245 Les entités fédérées souhaitent 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.

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

247 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.

248 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»<sup>249</sup> et de la Fédito bruxelloise<sup>250</sup> 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 campagnes 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-le-s 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\*

le respect de la législation en termes de vente d'alcool aux mineur-e-s d'âge. Ceux-ci sont déjà entrés en fonction fin 2016 au Service de contrôle Tabac et Alcool du SPF Santé publique ;

- › L'apposition d'une étiquette mentionnant l'âge minimum, sur base volontaire des producteurs et distributeurs d'alcool ;
- › La poursuite du financement de la Liaison urgences-alcool, dont le projet-pilote a débuté en 2009 et s'exporte dans d'autres hôpitaux depuis 2013 (8 hôpitaux sont concernés à l'heure actuelle) ;
- › Le développement d'une campagne de sensibilisation des professionnel-le-s de la santé afin de les outiller pour aborder la problématique des risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse (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<sup>251</sup>. Nous en re prenons ici les principales.

Le groupe «Jeunes, alcool & société» a souligné qu'une clarification par degré d'alcool de la loi en matière de vente d'alcool aux mineur-es d'âge serait plus pertinente et cohérente qu'une distinction basée sur le mode de fabrication de l'alcool. Les degrés d'alcool varient en effet significativement d'un vin à l'autre, d'une bière à l'autre, d'un cocktail à l'autre, etc. Certaines bières par exemple sont plus fortes que certaines boissons classées comme spiritueux. De

.....  
249 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>

250 Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes.

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

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<sup>252</sup>.

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<sup>253</sup>. 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<sup>254</sup>. 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

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

253 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.

254 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.

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<sup>255</sup>.

#### À SUIVRE...

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

Or, en l'absence d'une politique publique et concertée en matière d'alcool, la responsabilité de la réduction des risques et de la consommation repose, d'une part, sur les associations dont les moyens financiers et humains sont insuffisants et, d'autre part, sur les ministres régionaux et communautaires de la santé dont le champ des compétences est limité<sup>256</sup>. 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.

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

256 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.

Le nouveau ministre de la santé, M. Vandembroucke ne s'est pas encore prononcé sur le sujet à l'heure de la rédaction de ces lignes.

## 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'usage 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 consommateurs 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<sup>257</sup>.

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

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

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

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

- › Favoriser auprès de la population un auto-monitoring régulier des habitudes de boisson, avec l'aide en particulier du/de la médecin généraliste ;
- › Financer la recherche scientifique sur les conséquences de la consommation d'alcool, et l'évaluation des effets des interventions et des mesures politiques ;
- › Interdire les collaborations entre les travailleurs et travailleuses de santé, les autorités publiques d'une part et les producteurs et distributeurs de boissons alcoolisées d'autre part ;
- › Reconnaître la fonction et titre d'«alcoologue» diplômé, sur base des formations existantes<sup>258</sup> et assurer une formation de base et continue en alcoologie suffisante pour tou-tes les médecins et autres professions de santé ;
- › Sensibiliser à la loi du 14 novembre 1939 qui interdit notamment de servir des boissons enivrantes à une personne manifestement ivre.

#### L'ÉTUDE ALMOREGAL

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

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

1. Interdire totalement le marketing alcoolier
2. Si l'interdiction totale n'est pas possible, restreindre le volume et le contenu afin

257 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](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_9438_avis_alcool.pdf)

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

## 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 consommateurs-rices d'alcool (qui sont perçus comme plaisants). En l'absence de groupe contrôle, toutefois, les chercheurs ne peuvent conclure 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.

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 événements 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 réglementations toutes les formes digitales de marketing
- › Inclure dans les réglementations 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 réglementations mises en œuvre

5. Conduire des recherches scientifiques au sujet des effets du marketing alcoolier auprès des citoyen-nés belges

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

### LA DISPONIBILITÉ ET L'OFFRE D'ALCOOL EN BELGIQUE

L'alcool est une substance psychoactive particulièrement disponible en Belgique, puisqu'on la trouve dans les établissements du secteur de l'Horeca<sup>259</sup>, dans les commerces alimentaires, chez les marchands de journaux, dans de nombreux distributeurs automatiques de boissons ou

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

encore dans les stations-services et les night-shops. Quels que soient l'heure et l'endroit, il est possible de se procurer de l'alcool sans grande difficulté.

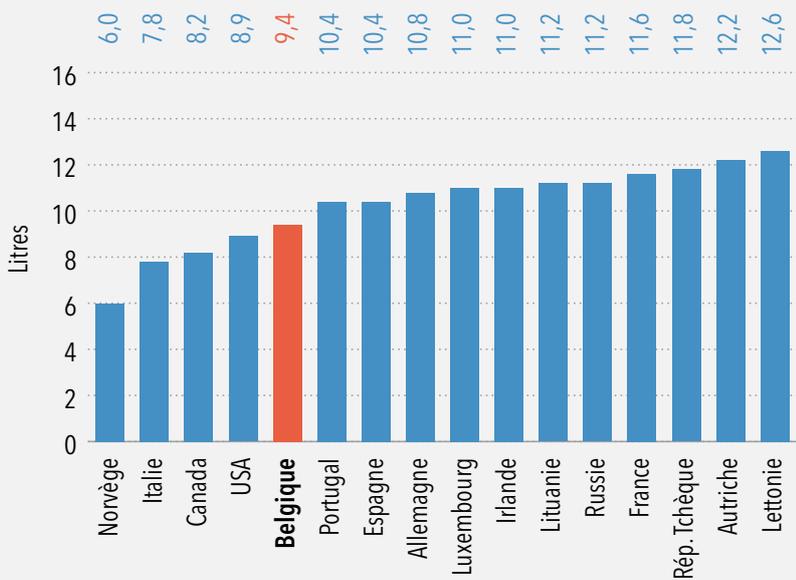
Le prix de vente de l'alcool en Belgique est légèrement supérieur à celui de la moyenne des pays de l'Union Européenne (Eurostat, 2019). Mais il existe certaines disparités par rapport à nos pays limitrophes, qui peuvent avoir un impact sur les comportements d'achat. Ainsi, alors que l'indice du niveau de prix (*price level indice*<sup>260</sup>) des boissons alcoolisées est de 103 pour la Belgique (la moyenne européenne étant de 100 par définition), il est de 90 en France, de 87 en Allemagne et de 96 au Grand-Duché de Luxembourg. Autrement dit, les prix pratiqués dans ces trois pays sont inférieurs à ceux de la moyenne européenne et de la Belgique. En revanche, il est de 108 au Pays-Bas. Ces différences à la défaveur de la Belgique ont tendance à favoriser les achats transfrontaliers. Il est donc possible que la diminution de vente d'alcool observée en Belgique entre 2015 et 2018 soit due à une augmentation des achats transfrontaliers, qui seraient nombreux et en accroissement en raison de l'augmentation régulière des accises<sup>261</sup>.

Selon les chiffres officiels publiés par l'Organisation de coopération et de développements économiques (OCDE), le nombre de litres d'alcool pur vendu annuellement en Belgique par habitant de 15 ans ou est de 9,4 litres (soit 1 litre de moins qu'en 2015). Ce nombre abstrait correspond à 181 litres de bière à 5,2° (soit 724 verres de 25cl par an, ce qui correspond à quasiment 2 verres par jour), ainsi qu'à 78,3 litres de vin à 12° (soit 104 bouteilles de 75cl ou encore 624 verres de 125ml par an, ce qui correspond à un peu moins de 2 verres par jour). Cette moyenne est calculée en sommant et exprimant l'ensemble des quantités d'alcool vendues en litre d'alcool pur, divisé par le nombre d'habitants du pays âgés de 15 ans ou plus.

260 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.

261 Voir: [https://www.rtf.be/info/societe/onpdp/enquetes/detail\\_alcool-a-l-etranger-le-malheur-des-uns-fait-le-bonheur-des-autres?id=9633540](https://www.rtf.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 6 : Nombre de litres d'alcool pur vendu chaque année par habitant de 15 ans et plus en Belgique et dans d'autres pays du monde, 2018



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

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). Il est donc possible que la diminution de vente d'alcool observée en Belgique entre 2015 et 2018 soit due à une augmentation des achats transfrontaliers, qui seraient nombreux et en accroissement en raison de l'augmentation régulière des accises<sup>262</sup>.

Le succès de l'alcool dans les pays occidentaux et a fortiori en Belgique s'explique par différents facteurs : publicité excessive, loi ambiguë et peu appliquée, marketing agressif à l'égard des jeunes, absence de régulation de l'offre dans certains lieux publics, sous-financement de la prévention... Cette situation est en outre

262 Voir : [https://www.rtf.be/info/societe/onpdp/enquetes/detail\\_alcool-a-l-etranger-le-malheur-des-uns-fait-le-bonheur-des-autres?id=9633540](https://www.rtf.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>

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.

## 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) l'hyperalcoolisation hebdomadaire (consommation d'au moins 6 verres d'alcool lors d'une même occasion au moins une fois par semaine au cours des 12 derniers mois), 5) le *binge drinking*<sup>263</sup> hebdomadaire (consommation d'au moins 6 verres d'alcool en 2 heures maximum au moins une fois par semaine pour les hommes, et 4 verres d'alcool en 2 heures maximum au moins une fois par semaine pour les femmes), 6) l'usage problématique d'alcool sur la vie<sup>264</sup> dans l'ensemble de la population et chez les consommateur-rices actuels (les personnes qui en ont consommé au cours des 30 derniers jours) et 7) l'usage problématique au cours des 12 derniers mois dans l'ensemble de la population. Nous fournissons également un indicateur d'abstinence sur la vie afin de pouvoir connaître la part de la population qui n'est pas concernée par la consommation d'alcool, ainsi que l'âge moyen de la première consommation de boissons alcoolisées.

## LA SITUATION EN 2018

En 2018, l'âge moyen de la première consommation de boissons alcoolisées était 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).

263 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.

264 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 daplomb) ? 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.

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.

La prévalence de la **consommation quotidienne** d'alcool (au cours des 12

**Tableau 2 : Prévalence de l'abstinence sur la vie, de la surconsommation hebdomadaire, de la consommation quotidienne, de la consommation quotidienne à risque, du *binge drinking* et de l'usage problématique d'alcool dans la population générale en 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)
<b>Prévalence de l'abstinence sur la vie</b>								
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
<b>Prévalence de la surconsommation hebdomadaire d'alcool au cours des 12 derniers mois</b>								
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
<b>Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool au cours des 12 derniers mois</b>								
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
<b>Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool à risque au cours des 12 derniers mois</b>								
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
<b>Prévalence de l'hyperalcoolisation hebdomadaire au cours des 12 derniers mois</b>								
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
<b>Prévalence du <i>binge drinking</i> hebdomadaire au cours des 12 derniers mois</b>								
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
<b>Prévalence de l'usage problématique d'alcool sur la vie</b>								
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
<b>Prévalence de l'usage problématique d'alcool au cours des 12 derniers mois</b>								
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
<b>Prévalence de l'usage problématique d'alcool sur la vie chez les consommateurs actuels</b>								
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.)

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

La prévalence 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 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). Étonnamment, 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.

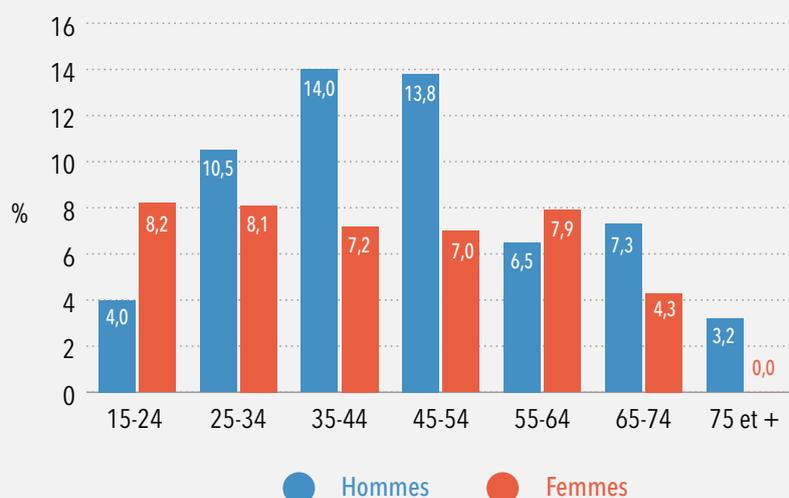
Les prévalences d'**usage problématique d'alcool sur la vie ou au cours des 12 derniers mois** sont plus élevées chez les hommes que chez les femmes. Elles augmentent avec l'âge, en particulier la prévalence sur la vie, probablement parce que la probabilité de survenue sur la vie d'un trouble ou d'un 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.

## 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 tend à diminuer, 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).

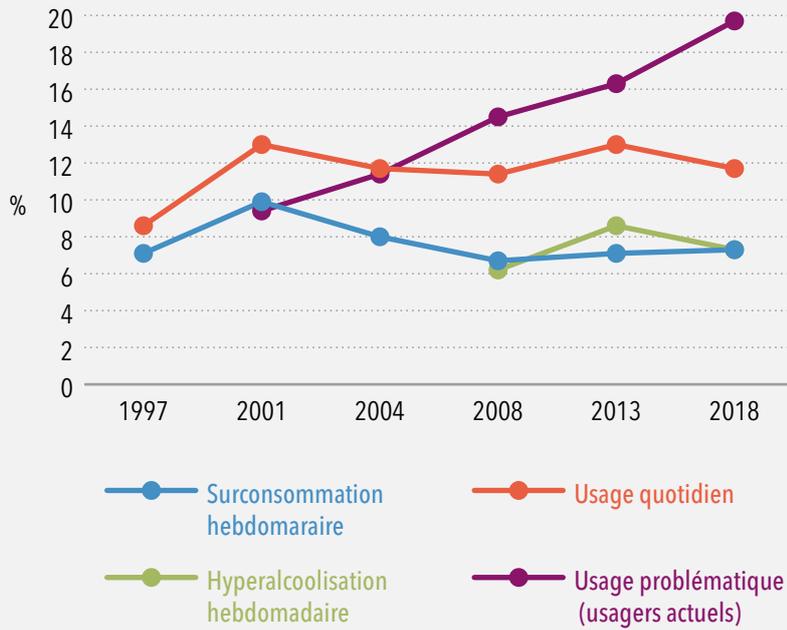
Si on se focalise spécifiquement sur l'évolution temporelle de ces indicateurs chez les 15-24 ans, on constate que la surconsommation hebdomadaire tend à diminuer au cours du temps chez les hommes alors qu'elle est relativement stable chez les femmes. L'hyperalcoolisation hebdomadaire a considérablement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

Figure 7 : 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.)

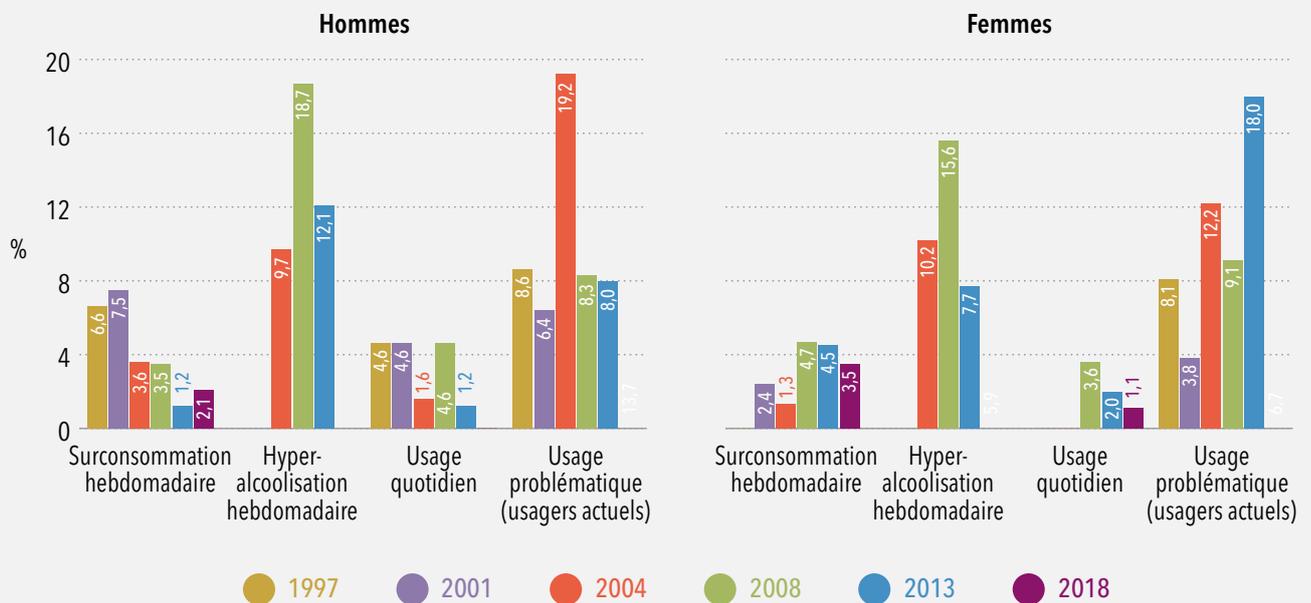
**Figure 8 : Évolution de la surconsommation hebdomadaire, de la consommation quotidienne, du binge drinking hebdomadaire et de l'usage problématique sur la vie dans la population générale en Région bruxelloise, 1997-2018**



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

chez les femmes (après une augmentation 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.

**Figure 9 : 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.)

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

### LES INDICATEURS

En Fédération Wallonie-Bruxelles, l'usage d'alcool est estimé dans la population scolarisée dans l'enseignement secondaire via un questionnaire administré dans le cadre de l'enquête HBSC, dont la dernière levée a été réalisée en 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)<sup>265</sup>. À noter que certains indicateurs n'ont été récolés 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 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*

265 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 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.

*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 10](#).

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 fréquente chez les garçons que chez les filles.

La prévalence de l'**expérimentation 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-es 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 presque 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 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

**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 %
<b>Consommation d'alcool sur la vie</b>					
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
<b>Consommation d'alcool les 30 derniers jours</b>					
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
<b>Consommation hebdomadaire d'alcool*</b>					
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
<b>Expérimentation de l'ivresse sur la vie</b>					
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
<b>Expérimentation de l'ivresse les 30 derniers jours</b>					
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
<b>Ivresses répétées les 30 derniers jours</b>					
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
<b>Alcoolisation ponctuelle importante* et **</b>					
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
<b>Binge drinking* et ***</b>					
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=2391)	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)

cet âge a déjà expérimenté l'ivresse. Mais la consommation d'alcool est plus répandue chez les élèves de 16 ans et plus.

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.

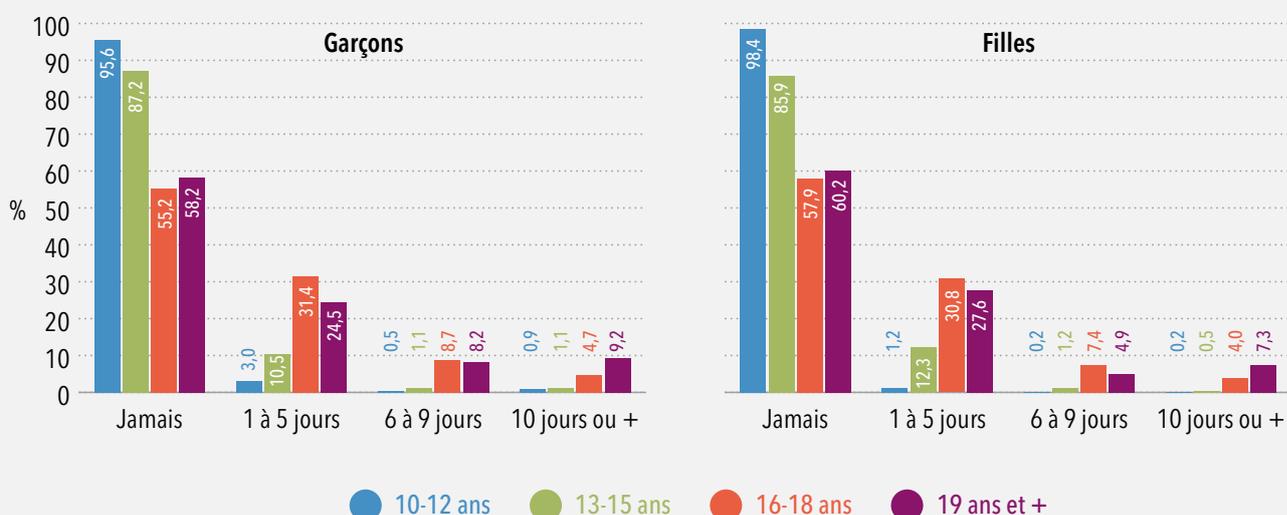
### TENDANCE ET ÉVOLUTION

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<sup>266</sup>

266 En 2018 et contrairement à 2014, la question relative à la fréquence d'usage n'a plus été

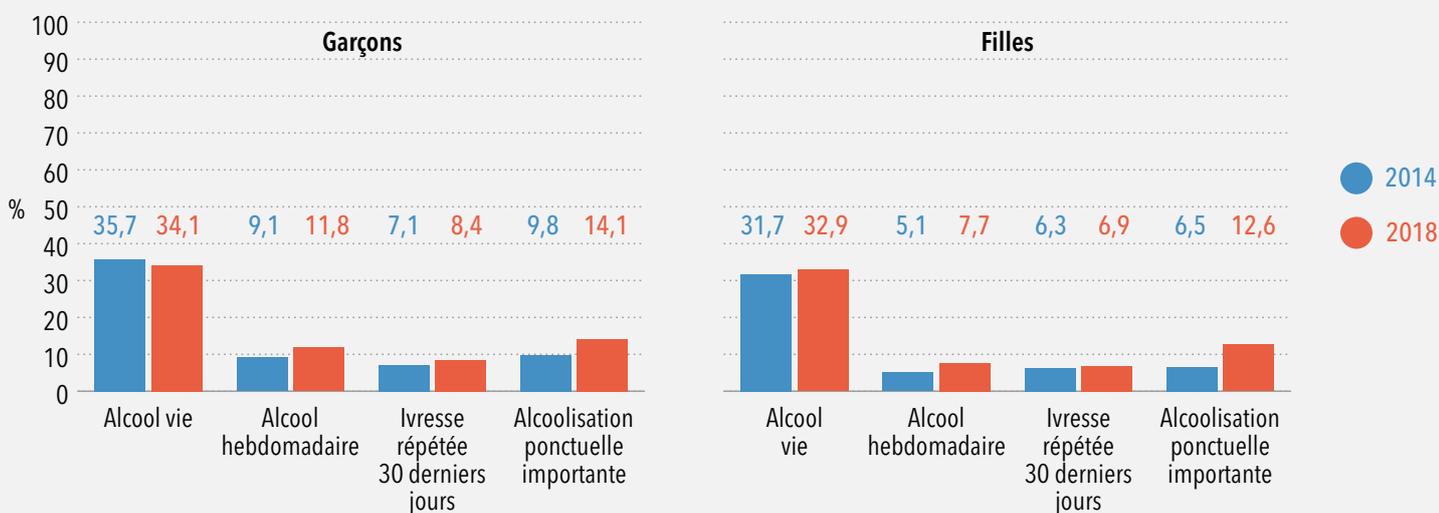
posée aux élèves du primaire, de sorte que les pourcentages globaux ne sont pas comparables à ceux que nous mentionnions dans notre précédent tableau de bord en ce qui concerne l'usage hebdomadaire. Nous avons par conséquent généré de nouveaux pourcentages pour les données 2014, en nous focalisant uniquement sur les élèves du secondaire. Ce sont ces nouveaux pourcentages que nous utilisons ici.

Figure 10 : Fréquence de consommation d'alcool (en nombre de jours) au cours des 30 derniers jours chez les élèves scolarisés dans l'enseignement primaire et secondaire francophone de la Région bruxelloise, par âge et par genre, 2018



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

Figure 11 : 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)

## L'USAGE D'ALCOOL CHEZ LES JEUNES 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 Walewys, 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)<sup>267</sup> durant l'année académique ; 4) *binge drinking*<sup>268</sup> au moins deux fois par semaine durant l'année académique ; 5) état d'ivresse au moins

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

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

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<sup>269</sup>, un peu moins d'un tiers des étudiants étaient en

269 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.

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*<sup>270</sup> 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.

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

270 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
<b>Hommes</b>						
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
<b>Femmes</b>						
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
<b>Total</b>						
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 Walewys, 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
<b>Genre</b>				
Hommes	33,4	22,9	21,3	13,3
Femmes	25,5	9,4	11,0	5,6
<b>Nombre d'années d'études supérieures</b>				
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
<b>Âge de début de la consommation régulière</b>				
≤ 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
<b>Mode de vie</b>				
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
<b>Baptisé</b>				
Oui	48,3	28,3	26,9	16,5
Non	18,3	8,2	9,2	4,8
<b>Actif dans un groupe d'étudiants</b>				
Oui	40,7	22,5	21,1	13,2
Non	19,9	9,6	11,0	5,7
<b>Participe à des présoirées</b>				
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

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** apparaît 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 étudiant** 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 étudiant (participation au baptême, à des groupes d'étudiants et à des présoirées) qui sont le plus fortement associées à une consommation excessive.

## 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<sup>271</sup>. Les dommages liés au mésusage d'alcool sont multiples : ils peuvent être directs ou indirects, immédiats ou différés, et peuvent toucher, à court ou à long terme, l'intégrité physique (coma éthylique, troubles hépatiques, cancer des voies aérodigestives, lésions corporelles suite à une chute, une bagarre, un accident de la route, syndrome d'alcoolisation fœtale, etc.), psychologique (dépendance, dépression, troubles cognitifs, etc.) et sociale (problèmes familiaux ou professionnels, etc.). La nature et la gravité

<sup>271</sup> L'usage nocif peut être défini de manière opérationnelle comme toute consommation, occasionnelle ou répétée, provoquant directement ou indirectement des dommages physiques, psychologiques ou sociaux (occasionnels ou répétés) au consommateur et/ou à son entourage.

des dommages dépendront toutefois grandement des quantités consommées, des circonstances de la consommation, de la fréquence de consommation, ainsi que du capital socio-économique des individus (voir chapitre 4.1. Inégalités sociales de santé et usage de drogues).

L'ensemble des indicateurs que nous avons examinés témoignent clairement que la consommation excessive d'alcool est une réalité pour une proportion relativement élevée de la population bruxelloise<sup>272</sup>, même si certaines évolutions sont rassurantes : on constate ainsi une diminution de l'usage quotidien dans la population générale, et une tendance à la diminution pour l'hyperalcoolisation hebdomadaire. Malgré ces signes encourageants, 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. En milieu scolaire, l'usage hebdomadaire et l'alcoolisation ponctuelle importante ont tendance à augmenter. Et en milieu étudiant, la consommation excessive reste particulièrement élevée. 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. 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 tels que le *binge drinking* (Wicki et al., 2010).

L'entrée aux études supérieures constitue quant à elle une période d'initiation pour beaucoup d'étudiant-es, durant laquelle certaines pratiques de consommation à risque peuvent aussi se développer ou se renforcer (voir aussi Borsari, Murphy, & Barnett, 2007 ; Lorant et al., 2013). Alors que les étudiant-es s'exposent davantage

272 Cette proportion reste toutefois largement inférieure à ce que l'on observe en Wallonie, ce qui s'explique en grande partie par des différences en termes de structure de la population entre les deux régions (gradient socio-économique, proportion différente de la population qui est de confession musulmane).

## LES EFFETS DE L'ALCOOL SUR LA SANTÉ

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

que les ainé-es aux comportements d'hyperalcoolisation (*binge drinking*), les adultes en revanche sont davantage concernés que les jeunes par la surconsommation hebdomadaire ainsi que par la consommation quotidienne.

Il est difficile d'attribuer une cause précise à la diminution de certaines formes de consommation en population générale, mais il est possible qu'elle soit liée à une meilleure pénétration des messages de prévention dans la population générale (via les campagnes telles que « tournée minérale », les publications des associations spécialisées sur les réseaux sociaux, les articles de presse, etc.). Conséquemment, il est possible que les représentations liées à la consommation d'alcool soient en cours de restructuration, et deviennent moins favorables dans certaines tranches de la population. Certain-es chercheur-es épinglent aussi la possibilité que l'investissement sur les réseaux sociaux ait déplacé les activités socialisantes loin de l'alcool<sup>273</sup> (Pennay et al, 2015 ; Törrönen et al, 2019).

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

La surconsommation, même occasionnelle, peut avoir des conséquences lourdes au niveau social, psychologique ou physique, en particulier chez les jeunes. L'altération du jugement induite par un état d'ébriété, associée au sentiment d'invulnérabilité et à la recherche de sensations, fréquents chez les jeunes (Ravert et al., 2009), leur font parfois prendre des risques inconsidérés et peuvent mener à blesser autrui (conduite d'un véhicule, défi physique, bagarre, rapports sexuels non protégés ou non consentis, etc.). La surconsommation répétée d'alcool peut aussi avoir un impact nocif sur les relations interpersonnelles (Castaño-Perez & Calderon-Vallejo, 2014 ; Lorant et al., 2011), et augmente fortement le risque de développer une dépendance à l'âge adulte (McCambridge, McAlaney & Rowe, 2011). Enfin, la consommation répétée de quantités excessives d'alcool, et plus particulièrement la pratique du *binge drinking*<sup>274</sup>, peut avoir chez les étudiant-es un effet nuisible sur des fonctions cognitives telles que l'attention soutenue et la mémoire épisodique ainsi que sur les capacités de planification

274 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.

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 étudiant (résidence universitaire ou colocation), en raison de l'implication dans le folklore étudiant et de la pratique régulière des présosées 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 apparaît 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 témoigne du niveau d'ancrage de ce produit dans nos habitudes sociales et culturelles et de la puissance des lobbies de l'alcool.

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

## 6.2.2. LE TABAC ET LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

### LE CADRE LÉGISLATIF DU TABAC

La loi belge et les décrets communautaires établissent une série d'interdits concernant les lieux de consommation du tabac :

- › Interdiction de fumer dans les lieux fermés accessibles au public (loi du 22 décembre 2009) ;
- › Interdiction de fumer sur son lieu de travail, sauf si un endroit est prévu à cet effet (loi du 22 décembre 2009) ;
- › Interdiction de fumer à l'école (de l'enseignement maternel au secondaire) (décret du 5 mai 2006).

De plus, il existe plusieurs textes légaux encadrant la fabrication et la commercialisation des produits à base de tabac, notamment :

- › Toute propagande, parrainage ou publicité en faveur du tabac est interdit (loi du 24 janvier 1977)<sup>275</sup> ;

.....  
275 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

- › Il est interdit de vendre du tabac aux moins de 18 ans (la loi du 24 janvier 1977 a été modifiée par la loi du 12 juillet 2019, relevant ainsi l'âge minimum légale de 16 à 18 ans) ;
- › Les produits du tabac portent obligatoirement un avertissement de santé sur leur emballage (arrêté royal du 5 février 2016). Les paquets de cigarettes portent un avertissement combiné, composé d'un texte et d'une illustration, et doivent mentionner les coordonnées de la ligne Tabac Stop ;
- › Les paquets des produits à base de tabac à rouler devront être pourvus tant sur le devant qu'au dos d'un avertissement avec texte et illustration couvrant 65 % de la surface. Un avertissement devra également figurer sur les faces latérales, couvrant 50 % de la surface (directive européenne du 3 avril 2014 transposée par l'arrêté royal du 26 avril 2019 modifiant l'arrêté royal du 5 février 2016) ;
- › Les unités de conditionnements et les emballages extérieurs des produits à base de tabac sont d'une seule nuance de couleur (paquet neutre), tout en respectant les dispositions de l'arrêté royal du 5 février 2016 (arrêté royal du 13 avril 2019). Cet arrêté entre en vigueur le 1er janvier 2020, excepté pour les détaillant-es pour lequel-es 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

.....  
publications exclusivement destinées aux professionnels du secteur du tabac ; 3) la publicité occasionnelle dans le cadre de la communication au public d'événements à l'étranger ; 4) l'affichage de la marque du tabac à l'intérieur et sur la façade des magasins de tabac et des kiosques à journaux qui vendent des produits du tabac. Ces exceptions ont été abrogées par la proposition de loi du 5 août 2019, adoptée le 14 février 2020.

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 6<sup>e</sup> réforme de l'État, la matière «Sevrage tabagique» est transférée aux Régions.

Plusieurs propositions de loi ont été étudiées au cours de l'année 2019 et début 2020, dont certains ont été adoptés :

- › La proposition de loi du 14 juin 2016 déposée par des représentantes du CD&V, introduisant l'interdiction de mettre en vente du tabac ou des produits à base de tabac au moyen d'appareils automatiques de distribution, sauf aux caisses des commerces de détail non spécialisés. Cette loi a été adoptée en février 2019 et n'entrera pas en vigueur avant trois ans à partir de sa publication au moniteur belge (ce qui n'est pas le cas à l'heure de la rédaction de ces lignes) ;
- › La proposition de loi du 3 février 2016 interdisant de fumer dans les véhicules couverts en présence d'enfants âgés de moins de 16 ans a été adoptée en avril

## 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(ra)it 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<sup>276</sup>.

2019. Cette loi est entrée en vigueur le 18 août 2019 ;

- › La proposition de loi du 24 octobre 2019 interdisant de fumer dans les véhicules automobiles en présence de mineur-es de moins de 18 ans, dans les airs de jeux et dans les lieux ouverts situés dans l'enceinte des lieux où des jeunes de moins de dix-huit ans sont accueillis, logés et/ou encadrés. Cette proposition de loi a été adoptée le 14 février 2020 ;
- › La proposition de loi du 5 août 2019 interdisant totalement la publicité pour le tabac. La proposition a été adoptée le 14 février 2020, abrogeant les exceptions prévues jusque là par la loi du 24 janvier 1977, et entrera en vigueur 6 mois après sa publication au Moniteur belge (ce qui n'est pas le cas à l'heure de la rédaction de ces lignes).

## 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'utilisateur. 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<sup>277</sup>. Il régleme 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

276 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](https://www.tobaccofreekids.org/assets/content/press_office/2018/2018_08_ftc_petition.pdf)

277 En février 2017, le Conseil d'État a toutefois émis quelques réserves au sujet de l'Arrêté royal d'octobre 2016. Aussi, ce dernier a été modifié par l'Arrêté royal du 17 mai 2017.

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, Mme De Block 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<sup>278</sup>. 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<sup>279</sup>.

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<sup>280</sup>. Et seuls les e-liquides contenant de la nicotine bénéficient d'une liste officielle de substances interdites

278 Question orale de Mme Dedry, Mme Hufkens et Mme Gerken 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.

279 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.

280 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.

(additifs cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques). Dans la mesure où le contrôle de la qualité et de la dangerosité des e-liquides commercialisés dépend des seules initiatives des fabricants, certains sont donc susceptibles de contenir des substances dangereuses pour la santé.

## LES POLITIQUES PUBLIQUES EN MATIÈRE DE TABAC

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

### 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 volatil (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 diacétyl 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 volatils 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 Mansvelter, 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).

plan n'ait pas fait l'objet d'une collaboration avec les entités fédérées<sup>281</sup>.

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<sup>282</sup>.

Parallèlement, Mme De Block a demandé au SPF Santé publique de rédiger un rapport sur les paquets neutres, au sein duquel il devait notamment répondre aux questions du ministre des Finances. Ce rapport n'a cependant pas été rendu public<sup>283</sup>. La

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

282 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-apres-l-annonce-de-son-plan-anti-tabac>

283 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,

ministre a déclaré vouloir faire reposer cette proposition sur la consultation de l'ensemble des acteurs concernés, dont les représentant-es du commerce au détail. Elle a également réitéré sa volonté de faire reposer toute décision sur l'évaluation du paquet neutre en France et au Royaume-Uni et sur le «résultat des procès en cours au niveau international» (voir encadrés)<sup>284,285,286</sup>. 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<sup>287</sup>.

Le paquet neutre a donc fait l'objet d'un arrêté royal du 13 avril 2019 et est entré

.....  
URL : <https://www.cancer.be/nouvelles/lettre-ouverte-madame-la-ministre-de-block-deux-ans-apres-l-annonce-de-son-plan-anti-tabac>

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

285 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.

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

287 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/bientot-des-paquets-neutres-pour-les-produits-du-tabac>

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

.....  
288 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>

289 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>

290 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).

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

	Mesures prévues <sup>288</sup>	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 <i>starter pack</i> (avant à charge totale des personnes qui devaient déboursier 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) <sup>289,290</sup>
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

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<sup>291</sup>.

Le nouveau Gouvernement fédéral formé suite aux élections de 2019, par la voix de son ministre de la santé M. Vandenberghe, 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<sup>292</sup>.

#### 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.

291 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>

292 Compte rendu intégral de la 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>

293 Caroline Rassin, FARES, communication personnelle, 20/01/2020.

294 Les objectifs spécifiques sont déclinés en actions quantifiées et déclinées en indicateurs de résultats et d'efficacité.

### LES OBJECTIFS DU PLAN BRUXELLOIS DE PREVENTION ET GESTION DU TABAGISME/VAPE 2018-2030<sup>293</sup>

Objectifs	Objectifs spécifiques <sup>294</sup>
<b>Piloter, évaluer et renforcer le plan bruxellois de prévention et de gestion du tabagisme/vape</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Soutenir la mise en œuvre du dispositif et assurer l'ancrage des compétences développées par les institutions partenaires</li> <li>› Accompagner et assurer le pilotage et l'évaluation du dispositif (monitoring)</li> <li>› Recueillir et partager les indicateurs clés, recommandations et articles afin d'informer et sensibiliser les divers niveaux de pouvoir et de compétences</li> <li>› Renforcer les politiques de santé existantes et contribuer à inscrire l'abord du tabagisme et de la santé dans toutes les politiques</li> </ul>
<b>Contribuer à prévenir l'initiation tabagique et la vape chez les jeunes de 11 à 24 ans</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Sensibiliser et outiller les professionnels de la santé, de l'éducation, du social, de l'associatif ainsi que les adultes relais, y inclus les familles, à la promotion d'actions de prévention du tabagisme et de la vape chez les jeunes de 11 à 24 ans</li> <li>› Renforcer les compétences des professionnels de la santé, de l'éducation, du social et de l'associatif en vue de la réalisation de projets de prévention du tabagisme et de la vape</li> <li>› Stimuler le travail en réseau et en intersectorialité pour les actions de prévention du tabagisme chez les jeunes</li> <li>› Promouvoir des actions de proximité et soutenir l'implémentation de politiques visant des environnements favorables à la santé en divers lieux de vie</li> </ul>
<b>Contribuer à accroître d'au moins 2 % la cessation tabagique chez les adultes et les jeunes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Sensibiliser, mobiliser et former les tabacologues et relais pour la réalisation d'interventions, d'actions de proximité et de suivis de fumeurs (motivation au changement, cessation tabagique)</li> <li>› Accompagner et impliquer les relais dans la conduite d'actions visant la gestion du tabagisme (adaptées aux publics et contextes dans une perspective d'égalité des chances)</li> <li>› Stimuler le travail en réseau et en intersectorialité concernant la cessation du tabagisme (assurance de qualité)</li> <li>› Favoriser l'accès à l'information sur les aides à la cessation, à la réduction des risques, aux recommandations et supports d'animation adaptés aux contextes</li> <li>› Offrir, développer et promouvoir des services de soutien spécialisés et intensifs à la cessation de qualité, accessibles et adaptés aux besoins des fumeurs</li> <li>› Sensibiliser la population à la question du tabagisme</li> <li>› Mettre en place des politiques de gestion du tabagisme dans divers milieux de vie</li> </ul>
<b>Contribuer à diminuer l'exposition des fumeurs et des non-fumeurs à la fumée de tabac/vape</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Favoriser l'accès à l'information pour les décideurs locaux et les professionnels (santé, éducation et social) et les mobiliser afin de promouvoir des environnements favorables à la santé</li> <li>› Soutenir l'intégration de politiques tabac au niveau local en divers lieux de vie et les politiques de tous les niveaux de pouvoir pour créer des environnements exempts de fumée</li> <li>› Sensibiliser le grand public en suscitant une réflexion sur un mode participatif (productions d'outils pédagogiques et interactifs) et en adoptant une communication motivationnelle</li> </ul>

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.

## INTRODUIRE LE PAQUET NEUTRE ET INTERDIRE LA PUBLICITÉ

Un accord a finalement été trouvé au sein de la majorité pour introduire le paquet neutre en Belgique. Cette décision fait suite à une campagne de longue haleine menée de front par une partie des partis politiques d'opposition (en particulier Ecolo-Groen et la SP.A) et le secteur associatif de la santé et de la promotion de la santé. Outre l'application de la directive européenne de 2014 et l'introduction du paquet neutre, ils invitent le Gouvernement à interdire la publicité sur les lieux de vente et leurs devantures, une recommandation soutenue par la Fédito bruxelloise<sup>295</sup> et par la Coalition nationale contre le tabac/Alliance sans tabac<sup>296</sup>.

Le paquet neutre a déjà fait ses preuves, notamment en Australie où il a été mis en place en 2012. La baisse du nombre de consommateur-rices (et de jeunes consommateur-rices) australien-nes n'est toutefois pas uniquement imputable à l'introduction du paquet, mais bien à un ensemble de mesures politiques (augmentation du prix du paquet, campagnes de sensibilisation, messages d'avertissement sur les paquets, etc.)<sup>297</sup>.

295 Plan drogue 2016-2019 de la Fédito bruxelloise.

296 La Coalition nationale contre le tabac s'est structurée en Alliance sans tabac. Les membres actuels sont : la Fondation contre le Cancer, Kom op tegen Kanker, la Ligue Cardiologique Belge, le Fonds des affections respiratoires (FARES), le Service d'Étude et de Prévention du Tabagisme (SEPT), l'Observatoire de la Santé du Hainaut, la Gezinsbond, le Vlaams Instituut Gezond Leven, l'Association flamande pour les soins de santé respiratoires et la défense contre la tuberculose (VRGT).

297 Article «Paquet de cigarettes neutre : une mesure efficace en Australie ?» de Lise Loumé, Sciences et Avenir, 16/03/2015, URL : [https://www.sciencesetavenir.fr/sante/paquet-de-cigarettes-neutre-une-mesure-efficace-en-australie\\_19308](https://www.sciencesetavenir.fr/sante/paquet-de-cigarettes-neutre-une-mesure-efficace-en-australie_19308)

## LES PREMIERS RÉSULTATS DE LA RECHERCHE ESCAPAD «PAQUET NEUTRE» DE L'OFDT (OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES) (Spilka et al, 2018)

Cette étude vise à mieux connaître et suivre l'évolution des représentations et opinions des adolescent-es français-es (fumeur-ses et non-fumeur-ses) au sujet du paquet neutre. Le paquet neutre n'ayant été introduit que récemment en France (depuis le 1er janvier 2017), l'étude ne peut que livrer des résultats liminaires et est destinée à être régulièrement reconduite. Cette première édition ne permet dès lors pas d'évaluer la pertinence ou l'impact des paquets neutres sur le tabagisme des jeunes.

Les premiers résultats montrent toutefois que les adolescent-es sont sensibles au packaging des paquets de cigarettes. Ils/elles semblent également associer telle marque ou telles cigarettes à des propriétés particulières (plus ou moins de danger, donne plus ou moins envie de fumer que d'autres, etc.). Leurs opinions sur l'utilité des paquets neutres laissent entendre que cette mesure pourrait davantage contribuer à prévenir l'initiation au tabagisme qu'à favoriser l'arrêt.

## JURISPRUDENCE EN MATIÈRE DE PAQUET NEUTRE

L'un des chevaux de bataille de l'industrie du tabac est bien évidemment l'instauration du paquet neutre. Outre l'argument selon lequel celle-ci ne serait pas une mesure efficace, l'industrie affirme également qu'elle porterait atteinte au droit des marques et de la propriété intellectuelle, qu'elle augmenterait la contrebande et entraînerait la suppression d'emplois (CNCT, s.d.).

L'ensemble de ces arguments a été rejeté par la Haute Cour de Justice du Royaume-Uni (19 mai 2016 ; McCabe Center, s.d.), la Haute Cour de Justice d'Australie (5 octobre 2012)<sup>298</sup> et le Conseil Constitutionnel français (21 janvier 2016)<sup>299</sup>, trois pays ayant voté l'instauration du paquet neutre. La Haute Cour de Justice du Royaume-Uni a notamment statué que l'essence des *marques déposées* n'implique pas d'utiliser le droit de propriété afin de faciliter l'expansion d'une épidémie sanitaire létale et que la santé publique est un objectif d'intérêt public qui justifie des restrictions dans l'exercice de la propriété intellectuelle. La Haute Cour a poursuivi son argumentaire en affirmant qu'il n'est pas juste qu'un État paie une quelconque compensation financière pour avoir demandé aux industries du tabac de cesser d'utiliser leurs droits de propriété pour faciliter une telle épidémie.

Le 4 mai 2016, la Cour de Justice de l'Union européenne a également confirmé la validité des dispositions de la directive européenne de 2014 quant à l'uniformisation des paquets, rejetant ainsi le recours de plusieurs industriels du tabac<sup>300</sup>.

- .....
- 298 High Court of Australia, *JT International v Commonwealth of Australia* [2012] HCA 43 (5 octobre 2012), URL : <http://www.austlii.edu.au/cgi-bin/viewdoc/au/cases/cth/HCA/2012/43.html>
- 299 Conseil Constitutionnel, Décision n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016, URL : <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2016/2015-727-dc/decision-n-2015-727-dc-du-21-janvier-2016.146887.html>
- 300 Cour de justice de l'Union européenne, Arrêts dans les affaires C-358/14 Pologne/Parlement et Conseil, C-477/14 Pillbox 38(UK) Limited/Secretary of State for Health et C-547/14 Philip Morris Brands SARL e.a/Secretary of State for Health, URL : <https://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2016-05/cp160048fr.pdf>

Le Département Santé publique du Gouvernement australien a mené une évaluation de l'implémentation du paquet neutre et présenté ses conclusions en 2016. Les résultats montrent que le paquet neutre a commencé à porter ses fruits en matière de baisse du tabagisme et d'exposition au tabac. Il participe à réduire l'attractivité des produits du tabac, à augmenter l'efficacité des campagnes de sensibilisation et à diminuer l'aptitude des paquets à induire les consommateurs en erreur. De plus, après contrôle des variables telles que l'augmentation des accises et les facteurs

sociodémographiques, le paquet neutre combiné avec des messages d'avertissement graphiques participe à une baisse de la prévalence du tabagisme<sup>301</sup>.

Le paquet neutre est une mesure complémentaire et indissociable de l'interdiction de la publicité, pour deux raisons : d'abord, si la publicité est interdite sur les paquets, il semble logique qu'elle le soit aussi dans les points de vente ; ensuite, introduire le paquet neutre sans interdire la publicité violerait le principe légal de proportionnalité, puisqu'une telle initiative équivaldrait à une interdiction de l'usage du droit des marques, une mesure qui pourrait être jugée excessive par rapport à l'objectif poursuivi (Fondation contre le cancer, 2016).

## LES 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

301 Article «Evaluation of tobacco plain packaging in Australia», Department of Health, Australian Government, 17/04/2018, URL : <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/tobacco-plain-packaging-evaluation>

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 ;

- › 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<sup>302</sup>. Deux revues de la littérature

302 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 réglementée 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

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 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.

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).

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)<sup>304</sup> ; l'augmentation de la consommation concernerait moins les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur que les moins diplômé-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 d'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).

## 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 travaille encore au moment de la rédaction de ces lignes 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

303 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.

304 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](https://www.sciensano.be/sites/default/files/report2_covid-19his_fr.pdf)

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 réglementation. 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 base 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 réglementation 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 usagers et des passifs de

## AVIS DES EXPERT-ES

### Martin de Duve, Univers Santé asbl

Les fumeurs sont les premières victimes de l'addiction du produit qu'ils consomment, mais également du manque d'information sur les options de substitution, de réduction des risques et/ou de sevrage à leur portée. Bon nombre d'entre eux sont par ailleurs convaincus que le bénéfice sanitaire de la cigarette électronique, comparativement au tabagisme, est minime. Les preuves scientifiques se multiplient pourtant ces dernières années pour prouver le contraire.

Plusieurs autorités sanitaires (notamment le ministère de la Santé du Royaume-Uni ou de Nouvelle-Zélande), sur base scientifique, s'accordent à dire que, même si **vapoter n'est pas sans risque, cela représente malgré tout un risque diminué d'au moins 95 %** par rapport à la cigarette traditionnelle. Un moindre risque reconnu également chez nous par le Conseil supérieur de la santé. Dans son rapport de 2015, celui-ci reconnaît en effet l'indéniable moindre risque sanitaire de la vaporisation par rapport à la cigarette ainsi que son potentiel dans le cadre d'une politique antitabac<sup>305</sup>.

Aujourd'hui, on sait que les chances de sortie du tabagisme sont bien meilleures lorsque le fumeur qui souhaite arrêter est accompagné par un professionnel et lorsqu'un substitut nicotinique est proposé dans ce cadre. Et il est vrai que les substituts nicotiniques proposés par l'industrie pharmaceutique, comme les patchs, les gommes, les pastilles, etc. ont démontré leur efficacité et relative innocuité.

Ce faisant, la cigarette électronique, que l'on connaît maintenant depuis près d'une décennie, pourrait remplir un rôle plus important qu'aujourd'hui dans cette fonction d'outil de substitution et d'aide au sevrage tabagique, comme en témoignent certains anciens fumeurs aujourd'hui vapoteurs ou abstinents.

Dans une perspective de santé publique, il nous paraîtrait pertinent que la politique antitabac menée en Belgique accorde **davantage de place à la réduction des risques en matière de tabagisme** et puisse notamment intégrer et proposer d'emblée, aux côtés d'autres formes de traitements de substitution ou de sevrage, la cigarette électronique aux fumeurs, tout en encadrant strictement la vente (chez les vendeurs spécialisés) et en interdisant sa promotion à titre commercial.

305 Dans l'avis 9265 du Conseil Supérieur de la Santé (CSS) consacré à la cigarette électronique (2015).

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.

## LA DISPONIBILITÉ ET L'OFFRE DE TABAC EN BELGIQUE

Malgré l'interdiction de propagande ou de publicité en faveur du tabac, l'offre des produits du tabac reste abondante en Belgique, puisqu'on peut les acheter dans de nombreux commerces (marchands de journaux, supermarchés, cafés et bistros, 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<sup>306</sup> 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 Public 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 toujours et souvent des ingrédients potentiellement dangereux pour la santé, qui favorisent la dépendance à la nicotine, ou qui rendent la consommation de tabac plus attrayante en masquant les effets indésirables liés à l'inhalation (amertume, irritation, etc.) (SCENIHR, 2010).

Jusque récemment l'offre et la disponibilité du tabac n'étaient soumises qu'aux quelques contraintes internationales auxquelles la Belgique ne peut déroger. L'État tentait alors ponctuellement d'influer sur la demande de tabac en augmentant les droits d'accises. Les produits du tabac ont ainsi connu une

hausse de prix de plus de 60 % en une seule décennie. Avec l'adoption de l'arrêté royal de 2016, et de celui de 2019 portant sur l'instauration du paquet neutre et le rehaussement de l'âge minimum à 18 ans, l'État joue désormais davantage sur l'offre et la protection des plus jeunes.

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.

## 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-és 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-és 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

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

**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)
<b>Prévalence de la consommation de tabac sur la vie (au moins 100 cigarettes)</b>								
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
<b>Prévalence de la consommation quotidienne de tabac sur la vie (au moins durant 1 an)</b>								
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
<b>Prévalence de la consommation actuelle de tabac (fumeurs quotidiens et occasionnels)</b>								
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
<b>Prévalence de la consommation quotidienne actuelle de tabac (au moins 1 cigarette/jour)</b>								
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
<b>Prévalence de la consommation quotidienne actuelle importante de tabac (au moins 20 cigarettes/jour)</b>								
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)
<b>Prévalence de l'usage de la cigarette électronique au moins une fois dans la vie</b>								
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
<b>Prévalence de l'usage actuel occasionnel de la cigarette électronique</b>								
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
<b>Prévalence de l'usage actuel quotidien de la cigarette électronique</b>								
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
<b>Proportion d'usage combiné de cigarette électronique et de tabac parmi les utilisateurs actuels de la cigarette électronique (N=57)</b>								
Hommes	/	/	/	/	/	/	/	60,2
Femmes	/	/	/	/	/	/	/	70,4
Total	/	/	/	/	/	/	/	65,4
<b>Proportion d'utilisateurs actuels de la cigarette électronique qui n'avaient pas consommé de tabac avant (N=57)</b>								
Hommes	/	/	/	/	/	/	/	8,2
Femmes	/	/	/	/	/	/	/	2,6
Total	/	/	/	/	/	/	/	5,8

Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

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 %).

En ce qui concerne la **cigarette électronique**, 15,9 % de la population bruxelloise l'a déjà essayé au moins une fois dans la vie. L'expérimentation de ce dispositif est plus fréquente dans les tranches d'âge les plus jeunes. La prévalence de l'usage quotidien de la cigarette électronique est de 1,7 %, ce qui est largement inférieur à la prévalence de l'usage quotidien de tabac (16,6 %). Elle est

la plus fréquente entre 15 et 34 ans. Une grande proportion (65,4 %) des utilisateurs actuels de la cigarette électronique consomme également du tabac et ont consommé du tabac avant d'utiliser la cigarette électronique (94,2 %).

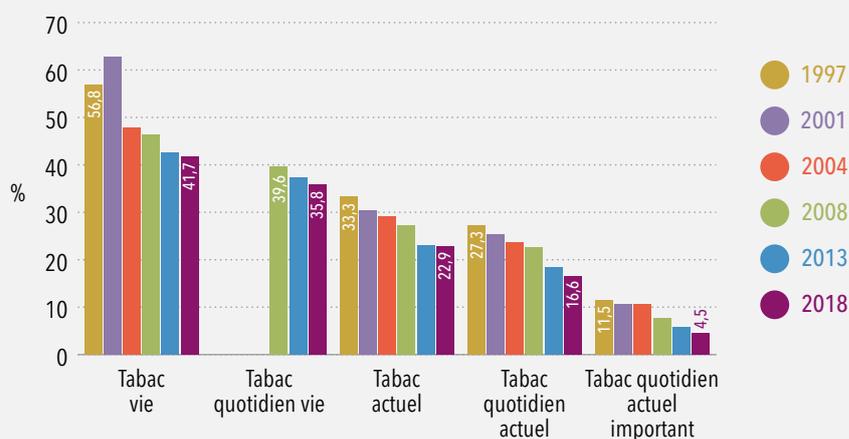
### TENDANCES ET ÉVOLUTION

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.

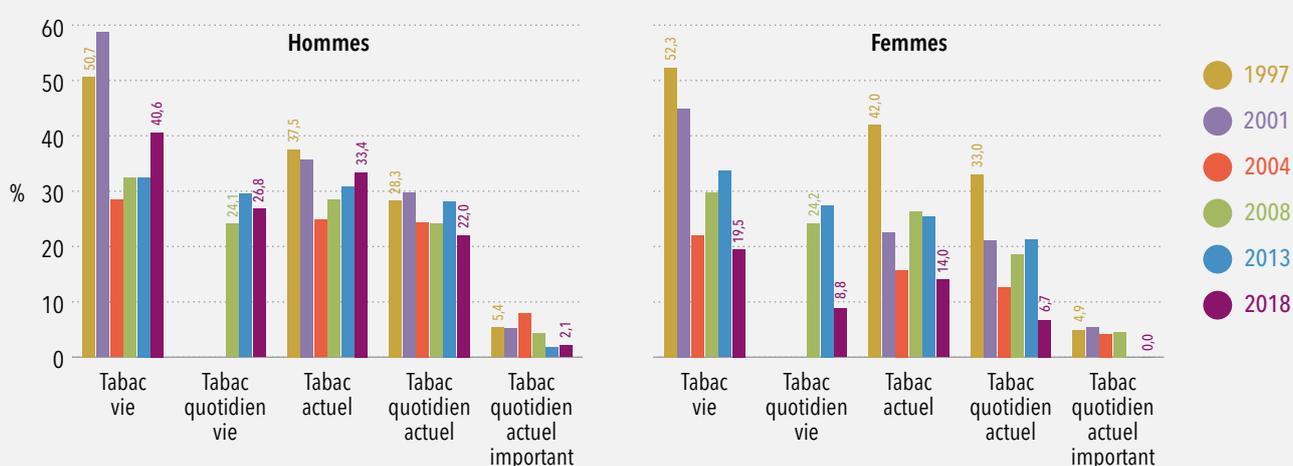
L'âge moyen de la première consommation d'une cigarette entière est stable chez les hommes entre 2013 et 2018 (environ 16,9 ans), alors qu'il a légèrement diminué chez les femmes (passant de 17,7 ans à 17,2 ans). L'âge de début de la consommation quotidienne a quant à lui augmenté chez les fumeurs entre 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).

Figure 12 : Évolution de l'usage de tabac sur la vie, de l'usage quotidien (durant au moins 1 an) sur la vie, de l'usage actuel, de l'usage quotidien actuel et de l'usage quotidien actuel important (au moins 20 cigarettes) dans la population générale en Région bruxelloise, 1997-2018



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

Figure 13 : 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.)

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.

## DE LA DANGEROUSITÉ DE L'E-CIGARETTE ?

Aux États-Unis, en date du 20 novembre 2019<sup>307</sup>, 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<sup>308</sup>. 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<sup>309</sup> comme agent pathogène, mais il n'est actuellement pas exclu que d'autres substances puissent également être impliquées<sup>310</sup>. 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

307 [https://www.cdc.gov/tobacco/basic\\_information/e-cigarettes/severe-lung-disease.html](https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/severe-lung-disease.html)

308 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.

309 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 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).

310 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).

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 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<sup>311</sup>. Et seuls les e-liquides contenant de la nicotine bénéficient d'une liste officielle de substances interdites (additifs cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques). Les produits à base de CBD (cannabidiol) 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.

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

## L'USAGE DE TABAC ET DE LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE CHEZ LES ÉLÈVES DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE ET SECONDAIRE

### LES INDICATEURS

En Fédération Wallonie-Bruxelles, l'usage de tabac est estimé dans la population scolarisée dans l'enseignement primaire et 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) ; 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. 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 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.

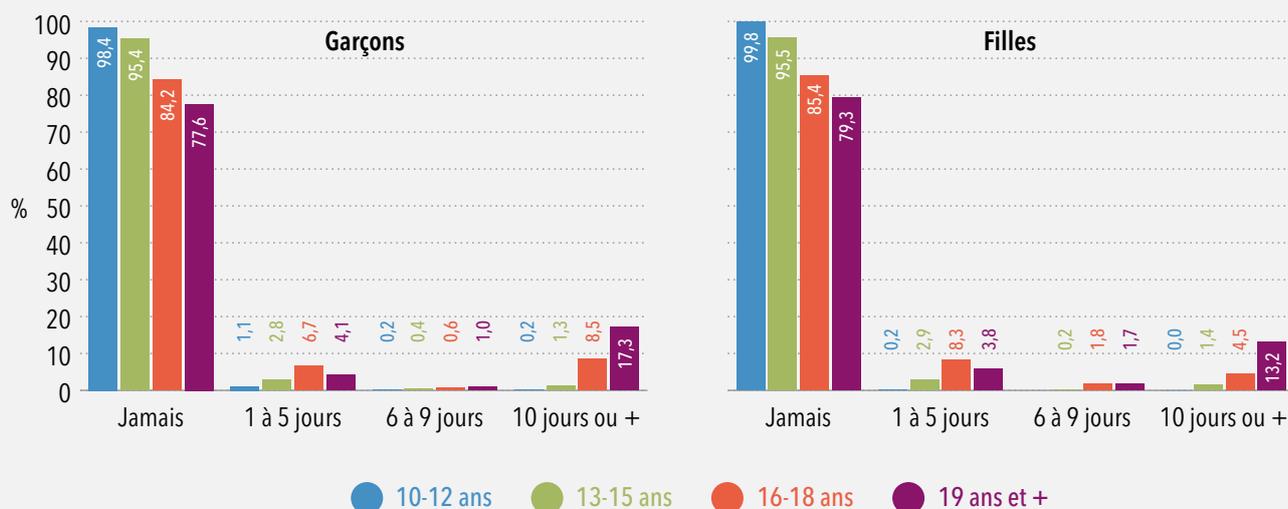
Environ un jeune de l'enseignement secondaire sur cinq (19,2 %) a déjà eu utilisé la **cigarette électronique au moins une fois dans la vie**, et environ 5 % au moins une fois au cours des **30 derniers jours**. L'utilisation de ce dispositif augmente avec l'âge des répondants. Contrairement à ce que l'on observait pour le tabac, l'utilisation de la cigarette électronique concerne beaucoup

**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 %
<b>Consommation de cigarettes sur la vie*</b>					
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
<b>Consommation de cigarettes les 30 derniers jours*</b>					
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
<b>Consommation quotidienne de tabac</b>					
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
<b>Utilisation de cigarette électronique sur la vie*</b>					
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
<b>Utilisation de cigarette électronique les 30 derniers jours*</b>					
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
<b>Expérimentation de la cigarette électronique avant l'expérimentation de tabac*</b>					
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

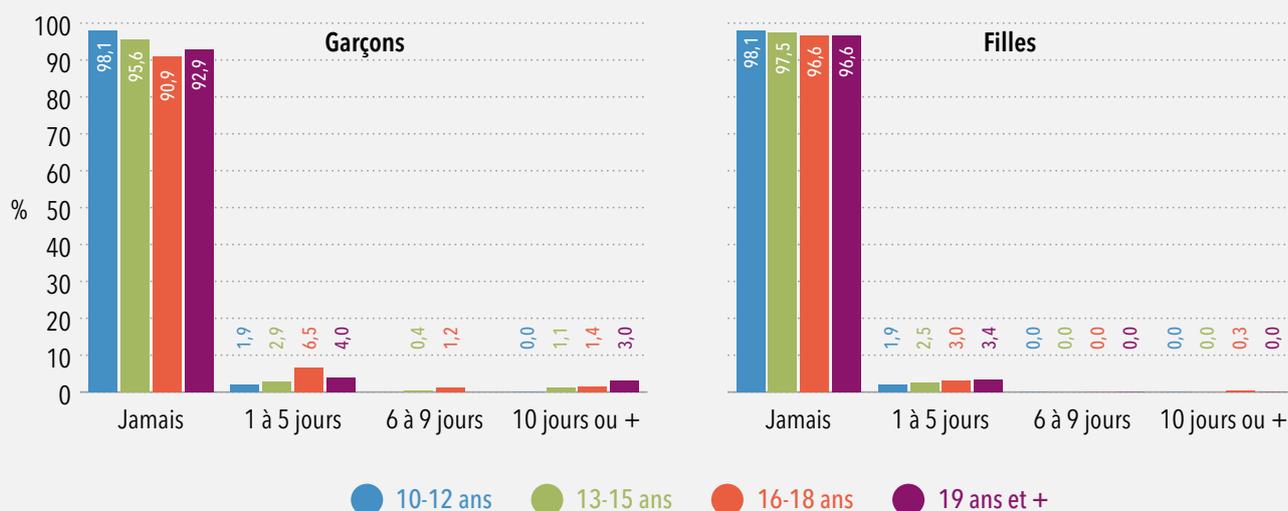
\* Ces questions n'ont été posées qu'aux élèves du secondaire. La classe d'âge de 10-12 ans n'est donc pas représentative puisqu'elle n'inclut que les élèves qui poursuivent déjà leur scolarité dans l'enseignement secondaire.  
Source : Enquête HBSC 2018 (Dujeu et al., 2020)

Figure 14 : 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 15 : 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)

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 paraît aussi attractive que le tabac puisque la moitié déclare avoir commencé par la cigarette électronique avant de découvrir le tabac.

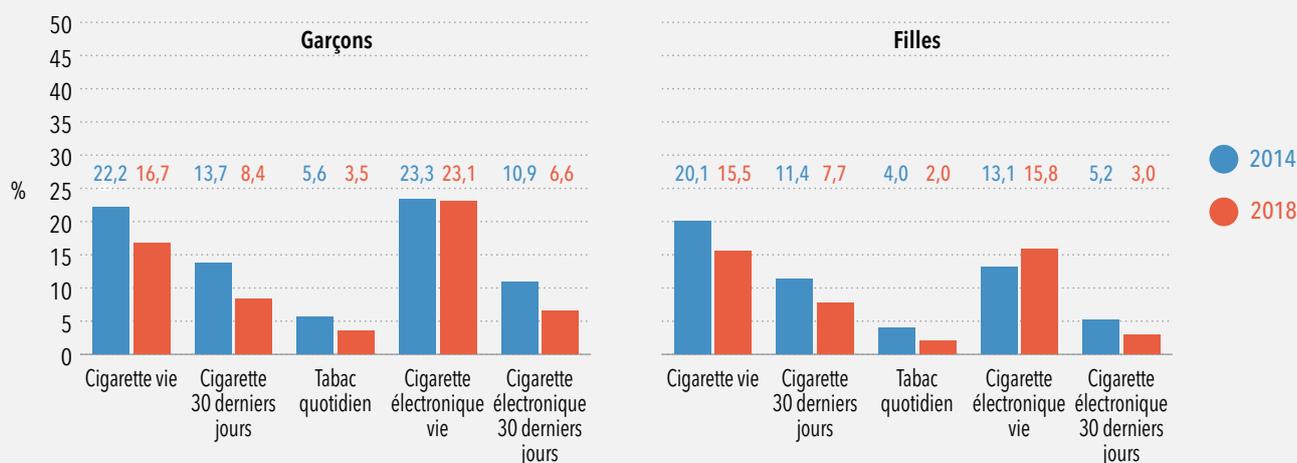
Les fréquences de consommation de tabac et d'utilisation de la cigarette électronique au cours des 30 derniers jours sont détaillées par genre et par tranche d'âge dans les figures 14 et 15. On remarquera en particulier que l'usage régulier de la cigarette électronique est moins fréquent que l'usage 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 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 considérés (usage sur la vie, usage les 30 derniers jours et usage quotidien) parmi les filles et les garçons

**Figure 16 : 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)

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).

## 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 et une multiplication des campagnes de contre-marketing) ; augmentation régulière des accises ; amélioration et diversification de l'offre de prise en charge des fumeurs 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.

Un grand chemin a certes été opéré depuis l'époque où le tabac était promu comme un produit miracle rendant les hommes

virils et les bébés costaux. La Belgique fait d'ailleurs désormais figure de bon élève en matière de lutte contre le tabagisme, selon le dernier classement Tobacco Control Scale établi par la Fédération européenne des associations contre le cancer<sup>312</sup>. 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 être porteuse d'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

<sup>312</sup> Ce classement repose sur une évaluation des politiques de prévention et de lutte contre le tabagisme dans 36 pays européens, prenant en compte 8 critères : prix, interdiction de fumer dans les lieux publics, campagnes de prévention, interdiction de la publicité, avertissements inscrits sur les emballages, aides au sevrage, lutte contre la contrebande, et lutte contre l'ingérence des industriels du tabac. De 2016 à 2019, la Belgique est passée de la 17<sup>e</sup> à la 10<sup>e</sup> position, suite à l'adoption des dernières mesures de lutte (e.g. paquet neutre, augmentation des accises). Par comparaison, le Royaume-Uni et la France sont respectivement à la 1<sup>re</sup> et à la 2<sup>e</sup> position.

excessive. Il est donc important de renforcer la lutte contre ces inégalités sociales de santé. Les politiques doivent aussi tenir compte des disparités géographiques afin de ne pas pénaliser à outrance les fumeur-euses qui vivent en milieu rural lorsqu'elles envisagent de réduire l'offre de tabac, et elles doivent être fixées en gardant à l'esprit qu'un excès de mesures pourrait conduire à l'essor de produits contrefaits, encore plus nocifs pour la santé des usager-es. 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 (la Belgique n'était toutefois pas forcément le pays de destination de toutes ces cigarettes).

### 6.2.3. LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

#### LE CADRE LÉGISLATIF BELGE

Le cas des médicaments psychotropes est assez singulier au sein des substances psychoactives. Il s'agit en effet de substances qui sont à la fois légales (dans le cadre d'une prescription médicale) et illégales (hors du circuit légal des prescriptions et officines pharmaceutiques). Qu'elles soient acquises légalement ou illégalement, ces substances peuvent aussi bien être consommées à des fins thérapeutiques (y compris en automédication) que récréatives ou dopantes, et peuvent faire l'objet d'un mésusage voire d'une addiction. Si certains médicaments sont donc détournés par les usager-es de drogues, il semblerait toutefois que leur usage soit le plus souvent thérapeutique (OFDT, 2018).

Les médicaments psychotropes regroupent plusieurs catégories de produits qui agissent sur l'activité cérébrale :

- › Les anxiolytiques diminuent l'anxiété 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 aiguë 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, stupéfiants 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-riche 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 efficace. À la place, elle souhaitait que cette réglementation 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<sup>313</sup>.

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'interventions cliniques telle que proposée par le RAT asbl ou le Lama asbl, d'un appui à la collaboration entre médecins et pharmaciennes ;
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 démedicalisé 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 éducatif 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 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 pharmaciennes et de l'industrie du médicament. Les publicités à destination du grand public passant à la radio ou à la télévision sont autorisées 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

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

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<sup>314</sup> 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).

.....  
314 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/>).

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<sup>315</sup>, en état de santé moyen ou mauvais, et celles ayant une consommation quotidienne d'alcool (Simoni-Wastila et Strickler, 2004).

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

## LA DISPONIBILITÉ ET L'OFFRE DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES EN BELGIQUE

Les médicaments psychotropes sont des substances réglementées dont l'achat n'est légalement possible qu'en pharmacie. Ils ne peuvent pas être vendus via des pharmacies en ligne. Ces produits sont en outre soumis à une prescription médicale de manière à réduire le risque d'utilisation abusive ou détournée. Et ils ne peuvent pas faire l'objet de publicité ou de propagande.

Comme nous allons le voir, malgré ce cadre contraignant, la consommation de médicaments psychotropes est particulièrement élevée en Belgique. Certains médicaments psychotropes sont aussi proposés à l'achat en ligne de manière illégale (par exemple sur le darkweb ou via des sites étrangers qui ne respectent pas les législations en vigueur), et les services de douanes interceptent régulièrement de grandes quantités de médicaments contrefaits, y compris des médicaments psychotropes. Enfin, des molécules dérivées de médicaments psychotropes

.....  
315 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).

(principalement des benzodiazépines ainsi que des opioïdes de synthèse) sont également vendus par des sites de vente de *Reasearch chemicals* ou de nouvelles substances psychoactives (voir chapitre 6.2.6).

En Belgique, on dénombre actuellement 5.090 pharmacies<sup>316</sup> (dont environ 550 en Région bruxelloise). Nous ne disposons pas de données exhaustives relatives aux quantités de médicaments psychotropes vendus en Belgique au départ des pharmacies, car seuls les traitements remboursés sont encodés dans le système Pharmanet (voir chapitre 5).

## L'USAGE DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

### LES INDICATEURS

En Belgique, l'usage de médicaments psychotropes est estimé dans la population générale sur base de la consommation auto-rapportée lors d'une interview structurée 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 la consommation au cours des 2 dernières semaines de médicaments prescrits : 1) 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

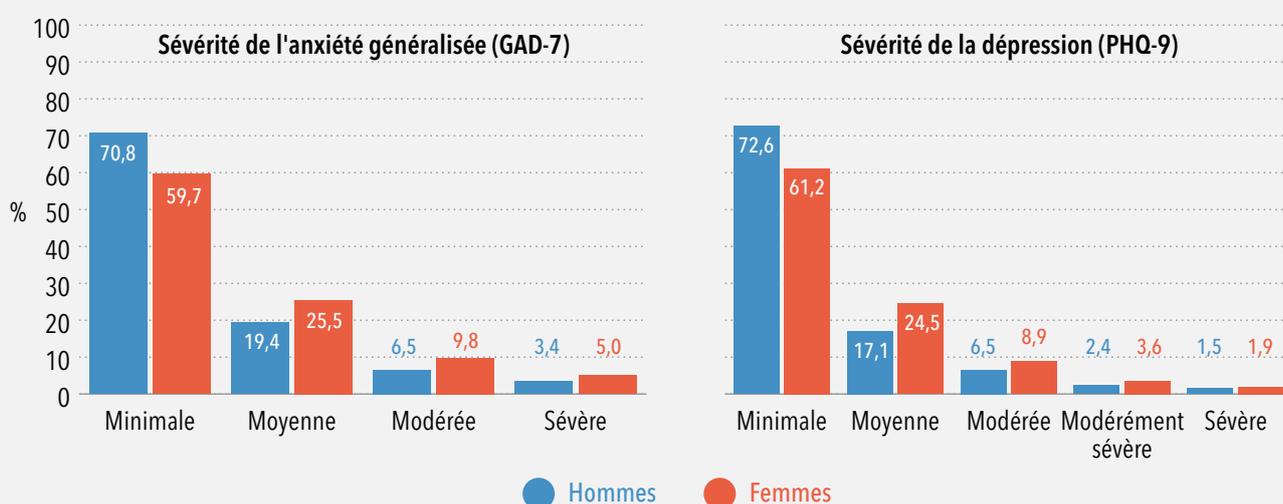
.....  
316 <https://siriusinsight.be/analytics/update-pharmacies-belgique/>

**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)
<b>Consommation durant les 2 dernières semaines de sédatifs prescrits (somnifères ou tranquillisants)</b>								
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
<b>Consommation durant les 2 dernières semaines d'antidépresseurs prescrits</b>								
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 17 : 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.)

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 prescrit 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 GAD-7<sup>317</sup>. 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<sup>318</sup>. 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<sup>319</sup> 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

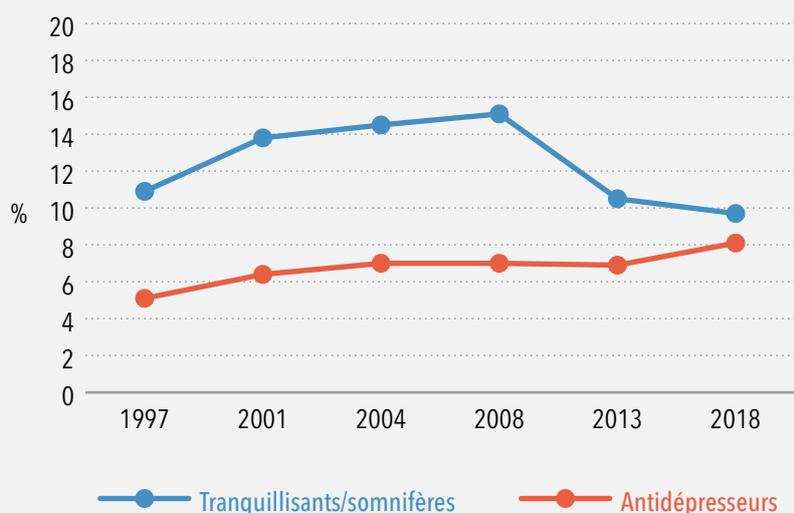
La consommation actuelle de somnifères/tranquillisants prescrits est en diminution en Région bruxelloise. À l'inverse, on observe une légère augmentation de la

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

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

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

Figure 18 : Évolution de la consommation actuelle (au cours de deux dernières semaines) de médicaments psychotropes en Région bruxelloise, 1997-2018



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

consommation d'antidépresseurs en 2018, qui n'est toutefois pas statistiquement significative après standardisation pour l'âge et le genre.

remboursée d'opioïdes antalgiques<sup>320</sup> (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.

## 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

### LA SITUATION DE 2005 À 2019

Selon cet enregistrement, le nombre de Belges ayant reçu une prescription remboursée (hors pharmacies hospitalières) d'un de ces opioïdes de palier 2 ou 3 (selon l'échelle antalgique de l'OMS) a quasiment doublé entre 2005 et 2019, passant de

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

573.104 patient-es à 1.126.167 (ce qui correspond désormais à environ 10 % de la population belge). L'opioïde le plus prescrit en Belgique est de loin le tramadol, 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 694.210 en 2019 (soit environ le double), et en ce qui concerne l'association tramadol + paracétamol, 137.804 patient-es en ont reçu une prescription en 2005, contre 431.444 en 2019 (soit environ le triple). Le nombre de patient-es ayant reçu une prescription de fentanyl est quant à lui passé de 39.367 en 2005 à 68.760 en 2019, 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<sup>321</sup> à 78.916 en 2019 (soit près de 30 fois plus). Le nombre de doses définies journalières (DDD)<sup>322</sup> d'opioïdes délivrés a lui aussi forcément augmenté au cours de cette période, passant de 40.600.703 doses en 2006 à 70.740.529 en 2019 pour l'ensemble de la Belgique (soit une moyenne de 63 DDD annuelles par patient). En Région bruxelloise, le nombre de doses définies journalières d'opioïdes prescrits en 2019 était de 4.893.439.

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

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

Tableau 10 : Nombre de patient-es mutualisés ayant reçu au moins une prescription d'opioïdes remboursée par la sécurité sociale en Belgique, 2005-2019

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Tramadol	348.368	348.449	365.755	411.026	431.291	449.816	473.638	482.822	506.332	543.985	574.459	611.349	646.039	669.540	694.210
Tramadol + Paracétamol	137.804	179.302	214.258	259.252	285.552	343.961	383.401	393.215	416.754	441.604	451.486	455.018	448.625	436.485	431.444
Oxycodone	0	0	2.713	5.691	8.913	20.573	27.753	35.819	48.178	55.807	66.173	72.043	77.030	79.429	78.916
Fentanyl	39.367	44.456	49.727	58.315	60.718	62.957	66.470	67.691	68.321	69.799	72.048	72.352	71.357	70.194	68.760
Tilidine	90.521	87.973	85.016	85.158	80.284	76.643	75.124	71.870	69.279	69.165	63.820	61.961	58.894	55.762	50.459
Morphine	16.701	16.644	16.867	18.203	18.388	10.928	6.366	5.755	5.421	5.206	5.000	4.478	4.211	4.001	4.024
Tous opioïdes	573.104	608.760	654.197	738.277	777.901	838.447	886.909	906.579	950.681	1.006.839	1.041.030	1.078.223	1.103.083	1.114.750	1.126.167

Source : Pharmanet

## L'USAGE DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES CHEZ LES ÉLÈVES DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

### LES INDICATEURS

En Fédération Wallonie-Bruxelles, l'usage de médicaments psychotropes est uniquement estimé dans la population scolarisée dans l'enseignement secondaire via un questionnaire administré dans le cadre de l'enquête HBSC, dont la dernière levée a été réalisée en 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 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.*

**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 %
<b>Consommation de tranquillisants/somnifères (benzodiazépines, barbituriques...) au cours de la vie</b>					
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
<b>Consommation de codéine au cours de la vie</b>					
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)

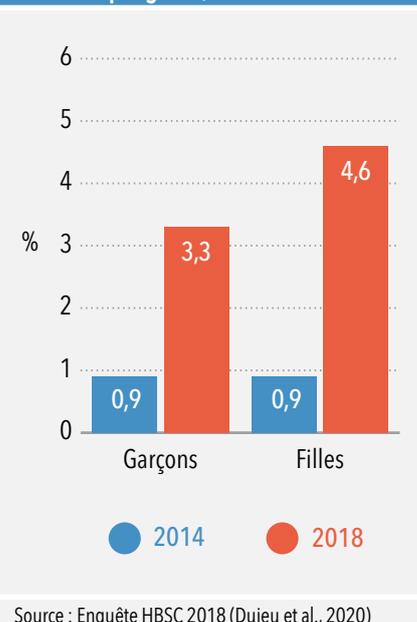
### LA SITUATION EN 2018

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 6.2.5), 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 pas 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 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**



## L'USAGE DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES CHEZ LES ÉTUDIANT-ES DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

En Belgique, plusieurs médicaments stimulants de type amphétaminique ou apparenté<sup>323</sup> sont commercialisés pour le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et la narcolepsie. Ces médicaments ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale, dans la mesure où ils ne sont pas anodins et peuvent faire l'objet d'un usage abusif ou détourné. Ils sont parfois aussi prescrits à des étudiant-es de manière à améliorer leurs capacités attentionnelles et leur permettre de lutter contre la fatigue en période de blocus et d'examens. Ce type d'indication n'étant pas remboursé, ces prescriptions ne sont pas comptabilisées dans le système Pharmanet. Ces médicaments peuvent également être obtenus pour cet usage via des circuits illégaux (connaissance, marché noir, achat en ligne). L'usage de ces produits en tant que dopant intellectuel est très peu documenté en Belgique francophone.

Afin d'améliorer la connaissance de ce phénomène, l'**AFMPS** a interrogé en automne 2018 plus de 12.144 étudiant-es universitaires francophones par rapport à leur utilisation de médicaments

stimulants<sup>324</sup>. 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-ices 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 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.

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

324 [https://www.afmps.be/fr/news/un\\_etudiant\\_universitaire\\_sur\\_20\\_utilise\\_des\\_medicaments\\_stimulants\\_pour\\_mieux\\_etudier](https://www.afmps.be/fr/news/un_etudiant_universitaire_sur_20_utilise_des_medicaments_stimulants_pour_mieux_etudier)

## USAGE DÉTOURNÉ DE LYRICA : UN PHÉNOMÈNE ÉMERGENT

Le Lyrica (prégabaline) est un médicament utilisé dans le traitement des douleurs neuropathiques, de l'épilepsie et des troubles anxieux généralisés. L'usage détourné de ce médicament est documenté en Europe depuis 2009 en Finlande, en Suède et en Norvège (EMCDDA, 2010). La prégabaline a des propriétés euphorisantes, anxiolytiques et désinhibantes, en particulier lorsqu'il est consommé en association avec d'autres déprimeurs (opiacés, alcool, benzodiazépines...) dont il potentialise les effets. Un usage excessif peut entraîner une dépendance physique ainsi que divers effets indésirables (troubles hématologiques, œdèmes, troubles rénaux, vertiges, somnolence, agitation/agressivité, confusion, hallucinations, troubles cognitifs). Des cas de décès par surdose ont été enregistrés dans plusieurs pays européens.

En Belgique, des signalements d'usage détourné de ce produit nous sont rapporté depuis 2019 par plusieurs maisons d'accueil

socio-sanitaires ainsi que le milieu carcéral. L'usage détourné impliquait alors surtout des personnes migrantes, qui parvenaient à se faire prescrire ce médicament (par exemple en prétextant une allergie à la dépakine pour le traitement de leur épilepsie). Un trafic de rue semble toutefois désormais s'être développé. La consommation de Lyrica (et d'autres drogues) chez les personnes précarisées (migrantes, vivant dans la rue...) remplit une fonction de coping vis à vis de conditions de vie difficiles, et les trafics associés une fonction économique et occupationnelle en l'absence d'accès à l'économie formelle. A noter que ce produit semblerait soulager les symptômes de sevrage aux opiacés ainsi que les effets indésirables de la cocaïne (anxiété, agitation, insomnie...), de même que l'appétence à la cocaïne. Outre ces effets euphorisants, anxiolytiques et désinhibants, ces propriétés pourraient aussi en partie expliquer l'expansion de son usage détourné.

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

L'enquête Eurotox<sup>325</sup> 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

.....  
325 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.

médical. La consommation déclarée de ces médicaments psychotropes est documentée dans le [tableau 12](#). Les médicaments psychotropes les plus consommés sont les antidouleurs (34,5 % d'usage sur la vie) et les hypno-sédatifs (28,5 % d'usage sur la vie). On constate que les femmes consomment quasiment toutes ces classes de médicaments (hormis les amphétamines) dans de même proportion que les hommes, voire davantage (antidouleurs). L'usage récent est généralement de nature occasionnelle, mais une proportion non négligeable d'usager-es en consomme régulièrement (5 % pour les antidouleurs et 6,7 % pour les hypno-sédatifs).

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

### PERSPECTIVES

L'usage de médicaments psychotropes est particulièrement élevé dans les sociétés occidentales, et la 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 médicaments 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

.....  
326 22 répondant-es ne s'identifiaient ni comme homme ni comme femme. Ils ne sont donc repris que dans le total. Et 41 répondant-es habitaient en Flandre.

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

		Hommes (n=1.198) %	Femmes (n=527) %	Wallonie (n=1.028) %	Bruxelles (n=678) %	Total (N=1.747) <sup>326</sup> %
<b>Antidouleurs</b>						
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	11,8	9,9	11,0	11,8	11,3
	Occasionnel	4,1	5,7	4,4	4,9	4,6
	Régulier	0,9	1,5	1,1	1,2	1,1
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	11,3	14,8	13,7	10,5	12,5
	Régulier	4,4	6,3	5,6	4,1	5,0
Usage sur la vie		32,5	38,2	35,8	32,5	34,5
<b>Hypno-sédatifs</b>						
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	8,8	6,8	8,1	8,6	8,1
	Occasionnel	3,6	3,4	3,9	2,9	3,5
	Régulier	0,9	3,6	1,5	2,4	1,8
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	8,0	9,3	8,4	8,6	8,4
	Régulier	6,5	7,2	6,6	7,1	6,7
Usage sur la vie		27,8	30,3	28,5	29,6	28,5
<b>Amphétamines</b>						
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	6,6	4,2	4,4	8,1	5,8
	Occasionnel	2,2	0,8	1,2	2,8	1,8
	Régulier	1,4	0,6	0,8	1,8	1,2
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	2,8	1,9	1,8	3,7	2,6
	Régulier	1,3	1,1	1,0	1,3	1,3
Usage sur la vie		14,3	8,6	9,2	17,7	12,7
<b>Méthadone/buprénorphine</b>						
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	0,9	0,8	1,0	0,7	0,9
	Occasionnel	0,6	0,4	0,7	0,3	0,5
	Régulier	0,4	0,6	0,5	0,4	0,5
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	0,4	0,0	0,1	0,7	0,3
	Régulier	0,9	0,0	0,7	0,4	0,6
Usage sur la vie		3,2	1,8	3,0	2,5	2,8

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

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)<sup>327</sup>, 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<sup>328</sup> ont consommé des médicaments à base d'opioïdes (codéine, etc.) hors prescription médicale au cours de 12 derniers mois, 5,8 % des médicaments hypnotiques ou sédatifs et 2,8 % des stimulants. Ces médicaments sont le plus souvent fournis par un membre de la famille, mais peuvent aussi faire l'objet de vol ou d'«emprunt», de fausses ordonnances ou, plus rarement, d'achat sur Internet. Les résultats de l'enquête Eurotox confirment que, dans un échantillon d'usager-es de drogues illicites de Belgique francophone, la consommation de ces médicaments hors usage médical est particulièrement élevée.

De manière générale, la consommation de médicaments psychotropes est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, y compris en ce qui concerne l'usage non-médical, et elle a tendance à augmenter avec l'âge (Clark, 2015). Il semblerait donc que, si les femmes consomment moins de drogues illégales et d'alcool que les hommes, cela soit

en partie «compensé» par la consommation de médicaments psychotropes, plus acceptable socialement, plus accessible et plus facile aussi à dissimuler. 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).

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 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 pharmaciennes, 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-ices et futurs prescripteur-ices afin que les médicaments psychotropes soient prescrits avec parcimonie, idéalement et dans la mesure du possible, comme adjuvant temporaire à d'autres approches thérapeutiques, et non comme unique traitement prolongé ou permanent.

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

.....  
327 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.

328 Il s'agissait d'un panel de 22.070 personnes âgées de 12 à 49 ans provenant de 5 pays européens (Allemagne, Danemark, Espagne, Royaume-Uni, Suède), interrogées à l'aide d'un questionnaire auto-administré.

L'INAMI organise chaque année deux réunions (dites aussi conférences) de consensus<sup>330</sup> 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 of 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 aiguë 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<sup>331</sup>.

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<sup>332</sup>. 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 ;

329 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.

330 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 pharmaciennes, 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.

331 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.

332 Les analgésiques non-opioïdes semblent nettement moins efficaces dans le traitement de la douleur chronique que dans celui de la douleur aiguë, 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.

- › 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<sup>333</sup>, 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 aiguë. 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.

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

## 6.2.4. LE CANNABIS

### LE CADRE LÉGISLATIF BELGE

Les lois internationales et belges qui régissent l'usage, l'achat, la vente et la circulation des drogues illicites sont multiples, complexes, quasi exclusivement répressives et bien souvent d'une époque lointaine où les contextes de consommations n'étaient pas les mêmes qu'aujourd'hui (voir chapitres 1.1 et 1.2). 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 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'allègement 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<sup>334</sup>. Le duo que formait la loi du 4 avril 2003 et l'arrêté royal du 31 décembre 1930 constituait une dépénalisation partielle de

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

droit de la détention de cannabis pour usage personnel<sup>335</sup>.

Actuellement donc, la simple détention de cannabis pour usage personnel peut être punie d'une amende de 15 à 25 € pour la 1<sup>re</sup> 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 2<sup>e</sup> 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

.....  
335 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).

cannabis maximum par individu<sup>336</sup>. En effet, d'une part, l'arrêté royal rappelle la loi de 1921 et réitère que «Nul ne peut importer, exporter, transporter, fabriquer, produire, détenir, vendre ou offrir en vente, fournir, délivrer ou acquérir, à titre onéreux ou à titre gratuit, des produits, sans autorisation d'activités préalablement accordée par le/ la Ministre ou par son/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<sup>337</sup>.

## LA CIRCULAIRE COMMUNE DU 21 DÉCEMBRE 2015 (RÉVISÉE EN 2018)<sup>340</sup>

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<sup>341</sup>. 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.

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

336 Une tolérance instaurée par la Directive commune de la Ministre de la Justice et du Collège des procureurs généraux relative à la constatation, l'enregistrement et la poursuite des infractions en matière de détention de cannabis du 25 janvier 2005 et la Directive ministérielle relative à la politique des poursuites en matière de détention et de vente au détail de drogues illicites du 16 mai 2003, qui n'ont pas la même force que la loi de 1921 ou l'arrêté royal de 2017. Ces directives ont été abrogées par la Circulaire commune de 2015 telle que révisée en 2018.

337 Question orale de M. Frédéric à Mme De Block et M. Geens «l'arrêté royal du 6 septembre 2017 réglementant les substances stupéfiantes, psychotropes et soporifiques», Compte rendu intégral de la Commission de la Justice du 18/10/2017

### 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  $\Delta 9$ -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)<sup>338</sup>. 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 % pourrait monter à 0,3 % dans un avenir proche puisque le Parlement européen a voté en faveur d'un tel changement le 23 octobre 2020 ; cette décision devra ensuite être discutée avec le Conseil européen<sup>339</sup>. 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.

338 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>.

339 Le texte adopté par le Parlement européen est disponibles à l'adresse : [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2020-0289\\_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2020-0289_EN.pdf)

340 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.

341 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.

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.

La circulaire introduit également une distinction concernant la vente de drogues illégales en petites quantités : d'un côté la vente par appât du gain, de l'autre la vente pour financer sa consommation personnelle. La vente par appât du gain est considérée comme un maillon de la distribution organisée des drogues illégales et dès lors traitée de manière répressive, à l'instar de tout fait relevant de la délinquance

### 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).

### 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<sup>342</sup>.

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).

342 Article «Non, la détention d'une faible quantité de cannabis à usage personnel n'est pas autorisée» de Christine Moïny, 03/04/2018, Justice-en-ligne.be, URL : <http://www.justice-en-ligne.be/article1047.html>

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<sup>343</sup>.

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<sup>344</sup>, 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.

343 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/>

344 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.

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

### LA VENTE DE PRODUITS À BASE DE CANNABIDIOL (CBD)

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

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

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

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

### COMMISSION EUROPÉENNE : CBD N'EST PAS UN STUPÉFIANT

Suite à l'arrêt Kanavape de la Cour de Justice de l'Union européenne, en novembre 2020, considérant que le CBD n'était pas un stupéfiant, la Commission européenne a révisé son évaluation préliminaire du CBD, renonçant ainsi à réglementer le CBD comme un stupéfiant au sens de la Convention des Nations Unies de 1961, et estimant même qu'il peut être considéré comme un aliment et devrait bénéficier de la même liberté de circulation que d'autres marchandises et produits légaux au sein de l'Europe<sup>345</sup>.

### 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 à 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

345 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>

des accises, respect des règles de fabrication, d'emballage et de mise dans le commerce, et transfert de la liste des ingrédients au SPF Santé publique. La reconnaissance par le SPF Finances signifie également que la vente de ces produits peut désormais sortir des commerces spécialisés et être pratiquée par les commerces vendant habituellement du tabac (librairies, night shops, stations-service, etc.) qui ne sont pas forcément compétents pour dispenser des conseils de prévention aux usager-es. Avec l'application des accises du tabac et donc l'augmentation des prix, de nombreux commerces spécialisés ont dû fermer, ne parvenant pas à résister à la concurrence et à poursuivre leurs activités.

### Sous forme e-liquide

Des produits à base de CBD au format e-liquide sont également vendus. Les e-liquides n'entrent pas dans le cadre prévu pour les «autres tabacs à fumer», qui ne concerne que les produits consommés par combustion. Les e-cigarettes bénéficient d'un cadre légal depuis l'arrêté royal du 28 octobre 2016, qui contraint les 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 contenant de la nicotine bénéficient d'une liste officielle de substances interdites (additifs cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques).

Les produits à base de CBD vendus en Belgique ne bénéficient donc pas non plus d'une réglementation claire et spécifique permettant d'apporter des garanties aux usager-es sur le plan de la santé publique,

à même de préciser le caractère légal de la production et la vente de ces produits, ainsi que leur teneur en CBD et leurs conditions de mise sur le marché, puisqu'aucune norme de composition n'est imposée aux fabricants.

## LE CANNABIS THÉRAPEUTIQUE

Le «cannabis» consommé pour ses effets psychotropes est issu de trois sous-espèces de la plante cannabis : le Cannabis sativa, le Cannabis indica et le Cannabis ruderalis (très faible en psychotrope et principalement destiné à un usage industriel). Le cannabis est composé de nombreuses substances chimiques (plus de 650), dont les cannabinoïdes (plus d'une centaine ont été identifiés à ce jour) (Radwan et al, 2015 ; Ahmed et al, 2008).

Les cannabinoïdes issus du cannabis (c'est-à-dire les phytocannabinoïdes) les plus étudiés sont le THC (Delta-9-tétrahydrocannabinol) et le CBD (cannabidiol). Le THC et le CBD se lient chacun aux deux récepteurs cannabinoïdes CB1 et CB2 (découverts au début des années 1980 et qui font partie du système endocannabinoïde du corps humain). Les récepteurs CB1 se situent dans le système nerveux central et sont particulièrement nombreux dans les zones du cerveau dédiées aux mouvements, au contrôle postural, à la douleur et la perception sensorielle, à la mémoire, aux capacités cognitives, aux émotions et au système métabolique et endocrinien. Ils se trouvent également dans le foie, les tissus adipeux et les muscles squelettiques. Les récepteurs CB1 jouent sur les comportements, la mémoire, la reconnaissance des objets et la sensation de faim. Les récepteurs CB2 sont présents dans les cellules du système immunitaire et peuvent participer à réduire les phénomènes inflammatoires et certaines sensations douloureuses. Le système endocannabinoïde agit également sur de nombreux autres systèmes neurotransmetteurs, neuromodulateurs et endocriniens, ce qui encourage les scientifiques à explorer sa capacité d'action sur différentes maladies telles que les cancers et les syndromes métaboliques (Ingold et al, 2015).

L'usage médical du cannabis recouvre deux utilisations possibles du cannabis : la consommation de cannabis dans un

but thérapeutique et la consommation de médicaments à base de cannabis (que ce soit sous forme de gélules de THC et/ou de CBD, d'huile, de goutte, de spray buccal, etc.)<sup>346</sup>.

## 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, antitremorifique et anti-inflammatoire ; il stimule également l'appétit et est antiémétique (c'est-à-dire anti-nauséux 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, Engineering and Medicine, 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<sup>347</sup>.

346 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).

347 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-tetrahydrocannabinol) 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)<sup>348</sup> en décembre 2020<sup>349</sup>. 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 médicales, 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,

.....  
<sup>348</sup> 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.

<sup>349</sup> Le rapport complet de la 63e CND est disponible à l'adresse : <http://undocs.org/E/2020/28/Add.1>

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<sup>350</sup> (Krcevski-Skvarc et al, 2018), seize depuis que l'Irlande a légalisé le cannabis à usage médical en juin 2019. La France, quant à elle, a autorisé l'expérimentation du cannabis médical aux patient-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

.....  
<sup>350</sup> 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<sup>351</sup>). Étant donné le prix élevé de ces produits hollandais, certains pays ont fait le choix d'importer du Canada<sup>352</sup> (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)<sup>353</sup> 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.

Jusqu'à 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 ;

351 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 %).

352 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 % (Krcovski-Skvarc et al, 2018).

353 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.

- › 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)<sup>354</sup>.

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»<sup>355</sup>. 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

354 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.

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

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<sup>356,357</sup>.

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<sup>358</sup>. 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.

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

357 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.

358 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 nouveau 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. 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<sup>359</sup>.

359 Compte rendu intégral, Commission de la Santé et de l'Égalité des chances du 05/01/2021, Chambre

## PERSPECTIVES EN MATIÈRE DE CANNABIS THÉRAPEUTIQUE

Les vertus thérapeutiques du cannabis font de plus en plus l'objet d'une acceptation et d'une réhabilitation en Europe. La recherche scientifique et les intervenant-e-s du secteur spécialisé invitent à (re)découvrir ces vertus et à (ré)intégrer le cannabis thérapeutique dans l'arsenal de médicaments à disposition des professionnel-les de la santé.

La classification du cannabis en tant que substance psychoactive illicite fait cependant peser le poids de la morale prohibitionniste sur son usage thérapeutique. Objet de stigmatisation, le cannabis est traité différemment de certaines autres substances illicites qui sont pourtant utilisées comme médicaments (les médicaments issus de l'opium et de la cocaïne, notamment).

Le cannabis thérapeutique et le cannabis récréatif n'ont que peu de choses en commun. Le premier devrait être considéré comme n'importe quel médicament, dont les bénéfices et risques doivent être évalués, qui peut avoir des effets secondaires et qui n'est pas le médicament idéal pour tou-te-s les patient-es.

Toutefois, rendre le cannabis thérapeutique disponible, remboursable et légal permettrait d'élargir la panoplie des professionnel-les de la santé, afin d'adapter au mieux le traitement aux besoins des patient-es. Poursuivre sa prohibition pousse au contraire certaines personnes souffrantes et leurs proches hors des réseaux médicaux, et les confrontent à des risques judiciaires et sanitaires (dosages approximatifs, manque de contrôle de la qualité et des possibles effets secondaires, manque de suivi des patient-e-s, produits de coupe dangereux, etc.). L'absence de cadre légal freine également la recherche scientifique sur les effets thérapeutiques des plus de 100 cannabinoïdes présents dans le cannabis.

des représentants, URL : <https://www.lachambre.be/doc/CCRI/pdf/55/ic321.pdf>

## 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 entrevoir 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<sup>360</sup>.

## 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<sup>361</sup>.

### LA PROPOSITION DE LOI-CADRE DU PARTI SOCIALISTE

Des représentant-e-s du Parti Socialiste à la Chambre ont déposé une proposition de Loi-cadre instaurant un marché réglementé du cannabis le 13 septembre

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

361 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](https://ecolo.be), URL : <https://ecolo.be/ecolo-veut-reglementer-la-production-la/>

2017<sup>362</sup> 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<sup>363</sup>, 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.

## LE CONTEXTE ASSOCIATIF

### LES CANNABIS SOCIAL CLUBS À BRUXELLES ET EN WALLONIE

Le président du Parti Socialiste et ancien Bourgmestre de Mons, M. Di Rupo, avait annoncé en septembre 2017 vouloir soumettre un texte à l'approbation du comité d'éthique du CHU Ambroise Paré, dans la perspective de proposer une expérience scientifique de cannabis social club (CSC). Ainsi, 200 participant-e-s devaient prendre part à ce projet montois, aux côtés

362 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).

363 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.

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)<sup>364</sup>. Il semblerait toutefois que ce projet ait été d'abord mis en retard par l'arrêt 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<sup>365</sup>.

Un CSC existait à Liège et un autre avait ouvert à Bruxelles au cours de l'été 2018 ; ils ont été fermés depuis. Namur bénéficiait également d'un CSC depuis 2013, fermé depuis ; ses cinq créateurs ont été poursuivis pour trafic de stupéfiants par le Parquet de Namur. Le jugement s'est conclu par un acquittement le 7 septembre 2018, la juge ayant estimé qu'ils avaient fait une « erreur invincible », c'est-à-dire une erreur que toute personne normalement prudente aurait pu faire, considérant le manque de clarté de la législation actuelle. Le ministère public a fait appel de cette décision ; un nouveau jugement devra être rendu par la Cour d'appel de Liège<sup>366</sup>.

Le CSC d'Anvers («Trek 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.

### 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

364 Article «Autoriser les cannabis social club, une bonne idée ?», Débats Prem 1re, 25 septembre 2017, RTBF.be, URL : [https://www.rtb.be/info/belgique/detail\\_autoriser-les-cannabis-social-club-une-bonne-idee?id=9718934](https://www.rtb.be/info/belgique/detail_autoriser-les-cannabis-social-club-une-bonne-idee?id=9718934)

365 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>

366 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.rtb.be/info/regions/namur/detail\\_acquittement-pour-le-cannabis-social-club-de-namur-le-ministere-public-fait-appel?id=10012999](https://www.rtb.be/info/regions/namur/detail_acquittement-pour-le-cannabis-social-club-de-namur-le-ministere-public-fait-appel?id=10012999)

de 1921. Cette proposition comprend des dispositions spécifiques portant sur la vente et la fabrication de cannabis et dépenalise la détention de cannabis pour un usage personnel par une personne de plus de 16 ans.

La proposition de loi du Centre d'Action Laïque est davantage détaillée dans notre Tableau de bord 2018.

## 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<sup>367</sup>.

Cette accessibilité importante du cannabis se traduit naturellement au niveau de sa disponibilité perçue. Ainsi, lors du Flash Eurobaromètre portant sur les drogues réalisé en 2014, 59 % des jeunes belges de 15-24 ans interrogés estimaient qu'il leur serait facile de se procurer du cannabis endéans 24 heures, contre 58 % pour l'ensemble des jeunes européens interrogés (TNS Political & Social, 2014).

Le cannabis est un produit composé de très nombreux phytocannabinoïdes dont les effets sur le corps humain ne sont pas encore tous connus. Les effets du produit peuvent donc considérablement varier en fonction de la concentration respective de ces différents composants, qui fluctue 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), à l'exception de 2019, où une diminution importante est

367 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.

observée. Cette diminution s'explique par la présence récente dans la base de données d'échantillons provenant de CBD shops, échantillons dont la concentration en THC est relativement faible<sup>368</sup>.

368 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).

369 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.

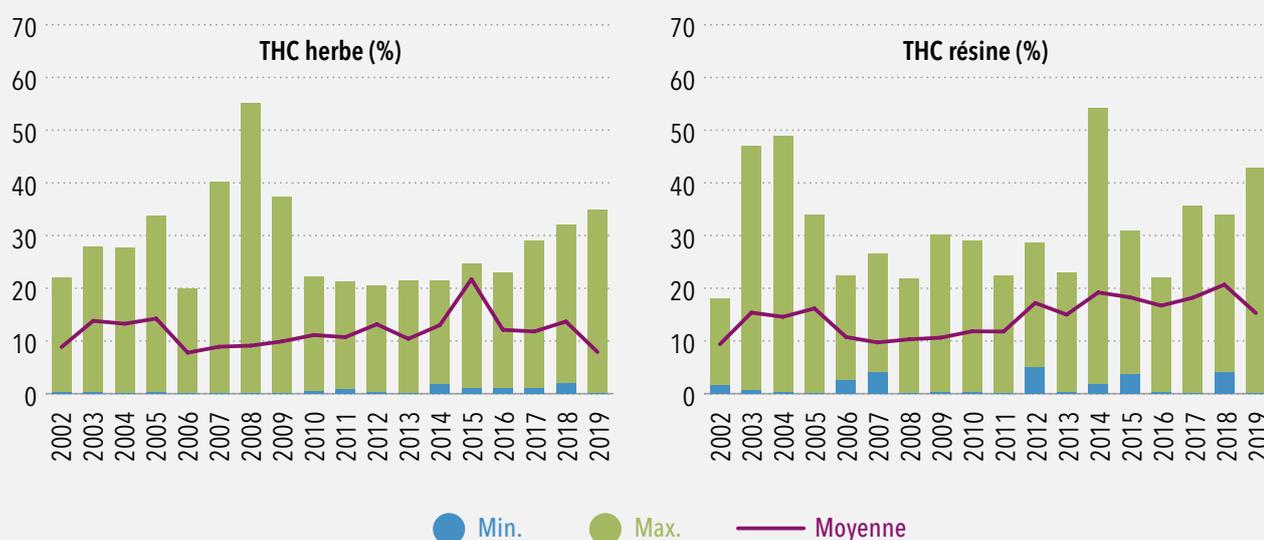
La **disponibilité** élevée du cannabis peut s'expliquer par plusieurs facteurs : 1) ce produit est souvent considéré comme une drogue «douce» et reste d'ailleurs le produit illicite le plus consommé à travers le monde. Sa consommation est perçue par les jeunes comme moins dangereuse que celle des autres drogues illégales (voir TNS Political & Social, 2014). Cette faible dangerosité perçue favorise l'intérêt pour ce produit et sa demande, qui stimule à son tour l'offre de production, d'importation et de revente ; 2) l'usage de cannabis peut répondre à des motivations variées et ne se limite pas au seul usage récréatif : de nombreuses personnes en consomment de manière auto-thérapeutique (pour soulager des douleurs somatiques, de l'anxiété, des troubles du sommeil...) ou simplement pour décompresser la soirée ; cette variété d'usage augmente la demande du produit, et par voie de conséquence sa disponibilité ; 3) le cannabis peut être facilement cultivé sous quasiment tous les climats ainsi que sous éclairage artificiel, avec un matériel assez élémentaire et sans compétences particulières, ce qui rend sa production domestique particulièrement facile et accessible. En outre, à la différence d'autres drogues d'origine végétale telles que la cocaïne et l'héroïne, les fleurs des plants femelles de cannabis peuvent être directement consommées après séchage, sans nécessiter de transformation particulière. Cela diminue également le nombre d'intermédiaires entre le producteur-riche et le consommateur-pauvre, ce qui se répercute sur son prix de vente.

Tableau 13 : Saisies de cannabis enregistrées par la Police Fédérale en Belgique, 2007-2019

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Nombre de saisies de cannabis</b>													
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
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
Plantation	466	666	732	979	1.070	1.111	1.212	1.227	1.257	1.046	1.234	1.006	905
<b>Quantités de cannabis saisies</b>													
Résine (kg)	58.544	1.529	18.659	3.153	5.020	1.338	4.274	841	7.045	723	947	108	174
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
Plants (n <sup>369</sup> )	148.251	177.190	272.714	312.528	337.955	330.675	396.758	356.378	350.403	328.611	416.576	422.261	/

Source : Police Fédérale

Figure 20 : Concentration (%) en THC des échantillons de cannabis analysés en Belgique, 2002-2019



● Min. ● Max. — Moyenne

Source : Sciensano (2020), National reporting package EMCDDA. Contribution non publiée.

Tableau 14 : Évolution du prix moyen du cannabis en Belgique, 2007-2019

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Cannabis résine (euro/g)</b>	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
<b>Cannabis herbe (euro/g)</b>	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

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

Indépendamment de sa concentration en THC, le cannabis produit dans des conditions illégales peut avoir une influence nocive sur la santé des usager-es en raison des risques de contamination par des bactéries ou champignons nocifs ainsi que de l'utilisation massive d'engrais et pesticides permettant de maximiser les récoltes. En outre, la résine de cannabis est très souvent coupée avec des excipients (cellulose, paraffine, henné, etc.), et l'herbe de cannabis est également quelquefois frelatée (sable, microbilles de verre, etc.) afin d'en augmenter le poids. Ces produits de coupe peuvent aussi avoir un effet délétère sur la santé du consommateur-ice. 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 aussi (ou finiront par circuler) en Belgique, même s'ils n'ont pas encore été formellement identifiés.

Le prix du cannabis au marché noir a augmenté au cours de la dernière décennie, et se situe actuellement aux alentours de 9 euros le gramme.

## 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)<sup>370</sup>, 6) la fréquence de

370 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

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

De nouveaux produits issus de plantes de cannabis ont vu le jour sur le marché belge en 2018 : des produits à base de **cannabidiol (CBD)**. Le CBD est un cannabinoïde que l'on retrouve à l'état naturel dans les fleurs de cannabis, dans des proportions variables selon les variétés cultivées. Contrairement au THC, il n'induit pas d'effets psychotropes et diminue d'ailleurs certains effets du THC, en particulier ses effets anxiogènes et psychotiques (délires, hallucinations, paranoïa, etc. ; Zuardi et al., 2012). Les produits à base de CBD (fleurs de cannabis, e-liquid, extraits pour tisane, etc.) sont vendus dans des boutiques spécialisées ou sur Internet de manière transparente. Ils profitent d'une zone grise du droit européen, car l'Union Européenne a instauré une tolérance vis-à-vis de la culture de chanvre de manière à ne pas entraver son utilisation à des fins industrielles ou commerciales, tout en empêchant la commercialisation de produits psychoactifs, et ce en n'autorisant que la culture de variétés de chanvre qui ne contiennent pas plus de 0,2 % de THC.

En Belgique, depuis avril 2019, les produits à base de CBD destinés à être fumés sont considérés comme des «autres tabac à fumer» et doivent se soumettre à leur régime d'étiquetage, de taxation et de conditions de mise sur le marché. Si cette décision permet de poser un cadre légal pour le marché du CBD destiné à être fumé, elle a considérablement impacté le prix du produit et entraîné la fermeture de nombreux CBD shops. En outre, ce positionnement laisse dans la zone grise tous les autres produits à base de CBD (huile, confiserie, etc.). Et depuis août 2019, l'AFMPS a publié une circulaire précisant que les pharmaciennes 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 sans prescription médicale, mais elle est officiellement destinée à un usage externe.

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

.....  
étant également révélateur d'un risque d'usage problématique. Nous nous sommes quant à nous tenus à la définition donnée par les auteurs du CAST.

371 Au moins 20 jours de consommation.

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

**Tableau 15 : 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)
<b>Prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie</b>						
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
<b>Prévalence de l'usage de cannabis au cours des 12 derniers mois</b>						
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
<b>Prévalence de l'usage de cannabis au cours des 30 derniers jours</b>						
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
<b>Prévalence de l'usage régulier<sup>371</sup> au cours des 30 derniers jours</b>						
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
<b>Prévalence de l'usage problématique<sup>372</sup> au cours des 12 derniers mois</b>						
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.)

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<sup>373</sup> (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

.....  
373 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).

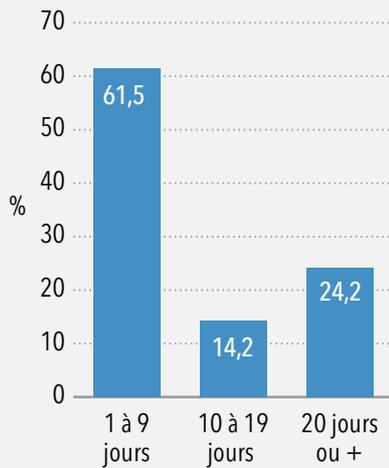
et le sexe. Autrement dit, on retrouve davantage consommateurs réguliers parmi les personnes peu instruites (primaire ou sans diplôme : 4,4 % ; secondaire inférieur : 4,7 %) que parmi les personnes ayant un haut niveau d'instruction (secondaire supérieur : 2,6 % ; études supérieures : 1,4 %).

Enfin, la prévalence de l'usage problématique<sup>374</sup> 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 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 %).

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

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.

**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.)

## TENDANCES ET ÉVOLUTION

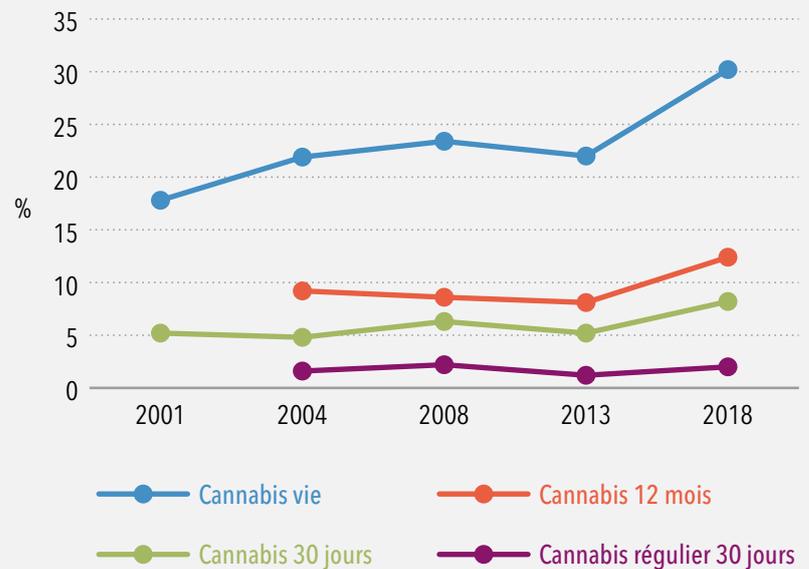
En Région bruxelloise, comme partout en Belgique, la prévalence d'usage de cannabis sur la vie a significativement et continuellement augmenté depuis 2001, en particulier entre 2013 et 2018<sup>375</sup>. Cette

375 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

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

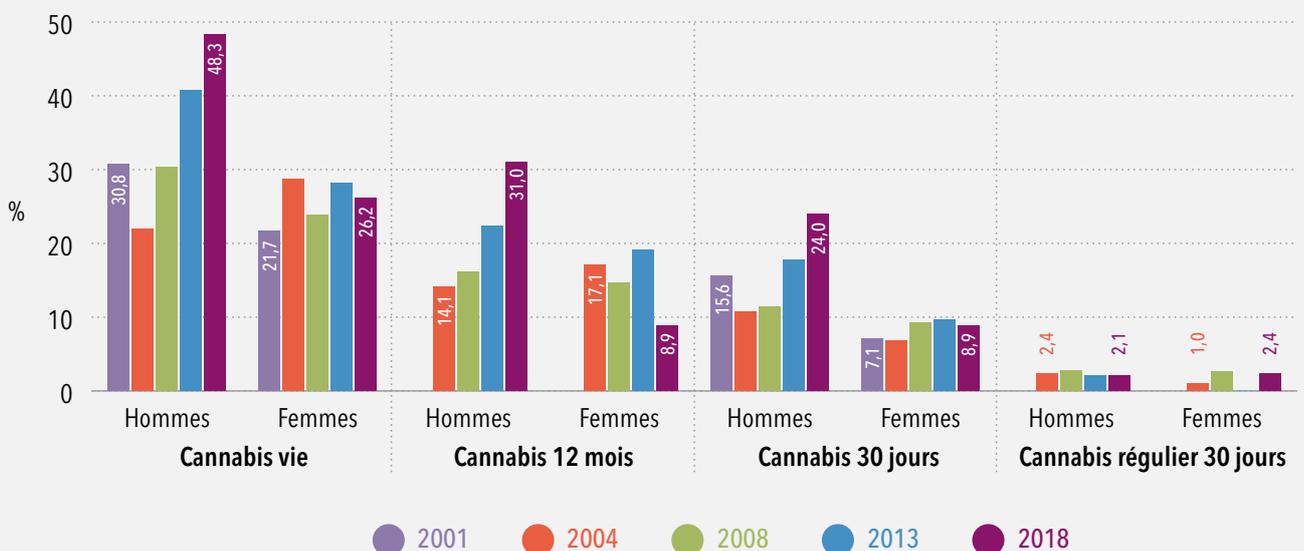
entre 2013 et 2018 soit en partie due à l'apparition des produits à base de CBD.

**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.)

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-ices 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).

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.

## 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) ;

**Tableau 16 : Prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie et au cours des 30 derniers jours, de la consommation hebdomadaire et de la consommation quotidienne chez les élèves scolarisés dans l'enseignement secondaire (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 %
<b>Consommation de cannabis sur la vie</b>					
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
<b>Consommation de cannabis les 12 derniers mois</b>					
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
<b>Consommation de cannabis les 30 derniers jours</b>					
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
<b>Consommation hebdomadaire (mais non quotidienne) de cannabis</b>					
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
<b>Consommation quotidienne de cannabis</b>					
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)

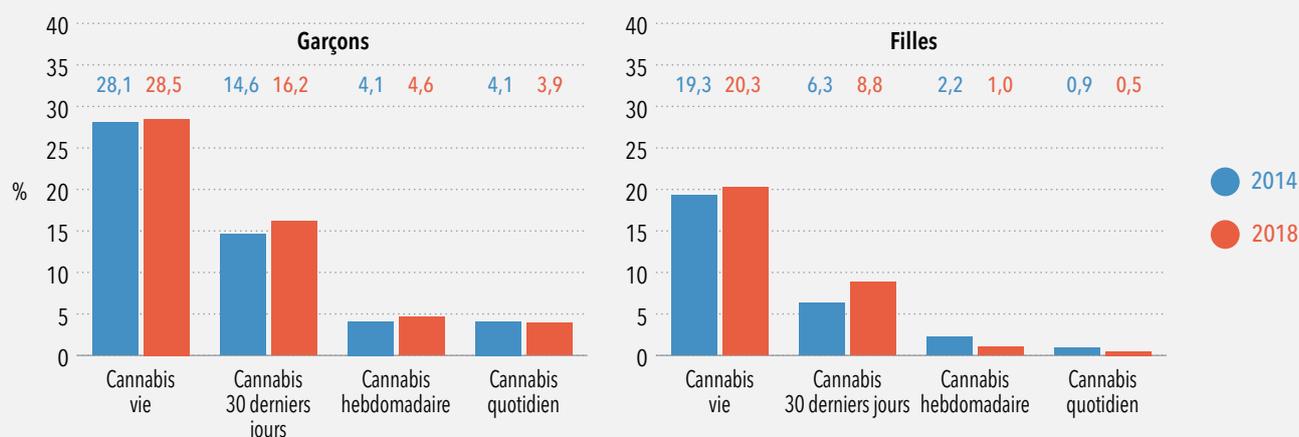
5) la prévalence de l'usage actuel quotidien de cannabis.

*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.

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)

## 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<sup>376</sup>, et a légèrement augmenté chez les filles<sup>377</sup>. L'usage régulier (hebdomadaire ou quotidien) est en revanche resté stable selon ces dernières analyses.

## 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<sup>378</sup> (voir Van Ruymbeke, 2019). Au total, 29,8 % des répondant-es (n=628) ont déclaré avoir consommé du cannabis psychoactif au cours des 12 derniers mois, et 20,9 % de manière régulière (au moins une fois par semaine). Les motifs avancés par ces usager-es pour justifier leur consommation sont variés, comme on peut le constater dans le [tableau 17](#). Certains motifs sont plus fréquemment évoqués que d'autres. Ainsi, la détente est de loin le motif de consommation le plus fréquemment avancé (67,2 %), suivi par la festivité (31,8 %) et l'amélioration du sommeil (30,3 %). On observe également d'importantes différences en fonction de la régularité de l'usage. Ainsi, les usager-es occasionnels évoquent plus fréquemment les motifs

de festivités, de curiosité, d'opportunisme et de défonce que les usager-es réguliers. À l'inverse, ces dernier-es évoquent plus fréquemment les motifs de détente, d'habitude, d'amélioration du sommeil ou de l'humeur, et de soulagement de l'anxiété ou de douleurs physiques que les usager-es occasionnels. Au total, 71,7 % des usager-es réguliers de cannabis évoquent au moins un motif que l'on peut considérer comme auto-thérapeutique<sup>379</sup>. 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

376 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.

377 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

378 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.

379 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.

dont l'usage médical est fortement limité, notamment le Royaume-Uni<sup>380</sup>.

## 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

380 <https://www.thecmck.org/nice-guidelines-response>

21,3 % au cours des 12 derniers mois. Les usager-es actuels de cannabis psychoactif sont clairement plus nombreux à déclarer avoir consommé du CBD au cours de la vie ou au cours des 12 derniers mois. Néanmoins, d'anciens usager-es et des non usager-es de cannabis psychoactif rapportent également en avoir consommé. Si les motifs de curiosité (58 %) et de détente (29,2 %) sont fréquemment avancés pour expliquer l'usage de CBD, de nombreux usager-es ont mentionné des motifs thérapeutiques (douleurs physiques : 38 % ; sommeil :

16,4 % ; anxiété : 17,5 % ; nausées : 2,2 % ; humeur : 4,3 % ; arrêt/substitution du cannabis psychoactif : 1,6 %). Et quelques usager-es en ont consommé sur conseil de leur médecin (3,8 %).

## PERSPECTIVES

Malgré la prohibition et la pénalisation 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 apparaît au contraire que les pays les plus fermes en matière de répression peuvent enregistrer des niveaux de prévalence d'usage particulièrement élevés, alors que les pays où son usage est dépénalisé ou décriminalisé enregistrent des niveaux de prévalence plus faibles. Ce constat est valable tant dans la population générale que chez les jeunes, et tant pour l'usage occasionnel que régulier (voir Hogge, 2015).

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

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

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

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

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

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

Source : Le Vif

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 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 générer un effet de «mode»<sup>381</sup> ; 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 (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. 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<sup>382</sup>) augmentent également le risque de survenue de troubles psychotiques, en particulier les bouffées délirantes aiguës

381 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.

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

ainsi que la schizophrénie (Di Forti et al., 2014)<sup>383</sup>. Le fait de consommer du cannabis fortement concentré en THC augmente aussi le risque de dépendance chez les usager-es réguliers (Freeman & Winstock, 2015), y compris le risque de dépendance physique (une tolérance élevée ainsi que des symptômes de sevrage peuvent survenir en cas d'arrêt brutal de la consommation chez les grands consommateurs-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-ric.

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

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

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-ric-es 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. Le lecteur intéressé trouvera 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 récemment par la Fédito Bxl et ses membres.<sup>384</sup>

L'autorisation de commercialisation de CBD permet à la population belge d'accéder à un produit ayant un potentiel thérapeutique assez large<sup>385</sup>. 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

384 <https://feditobxl.be/fr/pour-une-reglementation-du-cannabis-en-belgique/>

385 Potentiel thérapeutique liés à des propriétés antidouleurs, anti-inflammatoires, anxiolytiques, antidépresseurs, antipsychotiques, antiépileptiques, neuroprotectives et anti-tumorales, essentiellement étudiées chez l'animal à l'heure actuelle (voir Pisanti et al., 2017).

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.

### 6.2.5. LES AUTRES DROGUES ILLICITES (HÉROÏNE, COCAÏNE, AMPHÉTAMINES, MDMA, LSD...)

#### LE CADRE LÉGISLATIF BELGE

Le cadre législatif prohibitionniste belge est composé de trois textes principaux. D'abord, l'ensemble des drogues illicites tombent sous le coup de la loi du 24 février 1921. Elle définit les types d'infractions relatives aux substances interdites et les peines leur correspondant. En complément, l'arrêté royal du 6 septembre 2017 établit une classification générique des substances prohibées soumises aux règles et contrôles de la loi de 1921. Enfin, la circulaire commune du 21 décembre 2015 (révisée en 2018) établit les règles d'enregistrement et de constatation, ainsi que les politiques de poursuite en matière de détention et de

vente de drogues illicites, que doivent suivre les membres du ministère public.

Ces textes sont davantage détaillés, contextualisés et commentés au **chapitre 1.2. Drogues illicites : le cadre légal et politique fédéral.**

#### 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

386 EMCDDA (2015) ; OMS (2014) ; UNODC/OMS (2013) ; CIUSSS (2016) ; article «l'héroïne, effets, risques» de Fabienne Pourchon, ASUD.org, 01/06/2009 ; CCNPPS (2016).

#### FACTEURS DE RISQUE LIÉS AUX OVERDOSES<sup>386</sup>

##### 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 pharmaciens (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

de débiter 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. L'espérance de vie des Américain-es a même connu un recul en 2015, puis en 2016.

Depuis les années 1990, les firmes pharmaceutiques ont fortement encouragé les médecins à prescrire des opiacés pour traiter la moindre douleur, en minimisant les effets secondaires et les risques de dépendances. Des réformes visant à réduire les prescriptions d'opioïdes ont ensuite poussé les personnes dépendantes vers des opiacés illicites. En conséquence, une vaste majorité des usager-es problématiques actuels ont débuté avec des opiacés de prescription (Shipton et al, 2018 ; Pergolizzi et al, 2018). Parallèlement, une héroïne très pure en provenance du Mexique et de puissants opioïdes de synthèse (dont le fentanyl) de Chine ont fait leur entrée sur le marché illicite américain, augmentant les risques d'overdose (mortelle)<sup>387</sup>.

L'Europe est beaucoup moins touchée par ces nouveaux développements, mais une tendance à la hausse est observée par les intervenant-es de terrain en matière d'overdose mortelle. Depuis 2015, le système d'alerte précoce belge a rapporté plusieurs décès (1 décès en 2015, 3 en 2016 et 4 en 2017) causés par la consommation de fentanyl ou de ses dérivés (ocfentanyl et acrylfentanyl)<sup>388</sup>, ou la consommation

387 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](https://www.lemonde.fr/ameriques/article/2017/10/27/overdoses-d-opiaces-une-urgence-de-sante-publique-nationale-aux-etats-unis_5206536_3222.html)

388 Pour rappel, le fentanyl est un puissant analgésique, principalement prescrit sous forme de patches pour traiter des douleurs chroniques ou sévères. Ses

d'autres opioïdes de synthèse (U-47700, 10 fois plus puissant que la morphine). La prescription de médicaments opioïdes est également en hausse en Belgique (voir 6.2.3.).

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<sup>389</sup>. À noter qu'il reste encore plusieurs milliers de plaintes à traiter, y compris au niveau fédéral<sup>390</sup>.

.....  
effets sont de 50 à 100 fois plus puissants que ceux de la morphine.

389 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](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)

390 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](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 (EMCDDA, 2018a ; FEDITO BXL, 2018). Les statistiques en la matière sont probablement sous-évaluées, les décès par overdose n'étant pas toujours rapportés comme tels.

La situation risquant de se détériorer avec l'émergence des puissants dérivés du fentanyl sur le marché européen, l'EMCDDA affirme qu'il est plus que jamais nécessaire de mettre en place un meilleur accès à la naloxone (EMCDDA, 2018a).

L'EMCDDA juge qu'il est urgent de réviser les politiques relatives à la naloxone et d'accroître la formation et la sensibilisation à la fois des usager-es de drogues et des professionnel-les susceptibles d'être en contact avec ces produits.

## STRATÉGIE INTÉGRÉE DE L'UNODC SUR LA CRISE MONDIALE DES OPIOÏDES

Le nombre d'usager-e d'opioïdes à l'échelle mondiale a connu une nette augmentation

.....  
lemonde.fr/sante/article/2019/10/21/crise-des-opiaces-4-geants-pharmaceutiques-evitent-un-proces-historique\_6016377\_1651302.html  
391 Voir <http://www.ofma.fr/crise-des-opioides-comment-lagence-du-medicament-compte-eviter-lemballement-en-france/>

## 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<sup>391</sup>, 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.

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)<sup>392</sup>. Face à cette crise mondiale, l'UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) a lancé une stratégie intégrée en juin 2018, composée de 5 piliers :

- 1) Alerte précoce et analyse des tendances : générer des données afin de soutenir la prise de décision politique et la mise en œuvre de réponses opérationnelles
- 2) Prescription motivée et accès aux opioïdes pour un usage médical et scientifique : promouvoir la coopération entre les institutions en vue de résoudre l'usage non-médical d'opioïdes
- 3) Programmes de prévention et de traitement : renforcer et soutenir les programmes de prévention et de traitement relatifs aux opioïdes
- 4) Opérations d'application des lois internationales pour interrompre le trafic illicite : améliorer les activités opérationnelles visant à prévenir le détournement et le trafic d'opioïdes synthétiques
- 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<sup>393</sup>).

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.

.....  
393 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).

394 EMCDDA (2017d) ; EMCDDA (2015)

### INTERVENTIONS DE PRÉVENTION ET DE RÉDUCTION DES RISQUES LIÉS AUX OVERDOSES<sup>394</sup>

#### 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)

.....  
392 Factsheet "Opioid strategy" de l'UNODC, URL : [https://www.unodc.org/pdf/opioids-crisis/OpioidStrategy\\_factsheet-generic.pdf](https://www.unodc.org/pdf/opioids-crisis/OpioidStrategy_factsheet-generic.pdf)

## 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 intéressées 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).

### DISPONIBILITÉ ET LÉGISLATION EN BELGIQUE

Plus la diffusion et la disponibilité de la naloxone est large, plus des vies peuvent être sauvées. Pour une diffusion maximale, trois publics doivent avoir accès à la naloxone : les usager-es et leur entourage, les services de police et les pompiers, et les services de secours (Townsend et al, 2019).

En Belgique, la naloxone n'est disponible qu'en milieu hospitalier et dans certains services mobiles d'urgence. Il s'agit d'un médicament de prescription, qui ne fait pas

partie des substances contrôlées et que tout-e médecin peut prescrire.

Les centres hospitaliers sont équipés en naloxone et les médecins et infirmier-es sont formé-es à son utilisation.

Concernant les services mobiles d'urgence, la disponibilité de la naloxone est assez complexe, notamment parce que la Belgique dispose de plusieurs services (les ambulances, les PIT et les SMUR). La naloxone ne figurant pas dans la liste de médicaments des ambulances, celles-ci n'en sont pas équipées et les ambulancier-es ne sont pas 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<sup>395</sup>. 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<sup>396</sup>.

.....  
395 Les Ordres permanents sont écrits par un-e médecin référent-e du service d'urgence.

396 Equipe des SMUR, Communication personnelle du 23/10/2018.

Il est actuellement difficile d'estimer la disponibilité de la naloxone au sein des services mobiles d'urgence.

La naloxone n'est pas disponible de manière préventive, c'est-à-dire auprès des usager-es à risque, des travailleurs-ses sociaux en contact avec ceux-ci ou dans les comptoirs d'échange de matériel stérile. Il n'y a pas non plus de programme de distribution de naloxone par les pairs.

Les associations de terrain ont recours à des subterfuges pour prévenir les overdoses et réagir lorsque celles-ci arrivent, en s'approvisionnant en France<sup>397</sup>, 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 coûte en effet près de 40 €, ce qui peut constituer un frein pour les personnes précarisées.

### RECOMMANDATIONS DE EXPERT-ES

Dans ses recommandations à destination de la prochaine législature, la Cellule générale politique drogues (CGPD) s'est notamment prononcée sur la nécessité de mettre à disposition la naloxone aussi largement que possible<sup>398</sup>. 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'accroître les contacts

.....  
397 La naloxone est désormais disponible en spray nasal en France, sur prescription.

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

## 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 rencontre (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).

entre usager-es et centres spécialisés en assuétudes.

La CGPD recommande de mettre à disposition toutes les formes d'administration de la naloxone (intraveineuse, intramusculaire, nasale), sans en privilégier l'une ou l'autre et souligne l'importance de mener un débat quant à la légalité de l'administration de la naloxone par une personne non habilitée.

## CONCLUSION

Rendre la naloxone accessible aux usager-es de drogues et à leur entourage est un rouage central dans la réduction des overdoses fatales d'opioïdes. La bonne mise en place de programmes de naloxone à domicile requiert d'une part de former des usager-es et leur entourage à reconnaître les symptômes d'une overdose et à administrer la naloxone, et d'autre part de protéger légalement les personnes qui font appel aux services d'urgence.

Si ces programmes sont nécessaires, ils ne sont pas suffisants et une approche globale de la problématique est centrale. Réduire les overdoses d'opioïdes repose également sur la mise en place de salles de consommation à moindre risque, de traitements de substitution par diacétylmorphine, ainsi

que le soutien politique et financier des programmes de réduction des risques, de prévention et de promotion de la santé centrés sur l'usager-e de drogues et son environnement (y compris les dispositifs de comptoirs d'échange de matériel stérile d'injection et des services de testing).

Il est nécessaire d'assurer le monitoring des prescriptions d'opioïdes afin de limiter les prescriptions multiples pour un patient unique et d'observer les tendances en termes de prescription et de distribution. Enfin, la formation des professionnel-le-s du soin est essentielle, en particulier au sujet des risques liés à la prescription d'opioïdes (notamment pour les douleurs chroniques non-malignes) (UNODC/OMS, 2013).

## LA DISPONIBILITÉ ET L'OFFRE DES AUTRES DROGUES ILLICITES EN BELGIQUE

À l'instar du cannabis, les autres drogues illicites sont également particulièrement accessibles en Belgique, comme en témoigne les chiffres relatifs aux saisies<sup>399</sup>.

399 Rappelons que ces chiffres ne reflètent pas directement la disponibilité de ces produits, car ils sont avant tout le reflet de l'activité policière et de son efficacité. En outre, les quantités inférieures à

## 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 cette dernière est continuellement confronté à des produits de composition variable et incertaine, dont la pureté en principe(s) actif(s) peut fortement fluctuer d'un échantillon à l'autre et entraîner des risques pour sa santé.

Comme on peut le voir sur la [figure 25](#), la concentration en amphétamine des

- .....  
500g (ou 100 comprimés) ne sont pas enregistrées.  
Les fluctuations annuelles sont par conséquent difficiles à interpréter.
- 400 Ainsi que 200 litres d'huile d'amphétamine.
  - 401 Ainsi que 140 litres d'huile d'amphétamine.
  - 402 Ainsi que 4 litres d'huile d'amphétamine.
  - 403 Ainsi que 140,5 litre d'huile de méthamphétamine.
  - 404 Ainsi que 34,7 kg de MDMA en poudre/cristaux.
  - 405 Ainsi que 587 kg de MDMA en poudre/cristaux.
  - 406 Ainsi que 250 kg de MDMA en poudre/cristaux.
  - 407 Ainsi que 3 kg de LSD liquide.
  - 408 Ainsi que 1 kg de LSD liquide.

**Tableau 19 : Saisies des autres drogues illicites enregistrées par la Police Fédérale en Belgique, 2008-2019**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Nombre de saisies des autres drogues illicites</b>												
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
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
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
Métamphétamine	\	\	64	99	102	107	144	142	158	200	251	314
Ecstasy	1.412	921	650	919	1.098	1.338	1.609	1.644	1.692	2.088	2.462	2.696
LSD	\	\	59	85	49	76	82	118	117	105	157	168
GHB	\	473	503	605	550	546	464	429	475	444	447	417
Kétamine	\	\	\	\	\	\	\	193	282	419	759	856
<b>Quantités saisies des autres drogues illicites</b>												
Héroïne (kg)	63	275	386	140	112	1.182	149	121	99	53	4.537	1.929
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
Amphétamines (kg)	411	49	362	112	54	178	199 <sup>400</sup>	69	29 <sup>401</sup>	128 <sup>402</sup>	18	1.027
Métamphétamine (kg)	\	\	39	2	3	38	9	4	14	35	57	25 <sup>403</sup>
Ecstasy (pilules)	162.821	31.025	32.954	64.384	26.874	37.152	44.422	59.696	179.393	491.183 <sup>404</sup>	225.908 <sup>405</sup>	409.007 <sup>406</sup>
LSD (cartons)	\	\	3.924	838	225	121	410 <sup>407</sup>	210 <sup>408</sup>	1.418	422	257	4.380
GHB (litres)	\	104	24	82	76	45	56	30	\	2	14	2
Kétamine (kg)	\	\	\	\	\	\	\	2	3	33	30	165

Source : Police Fédérale

échantillons de speed analysés sur la période 2002-2018 a subi d'importantes fluctuations autour de la valeur centrale de 20 %. De 2010 à 2013, la concentration moyenne est passée de 31,6 % à 16,6 %, ce qui peut en partie s'expliquer par la contamination du speed belge avec de la 4-MA, un dérivé synthétique d'amphétamine qui appartient à la famille des phénéthylamines. La présence de ce produit dans le speed a occasionné en 2011 et 2012 une série d'intoxications sévères ainsi que plusieurs décès, y compris en Belgique<sup>409</sup>. Depuis lors, la concentration

409 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 expose davantage au risque

moyenne des échantillons d'amphétamine analysés a fortement augmenté, celle-ci étant de 42,5 % en 2019.

La pureté des échantillons de cocaïne analysés en Belgique est particulièrement élevée, la concentration moyenne étant de 80,7 % en 2019. Cette valeur est largement supérieure à celles observées dans les échantillons analysés dans la majorité des pays européens (voir Table PPP-8 du bulletin statistique 2016 de l'EMCDDA), ainsi qu'à celles observées en France lors des saisies effectuées dans la rue, pour lesquelles la concentration moyenne en cocaïne était de 46 % (Cadet-Tairou et al., 2016). Il

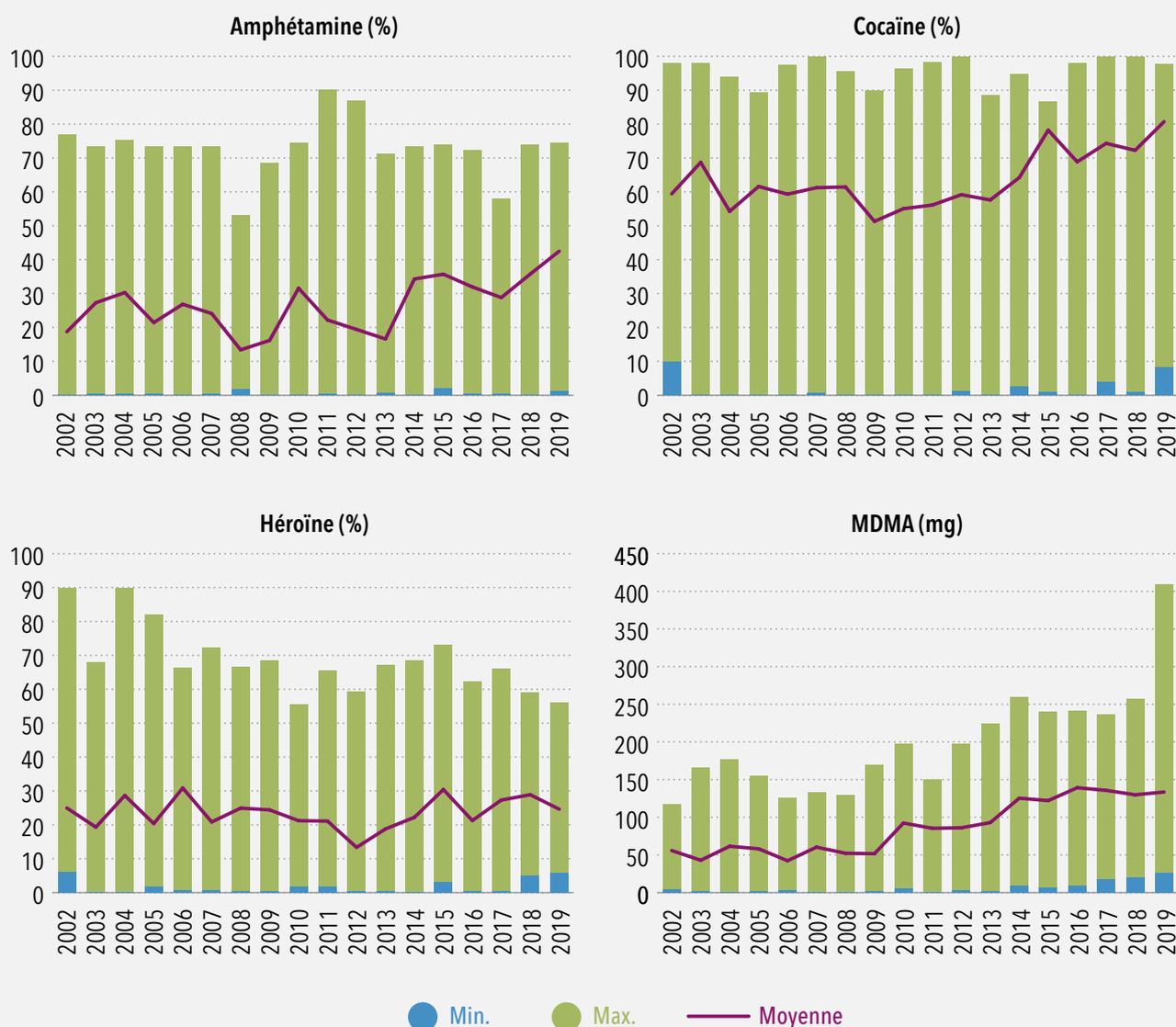
d'overdose et d'hyperthermie fatale (Blanckaert et al., 2013).

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<sup>410</sup> avaient une concentration moyenne de 24,6 % en 2019, une valeur nettement en hausse par rapport à l'importante chute de pureté

410 Les analyses peuvent à la fois porter sur des échantillons d'héroïne brune ou blanche, sans que ces deux types soient explicitement distingués au niveau des rapports d'analyse. On parle alors d'héroïne de type non-spécifié. Toutefois, en Belgique, l'héroïne qui circule sur le marché noir est généralement brune.

Figure 25 : Concentration (% ou mg) en principe actif des échantillons de drogues analysés en Belgique, 2002-2019



Source : Sciensano (2020), National reporting package EMCDDA. Contribution non publiée.

constatée en 2012, et désormais supérieure à celles rapportées dans la plupart des pays européens (EMCDDA, 2016). Cette pureté élevée peut à nouveau s'expliquer par la présence parmi les échantillons analysés de produits interceptés avant d'être recoupés pour la vente au détail.

Enfin, en ce qui concerne les pilules d'ecstasy, alors qu'elles contenaient généralement peu de MDMA sur la période 2002-2009, on observe depuis 2010 une augmentation importante de la quantité de ce principe actif dans les échantillons analysés, ce qui a conduit à de nombreuses reprises au lancement d'alertes précoces. En 2018, la concentration moyenne des pilules analysées était 130 mg de MDMA base. Cette augmentation de la pureté s'explique par l'utilisation par les trafiquants, d'un nouveau précurseur chimique non-contrôlé au niveau de l'UE (le PMK glycidate<sup>411</sup>), qui peut être plus facilement importé depuis la Chine afin de réaliser la synthèse de MDMA dans des laboratoires clandestins, alors que les précurseurs conventionnels, tels que le safrole ou le PMK restent plus difficiles à obtenir en raison de leur nature contrôlée

411 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.

(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-riche augmentera le risque d'adultérations multiples et peu scrupuleuses.

Dans le [tableau 20](#), nous détaillons les produits de coupe pharmacologiquement actifs<sup>412</sup> identifiés dans les échantillons d'amphétamine, de cocaïne et d'héroïne analysés après saisies en Belgique de 2013 à 2019, ainsi que leur concentration

412 Pour des raisons de coûts, les analyses toxicologiques réalisées par les laboratoires ne permettent malheureusement pas d'identifier les produits de coupe pharmacologiquement inactifs, ni les éventuelles contaminations bactériennes ou fongiques, qui peuvent pourtant être également dommageables sur le plan sanitaire.

**Tableau 20 : Produits de coupe dans les échantillons de poudre saisis en Belgique, 2013-2019**

Type de drogue	Produit de coupe	% des échantillons	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013
			Concentration moyenne du produit de coupe (%)						
Amphétamine	Caféine	72,3	55,6	32,6	34,44	35,2	58,1	54,6	53,0
	4-MA	/	/	/	/	/	0,0	1,6	1,9
	4-FA	/	/	/	/	N/A	2,2	5,1	3,3
	mCPP	/	/	/	/	N/A	0,0	8,1	10,7
Cocaïne	Lévamisole	31,5	9,6	10,7	8,9	8,2	11,8	12,9	9,0
	Phénacétine	13,4	13,3	14,8	20,4	15,7	25,9	20,0	27,0
	Paracétamol	/	/	7,9	78,0	5,1	/	/	/
	Caféine	16,9	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	6	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	82,0	22,3	17,7	17,0	19,3	25,1	23,2	20,0
	6-MAM	80,0	5,1	6,6		5,1	7,2	4,6	8,8
	Noscapine	82,0	8,2	7,7	10,6	10,2	10,1	7,5	9,0
	Papavérine	76,0	0,4	0,4	0,6	0,7	1,1	1,0	0,8
	Paracétamol	66,0	42,9	34,4	35,0	40,3	42,1	43,0	40,0

Source : Sciansano (2020), National reporting package EMCDDA. Contribution non publiée.

moyenne. Le pourcentage d'échantillons contaminés est uniquement fourni pour l'année 2019. 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 2019, 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<sup>413</sup>. Les autres produits de coupe n'ont pas non plus été retrouvés dans les échantillons analysés en 2019.

Les échantillons de cocaïne sont régulièrement coupés avec du lévamisole (31,5 % des échantillons en 2019), 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 est aussi régulièrement coupée avec de la caféine (16,9 % des échantillons en 2019), de la lidocaïne (un anesthésique local ; 6,4 % en 2019) ou de la phénacétine (13,4 % des échantillons en 2018). Ce dernier produit, qui a des propriétés analgésiques, est le précurseur du paracétamol. Il a été retiré du marché des médicaments depuis plusieurs années en raison de sa toxicité rénale et de son caractère cancérigène.

Enfin, les échantillons d'héroïne analysés de 2013 à 2019 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<sup>414</sup> 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 2019 était le paracétamol (qui composait les échantillons à 42,9 %).

## PRIX

Après avoir été longtemps stable et d'environ 25 euros le gramme, le prix de l'héroïne brune semble avoir diminué les deux dernières années et se situe désormais à environ 20 euros/gramme. Le prix de la cocaïne oscille aux alentours de 50 euros le gramme (51 euros en moyenne en 2019). Le prix des pilules d'ecstasy est d'environ 7 euros par unité, et celui des amphétamines d'environ 10 euros le gramme. Un carton de LSD coûte environ 8 euros actuellement (mais les moyennes 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 en 2019 et avoisine 17 euros le gramme.

## L'USAGE DES AUTRES DROGUES ILLICITES DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

### LES INDICATEURS

En Belgique, l'usage des autres drogues illégales est estimé dans la population générale sur base de la consommation auto-rapportée lors d'un entretien structuré réalisé dans le cadre de l'enquête HIS, dont la dernière levée a été réalisée en 2018. En nous focalisant sur la Région bruxelloise,

414 La noscapine peut toutefois également être synthétisée et volontairement utilisée comme adultérant (Klemenc, 2000).

413 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-méthyl-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 21 : Évolution du prix des drogues à la vente au détail en Belgique, 2007-2019

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
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
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
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
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
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
Kétamine (euro/g)	/	/	/	/	30,0	25,0	27,7	27,6	29,1	32,5	29,7	24,6	17,1

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

les 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 institutionnalisées (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-riche à son domicile.*

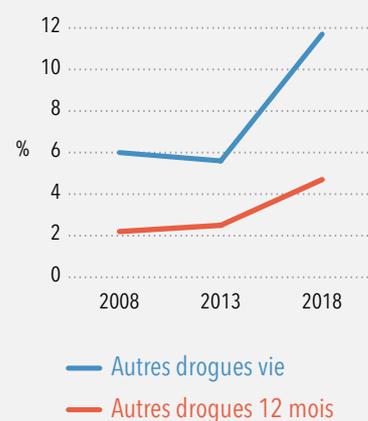
#### LA SITUATION EN 2018

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.

**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.)

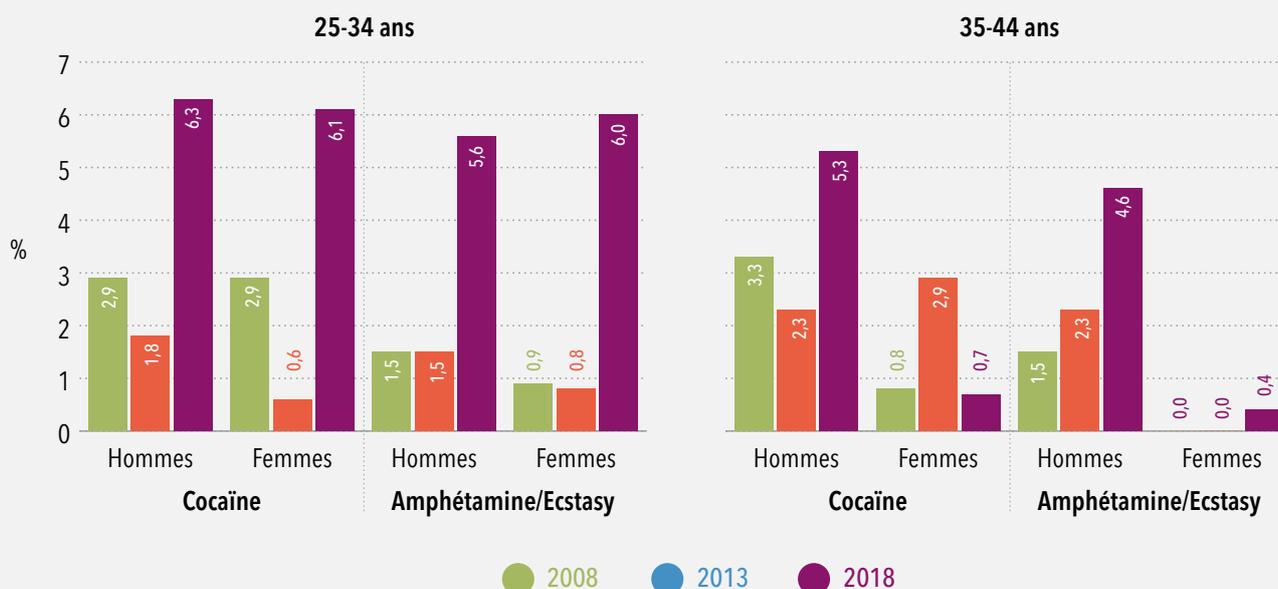
La prévalence de l'**usage au cours des 30 derniers jours d'une drogue illicite autre que le cannabis** était de 2,1 % dans la population bruxelloise âgée de 15 à 64 ans. Les hommes sont à nouveau plus concernés que les femmes, et la tranche d'âge la plus concernée est à nouveau celle des 25-34 ans. Ce type d'usage a tendance à augmenter avec le niveau d'instruction des répondant-es (primaire ou sans diplôme : 0,6 % ; secondaire inférieur : 1,2 % ;

**Tableau 22 : 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)
<b>Prévalence de l'usage d'une autre drogue illicite que le cannabis au cours de la vie</b>						
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
<b>Prévalence de l'usage d'une autre drogue illicite que le cannabis au cours des 12 derniers mois</b>						
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
<b>Prévalence de l'usage d'une autre drogue illicite que le cannabis au cours des 30 derniers jours</b>						
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
<b>Prévalence de l'usage d'une autre drogue illicite que le cannabis au cours des 12 derniers mois, par produit</b>						
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.)

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.)

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.

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.*

#### 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 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

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 l'enseignement secondaire (3e et plus) francophone de la Région bruxelloise. Elle est plus élevée chez les garçons que chez

**Tableau 23 : Prévalence de la consommation au cours de la vie de drogues autres que le cannabis chez les élèves scolarisés dans l'enseignement secondaire (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 %
<b>Consommation d'une drogue autre que le cannabis sur la vie</b>					
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
<b>Consommation d'ecstasy/MDMA sur la vie</b>					
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
<b>Consommation d'amphétamines/speed sur la vie</b>					
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
<b>Consommation de cocaïne sur la vie</b>					
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
<b>Consommation de LSD ou autres hallucinogènes (champignons, DMT...) sur la vie</b>					
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
<b>Consommation de GHB sur la vie</b>					
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
<b>Consommation de colle, solvant, poppers sur la vie</b>					
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
<b>Consommation de protoxyde d'azote (gaz hilarant)</b>					
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
<b>Consommation d'opiacés (héroïne, méthadone, opium...) sur la vie</b>					
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
<b>Consommation d'une autre drogue sur la vie</b>					
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

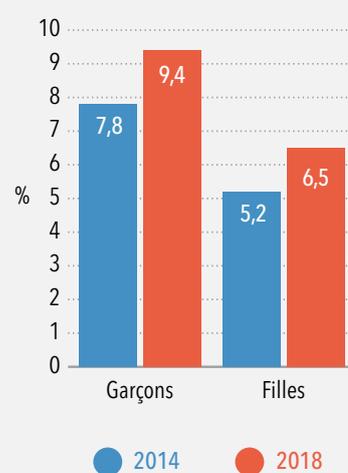
Source : Enquête HBSC 2018 (Dujeu et al., 2020)

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 23](#).

## 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<sup>415</sup>.

**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)

<sup>415</sup> 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.

## L'USAGE DES AUTRES DROGUES ILLICITES CHEZ LES USAGER-ES DE DROGUES EN BELGIQUE FRANCOPHONE

L'enquête Eurotox<sup>416</sup> menée en 2019 auprès d'un certain nombre d'usager-es de drogues vivant en Belgique francophone s'intéressait à l'ensemble des drogues illicites. La consommation déclarée des principales substances illicites autres que le cannabis est documentée dans le [tableau 24](#). Quelques éléments de ce tableau méritent d'être soulignés :

- › 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.

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

416 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.

417 22 répondant-es ne s'identifiaient ni comme homme ni comme femme. Ils-elles ne sont donc repris que dans le total. Et 41 répondant-es habitaient en Flandre.

**Tableau 24 : Prévalence d'usage des autres drogues illicites parmi les usager-es belges de l'enquête Eurotox, 2019**

		Hommes (n=1.198) %	Femmes (n=527) %	Wallonie (n=1.028) %	Bruxelles (n=678) %	Total (N=1.747) <sup>417</sup> %
<b>Ecstasy/MDMA</b>						
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	11,2	9,9	11,2	10,3	10,9
	Occasionnel	6,8	6,8	6,8	6,9	6,8
	Régulier	8,2	5,7	7,9	6,5	7,3
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	24,8	19,9	20,3	28,0	23,5
	Régulier	13,4	13,3	10,4	18,3	13,5
Usage sur la vie		64,4	55,6	56,6	70,0	62,0
<b>Cocaïne (poudre)</b>						
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	10,0	8,2	8,9	10,2	9,3
	Occasionnel	7,2	6,6	5,8	8,8	7,0
	Régulier	3,8	4,6	3,8	4,3	3,9
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	20,3	18,2	18,7	21,8	19,9
	Régulier	15,2	10,2	13,1	15,6	13,9
Usage sur la vie		56,5	47,8	50,3	60,7	54,0
<b>LSD/champignons</b>						
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	23,2	20,1	20,6	25,1	22,1
	Occasionnel	9,6	6,6	7,8	9,9	8,7
	Régulier	4,5	3,2	3,5	4,7	4,1
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	15,0	9,1	12,7	14,3	13,5
	Régulier	2,9	2,1	2,6	2,7	2,6
Usage sur la vie		55,2	41,1	47,2	56,7	51,0
<b>Amphétamine (speed)</b>						
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	12,7	9,5	10,5	13,6	11,7
	Occasionnel	6,7	5,1	6,2	6,0	6,1
	Régulier	4,8	5,1	5,8	3,7	4,9
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	13,4	10,1	11,3	15,0	12,7
	Régulier	7,8	8,2	6,5	9,9	8,0
Usage sur la vie		45,4	38,0	40,3	48,2	43,4
<b>Kétamine</b>						
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	9,3	8,3	8,6	10,6	9,2
	Occasionnel	3,9	3,4	3,5	4,0	3,7
	Régulier	1,9	0,9	1,8	1,6	1,7
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	12,4	8,3	10,7	11,8	11,2
	Régulier	8,2	5,5	7,7	6,8	7,4
Usage sur la vie		35,7	26,4	32,3	34,8	33,2
<b>GHB</b>						
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	5,3	1,5	3,5	5,5	4,3
	Occasionnel	1,8	1,3	1,8	1,3	1,7
	Régulier	0,4	0,0	0,3	0,3	0,3
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	2,6	2,1	1,8	3,2	2,4
	Régulier	0,8	0,0	0,5	1,0	0,7
Usage sur la vie		10,9	4,9	7,9	11,3	9,4
<b>Crack/freebase</b>						
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	3,5	2,8	2,8	4,3	3,3
	Occasionnel	1,5	0,8	1,4	1,2	1,3
	Régulier	1,4	0,8	1,1	1,2	1,2
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	1,6	0,4	1,2	1,3	1,2
	Régulier	1,5	0,9	1,7	0,7	1,3
Usage sur la vie		9,5	5,7	8,2	8,7	8,3
<b>Héroïne</b>						
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	2,3	2,1	2,7	1,6	2,3
	Occasionnel	1,2	0,9	1,0	1,3	1,1
	Régulier	0,8	1,1	1,0	0,9	0,9
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	0,9	0,2	0,5	1,0	0,7
	Régulier	1,1	0,0	1,0	0,4	0,7
Usage sur la vie		6,3	4,3	6,2	5,2	5,7

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

## 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. La kétamine<sup>418</sup> 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 : on en dénombrait 195 en 2015 (dont 21 en produit principal), contre 522 en 2019 (dont 126 en produit principal). Elles sont majoritairement observées dans le nord du pays (en 2019 : 426 en Flandre, 65 en Wallonie, et 31 à Bruxelles).

## 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'extra-lucidité, 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'utilisateur. À l'heure actuelle, l'usage de ce produit semble ici particulièrement associé à la pratique du chemsex<sup>419</sup>, au même titre que d'autres stimulants tels que la cocaïne, et les cathinones de synthèse (méphédronne, 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 (voir Tableau 22), 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), principalement dans le nord du pays (117 en Flandre, 26 en Wallonie et 28 à Bruxelles). 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.

## 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

418 Pour plus de détails sur ce produit, voir la brochure "Kétamine" éditée récemment par Modus Vivendi. <http://www.modusvivendi-be.org/spip.php?article55>

419 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. Les sessions peuvent durer plusieurs heures voire plusieurs jours, d'où le fréquent recours aux substances stimulantes. L'usage de GHB/GBL est également courant dans ce contexte, en raison de ses propriétés désinhibantes.

lors de la phase d'importation), la diversification des modes d'acheminement et d'approvisionnement des consommateurs (cryptomarchés, call-center, applications de cryptage des communications...). 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'OEDT) et ont mis en évidence qu'entre le début des années 90 et la fin des années 2000, la pureté des produits s'est continuellement améliorée et que leurs prix ont progressivement diminué (lorsque l'on tient compte de l'inflation et de l'augmentation de leur pureté). Parallèlement, les saisies ont été relativement stables voire en augmentation, alors que les moyens répressifs alloués à la diminution de l'offre n'ont cessé de croître. Ces constats invalident l'efficacité de l'approche prohibitionniste, qui devrait logiquement entraîner une diminution de la disponibilité des produits et de leur pureté, ainsi qu'une augmentation de leur prix. La contre-productivité des politiques drogues a récemment aussi été évaluée par l'IDPC (IDPC, 2018), qui souligne également l'impact délétère des politiques en raison du non-respect des droits de l'homme dans de nombreux pays (voir 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 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 (morbidity, mortalité, ...) de la consommation des autres drogues illégales que le cannabis seront abordées dans un chapitre dédié.

## 6.2.6. LES NOUVELLES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (NSP)

Le phénomène des NSP est une conséquence de la prohibition, liée au développement d'Internet et des pratiques d'achat en ligne. En effet, dans la plupart des pays (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-déstinées à la consommation humaine » (*not for human consumption*) 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, ...*).

### 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 psychoactives 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 décalage 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.

## 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 (UNODC, 2013). Mais on constate ces dernières années une augmentation de leur production sur le territoire européen, en particulier des NPS interdites (EMCDDA, 2018a). Ces molécules sont le plus souvent commercialisées via des sites Internet épurés qui les présentent comme des *Research Chemicals* (RC), c'est-à-dire des molécules destinées à la recherche. Après importation en Europe, elles sont reconditionnées afin de ressembler aux drogues qu'elles imitent et être soumises à quelques règles de marketing élémentaires (emballage soigné et nom de vente attractif). Elles sont ensuite écoulées via des smartshops physiques ou en ligne. Certaines NSP sont également disponibles sur le darkweb, en particulier les NSP les plus populaires ayant fini par être interdites (e.g. Al-Imam & AbdulMajeed, 2017).

Un relevé réalisé par l'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<sup>420</sup> ont quant à eux respectivement identifié 392 et 410 sites Internet distincts, hébergés uniquement dans les 5 pays participant au projet (France, Pays-Bas, Royaume-Uni, République Tchèque et Pologne). La majorité des sites étaient hébergés sur des serveurs au Royaume-Uni (Kmetonyová & Pažitný, 2015).

Le nombre de NSP recensées sur le territoire européen était relativement peu élevé et

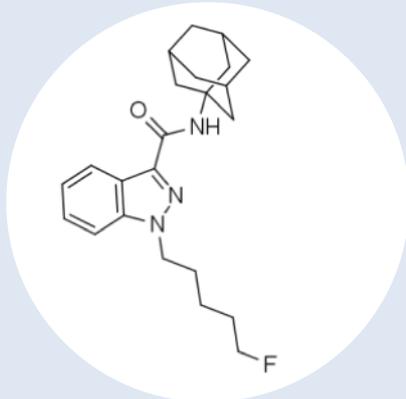
.....  
420 *Internet Tools for Research in Europe on New Drugs*.

## 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 consumption* 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 (*legal high*) 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 d'une décennie et n'ayant jamais véritablement posé des problèmes d'ordre sanitaire (e.g. Kratom, laitue vireuse, damiana), et couvre surtout d'autre part les nouvelles substances psychoactives d'origine synthétique (ou nouvelles drogues de synthèse) qui n'ont pas encore été interdites et qui peuvent, par exemple, être présentées sous forme végétale (après avoir été mélangées à des extraits inactifs).

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 coûte aux alentours de 15 euros.



5 à 20 euros/g  
Pureté annoncée : 98 %  
± 1000 doses



15 euros/3 g  
Pureté annoncée : 8 %  
± 200 doses

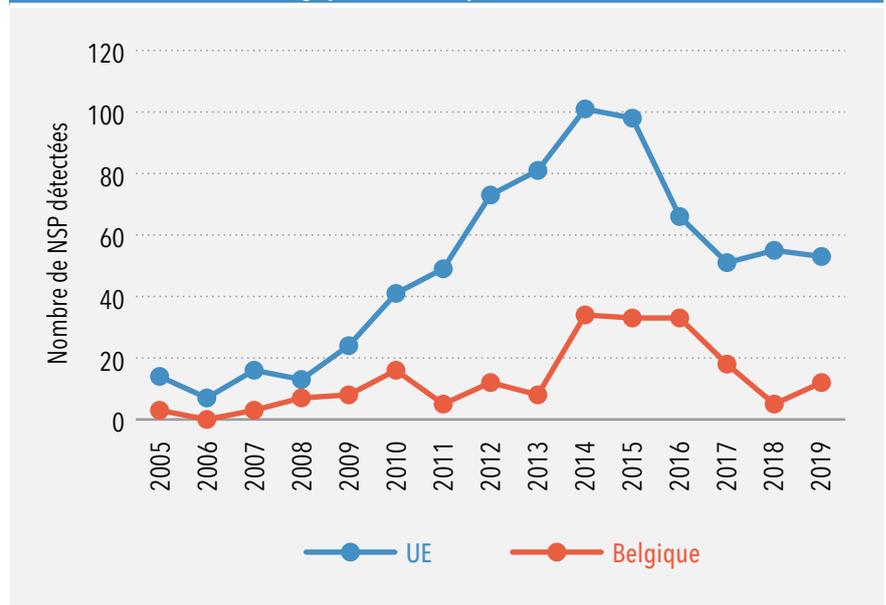


15 euros/5 ml  
Pureté annoncée : 30 %  
± 30 doses

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 et 53 en 2019. Le nombre total de nouvelles substances surveillées s'élève donc à environ 790. 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 et 12 en 2019.

De manière générale, la propagation des NSP est un phénomène mondial, quoique particulièrement observé en Europe,

Figure 29 : Nombre de NSP détectées pour la première fois en Belgique et en Europe de 2005 à 2019



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

## 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, 57 nouveaux opioïdes de synthèse ont été détectés sur le marché européen des drogues, dont 11 en 2018 et 8 en 2019. En ce qui concerne les benzodiazépines, 30 sont apparues ces dernières années.

En 2018, 1.000 saisies d'opioïdes de synthèse ont été enregistrées en Europe, dont la grande majorité portait sur des dérivés du fentanyl. Au total, environ 9,4 kg de poudre, 5,4 litres de liquide, et 21.500 comprimés/gélules d'opioïdes de synthèse ont été saisis en 2018. 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 2018, 4.700 saisies de nouvelles benzodiazépines (c'est-à-dire non réglementées en tant que produit pharmaceutique) ont été enregistrées en Europe, portant sur 1,4 millions de comprimés/gélules, 8 kg de poudre et 1,3 litre de liquide.

peut-être en raison de l'efficacité de l'EWS (UNODC, 2013). Cette augmentation est attribuable au développement du marché des « euphorisants légaux » (*legal highs*) et des *research chemicals*, ces substances généralement de nature synthétique qui sont proposées à la vente sur Internet par des entrepreneurs peu scrupuleux tout en contournant les lois sur les stupéfiants. L'origine de la diminution du nombre de NPS recensées sur le territoire européen pourrait s'expliquer par trois facteurs : 1) certains pays européens ont pris des mesures afin d'interdire la vente de ces produits sur leur territoire, ce qui diminue leur disponibilité ; 2) la Chine a mis en place des mesures de contrôle/interdiction et de répressions des laboratoires qui produisent ces substances, ce qui diminue la production ; 3) le nombre de nouvelles molécules psychoactives mentionnées dans des publications scientifiques ou issues des travaux d'Alexander Shulgin n'est pas illimité, et s'épuise peu à peu.

Dans toute l'Europe (États membres + Norvège et Turquie), les services répressifs ont déclaré près de 65.000 saisies de nouvelles substances psychoactives au EWS en 2018 (EMCDDA, 2020). En 2014, ce nombre avoisinait 42.000 saisies (EMCDDA, 2019). Les NSP saisies en 2018 avoisinait 5,6 tonnes de poudre, 4.212 litres de liquide et 1,6 millions de comprimés ou gélules.

Les liquides étaient parfois conditionnés en spray nasal ou en recharge de e-liquide pour cigarette électronique. En 2018, les cathinones synthétiques<sup>421</sup> représentaient 36 % des produits saisis, les cannabinoïdes de synthèse 28 %, les benzodiazépines 12 %, les arylcyclohexylamines<sup>422</sup> 7 %, les opioïdes 3 %, les phénéthylamines<sup>423</sup> 3 % et les autres substances 12 %.

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).

- .....
- 421 Catégorie de substances ayant une structure moléculaire et des effets semblables aux amphétamines.
- 422 Catégorie de substances chimiquement proches ou dérivées de la phéncyclidine (PCP) ou de la kétamine.
- 423 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.

Toutes les NSP ne sont pas forcément dangereuses, mais le manque de connaissance sur leur profil pharmacologique et toxicologique expose l'usager-e à des risques indéterminés. Certaines NSP s'avèrent particulièrement dangereuses et depuis 1997, au départ des informations récoltées par l'EWS, une procédure d'évaluation des risques a été initiée à la demande du Conseil de l'UE pour 32 molécules particulièrement suspectes : MBDB, 4-MTA, GHB, Ketamine, PMMA, 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7, TMA-2, BZP, méphédron, 4-MA, 5-IT, 25I-NBOMe, AH-7921, MDPV, méthoxetamine, 4,4'-DMAR, MT-45,  $\alpha$ -PVP, MDMB-CHMICA, acryloylfentanyl, furanylfentanyl, AB-CHMINACA, ADB-CHMINACA, 5F-MDMB-PINACA, CUMYL-4CN-BINACA, 4F-iBF, THF-F, carfentanil, cyclopropylfentanyl et methoxycetylfentanyl. Ces procédures ont abouti à l'interdiction d'environ deux tiers de ces substances à l'échelle de l'UE.

## L'USAGE DES NOUVELLES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

### LES INDICATEURS

Actuellement, nous disposons d'un nombre restreint d'indicateurs permettant d'estimer la consommation de NSP dans la population générale en Région bruxelloise : 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 ces produits.

## 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'ODFT 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 fentanyl 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 fentanyl, l'EMCDDA s'inquiète que leur disponibilité sous forme e-liquide puisse rendre leur consommation plus attractive et socialement acceptable, participant *in fine* à leur diffusion (EMCDDA, 2018b).

L'attrait pour les formes e-liquide peut relever de la possibilité pour les usager-es de doser la concentration de NPS en les diluant eux-mêmes dans le e-liquide, mais aussi de la plus grande discrétion que confère ce mode de consommation. De plus, les cigarettes électroniques de dernière génération permettent de régler la puissance et le flux de vapeur (FARES, 2016). Des flacons de liquide déjà dosés (y compris en THC ou en cannabinoïdes de synthèse) sont évidemment en vente sur le marché noir, voire parfois sur Internet ; cependant leur concentration en principe actif et leur composition sont souvent peu ou pas connues, ce qui comporte des risques non-négligeables pour les usager-es. En France, plusieurs cas d'intoxication ont été enregistrés en 2019 suite à la consommation d'e-liquide contenant des cannabinoïdes de synthèse (dont le fameux Buddha Blues).

augmentation, qui touche globalement tous les pays européens, témoigne du succès grandissant de ces produits auprès des jeunes, qui pourrait en partie s'expliquer par une plus grande connaissance de leur existence et par une augmentation de leur disponibilité sur Internet.

L'usage récent et l'usage actuel de ces substances sont apparemment peu fréquents, puisqu'en 2014 seulement 1 % des 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<sup>425</sup>) ont déjà consommé au moins une fois un euphorisant légal.

Tableau 25 : 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 <i>legal highs</i> sur la vie	8,2	7,8	0,5	22,4
Usage de <i>legal highs</i> les 12 derniers mois	3,4	3,9	0,0	8,8
Usage de <i>legal highs</i> les 30 derniers jours	1,0	1,3	0,0	4,0

Source : Flash Eurobaromètre 401

Les jeunes qui ont consommé des *legal highs* au cours des 12 derniers mois<sup>426</sup> 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

## L'USAGE DES 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).

### LA SITUATION EN 2014

Selon le Flash eurobaromètre 2014, la prévalence d'usage de *legal highs* sur la vie s'élevé à environ 8 % pour les répondant-es belges et européens<sup>424</sup> âgés de 15 à 24 ans (voir [tableau 25](#)). Il s'agit là d'une hausse par rapport à 2011 (+4 % pour les jeunes belges et +3 % pour les jeunes européens). Cette

424 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.

425 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.

426 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.

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.

## 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 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.

## L'USAGE DES NOUVELLES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES USAGER-ES DE DROGUES EN BELGIQUE FRANCOPHONE

L'enquête Eurotox<sup>429</sup> 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

**Tableau 26 : 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=1622)	1,3	1,6	2,1	2,1	1,9

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

**Tableau 27 : Prévalence d'usage de NSP parmi les usager-es belges de l'enquête Eurotox, 2019**

		Hommes (n=1.198) %	Femmes (n=527) %	Wallonie (n=1.028) %	Bruxelles (n=678) %	Forumeur-ses (N=226) <sup>427</sup> %	Total (N=1.747) <sup>428</sup> %
<b>NSP</b>							
Usage passé (> 12 mois)	Expérimental	5,8	2,7	5,0	5,0	6,6	4,9
	Occasionnel	1,8	0,4	1,3	1,3	1,8	1,3
	Régulier	0,6	0,6	0,5	0,7	0,4	0,6
Usage récent (< 12 mois)	Occasionnel	6,3	5,3	5,1	7,7	14,6	6,2
	Régulier	4,5	2,7	4,4	3,5	8,0	4,0
Usage sur la vie		19,0	11,7	16,3	18,2	<b>31,4**</b>	17,0
Usage 12 derniers mois		10,8	8,0	9,5	11,2	<b>22,6**</b>	10,2
Usage 30 derniers jours		9,1	6,5	7,9	9,1	<b>20,8**</b>	8,5

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

\*p<0,01, \*\*p<0,001

Source : Eurotox

427 Usager-es ayant utilisé activement ou passivement un ou plusieurs forums d'usagers (eg. Psychoactif.org, psychonaut.com) au cours des 12 derniers mois.

428 22 répondant-es ne s'identifiaient ni comme homme ni comme femme. Ils ne sont donc repris que dans le total. Et 41 répondant-es habitaient en Flandre.

429 Voir chapitre 4 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.

**Tableau 28 : Sources d'approvisionnement des NSP parmi les usager-es ayant déclaré en avoir déjà consommé, 2019**

	Wallonie (n=121) %	Bruxelles (n=104) %	Forumeur-ses (N=67) %	Total (N=231) <sup>430</sup> %
Ami (don ou vente)	47,1	59,6	43,3	53,3
Site web de <i>Research Chemicals</i>	22,3	19,2	<b>29,8*</b>	20,7
<i>Deepweb/darknet</i>	15,7	18,3	<b>22,4*</b>	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

\*p<0,01, \*\*p<0,001  
Source : Eurotox

**Tableau 29 : Raisons de la consommation de NSP parmi les personnes ayant déclaré en avoir déjà consommé, 2019**

	Hommes (n=176) %	Femmes (n=45) %	Total (N=229) <sup>431</sup> %
Opportunisme (via un proche/connaissance)	52,3	66,7	55,9
Aime tester des nouveaux produits	44,9	57,8	48,0
Disponibilité sur Internet	27,3	11,1	24,0
Légalité	17,6	13,3	16,6
Meilleure qualité (pureté) que les drogues classiques	14,2	8,9	13,1
Disponibilité dans des smartshops	10,8	13,3	10,9
Moins chères que les drogues classiques	10,2	8,9	9,6
Plus puissantes que les drogues classiques	5,7	8,9	6,1
Peu détectable dans les tests urinaires/salivaires	2,8	2,2	2,6
Packaging attractif	1,7	4,4	2,2
Autre	1,1	2,2	1,3

Source : Eurotox

**Tableau 30 : Types de NSP consommées durant les 30 derniers jours par les usager-es actifs, 2019**

	Hommes (n=109) %	Femmes (n=34) %	Forumeur-ses (N=47) %	Total (N=148) %
Hallucinogènes (triptamines...)	52,7	41,2	59,6	49,1
Cannabis de synthèse (type spice)	35,5	47,0	<b>19,1*</b>	38,3
Stimulantes (cathinones...)	30,0	23,5	36,2	28,1
Cannabinoides de synthèse (RC) <sup>432</sup>	24,5	35,3	14,9	27,4
Benzodiazépines	19,1	32,4	27,7	22,1
Dissociatives (Méthoxétamine, 3-MéO-PCP...)	23,6	14,7	25,5	20,8
Opioides et apparentés	4,5	8,8	2,1	5,3
Autre	10,0	5,8	6,4	9,4

Source : Eurotox

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. 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.

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 raisons évoquées sont globalement variées et l'attrait pour ces produits semble répondre à des motivations clairement distinctes en fonction des usager-es. Ce constat suggère qu'il existerait des sous-groupes d'usager-es de NSP (e.g. les « psychonautes », les opportunistes, les usager-es qui cherchent à dissimuler leur consommation de drogues, les usager-es surtout intéressés par le rapport qualité-prix), qui pourraient avoir des profils d'usage, voire des profils sociodémographiques distincts (Gruslin, 2019).

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 28](#). 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*.

430 Réponses manquantes : 69 (23,2 %).

431 Réponses manquantes : 69 (23,2 %).

432 Sous forme de poudre vendue comme *research chemicals*.

**Tableau 31 : Raisons de la non-consommation de NSP parmi les personnes ayant déclaré n'en avoir jamais consommé, 2019**

	Hommes (n=949) %	Femmes (n=453) %	Total (N=1.414 <sup>433</sup> ) %
Ne connaît pas assez ces substances	43,4	49,9	45,3
Jamais entendu parler de NSP	35,7	43,9	38,7
Jamais eu l'opportunité	33,8	36,0	34,7
Les NSP peuvent être dangereuses pour la santé	25,7	24,3	25,1
Qualité satisfaisante des drogues classiques	22,7	11,7	19,1
Ne préfère pas acheter des drogues sur Internet	16,5	20,5	17,8
Accessibilité élevée des drogues classiques	15,6	11,5	14,1
Prix satisfaisant des drogues classiques	4,4	2,4	3,7
Pas d'envie/intérêt	3,4	4,6	3,7
Prix trop élevé des NSP	0,9	0,9	0,9
Connait des personnes qui ont eu des problèmes de santé à cause des NSP	2,4	2,4	2,4
Autre	2,9	3,0	4,2

Source : Eurotox

Comme on peut le voir dans le [tableau 30](#), 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 consommés 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 %). Les différences de genre ne sont pas statistiquement significatives. Les forumeur-ses sont moins enclins que les autres usager-es à avoir consommé du cannabis de synthèse de type Spice.

Pour interpréter la faible prévalence de consommation de NSP en Belgique par rapport à d'autres pays européens, nous évoquons 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-riche ; 2) la Belgique est un pays où les smartshops ne sont pas autorisés, ce qui limite leur disponibilité aux achats par Internet et à la revente/don par un tiers. Afin de vérifier plus systématiquement le faible intérêt apparent

des Belges francophones pour les NSP, nous avons demandé aux personnes n'ayant jamais consommé de NPS d'en mentionner les raisons principales (3 maximum). Nos explications se retrouvent peu ou prou dans les raisons avancées par les répondant-es, puisque l'absence d'opportunité (34,7 %), le fait de n'avoir jamais entendu parler de NSP (38,7 %), le fait de ne pas vouloir acheter des drogues sur Internet (17,8 %), la qualité des drogues classiques (19,1 %), leur accessibilité (14,1 %) et leur prix satisfaisant (3,7 %) sont des raisons effectivement évoquées par les répondant-es pour justifier leur non-consommation de ces substances. Mais il apparaît aussi que la non-consommation s'explique en partie par des raisons que l'on peut considérer comme des motivations sanitaires : manque de connaissance de ces substances (45,3 %), substances perçues comme dangereuses pour la santé (25,1 %), connaissance de personnes ayant eu des problèmes de santé après en avoir consommé (2,4 %). Les différences de genre ne sont pas significatives, hormis le fait de mentionner que la qualité de drogues classiques est satisfaisante (davantage mentionné par les hommes que par les femmes) et le fait de n'avoir jamais entendu parler de NSP (davantage rapporté par les femmes que par les hommes).

## PERSPECTIVES

La consommation de NSP est insuffisamment documentée en Belgique et a fortiori en 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 apparaît 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-riche, 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. 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

433 Non-réponses : 35 (2,4 %).

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-ices 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<sup>434</sup>. 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

434 Pour une présentation critique de cette loi, voir 1.2.2.

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*<sup>435</sup> 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.

### 6.2.7. LA POLYCONSOMMATION

Il n'existe pas de définition univoque de la polyconsommation, parce que ce terme recouvre différentes pratiques répondant à des motivations variées (maximisation des effets recherchés, minimisation des effets indésirables, opportunisme, polydépendance,...). Dans une acception large, elle peut être définie comme une pratique qui consiste à consommer plusieurs produits, de manière combinée ou successive, sur une période déterminée. La polyconsommation est considérée comme une pratique à risque parce que l'usage combiné de plusieurs substances peut engendrer des interactions pharmacologiques dangereuses augmentant le risque de complications potentiellement fatales (hyperthermie, accident vasculaire cérébral, dépression respiratoire, etc.) et parce que la polydépendance qu'elle peut susciter

435 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.

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<sup>436</sup>.

À noter que les conséquences socio-sanitaires de la polyconsommation seront abordées dans un chapitre dédié.

436 Cette forme de polyconsommation est généralement peu abordée dans la littérature. Pourtant, de nombreux usager-es y sont malencontreusement confrontés dans la mesure où les produits en circulation peuvent être composés de plusieurs substances psychoactives susceptibles d'interagir plus ou moins dangereusement.

## LA POLYCONSOMMATION DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

### LES INDICATEURS

En Belgique, la polyconsommation est estimée dans la population générale sur base de la consommation de drogues illégales auto-rapportée lors d'un entretien structuré réalisé dans le cadre de l'enquête HIS, dont la dernière levée a été réalisée en 2018. Elle n'inclut malheureusement pas l'usage d'alcool et de médicaments psychotropes, et ne porte que sur l'usage au cours des 12 derniers mois. L'indicateur que nous rapportons ici est le suivant : la prévalence de l'usage de plusieurs drogues illégales au cours des 12 derniers mois. Nous ne disposons pas encore de la base de données nous permettant de générer d'autres indicateurs de polyconsommation.

### LA SITUATION EN 2018

Près de 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.

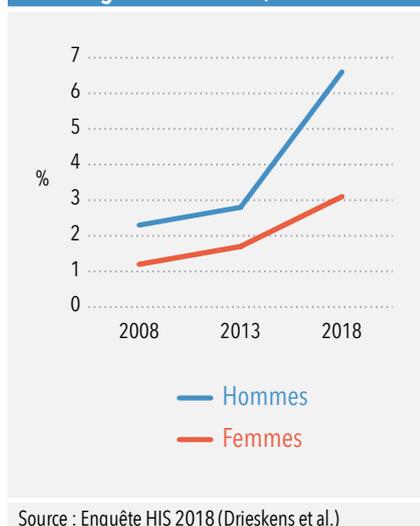
*Ces évolutions doivent être considérées avec prudence en raison des erreurs de mesures inhérentes aux petits échantillons de chaque tranche d'âge, en particulier chez les 15-24 ans.*

**Tableau 32 : Polyconsommation (usage de plusieurs drogues illicites) en Région bruxelloise, par âge et par genre, 2018**

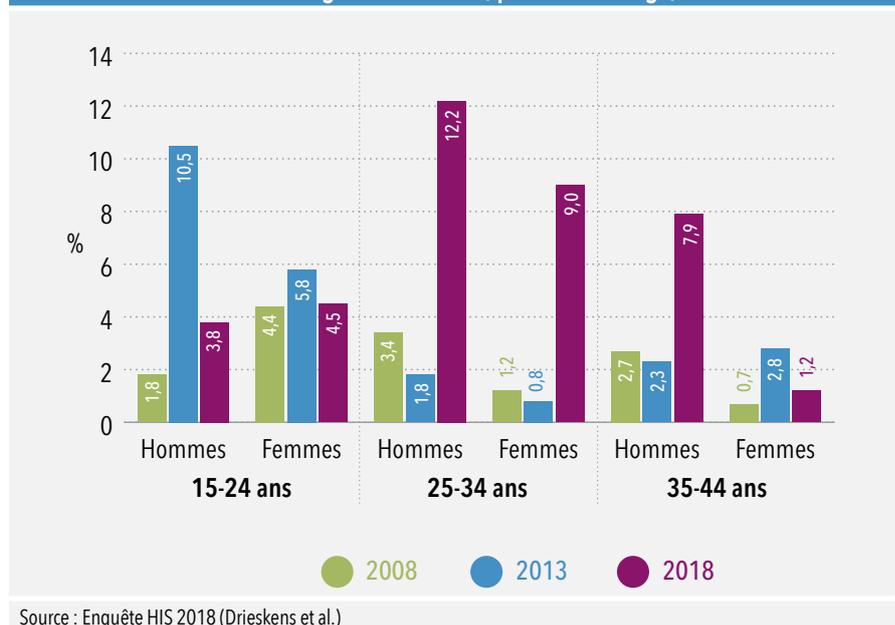
	15-24 ans % (n=97)	25-34 ans % (n=253)	35-44 ans % (n=306)	45-54 ans % (n=259)	55-64 ans % (n=249)	Total % (N=1.164)
<b>Prévalence de la polyconsommation de drogues illicites au cours des 12 derniers mois</b>						
Hommes	3,8	12,2	7,9	4,4	0,5	6,6
Femmes	4,5	9,0	1,2	0,0	0,0	3,1
Total	4,2	10,5	4,3	2,1	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**



**Figure 31 : Évolution de la polyconsommation de drogues illégales au cours des 12 derniers mois en Région bruxelloise, par tranche d'âge, 2008-2018**



## 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 quotidiennement 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.

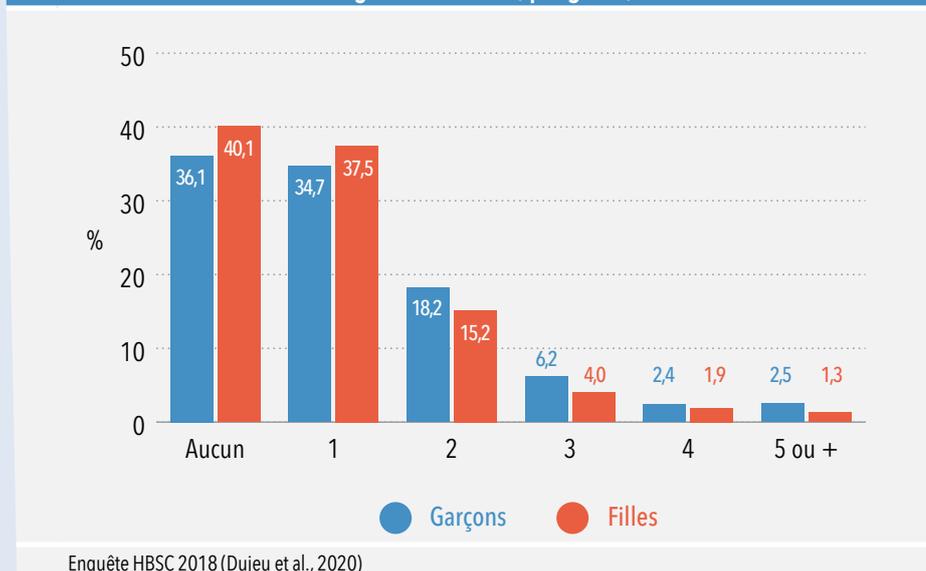
Plus d'un tiers des élèves de 3e secondaire et plus interrogés (38,3 %) n'ont expérimenté aucune substance psychoactive au cours de leur vie (alcool compris, hors tabac). Un autre tiers (36,3 %) n'a expérimenté qu'un seul produit, 16,5 % deux produits et 8,9 % trois produits ou plus. Le nombre moyen 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.

**Tableau 33 : 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=1622) %
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<sup>437</sup> 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**



<sup>437</sup> Alcool, cannabis, tranquillisants/somnifères, codéine, et autres drogues illicites (à l'exception du tabac).

## 6.2.8. LES USAGES DE JEUX DE HASARD ET D'ARGENT

Les usages abusifs ou addictifs ne se limitent pas aux seuls usages de produits psychoactifs. De nombreux comportements (usage de jeux vidéo, usage d'Internet et des réseaux sociaux, achats, etc.) sont susceptibles d'évoluer vers des usages excessifs, qui peuvent éventuellement envahir et impacter le quotidien de celles et ceux qui en font usage, et engendrer une souffrance significative, de manière similaire aux addictions aux produits. Actuellement les classifications internationales (CIM 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 encore 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 6.2.9) et que des recherches soient actuellement en cours afin de déterminer s'ils peuvent être véritablement considérés comme des pathologies.

Plus globalement, différentes addictions comportementales sont reconnues et prises en charge par des thérapeutes dans de nombreux pays, y compris en Belgique. Malheureusement, elles ne sont actuellement pas dénombrées dans le cadre de l'indicateur de demande de traitement (voir 7.4). Dans la présente section, nous nous centrerons essentiellement sur les usages excessifs et compulsifs qui paraissent actuellement les plus répandus dans la population, à savoir ceux relatifs aux jeux de hasard et d'argent et ceux relatifs aux jeux vidéo, Internet et réseaux sociaux.

### LE CADRE LÉGISLATIF DES JEUX DE HASARD ET D'ARGENT

La régulation des jeux d'argent et de hasard répond à l'idée de canalisation. Autrement dit, l'État juggle 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'Économie, de l'Intérieur, de la Santé publique et du ministre qui a la Loterie Nationale dans ses attributions. La Commission :

- > Procède au contrôle des jeux de hasard et des établissements bénéficiant d'une licence ;
- > Décide de l'octroi ou du refus de licences ;
- > Protège les joueur-ses et les parieur-ses ;
- > Donne son avis au Gouvernement ou au Parlement sur toute question ou initiative législative ou réglementaire.

La Commission dispose de plusieurs sanctions en cas d'infraction à la législation et ses arrêtés d'exécution :

- > Le retrait ou la suspension de licences ;
- > L'avertissement ;
- > L'interdiction provisoire ou définitive d'exploitation ;
- > Les amendes administratives.

Afin de lutter contre les sites en ligne de jeux illégaux, la Commission a conclu plusieurs protocoles :

- > Protocole avec la Fédération belge du secteur financier et les différents fournisseurs d'accès à internet en Belgique ;

- › Protocole avec les fournisseurs d'accès à internet afin de bloquer les sites internet illégaux sans licence.

## ÂGE MINIMUM LÉGAL

L'accès aux casinos et aux salles de jeux automatiques (réels ou virtuels) est interdit aux moins de 21 ans, à l'exception des travailleurs et travailleuses majeurs de ces établissements. L'accès aux établissements de paris (classe IV ; réels ou virtuels) est interdit aux mineur-es. Il en est de même de la pratique de jeux de hasard et paris, au sein et en dehors dans ces établissements.

La pratique 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

438 L'arrêté royal du 4 mai 2018 distingue toutefois de cette catégorie les jeux de hasard sur des événements 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>).

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 événements liés aux paris.

Plus récemment, l'arrêté royal du 25 octobre 2018 régit 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 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 opérateurs de paris. Le Conseil d'État a

## 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 <sup>438</sup>	X	✓

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 mineurs. 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 le chapitre 6.2.1 pour en apprendre davantage sur le fonctionnement du JEP)<sup>439</sup>.

.....  
439 Le Code de publicité éthique et responsable de la Loterie nationale est consultable à l'adresse : [https://www.jep.be/sites/default/files/rule\\_recommandation/code\\_voor\\_ethische\\_reclame\\_fr.pdf](https://www.jep.be/sites/default/files/rule_recommandation/code_voor_ethische_reclame_fr.pdf)

## 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 joueurs afin de réapprovisionner leurs comptes. Les opérateurs doivent proposer aux joueurs la possibilité de baisser cette limite eux-mêmes. Les joueurs 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 joueur 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 joueur se trouve en défaut de paiement, auquel cas, l'autorisation sera retirée. Actuellement, aucune augmentation de cette limite ne peut être accordée<sup>440</sup>. Les publicités pour des bonus sont interdites, que ce soit à l'adresse de nouveaux joueurs ou de joueurs 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 joueurs, ils ne doivent pas dépasser 275 euros par mois.

## LES JEUX DE TABLE ET LES JEUX ÉLECTRONIQUES

Les jeux de table ne peuvent être exploités que par les casinos. Le nombre de jeux de hasard automatiques est proportionnel au nombre de tables de jeu (quinze appareils automatiques pour une table ouverte).

Les jeux de table autorisés sont : le *baccara*, le *big wheel*, le *black jack*, le *poker*, le *chemin de fer*, le *craps*, le *mini punto banco*, le *midi punto banco*, le *maxi punto banco*, la roulette française, la roulette américaine, la roulette anglaise, le *sic bo*, et le *bingo*.

.....  
440 Compte rendu intégral, Commission de la Justice, 04/12/2019 ; Voir le site de la Commission des Jeux de Hasard.

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 joueurs minimum peuvent prendre place, les jeux du type *Bingo* ou *Keno*, et les jeux de poker interactifs.

Les salles de jeux peuvent exploiter un maximum de 30 machines automatiques (dont maximum 3 multiplayer). Il peut s'agir de jeux de *black jack*, de paris sur les courses de chevaux factices, de jeux de dés, des jeux de poker, ou de jeux de roulette.

Dans les débits de boissons, seul le billard électrique à enjeu variable (c'est-à-dire les *Bingo* ou les *One Ball*) est autorisé, avec un maximum de deux billards par débit de boisson.

## LES PARIS

La loi de 1999 définit le pari comme un «jeu de hasard dans lequel chaque joueur mise un montant et qui produit un gain ou une perte qui ne dépend pas d'un acte posé par le joueur mais de la vérification d'un fait incertain qui survient sans l'intervention des joueurs.»

La Commission des jeux de hasard distingue trois types de paris, pour lesquels elle est compétente :

- > Les paris sur des événements ou des faits ;
- > Les paris sur des événements sportifs ;
- > Les paris sur les courses hippiques.

Il est par ailleurs interdit d'organiser des paris concernant un événement 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 de l'établissement. Ladite

convention détermine les modalités, les jours et heures d'ouverture et de fermeture ; la commune est compétente pour donner une dérogation à l'interdiction d'installer un établissement de paris à proximité d'un établissement d'enseignement, d'hôpitaux et d'endroits fréquentés par les jeunes.

## LES JEUX MÉDIAS

La loi de 1999 distingue deux types de jeux médias :

- › Les jeux médias au moyen de séries de numéros du plan belge de numérotation, qui forment un programme complet de jeu (c'est-à-dire les «jeux télévisés»). Les conditions que ces jeux doivent satisfaire sont fixées par l'arrêté royal du 12 mai 2009 ;
- › Les autres jeux médias qui, au sein d'un média, ne constituent qu'une partie d'un programme ou une rubrique séparée<sup>441</sup>.

Les jeux médias désignent tous les jeux exploités par une station radio, une chaîne de télévision, un quotidien ou un périodique dont le siège social est situé en Union européenne. Une licence est obligatoire pour tout jeu de hasard exploité par l'un de ces médias. Il s'agit des jeux, concours ou quizz qui répondent à la définition des jeux de hasard de la loi de 1999. Ils comprennent donc l'engagement d'un enjeu (par exemple, le prix de la communication est supérieur au prix normal), impliquent le risque de gagner ou de perdre et comportent un élément de hasard (la rapidité de réponse, la présence d'une question subsidiaire en cas d'ex-aequo, etc.).

Les jeux qui ne sont pas des jeux de hasard doivent quant à eux répondre aux dispositions de la loi du 13 juin 2005 relative aux communications électroniques et à celles de l'arrêté royal du 9 février 2011 établissant le Code d'éthique pour les télécommunications<sup>442</sup>. Ces jeux relèvent en effet de la compétence du ministère chargé de l'Économie.

## LES JEUX PAR INTERNET ET GSM

L'offre de jeux sur internet ou par GSM a connu une forte croissance ces dernières années. La Commission a opté pour un système de licences complémentaires. Ainsi, les jeux de hasard existants et bénéficiant déjà d'une licence d'exploitation, peuvent demander une licence complémentaire pour proposer des jeux de hasard en ligne.

Les participants jouant sur des sites illégaux sont passibles de poursuites pénales (ou d'amendes administratives, si le Parquet n'engage pas de poursuites). Le site internet de la Commission héberge une liste noire de sites illégaux et une liste exhaustive des sites de jeux de hasard légaux<sup>443</sup>.

### 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<sup>444</sup>.

### 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<sup>445</sup>.

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<sup>446</sup>.

### 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

443 Site de la Commission des jeux de hasard, URL : [https://www.gamingcommission.be/opencms/opencms/jhksweb\\_fr/establishments/Online/](https://www.gamingcommission.be/opencms/opencms/jhksweb_fr/establishments/Online/)

441 La loi de 2010 ne faisant pas encore l'objet d'arrêtés d'application, ce type de jeux médias n'est pas encore autorisé.

442 Site de la Commission des jeux de hasard, URL : [https://www.gamingcommission.be/opencms/opencms/jhksweb\\_fr/games/media/media/](https://www.gamingcommission.be/opencms/opencms/jhksweb_fr/games/media/media/)

444 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).

445 Question écrite de M. Dufrane à Mme Gréoli «Les problèmes d'assuétude liés au secteur du jeu» du 22/11/2017.

446 Questions jointe de M. Gilkinet et Mme Lambert à M. Geens, Compte rendu intégral, Commission Justice du 13/06/2018.

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<sup>447</sup> ;
- 2) La politique restrictive en matière de jeux de hasard n'est actuellement pas assez globale pour faire face à une offre toujours plus grande et pour remplir sa mission de canalisation. Les opérateurs doivent être soumis à un code éthique en matière de publicité et le régulateur doit opérer des distinctions claires entre les loteries et les paris (parfois offerts indistinctement par les opérateurs privés) ;
- 3) Le cadre politique et régulateur actuel n'est pas équipé pour maîtriser et contrôler le marché des jeux en ligne, qui connaît des évolutions rapides ;
- 4) Les autorités locales devraient bénéficier de davantage de pouvoir afin de limiter

l'offre ou de prendre des mesures préventives locales ;

- 5) La Loterie Nationale est soumise à une forte pression mercantile. Les opérateurs privés investissent en effet énormément de moyen dans le marketing et connaissent un accroissement exponentiel ;
- 6) Le VAD et le CAD craignent une acceptation sociale toujours plus importante des jeux de hasard, qu'ils associent à l'augmentation exponentielle de l'offre et de la publicité.

## LE CADRE EUROPÉEN

L'Union européenne ne s'est pas dotée d'une législation en matière de jeux de hasard. Il existe toutefois une recommandation non-contraignante à l'attention des États membres.

D'après la CGPD, cette recommandation semble toutefois être un premier pas vers la libéralisation totale du marché des jeux de hasard, sans considération des règles adoptées par les États membres. Le Gouvernement belge a initié une procédure à l'encontre de cette recommandation.

Par ailleurs, il est important de noter que la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union européenne est favorable à la limitation du marché par la mise en place d'un monopole et/ou d'un système de licence, si cela se justifie par des raisons d'ordre public, de sécurité publique, de sécurité de santé publique et de protection des consommateurs. Ces limitations doivent toutefois être non-discriminantes, proportionnelles et cohérentes avec l'objectif poursuivi.

## LES RECOMMANDATIONS DES EXPERT-ES

### 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)<sup>448</sup> :

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

447 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/flwb.n.cfm?dossierID=3327&legislat=54&inst=K>).

448 Recommandations dans lesquelles se retrouvent les conclusions de la note de la CGPD, notamment : la nécessité de réguler l'offre, d'intensifier la recherche scientifique et d'amélioration des connaissances, d'adopter un cadre politique et réglementaire qui met l'accent sur la protection des joueur-se-s contre la dépendance, d'abaisser le seuil de peur qui freine l'accès aux soins des joueur-se-s problématiques, d'augmenter l'expertise des professionnel-le-s du soin et de la prévention.

### 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
- › Différencier l'offre de soins (notamment une offre résidentielle et un travail en groupe dans chaque province)

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'événements de supporters, etc. est une forme de publicité indirecte qui s'avère efficace 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-se-s 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-se-s et les non-joueur-se-s :

- › Le marketing, et en particulier le *push marketing* (c'est-à-dire les messages et/ou publicités personnalisés envoyés aux joueur-se-s 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-se-s gagnant, participant de la sorte à baisser la perception du risque, ce qui a pour effet des joueur-se-s 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, montre 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).

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(ra)it 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).

449 Addiction Suisse (2018) ; McGee (2020) ; John et al, 2017)

## CONSÉQUENCES NÉGATIVES LIÉES AU JEU PROBLÉMATIQUE<sup>449</sup>

### 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

## LA DISPONIBILITÉ ET L'OFFRE DES JEUX DE HASARD ET D'ARGENT EN BELGIQUE

Pendant longtemps, l'offre de jeux de hasard et d'argent était limitée à quelques casinos, à des enseignes proposant des jeux de paris sur courses hippiques, ainsi qu'aux jeux de loterie et de grattage proposés par la loterie nationale. L'offre a considérablement été élargie dans les années 90 avec le développement des salles de jeux automatiques, des jeux de cafés (bingos et slots) et l'apparition des premiers sites de jeux en ligne. Enfin, plus récemment, les bornes de paris sportifs ont également envahi de nombreuses librairies et de nombreux jeux et concours payant sont également proposés par les médias. Actuellement, la population est donc

soumise à une offre considérable et hyper-accessible.

Comme nous venons de le voir, les jeux de hasard et d'argent, quels qu'ils soient, sont soumis à une législation qui en limite en théorie l'accès aux personnes âgées d'au moins de 18 ans. Dans le cas des casinos et des salles de jeux automatiques, l'âge légal est élevé à 21 ans. L'offre est également régulée par le législateur via l'octroi de licences et l'exercice de contrôles par la Commission des jeux de hasard (CJH). Les exploitants de casinos et de salles de jeux automatiques ainsi que les organisateurs de paris officiellement reconnus par la CJH sont

les seuls à pouvoir demander une licence supplémentaire afin de proposer des jeux similaires sur Internet.

Le nombre d'établissements et de sites Internet possédant une licence d'exploitation de jeux de hasard et d'argent est détaillé dans le [tableau 34](#). Les jeux de bingos dans les cafés sont les plus répandus, suivis par les dispositifs de paris sportifs, en librairie ou en agence. L'offre en ligne est également relativement abondante puisque qu'il existe actuellement 10 sites de casinos, 24 sites de salles de jeux et 22 sites de paris sportifs officiellement reconnus par la CJH. À noter qu'il ne semble pas exister de statistiques

relatives aux points de ventes des produits de la Loterie Nationale, mais ils sont sans aucun doute les plus répandus. Enfin, signalons que la CJH recense actuellement sur sa liste noire 157 sites de jeux en ligne auxquels ne peuvent légalement accéder les joueur-ses domiciliés Belgique. Ces sites doivent en principe être bloqués par les fournisseurs d'accès Internet, mais ils ne le sont pas tous (ou avec des délais variables), 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.

**Tableau 34 : Nombre de licences d'exploitation de jeux de hasard et d'argent, par type d'établissement, 2020<sup>450</sup>**

		Belgique	Bruxelles	Wallonie
Hors ligne	Casinos	9	1	4
	Salles de jeux automatiques	177	11	87
	Cafés (bingos)	5.825	961	2.079
	Agences de paris <sup>451</sup>	593	82	244
	Librairies avec paris sportifs	1679	174	596
	Associations de course	5	0	1
En ligne	Casinos en ligne		10	
	Salles de jeux en ligne		28	
	Paris sportifs en ligne		22	
	Sites sur liste noire		180	

Source : Commission des jeux de hasard

450 Situation au 19 octobre 2020 telle que mentionnée sur le site de la CJH. À noter que certains établissements peuvent cumuler plusieurs licences (par exemple, un café qui disposerait de 2 licences C pour bingos).

451 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.

## 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.

## UNE ACCESSIBILITÉ 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 35 : Nombre d'exclusions des jeux de hasard, par motifs d'interdiction, Belgique, 2013-2019

	31/12/2013	31/12/2014	31/12/2015	31/12/2016	31/12/2017	31/12/2018	31/12/2019
Décision judiciaire <sup>452</sup>	82.580	95.415	116.476	139.247	158.413	160.037	166.057
Règlement collectif de dettes <sup>453</sup>	86.638	122.434	122.601	116.503	113.923	109.023	100.628
Exclusions volontaires	19.670	21.985	24.322	26.782	29.319	32.468	35.390
Exclusions à la demande d'un tiers intéressé	89	130	220	314	409	511	643
Exclusion en raison de la nature de la profession	46.344	45.957	45.436	45.976	46.061	56.900 <sup>454</sup>	57.927
Nombre d'exclusions <sup>455</sup> en date du 31 décembre	235.321	285.921	309.055	328.822	348.125	358.939	360.645

Source : Commission des jeux de hasard

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 2019, le nombre d'exclusions des jeux de hasard et d'argent sur base du EPIS s'élevait à 360.645. Si on exclut les personnes interdites en raison de leur profession, cela correspond à 302.718 exclusions, soit 3,30 % de la population belge âgée de 18 ans ou plus interdite de jeux pour des motifs préventifs ou curatifs. Ce pourcentage inclut 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 une tierce personne (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), cela correspond à 0,39 % de la population belge.

## 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 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 bibliothèques, 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 %).

- .....
- 452 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.
- 453 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.
- 454 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.
- 455 Le nombre total d'exclusions ne correspond pas à un nombre équivalent de personnes, car une même personne peut être exclue pour plusieurs raisons.

**Tableau 36 : 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)
<b>Prévalence du recours aux jeux de hasard et d'argent (en ligne et hors ligne) au cours des 12 derniers mois</b>								
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
<b>Prévalence du recours aux jeux de hasard et d'argent hors ligne au cours des 12 derniers mois</b>								
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
<b>Prévalence du recours aux jeux de hasard et d'argent en ligne au cours des 12 derniers mois</b>								
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
<b>Prévalence du recours hebdomadaire aux jeux de hasard et d'argent (en ligne et hors ligne)</b>								
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
<b>Prévalence du recours hebdomadaire aux jeux de hasard et d'argent (hors ligne)</b>								
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
<b>Prévalence du recours hebdomadaire aux jeux de hasard et d'argent (en ligne)</b>								
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
<b>Prévalence du recours quotidien aux jeux de hasard et d'argent (en ligne et hors ligne)</b>								
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.)

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.

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<sup>456</sup> 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.

## 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, à défaut de disposer de données pour la Région bruxelloise.

Comme on peut le voir dans le [tableau 37](#), les jeux de grattage ainsi que, dans une moindre mesure, les paris sportifs, sont des types de

.....  
456 Échantillon de 3.002 Belges âgés de 16 à 99 ans.

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

.....  
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».

s'agissent de jeux en ligne ou hors ligne<sup>459</sup>. 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-se-s majeurs. Autrement dit, malgré l'interdit légal, les mineur-es d'âge sont nombreux à avoir recours à ces jeux. D'ailleurs, 20,6 % des répondant-es pensent que les jeux d'argent sont autorisés aux personnes mineures et 72,8 % ne savent pas que l'âge légal pour jouer dans un casino (réel ou virtuel) est de 21 ans.

Les jeunes ayant déclaré avoir joué au moins une fois au cours des 12 derniers mois à un jeu de hasard ou d'argent ont également complété le SOGS-RA (*The South Oaks Gambling Screen-revised Adolescent*), un outil de dépistage du jeu pathologique chez les adolescent-es. Sur base des résultats, il ressort que 86,4 % des jeunes wallons de 12-20 ans (IC 95 % : 82,59 - 90,21) peuvent être considérés comme non à risque par rapport au jeu pathologique, soit parce qu'ils

.....  
459 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).

**Tableau 37 : 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 <sup>457</sup> %	Régulièrement <sup>458</sup> %
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

n'ont pas joué durant les 12 derniers mois, soit parce que leur pratique de jeu paraît sous contrôle et sans conséquence délétère. En revanche, 7,5 % des répondant-es peuvent être considérés comme de joueur-ses à risque (IC 95 % : 3,69 – 11,31) et 6,1 % comme des joueur-ses problématiques (IC 95 % : 2,29 – 9,91), parce que leur pratique de jeu est associée à des signes de perte de contrôle ainsi qu'à des conséquences néfastes (emprunt d'argent, dispute en relation avec le jeu ou l'argent, etc.).

## PERSPECTIVES

Malgré les garde-fous que constituent les lois du 7 mai 1999 et du 10 janvier 2010, ainsi que leur bras armé (la Commission des jeux de hasard), la libéralisation et la numérisation du marché des jeux de hasard et d'argent ont considérablement modifié le paysage de l'offre de jeu en Belgique, ce qui s'est répercuté sur les pratiques de jeu, largement répandue dans la population générale, puisque près d'un tiers de la population Wallonne âgée de 15 ans et plus y a joué au cours des 12 derniers mois, et 1 Wallon-ne 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. On regrettera également que peu de mesures préventives soient imposées aux gérants de ces jeux. La fréquence de jeu ne connaît 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 connaît 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'habileté 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<sup>460</sup>.

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 ou de perte horaire maximum.

.....  
460 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>

## 6.2.9. LES USAGES DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION (TIC) : JEUX VIDÉO, SMARTPHONE ET INTERNET

### DE LA NATURE DE L'UTILISATION ABUSIVE DE JEUX VIDÉO<sup>461</sup>

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 annoncé l'introduction dans la onzième édition de sa Classification internationale des maladies (CIM-11), d'un trouble de l'addiction aux jeux vidéo<sup>462</sup>. 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<sup>463</sup>, ne sont pas suffisamment discriminants et peuvent s'appliquer à de nombreux

461 Les réflexions présentées ici peuvent également d'appliquer à l'utilisation (abusives) des réseaux sociaux, bien que celle-ci ne soient pas référencées 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>

462 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 entrera en vigueur le 1er janvier 2022.

463 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 et répondre à des obligations sociales (envers ses ami-es online, sa guild, etc.).

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 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<sup>464</sup>.

.....  
464 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).

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<sup>466</sup>. 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 réglementation, 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

465 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](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/200527_css-9526_troubles_lies_aux_jeux_vweb.pdf)

466 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 est également important 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.

## LE CADRE LÉGISLATIF DES TIC ET DES JEUX VIDÉO

### LA PUBLICITÉ SUR LES RÉSEAUX SOCIAUX

Le SPF Économie a publié en 2018 des guidelines à destination des influenceur-ses en ligne ; celui-ci ayant fait l'objet de nombreuses critiques, il a finalement été retiré. En octobre 2018, le Conseil de la Publicité et le Jury d'éthique publicitaire (JEP) ont formulé une série de recommandations à l'attention des influenceur-ses en ligne<sup>467</sup>. 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 identifiable 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.

467 Les recommandations sont disponibles à l'adresse : [https://www.jep.be/sites/default/files/rule\\_recommandation/recommandations\\_du\\_conseil\\_de\\_la\\_publicite\\_influenceurs\\_en\\_ligne\\_fr.pdf](https://www.jep.be/sites/default/files/rule_recommandation/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<sup>468</sup>. Ils-elles souffrent de troubles du sommeil et de détresse psychologique. Les filles semblent davantage concernées par les

468 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).

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 absents et sanctionnés (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 harcelés, 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).

### 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<sup>469</sup>.

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).

469 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](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 comprennent 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<sup>470</sup>.

## 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.

.....  
470 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/>

## 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)<sup>471</sup>

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,

.....  
471 Site du SELL (syndicat des éditeurs de logiciels de loisirs), URL : <http://www.sell.fr/news/le-guide-du-peg-2018>

<b>PEGI 3</b>	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.
<b>PEGI 7</b>	Jeux qui auraient pu être classés PEGI 3 mais qui contiennent des éléments considérés comme effrayants pour un jeune public.
<b>PEGI 12</b>	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.
<b>PEGI 16</b>	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.
<b>PEGI 18</b>	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).

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<sup>472</sup> ; 2) les normes PEGI ne sont pas contraignantes, mais bien informatives. Les principaux garants de leur bonne application sont évidemment les parents et gardien-nes des enfants et adolescent-es. Il est dès lors central de les informer correctement et de suffisamment communiquer au sujet des jeux vidéo, de leur contenu et des normes PEGI pour que parents et gardien-nes puissent faire des choix éclairés en la matière<sup>473</sup>.

472 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](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)

473 Article «Behind the headlines : Why game age-ratings matter» de Will Freeman, askaboutgames.com, 16/07/2018, URL : <http://www.askaboutgames.com/behind-the-headlines-why-game-age-ratings-matter/>

### EN BELGIQUE, LES «LOOT BOXES» PAYANTES DANS LES JEUX VIDÉO SONT ASSIMILÉES À DES JEUX DE HASARD

Certains jeux vidéo proposent aux joueur-se-s d'obtenir (en ligne et contre paiement) des loot boxes (ou «coffres à butin») dont le contenu est aléatoire, afin de progresser et faire évoluer leurs personnages plus rapidement. Les jeux les plus connus utilisant ce système sont, par exemple, FIFA 2018, Counter Strike ou Overwatch.

En avril 2018, la Commission des jeux de hasard a jugé que les loot boxes payantes correspondent à la définition d'un jeu de hasard (dont les éléments constitutifs sont : jeu, mise, hasard, gain/perte). Ils tombent donc sous le coup de la loi belge en la matière et de la protection des mineur-e-s et des personnes vulnérables. La Commission a formulé des recommandations à l'attention des éditeurs de jeux vidéo<sup>474</sup>.

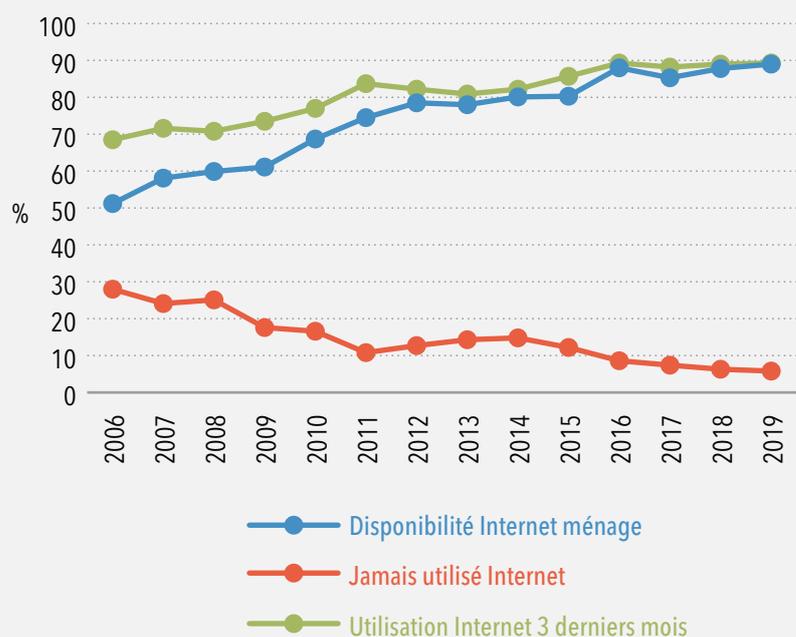
474 Lesdites recommandations, ainsi que le rapport d'enquête de la Commission sont disponibles à l'adresse : [https://www.gamingcommission.be/opencms/export/sites/default/jhksweb\\_nl/documents/Rapport-loot-boxes-Final\\_FR.pdf](https://www.gamingcommission.be/opencms/export/sites/default/jhksweb_nl/documents/Rapport-loot-boxes-Final_FR.pdf)

### LA DISPONIBILITÉ DES TIC EN BELGIQUE ET EN RÉGION BRUXELLOISE

Selon le dernier baromètre de la société de l'information (SPF Economie, 2020), 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 7 % en 2019. En 2019, 10 % 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 2019, 89 % de la population disposaient d'une connexion Internet dans le ménage, et 89,3 % ont utilisé Internet au cours des 3 derniers mois. Toujours en 2019, 5,8 % de la population bruxelloise n'avait encore jamais utilisé Internet.

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

Figure 33 : Disponibilité et utilisation d'Internet au sein de la population bruxelloise âgée de 16 à 74 ans, 2006-2019



Source : Stabel

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<sup>475</sup>.

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

.....  
475 Voir notamment le Baromètre Inclusion Numérique de 2020, URL : [https://www.kbs-frb.be/fr/Activities/Publications/2020/2020\\_08\\_24\\_CF](https://www.kbs-frb.be/fr/Activities/Publications/2020/2020_08_24_CF)

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 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*<sup>476</sup> (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).

.....  
476 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.

477 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.

## TYPES DE JEUX VIDÉO (PARMI LES PLUS POPULAIRES)<sup>477</sup>

Type de jeu	Caractéristiques et <i>gameplay</i>	Exemples
Jeux d'action et jeux de tir	Ils recouvrent une multitude de sous-genres ( <i>beat them all</i> , combat, <i>shoot them up</i> , plates-formes, etc.). Leur <i>gameplay</i> fait appel à l'habileté, la dextérité et la rapidité. Ils se déroulent généralement en temps réel.	<i>Grand Theft Auto</i> (GTA), <i>Call of Duty</i> , <i>Counter Strike</i> ,...
Jeux d'aventure et d'action-aventure	Leur <i>gameplay</i> 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.	<i>Assassin's Creed</i> , <i>Tomb Raider</i> , <i>Splinter Cell</i> , <i>Resident Evil</i> ,...
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 <i>Role Playing Game</i> ) et les jeux en ligne (MMORPG pour <i>Massively Multiplayer Online Role Playing Game</i> )	<i>World of Warcraft</i> (WoW), <i>Minecraft</i> , <i>Dofus</i> , <i>Fallout</i> , <i>The Elder Scrolls</i> ,...
Jeux de réflexion	Ils requièrent de la logique et de la réflexion. Il peut s'agir 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.	<i>World of Goo</i> , <i>Mahjong</i> , <i>Portal</i> ,...
Jeux de simulation et de gestion	Ils proposent au joueur·se de simuler virtuellement un événement donné : gérer une économie, conduire un véhicule, pratiquer un sport, etc.	<i>The Sims</i> , <i>FIFA</i> , <i>Gran Turismo</i> , <i>Sim City</i> ,...
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.	<i>Civilization</i> , <i>Age of Empire</i> , <i>Shogun Total War</i> , <i>League of Legend</i> ,...
Jeux d'application	Jeux proposés sur les tablettes et smartphones, souvent gratuits.	<i>Candy Crush</i> , <i>Angry Birds</i> , <i>Fruit Ninja</i> ,...

Sources : Hermès (2012), intervention filmée du Dr Magalon (2017)

## 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 pourrions 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-ices passant plus de 16 heures par semaine sur Internet provenaient à 56,6 % de Flandre, à 33,7 % de Wallonie et à 9,7 % de Bruxelles. La répartition géographique de l'échantillon

global n'est en revanche pas précisée dans le rapport de l'étude.

Comme on peut le constater dans le [tableau 38](#), 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-ices compulsifs des réseaux sociaux ont en moyenne 35 ans. Ils sont également plus fréquemment de sexe féminin (61,5 % *versus* 38,5 %). En

revanche, l'effet de genre s'inverse en ce qui concerne l'utilisation compulsive de jeux vidéo (39,7 % *versus* 60,3 %), et les usager-es compulsifs de ce type ont en moyenne 34 ans. Globalement, on n'observe pas de différence en fonction du niveau d'instruction, quel que soit le type d'usage compulsif. En revanche, les usager-es compulsifs d'Internet sont davantage célibataires ou vivant seul que les usager-es non-compulsifs. Mais en ce qui concerne les activités spécifiques investiguées, on n'observe pas de différences de statut marital chez les usager-es compulsifs de jeux vidéo ou des réseaux sociaux. Enfin, l'étude montre également que les usager-es compulsifs semblent davantage présenter des sentiments dépressifs et de solitude que les usager-es non-compulsifs, ainsi qu'une plus faible estime de soi et un moindre sentiment de contrôler sa propre existence, et ce quel que soit l'usage compulsif.

L'objectif principal de cette étude était de quantifier et de mieux comprendre les pratiques d'utilisation compulsive d'Internet en général, et plus spécifiquement des jeux vidéo et des réseaux sociaux. L'utilisation compulsive d'Internet peut bien entendu prendre différentes formes. Les auteur-es ont par conséquent adapté la CIUS afin de proposer aux adultes des échelles d'évaluation d'autres formes de compulsivité liées à Internet, à savoir les jeux d'argent en

- .....
- 478 L'utilisation compulsive d'Internet a été évaluée à l'aide du *Compulsive Internet Use Scale* (CIUS), composé de 14 items.
- 479 L'utilisation compulsive des jeux vidéo a été évaluée à l'aide du *Video game Addiction Test* (VAT), également composé de 14 items.
- 480 L'utilisation compulsive des réseaux sociaux a été évaluée à l'aide du *Compulsive Social Networking Site Scale* (CSS), composé de 16 items.

	Utilisation compulsive d'Internet <sup>478</sup> %	Utilisation compulsive de jeux vidéo <sup>479</sup> %	Utilisation compulsive des réseaux sociaux <sup>480</sup> %
<b>Prévalence dans la population générale</b>	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
<b>Prévalence chez les utilisateurs réguliers (16h au moins/semaine)</b>	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
<b>Utilisateurs compulsifs</b>			
Hommes	41,0	60,3	38,5
Femmes	59,0	39,7	61,5

Source : Klein et al., 2013

**Tableau 39 : 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

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 39](#), ces formes d'utilisation compulsive paraissent moins courantes que celles décrites précédemment. Toutefois, nous pensons qu'elles sont sous-estimées en raison du filtre utilisé par les auteurs pour administrer ces échelles (i.e. le fait de s'engager au moins 4 fois par semaine dans ces activités). Ce filtre a probablement exclu d'emblée les usagers compulsifs légers ou modérés. En outre, il présuppose que ce qui définit le comportement compulsif est sa fréquence d'apparition. Or l'intensité du comportement (durée, sommes dépensées, etc.) en constitue également un paramètre important.

## LES USAGES DES TIC CHEZ LES JEUNES

L'enquête HBSC 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 40](#), 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 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.).

**Tableau 40 : 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) %
<b>Usage de la télévision<sup>481</sup> au moins 2h par jour en semaine (lundi à vendredi)</b>			
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
<b>Usage de jeux vidéo<sup>482</sup> au moins 2h par jour en semaine (lundi à vendredi)</b>			
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
<b>Usage d'Internet<sup>483</sup> au moins 2h par jour en semaine (lundi à vendredi)</b>			
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
<b>Temps moyen cumulé (en nombre d'heures, tous supports confondus)</b>			
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

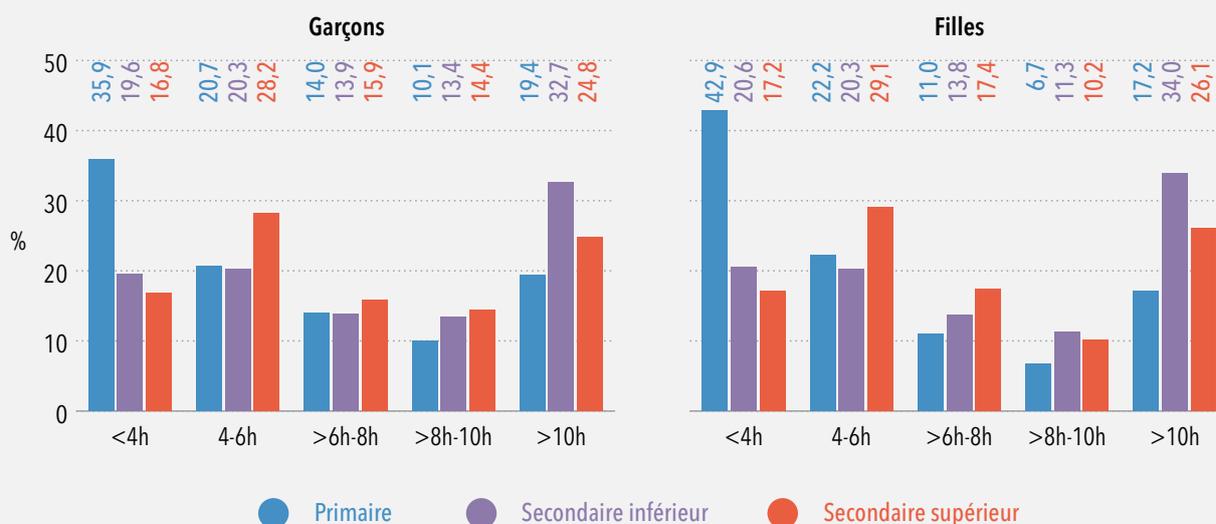
Source : Enquête HBSC 2018 (Dujeu et al., 2020)

481 Y compris le visionnage de DVD ou de vidéos sur YouTube ou plateforme équivalente.

482 Quelle que soit la plateforme (console, smartphone, PC...).

483 Pour envoyer des emails, communiquer, rechercher de l'information...

Figure 34 : Nombre d'heures cumulées passées sur les écrans (télévision, jeux vidéo et Internet) par 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)

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). 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 soutien familial perçu pourrait refléter une forme d'isolement de l'enfant ou de l'adolescent 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 apparaît 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 41](#).

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).

**Tableau 41 : 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
<b>Utilisation problématique des réseaux sociaux (score ≥ 6)</b>			
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)

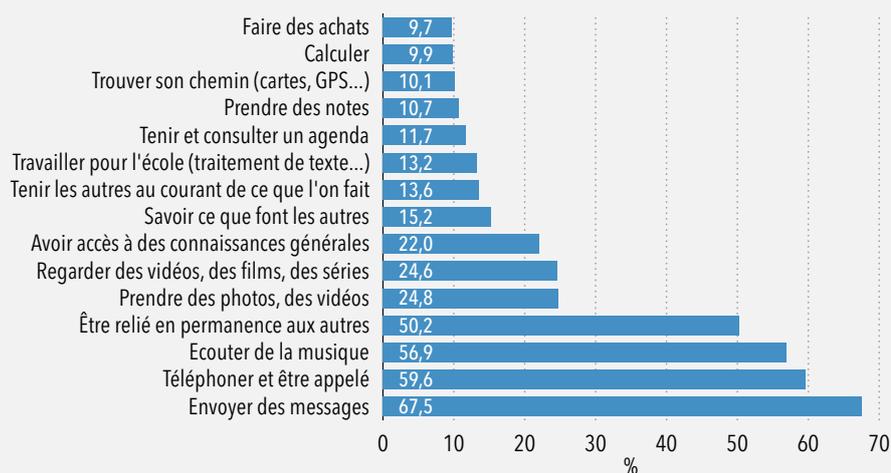
Au total, près de 1600 jeunes<sup>484</sup> ont été interrogés de novembre 2015 à janvier 2016 à l'aide d'un questionnaire auto-administré en classe. Parmi l'ensemble des répondant-es, 95,6 % ont déclaré posséder un smartphone. En moyenne, les jeunes qui possèdent un smartphone<sup>485</sup> l'utilisent 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.

**En addictologie**, un comportement d'usage dès le réveil est généralement considéré comme un indicateur voire un critère diagnostique 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.

.....  
484 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.

485 Les analyses que nous rapportons ici ne porteront que sur ces derniers.

Figure 35 : Fonctions<sup>482</sup> du smartphone selon les jeunes de 12 à 18 ans en FWB, 2016



Source : Smart.Use (Patesson et al., 2016)

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 42 reprend quant à lui les 10 comportements qui représentent désormais l'usage habituel du smartphone chez les jeunes<sup>487</sup>.

486 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.

487 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

La dépendance au smartphone était également estimée sur base d'une échelle d'auto-évaluation (SAV-SV)<sup>488</sup> 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.

.....  
 (0=ne s'applique pas à moi ; 10=s'applique tout à fait à moi). La moyenne est calculée uniquement chez les répondant-es concernés (ceux n'ayant pas répondu «0» pour le comportement en question).  
 488 The Smartphone Addiction Scale - Short version (Min et al., 2013).  
 489 Pour chaque comportement, les jeunes devaient préciser sur une échelle de 0 à 10 dans quelle mesure ils étaient ou non concernés (0=ne s'applique pas à moi ; 10=s'applique tout à fait à moi). La moyenne est calculée uniquement chez les répondants concernés (ceux n'ayant pas répondu «0» pour le comportement en question).

Tableau 42 : Comportement d'usage habituel du smartphone chez les jeunes de 12 à 18 ans en FWB, 2016

Ordre d'importance d'intensité	Comportement	% de jeunes concernés	Moyenne de l'intensité du comportement (sur 10) chez les concernés <sup>489</sup>
1	Je n'éteins pas mon smartphone mais le mets sur silence ou vibreur dans des lieux où on devrait l'éteindre (cinéma, en classe pendant un cours, etc.)	87,1	8,30
2	J'utilise mon smartphone quand je suis dans mon lit avant de m'endormir	89,4	7,87
3	J'utilise mon smartphone quand je mange seul	88,1	7,55
4	Je laisse mon smartphone allumé près de moi pendant la nuit	81,8	7,29
5	J'utilise parfois mon smartphone plus longtemps que je n'en ai l'intention	88,9	7,19
6	J'utilise mon smartphone pendant que je suis au WC	82,7	7,05
7	J'utilise mon smartphone tout en regardant la télévision même quand cela m'intéresse à la télé	87,8	6,40
8	Il m'arrive d'utiliser mon smartphone en cachette	80	6,34
9	Je ne m'imagine pas être sans un smartphone	85,5	6,30
10	Je vérifie constamment mon smartphone pour ne pas manquer les conversations entre d'autres personnes sur les réseaux	82,0	6,02

Source : Smart.Use (Patesson et al., 2016)

## LES USAGES 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<sup>490</sup>. Les participant-es appartenaient à 18 écoles de Wallonie et de Flandre ayant accepté de participer à l'étude, sur 50 sollicitées aléatoirement par les enquêteur-rices au départ des listings disponibles sur les sites Internet des Ministères de l'éducation. L'enquête était réalisée en classe au départ d'un questionnaire auto-administré intégrant les échelles d'évaluation de l'utilisation compulsive d'Internet, des jeux vidéo et des réseaux sociaux décrites dans la section précédente.

L'échantillon était composé de 50,6 % de filles. La moyenne d'âge des répondant-es était de 15,21 ans. Les élèves provenaient de différents niveaux d'enseignement (général : 39,6 % ; technique : 26,8 % ; professionnel : 24,7 % ; et écoles d'art : 8,9 %). Presque tous les adolescent-es disposaient d'un accès à Internet à leur domicile (99,1 %) et la majorité possédait son propre ordinateur (80,9 %). Plus de la moitié avait un smartphone (60 %) et 88,2 % disposaient d'au moins un profil sur les réseaux sociaux. 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 43](#), 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 apparaît 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 ( $< 0.2^{494}$ ), 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.

494 Un coefficient 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 coefficient se rapproche de 1 (ou de -1) plus la relation linéaire 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 43 : 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 <sup>491</sup> %	Utilisation compulsive des jeux vidéo <sup>492</sup> %	Utilisation compulsive des réseaux sociaux <sup>493</sup> %
<b>Prévalence</b>	<b>9,5</b>	<b>11</b>	<b>7,1</b>
Compulsivité légère	6,4	6,3	5,9
Compulsivité modérée	1,9	3,3	0,6
Compulsivité sévère	1,2	1,4	0,6
<b>Utilisateurs compulsifs</b>			
Garçons	54,3	85,7	48,6
Filles	45,7	14,3	51,4

Source : Klein et al., 2013

490 111 Wallon-nes et 591 Flamand-es. Aucune école bruxelloise n'a été sollicitée pour cette enquête.

491 L'utilisation compulsive d'Internet a été évaluée à l'aide du Compulsive Internet Use Scale (CIUS), composé de 14 items.

492 L'utilisation compulsive des jeux vidéo a été évaluée à l'aide du Videogame Addiction Test (VAT), également composé de 14 items.

493 L'utilisation compulsive des réseaux sociaux a été évaluée à l'aide du Compulsive Social Networking Site Scale (CSS), composé de 16 items.

## LES JEUX VIDÉO RENDENT-ILS VIOLENT/AGRESSIF ?

Bien que de nombreuses études rapportent un lien positif entre jouer à des jeux vidéo et se comporter de manière violente (ou avoir des pensées de type agressif), il est important de relativiser ces résultats.

D'abord, il existe également des études qui n'établissent pas de lien entre jeux vidéo et violence (Gibb et al, 1983 ; Ferguson et Rueda, 2010). De plus, lorsque les relations entre les jeux vidéo et les comportements violents sont positives, les études montrent un lien faible (Inserm, 2014). Il faut également noter que le lien de causalité n'est pas encore élucidé (CHUV, 2012). Ensuite, les différentes études existantes sont difficilement comparables, notamment parce qu'elles ne partagent pas une même définition des «comportements agressifs». Ces derniers peuvent comprendre un large spectre d'actions ou de manières d'être qui vont de «parler mal à quelqu'un» jusque «le tuer» (Inserm, 2014).

Il arrive également souvent que les études ne prennent pas en compte les variables relatives au contexte habituel dans lequel le joueur-se s'inscrit (environnement familial, délinquance des pairs, symptômes dépressifs, etc.), ni celles relatives à sa personnalité. Or, la relation positive entre les jeux vidéo et les comportements agressifs ou violents disparaît de certaines analyses lorsque ces autres variables sont prises en compte (Inserm, 2014). Les jeux vidéo peuvent donc rendre certains joueur-ses plus violents, à la condition que ceux-ci ressentent ou expriment déjà de l'agressivité par ailleurs (Ferguson, 2010).

Enfin, jouer à des jeux (à contenu violent) peut donner une indication précieuse sur l'état émotionnel du joueur-se, parce que d'une part, jouer pourrait répondre à un besoin de canaliser un état de colère, remplissant ainsi un rôle de protection voire de réduction des risques de violence. D'autre part, il se peut que la pratique du jeu vidéo vise à faire réagir l'entourage du joueur-se. Ce peut être le cas notamment des adolescent-es vis-à-vis de leurs parents ou des adultes en général (CHUV, 2012).

## 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-nés (en particulier les jeunes) et d'avoir profondément modifié notre rapport au monde et aux autres. Ces habitudes se développent dès le plus jeune âge, faisant émerger de nouveaux besoins, de nouvelles normes, mais aussi de nouvelles formes d'usage pathologique. Le temps que les jeunes passent devant les écrans est devenu particulièrement élevé, réduisant ipso facto le temps qu'ils peuvent consacrer à d'autres activités. Le temps n'est toutefois qu'un indicateur limité si on ne prend pas parallèlement en compte l'activité réellement menée sur l'écran.

L'offre de jeux vidéo a également grandement évolué ces dernières années, corolairement à l'apparition et à la généralisation des tablettes et smartphones. Le jeu vidéo n'est désormais plus l'apanage de l'adolescent-e ou du geek-ette féru de consoles ou de jeux sur PC, mais il s'adresse à l'ensemble de la population, filles et garçons, jeunes et adultes. Par conséquent, l'ensemble de la population peut être directement ou indirectement confrontée à l'usage excessif ou à l'usage addictif de jeux 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 paraître 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 addictif. Enfin, l'accès permanent à une offre de divertissements infinie fait de l'ennui un sentiment de moins en moins éprouvé au quotidien, et du vagabondage mental une activité de moins en moins courante, ce qui pourrait avoir un impact sur le développement de l'enfant.

Il convient dès lors d'être attentif à créer un dialogue autour de ces nouveaux usages et d'adopter des comportements et discours faisant office de garde-fous, sans pour autant pathologiser le quotidien, l'adolescence et les passions. Pour cela, et afin de dessiner un cadre diagnostic propice à la détection et prise en charge des personnes en souffrance, il est tout à fait central de poursuivre la recherche scientifique et le débat autour de la pertinence et de la nature des critères diagnostics des usages pathologiques.



# CONSÉQUENCES SANITAIRES ET SOCIALES DE L'USAGE DE DROGUES

## 7.1

### INTRODUCTION

Lorsque le premier usage d'une substance est vécu positivement<sup>495</sup>, une personne peut être tentée de réitérer l'expérience pour éventuellement entrer peu à peu dans un mode de consommation dit «récréatif». Dans certains cas, et en fonction de certains facteurs de risque (lesquels ne sont pas forcément identiques, au niveau individuel, à ceux à l'origine de l'expérimentation de la substance ; Spooner, 1999) ou de l'absence de facteurs protecteurs, l'usage du produit peut prendre un caractère plus régulier et «échapper» au contexte récréatif initial (voir Dillon et al., 2007, pour une discussion détaillée). L'individu pourra alors avoir tendance à consommer de manière excessive (en dehors de tout contexte social, dans des contextes inappropriés, etc.), et ce de manière de plus en plus fréquente et incontrôlée. On parle alors de consommation abusive qui, progressivement, pourra conduire à un état de dépendance.

L'usage de substances psychoactives peut bien évidemment répondre à d'autres motivations que la simple recherche de plaisir. Il peut notamment viser à soulager une douleur physique et/ou psychologique à transcender l'état ordinaire (amélioration des performances physiques ou intellectuelles, exploration des états modifiés de

conscience,...) ou encore s'inscrire dans des processus de socialisation (en particulier chez les adolescent-es). Quelles que soient les motivations à l'usage d'un produit, certains individus parviendront à développer un usage ponctuel et parfois même régulier et contrôlé du produit, sans que cela puisse être considéré comme problématique. On conçoit actuellement que l'étiologie d'un usage, qu'il soit ou non problématique, se situe au niveau des interactions entre l'individu, le produit et l'environnement (Zinberg, 1984).

Tout usage de substances psychoactives ne s'accompagne pas forcément de dommage mais comporte une part de risque, liée à la nature du produit, à l'usage qui en est fait, aux caractéristiques du consommateur-riche et au contexte de consommation. Le contexte socio-législatif de prohibition maximise ces risques parce qu'elle accroît 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 paraît 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/

<sup>495</sup> 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).

ou un syndrome de sevrage (manque) en cas d'arrêt de la consommation du produit. En cas de dépendance physique, les comportements d'usage sont auto-entretenus par l'«impérieuse nécessité» de consommer le produit pour soulager les symptômes de sevrage.

La dépendance est provoquée et entretenue par différents processus neurophysiologiques (stimulation du centre du plaisir, modification de la neurotransmission consécutivement à la présence chronique du produit dans le 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'utilisateur. Ces spécificités, ainsi que la fonction qu'occupe le produit dans l'économie personnelle de l'utilisateur, 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<sup>496</sup>.

496 Par exemple, la baisse brutale d'infractions constatées en 2010 serait due, selon la police fédérale, à un changement dans la pratique d'enregistrement. En effet, avant cette période un même fait pouvait à la fois être enregistré comme «usage de drogue» et comme «détention», l'usage impliquant la détention, alors que depuis 2010 ces faits sont enregistrés uniquement sous l'étiquette «détention de drogue».

### 7.2.1. LES INFRACTIONS LIÉES AUX DROGUES

Le tableau 44 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<sup>497</sup>. 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 44 : Nombre d'infractions liées aux drogues illicites enregistrées au niveau national et en Région bruxelloise sur la période 2002-2019**

	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	58.207	8.404
2018	59.524	8.584
2019	61.152	8.979

Source : Police Fédérale

497 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, nous avons calculé, pour chaque année, un ratio entre le nombre d'infractions enregistrées et la taille de la population nationale et régionale. Ce ratio a ensuite été multiplié par 100.000 afin de fournir une estimation du nombre d'infractions enregistrées par tranche de 100.000 habitants. On constate sur la **figure 36** 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<sup>498</sup>.

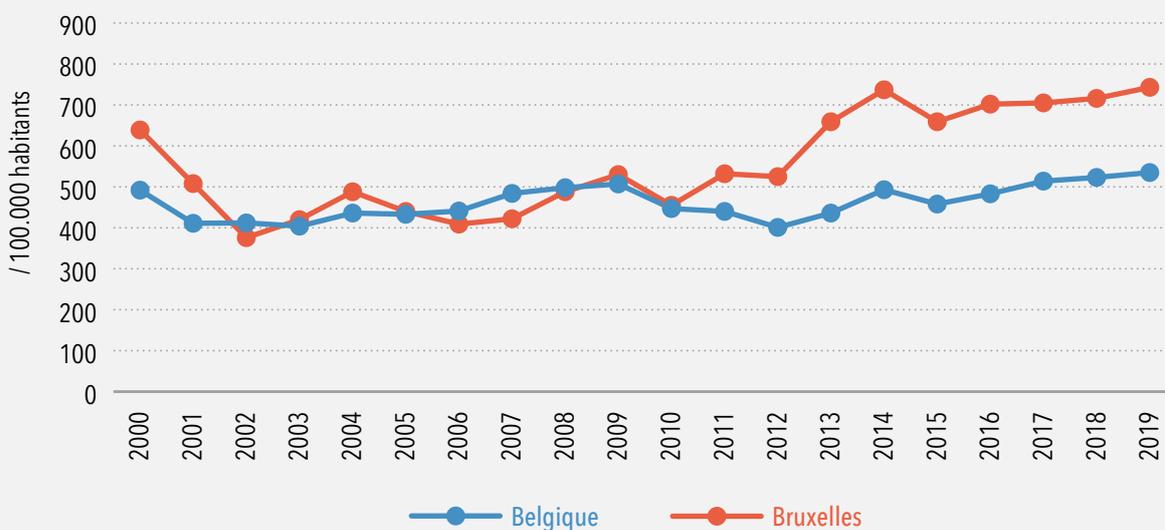
498 Les comparaisons territoriales doivent être considérées avec prudence pour plusieurs raisons. Tout d'abord, même si ce ratio permet de contrôler l'impact de la taille de la population sur le nombre d'infractions commises sur chaque territoire, les infractions constatées sur un territoire peuvent 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).

Plus précisément et afin d'illustrer ce propos, il apparaît que l'augmentation des infractions liées aux drogues, observées sur cette période s'explique en grande partie par une augmentation des infractions pour détention de cannabis. Cette augmentation des infractions est compatible avec l'augmentation de la consommation observée dans l'enquête HIS (voir chapitre 6.2.4). Mais elle est probablement surtout la conséquence d'une plus grande volonté politique de réprimer la consommation dans l'espace public (rappelons en effet que la consommation est depuis 2010 enregistrée comme un délit de détention, conformément à la loi belge qui réprime spécifiquement la détention et non l'usage de cannabis). Cette volonté s'était d'ailleurs clairement formalisée dans la déclaration gouvernementale de l'ancien Premier ministre Charles Michel prononcée le 14 octobre 2014 et avait été réaffirmée dans la Note-Cadre de Sécurité intégrale 2016-2019 du Gouvernement fédéral : «*Par ailleurs, la consommation de drogues dans l'espace public ne pourra pas faire l'objet d'une tolérance, conformément au prescrit légal.*» (voir chapitre 1.2.1. Le cadre politique fédéral).

On constate également une augmentation des infractions liées à la production et au commerce de cannabis, tant au niveau régional que national, l'offre et la demande étant forcément corrélées. Si

cette augmentation pourrait également être la conséquence d'une amélioration des moyens alloués à la répression de ce type de criminalité, il est toutefois aussi avéré que ce type de criminalité est effectivement en augmentation sur notre territoire, en raison des profits juteux qu'ils génèrent. Une augmentation de la production de cannabis sur le territoire belge est en effet observée depuis le changement de politique survenu en mai 2012 aux Pays-Bas, restreignant l'accès aux coffee-shops de Maastricht et d'autres 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.

**Figure 36 : Nombre d'infractions liées aux drogues illégales enregistrées pour 100.000 habitants au niveau national et en Région bruxelloise sur la période 2000-2019**



Source : Police Fédérale

Dans le **tableau 45**, on constate que la majorité (environ 74 %) des infractions enregistrées au niveau national ainsi qu'en Région bruxelloise en 2019 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, 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 demeurent minoritaires<sup>499</sup>.

Le **tableau 46** montre qu'en 2019, 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.

.....  
499 Cette comparaison doit toutefois être nuancée par le fait que les infractions liées à la détention et au commerce correspondent généralement à autant d'individus, alors que les faits de trafic ou de fabrication impliquent généralement un réseau de personnes.

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), on est en droit de penser qu'une importante proportion de l'enveloppe budgétaire liée à ce pilier concerne des infractions exclusivement en lien avec le cannabis.

**Tableau 45 : Types d'infractions liées aux drogues illégales enregistrées au niveau national et en Région bruxelloise en 2019**

	Belgique		Bruxelles	
	N	%	N	%
Détention	45.946	75,1	6.684	74,4
Facilitation de l'usage	611	1,0	45	0,5
Incitation à l'usage	247	0,4	51	0,6
Désordre, scandale ou danger dans un espace public (lié à l'usage)	629	1,0	14	0,2
Usage non précisé	1	0,0	1	0,0
Commerce	8.023	13,1	1.414	15,7
Importation et exportation	2.555	4,2	290	3,2
Fabrication	1.744	2,9	97	1,1
Autres <sup>500</sup>	1.396	2,3	383	4,3
Total	61.152	100,0	8.979	100,0

Source : Police Fédérale

.....  
500 Cette catégorie reprend principalement les infractions en lien avec les médicaments contrôlés (méthadone, morphine, etc.) : délivrance illégale, falsification de prescriptions médicales, etc.

**Tableau 46 : Nombre d'infractions par type de faits et type de drogues illégales enregistrées au niveau national et en Région bruxelloise, 2019**

	Belgique					Bruxelles				
	Détention	Commerce	Import/Export	Fabrication	Délict liés à l'usage***	Détention	Commerce	Import/Export	Fabrication	Délict liés à l'usage***
Cannabis	33.921	4.667	1.196	1.024	504	5.732	925	168	58	77
XTC/amphétamines	4.362	1.103	395	45	76	124	60	7	1	5
Opiacés	1.198	472	156	3	16	108	98	19	1	1
Coca/cocaïne	3.973	1.917	554	17	86	320	358	85	2	4
Hallucinogènes	170	53	97	7	3	12	3	1	1	0
Médicaments*	871	265	50	11	36	39	25	3	0	2
Précurseurs	150	45	28	24	2	6	1	2	0	0
Autres**	1.585	849	148	114	95	95	49	10	2	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

## 7.2.2. LES INFRACTIONS LIÉES À L'ALCOOL

Comme on peut le voir dans le [tableau 47](#), 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.

## 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, accompagné 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 trouve dans un état équivalent). Comme on peut voir dans le [tableau 48](#), 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 conduite sous influence de drogues environ 0,06 % des infractions. Les infractions les plus fréquentes 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.

## 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

**Tableau 47 : Types d'infractions liées à l'alcool enregistrées au niveau national et en Région bruxelloise, 2012-2019**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
<b>Bruxelles</b>	Ivresse publique	2.653	2.895	2.537	2.249	2.040	1.921	2.058	2.423
	Heure de fermeture d'établissements hôteliers	0	0	0	2	1	19	15	9
	Distillerie clandestine	0	0	0	0	1	0	0	0
	Servir de l'alcool à une personne ivre	1	2	2	3	6	1	1	1
	Non spécifié	0	0	0	0	2	1	1	2
	<b>Total</b>	<b>2.654</b>	<b>2.897</b>	<b>2.539</b>	<b>2.254</b>	<b>2.050</b>	<b>1.942</b>	<b>2.075</b>	<b>2.435</b>
<b>Belgique</b>	Ivresse publique	20.004	19.875	19.717	19.065	19.387	19.240	18.938	19.959
	Heure de fermeture d'établissements hôteliers	23	53	43	48	35	28	29	15
	Distillerie clandestine	2	3	4	0	2	4	2	4
	Servir de l'alcool à une personne ivre	26	35	33	34	27	24	29	21
	Non spécifié	0	0	1	4	4	3	11	7
	<b>Total</b>	<b>20.055</b>	<b>19.966</b>	<b>19.798</b>	<b>19.151</b>	<b>19.455</b>	<b>19.299</b>	<b>19.009</b>	<b>20.006</b>

Source : Police Fédérale

**Tableau 48 : Infractions routières liées à l'alcool et aux drogues enregistrées au niveau national et en Région bruxelloise, 2010-2019**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
<b>Bruxelles</b>	Alcool	2.471	2.483	2.655	2.677	2.793	2.483	3.647	3.636	3.308	3.905
	Drogues	43	85	117	134	142	149	206	198	226	424
	<b>Total*</b>	<b>489.683</b>	<b>509.344</b>	<b>564.369</b>	<b>596.897</b>	<b>621.153</b>	<b>522.313</b>	<b>603.968</b>	<b>561.485</b>	<b>546.274</b>	<b>670.688</b>
<b>Belgique</b>	Alcool	55.683	51.568	46.621	48.559	47.592	48.065	51.207	49.425	48.690	51.283
	Drogues	2.267	2.295	2.588	3.382	5.103	5.925	6.903	7.094	7.481	9.627
	<b>Total*</b>	<b>4.333.572</b>	<b>4.691.224</b>	<b>4.652.058</b>	<b>4.834.826</b>	<b>4.956.774</b>	<b>4.632.600</b>	<b>4.760.990</b>	<b>4.783.060</b>	<b>5.133.188</b>	<b>5.518.906</b>

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.).

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, alcool-dépendance, faible activité policière, faible couverture médiatique de la problématique, hyper-accessibilité des boissons alcoolisées, faible offre de transports en commun ou de transports alternatifs en soirée/nuit, etc. La prise en compte de l'ensemble de ces facteurs est nécessaire à la mise en place d'une politique cohérente et efficace en matière de sécurité routière.

Actuellement en Belgique, la conduite sous l'influence d'alcool et la conduite sous l'influence de drogues font l'objet de mesures de contrôle via des tests dépistage effectués par la police. La conduite sous l'influence de médicaments psychotropes n'est pas directement contrôlée, mais elle est punissable si la personne se trouve dans un état d'ivresse ou un état analogue (article 35 de la loi de 1968 relative à la police de circulation routière).

## 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<sup>501</sup> (exclusion donc des véhicules tels que les camions, car, minibus, etc.).

En 2018, 6.121 automobilistes ont été contrôlés dans le cadre de cette opération (voir Brion, Meunier & Silverans, 2019). Il ressort des analyses que 1,94 % des conducteur·rices 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 %).

501 Lors de l'opération 2018, 736 conducteur·rices de camionnette ont également été contrôlés, mais leurs résultats ne sont pas inclus.

**Tableau 49 : 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 : $\geq 0,22$ et $< 0,35$ mg/l	0,6 %
Positif : $\geq 0,35$ mg/l	1,3 %
Positif total	1,94 %

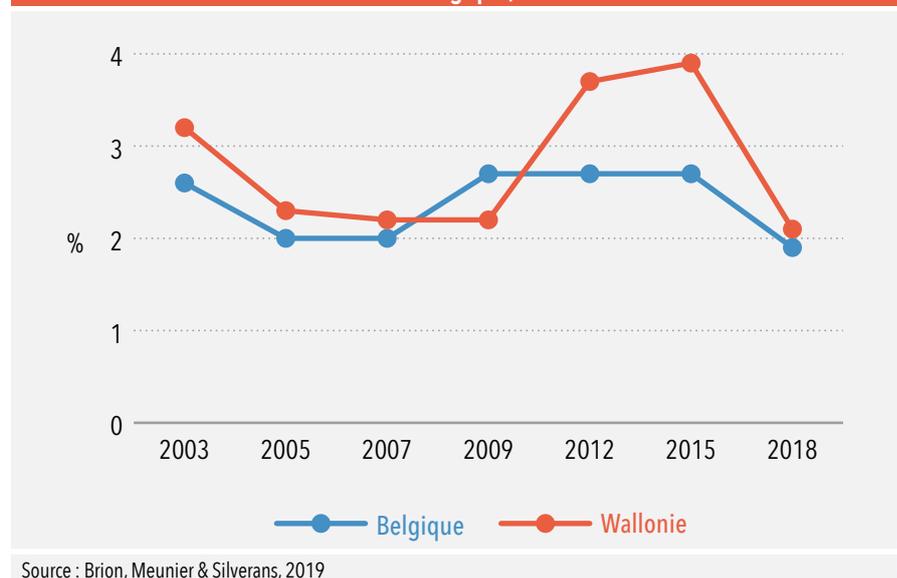
Source : Brion, Meunier & Silverans, 2019

La figure 37 présente l'évolution du pourcentage de contrôles positifs enregistrés lors des opérations menées de 2003 à 2018<sup>502</sup>. 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*

502 Les données récoltées en Région bruxelloise ne peuvent être incluses en raison du trop petit nombre de contrôles effectués dans cette région (8 sessions pour 112 automobilistes contrôlés). Cette faible participation s'explique par une charge de travail trop importante.

**Figure 37 : Pourcentage de conducteurs positifs au test d'haleine de détection d'alcool au volant en Belgique, 2003-2018**



2018<sup>503</sup>) qui a étudié les comportements et attitudes des usager-es de la route dans de nombreux pays européens<sup>504</sup>, 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.

Selon l'enquête ESRA (Achermann Stürmer et al., 2019<sup>505</sup>), 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)<sup>506</sup>. 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.

503 <https://www.esranet.eu/en/deliverables-publications/>

504 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.

505 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.

506 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

## 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<sup>507</sup> 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 %<sup>508</sup> 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

..... 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).

507 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 %).

508 2,2 % pour l'alcool seul et 0,3 % pour l'alcool en combinaison avec une drogue ou un médicament.

globalement plus importante en Belgique que dans l'ensemble des pays européens participants, en particulier pour l'alcool et les benzodiazépines. Ces résultats confirment que la conduite sous influence est un phénomène préoccupant pour la sécurité routière, possiblement sous-estimé dans cette étude dans la mesure où la participation se faisait sur base volontaire.

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 de tests salivaires afin de détecter une récente consommation de drogues illégales auprès des

.....  
509 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.

510 *Blood Alcohol Content* (concentration d'alcool dans le sang).

**Tableau 50 : 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 <sup>509</sup>	10,65	7,43
Alcool (BAC <sup>510</sup> ≥ 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

conducteur-rices belges est entrée en vigueur le 1er octobre 2010. Ce dispositif a été mis en place afin de remplacer le screening via des tests psychomoteurs et urinaires, jugés peu fiables et inadaptés au travail de terrain des forces de l'ordre. Les tests salivaires ne sont pas encore utilisés pour estimer la prévalence de la conduite sous influence de drogues en Belgique, via des contrôles aléatoires à l'instar de ceux effectués pour l'alcool. Dans la pratique, un test salivaire ne peut être imposé (éventuellement concomitamment à un test d'haleine) que lorsque le policier-e suspecte (à l'aide d'une checklist standardisée) que le conducteur-riche 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<sup>511</sup>. Les tests de dépistages salivaires ont en effet une fiabilité limitée et ne peuvent servir à eux seuls de preuve légale. Tout refus est d'emblée considéré comme un résultat positif. Notons que l'outil de dépistage actuellement utilisé en Belgique (DrugCheck® 3000<sup>512</sup>) 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.

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. Pour une description et une analyse critique du dispositif, voir la brochure publiée par la Liaison antiprohibitionniste (<http://www.laliation.org/2019/07/04/brochure-tests-salivaires-et-analyses-de-drogues-illegales-au-volant/>)

512 Il remplace depuis le 1er avril 2019 le DrugWipe 5, la société qui commercialise le DugCheck ayant remporté le dernier appel d'offre.

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<sup>513</sup> 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<sup>514</sup>. La grande

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».

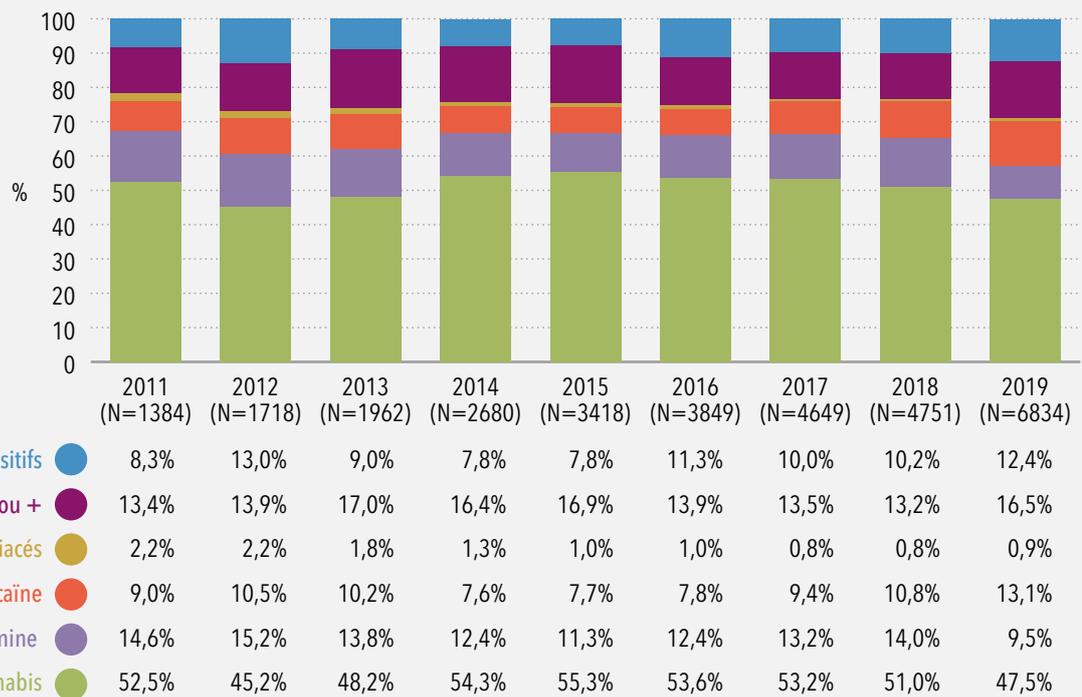
514 On ne peut toutefois exclure une intoxication à un produit autre que ceux qui sont spécifiquement recherchés. En effet, une étude réalisée récemment en Belgique et en France a montré que parmi près de 400 échantillons salivaires qui s'étaient révélés

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 test de screening différents a forcément un impact sur les proportions de détection par substance, car ils n'ont pas tous la même sensibilité.

..... non-positifs pour les drogues classiques, 8,4 % contenaient des traces de nouvelles substances psychoactives (voir Richeval et al., 2018).

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 minimum 12 heures (sanction renouvelable) alors qu'elles ne présentaient pas une menace pour la sécurité routière.

Figure 38 : Détection de drogues dans les prélèvements de sang ou de salives faisant suite à un screening salivaire positif en Belgique, 2011-2019



Source : Institut National de Criminologie et de Criministique (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 conducteurs impliqués dans un accident corporel de roulage<sup>515</sup>. 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

<sup>515</sup> Actuellement, il n'existe pas de procédure similaire pour le dépistage de conduite sous influence de drogues. Les tests salivaires ne sont en effet imposés aux conducteurs qu'en cas de suspicion d'usage.

Tableau 51 : 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, 2005-2019

	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	3.924	7.816	4.901	325	62,7	6,6

Source : Nuyttens, 2020 (d'après SPF Economie DG Statistique) et statbel.fgov.be

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 2005-2019 RELATIFS À L'ALCOOL

Le pourcentage de conducteurs impliqués dans un accident corporel pour lequel un test d'haleine a été effectué est en augmentation progressive sur la période 2005-2019, ce qui semble 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 avoisinne actuellement 6%.

Le détail par type de «conducteurs» est présenté dans le [tableau 52](#) pour l'année 2019. On constate que les conducteurs de voitures sont ceux qui sont les plus fréquemment impliqués dans les accidents corporels de la circulation (53,1 % ; ceci s'explique évidemment par la grande présence de voiture sur les routes), qu'ils sont majoritairement testés (71,1 %), et qu'environ 7 % 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 (14 %), les cyclistes étant nombreux en milieu urbain (par comparaison, en Wallonie, les cyclistes ne représentaient que 4,6 % des conducteurs impliqués dans les accidents de la circulation en 2019).

Enfin, le [tableau 53](#) montre que le nombre d'accidents corporels impliquant au moins un conducteur sous l'influence de l'alcool est relativement stable depuis 2009, quoiqu'une tendance à la diminution était observée en 2017 et 2018, mais elle ne s'est pas confirmée en 2019. Les blessures

**Tableau 52 : 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, 2019**

	Conducteurs impliqués	Conducteurs testés	Conducteurs sous influence	% conducteurs testés	% conducteurs sous influence
Piétons	1.096	330	27	30,1	8,2
Cyclistes	1.022	594	34	58,1	5,7
Cyclomotoristes	227	158	7	69,6	4,4
Motocyclistes	514	353	17	68,7	4,8
Voitures	4.153	2.951	213	71,1	7,2
Camionnettes	239	168	11	70,3	6,5
Poids-lourds	151	123	0	81,5	0,0
Autobus/autocars	101	80	0	79,2	0,0
Autre	206	132	14	64,1	10,6
Inconnu	107	12	2	11,2	16,7
<b>Total</b>	<b>7.816</b>	<b>4.901</b>	<b>325</b>	<b>62,7</b>	<b>6,6</b>

Source : Nuyttens, 2020 (d'après SPF Economie DG Statistique)

**Tableau 53 : Nombre d'accidents corporels impliquant au moins un conducteur sous influence de l'alcool et nombre de victimes en Région bruxelloise, 2005-2019**

	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

Source : Nuyttens, 2020 (d'après SPF Economie DG Statistique)

occasionnées sont dans la plupart des cas de nature légère.

### 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<sup>516</sup>. Cette étude montre clairement que des substances psychotropes sont fréquemment retrouvées dans l'organisme des personnes

.....  
516 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.

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).

.....  
517 *Blood Alcohol Content* (concentration d'alcool dans le sang).

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.

**Tableau 54 : 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 <sup>517</sup> ≥ 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

### 7.3.1. LE PROJET EURO-DEN PLUS

Le projet Euro-DEN-Plus (*European Drug Emergencies Network*) monitorise spécifiquement les intoxications liées aux drogues<sup>518</sup> au niveau européen. Du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2017, 23.947 passages aux urgences dus à une intoxication aiguë à une ou plusieurs drogues ont été enregistrés par les 32 hôpitaux qui ont participé à ce projet<sup>519</sup> (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.

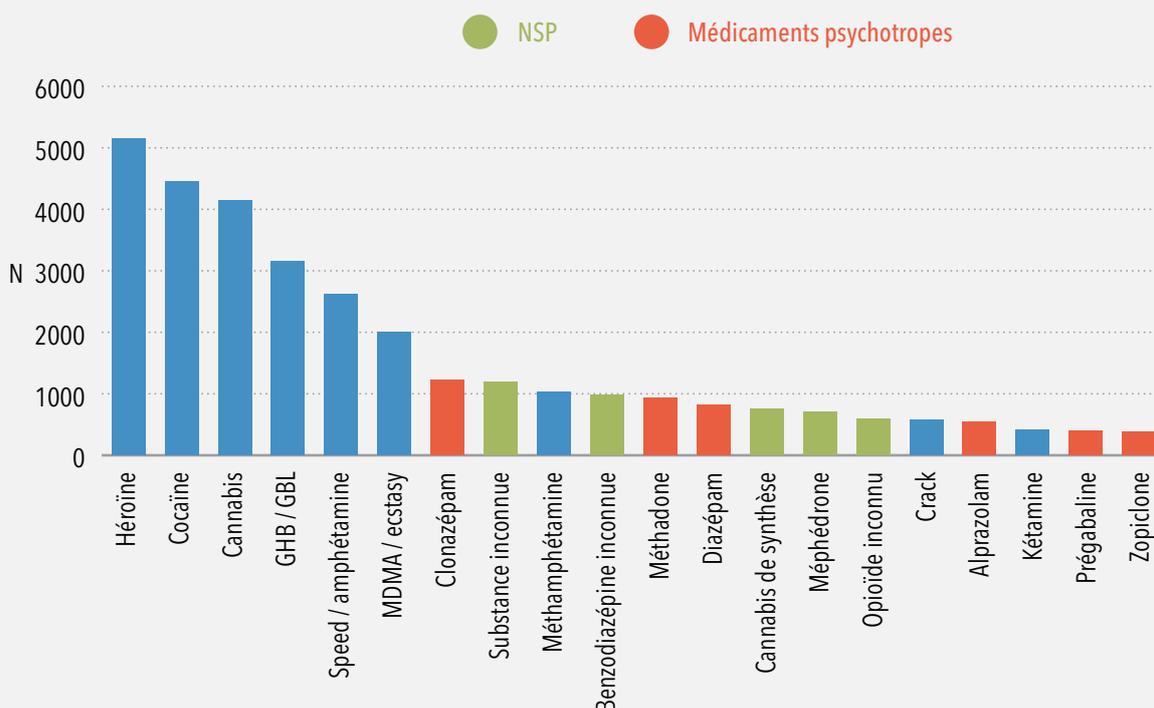
La majorité des patient-es (75 %) a pu sortir de l'hôpital directement après leur passage aux urgences, mais une petite minorité a été admise aux soins intensifs (6 %) ou en unité psychiatrique (5 %) ou dans un autre service (14 %). Au niveau symptomatologique, des convulsions étaient observées dans 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). Comme on peut le voir sur la **figure 39**, 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 méphédronne 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 méphédronne 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

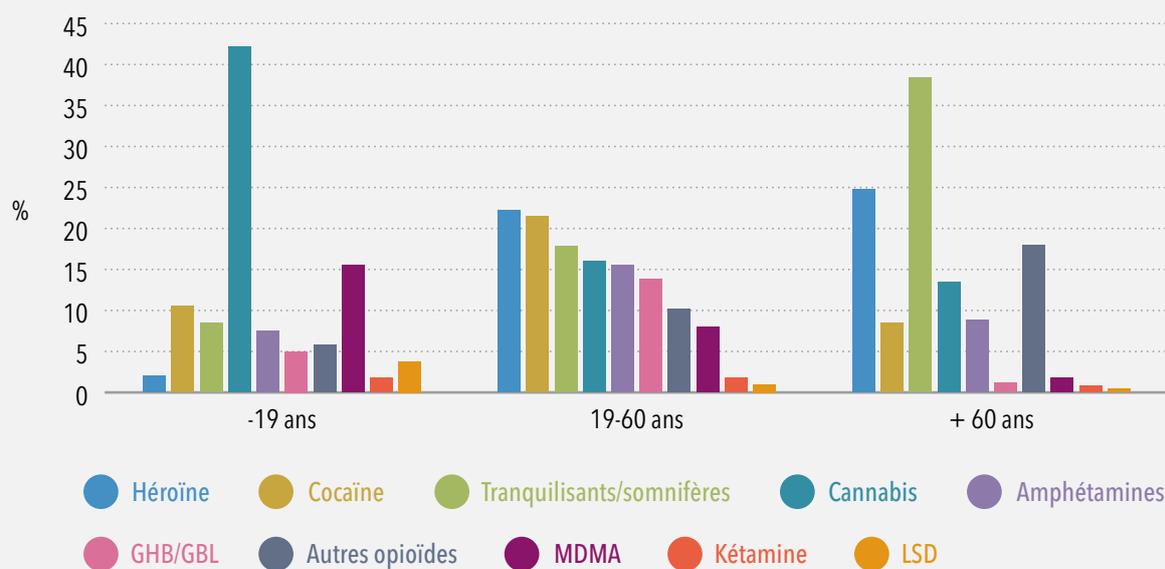
518 L'identification des produits se fait sur base des déclarations du patient-e et de la symptomatologie, et plus rarement (dans 15 à 20 % des cas) sur base d'analyses toxicologiques. Ces résultats doivent donc être considérés comme une approximation.  
519 Ces hôpitaux sont répartis sur 21 pays européens. La participation belge se limite actuellement à un hôpital anversoïis et un hôpital gantoïis, 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<sup>520</sup> par le réseau hospitalier européen Euro-DEN-Plus, par tranche d'âge, 2014-2017



Source : Euro-DEN-Plus (EMCDDA, 2020a)

amphétamines et le GHB/GBL sont quant à eux chacun impliqués dans environ 15 % des intoxications.

Dans le **tableau 55**, 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 %).

Tableau 55 : Produits impliqués dans les intoxications prises en charge<sup>521</sup> par le réseau hospitalier européen Euro-DEN-Plus, par pays, 2017

Pays (n hopitaux)	Produits									Nombre de prises en charge
	Héroïne	Cocaïne	Cannabis	Amphétamine	MDMA	Méthadone	GHB/GBL	Méthamphétamine	NSP	
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
<b>Total Europe (N=30)</b>	<b>1.417</b>	<b>1.700</b>	<b>1.550</b>	<b>864</b>	<b>582</b>	<b>312</b>	<b>956</b>	<b>361</b>	<b>482</b>	<b>7.914</b>

Source : Euro-DEN-Plus (EMCDDA, 2020a)

520 Une même intoxication peut impliquer plusieurs produits.

521 Une même intoxication peut impliquer plusieurs produits.

### 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 56](#), le nombre de bénéficiaires de l'assurance

maladie obligatoire (par tranche de 10.000 bénéficiaires) ayant supposément présenté une intoxication alcoolique augmente fortement avec l'âge des bénéficiaires. Ce ne sont donc pas les jeunes de moins de 18 ans qui y seraient le plus exposés. À noter qu'il y a probablement une surestimation des cas chez les adultes en raison de l'application de tests d'alcoolémie lors d'accidents de la route avec dégâts corporels.

Au sein de chaque tranche d'âge, ce nombre subit de légères fluctuations en dents de scie au fil du temps. Il ne semble donc pas y avoir une véritable « explosion » des cas chez les mineurs d'âge, bien que le nombre de cas paraissent inquiétant. En revanche, on observe une augmentation du nombre de cas chez les 65 ans et plus.

Lorsque l'on s'intéresse spécifiquement aux différences de genre au sein des tranches d'âge les plus jeunes, on constate qu'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 ([figure](#)

41), 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 ces quatre dernières années. Globalement, ces chiffres sont compatibles avec les constats d'une féminisation des comportements d'alcoolisation chez les jeunes, en particulier chez les mineurs d'âge (voir 6.2.1.).

En résumé, les données publiées par l'Agence intermutualiste, bien qu'intéressantes et utiles pour nous éclairer sur les conséquences de la consommation d'alcool, doivent être considérées avec prudence en raison du manque de sensibilité et de spécificité de l'indicateur. Il pourrait être utile de mesurer ces paramètres afin de pouvoir corriger l'estimation, par exemple en réalisant une enquête auprès d'un échantillon de services d'urgence dans le but de mieux connaître leur pratique d'utilisation des tests d'alcoolémie.

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 incluses 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)<sup>522</sup>.

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.

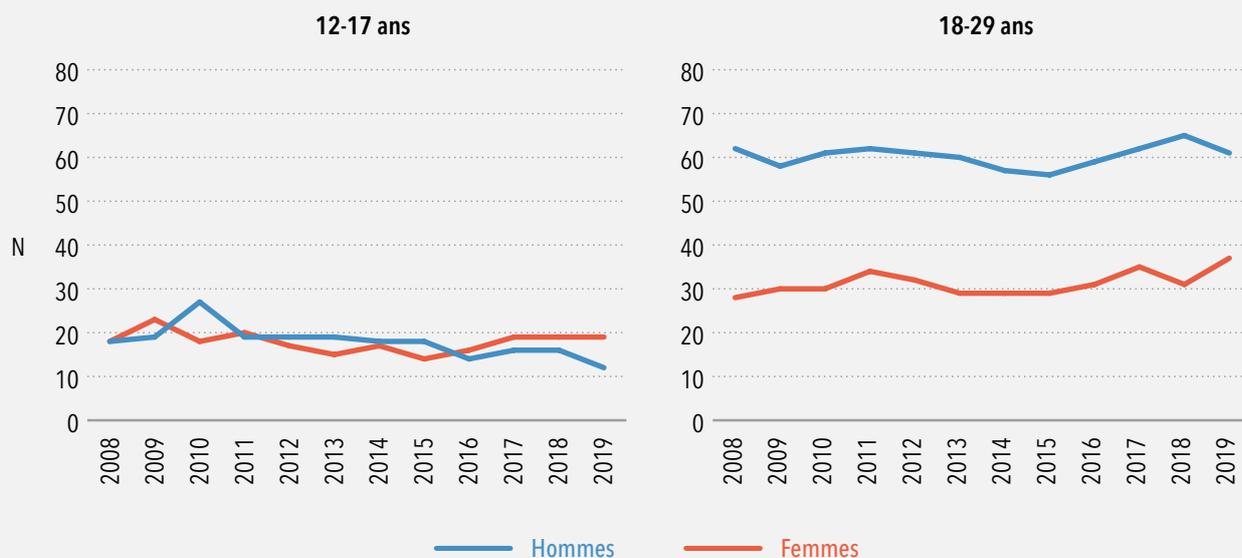
<sup>522</sup> On sait par exemple, qu'en cas d'accidents de la route avec dégâts corporels, un test d'alcoolémie doit légalement être réalisé auprès des conducteur·rices impliqués. En cas d'accidents légers, il est généralement réalisé par les services de police, mais en cas d'accidents graves, il est 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 56 : Nombre d'intoxications alcooliques supposées par 10.000 bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire en Région bruxelloise, ventilé par tranche d'âge, 2008-2019**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
12-17 ans	18	21	23	19	18	17	17	16	15	17	18	15
18-29 ans	45	43	45	47	46	44	42	42	45	48	48	49
30-44 ans	51	54	49	47	47	48	47	42	46	49	49	50
45-64 ans	86	82	82	79	81	77	72	72	74	77	78	74
65 ans et +	62	58	67	71	66	66	65	64	73	88	83	80

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, 2008-2019



Source : Agence intermutualiste

### 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

Tableau 57 : Nouveau-nés pris en charge dans un service de néonatalogie suite à une exposition à l'alcool ou aux drogues en Région bruxelloise, 2016-2018

	2016 N	2017 N	2018 N
Nouveau-né affecté par une anesthésie et par une analgésie au cours de la grossesse, du travail et de l'accouchement (médicaments opioïdes)	7	<5	<5
Nouveau-né affecté par un usage maternel d'autres médicaments	2	<5	6
Nouveau-né affecté par un usage maternel d'alcool	3	<5	<5
Nouveau-né affecté par un usage maternel de cocaïne	1	<5	6
Nouveau-né affecté par un usage maternel d'une autre drogue d'abus	2	<5	<5
Nouveau-né ayant présenté des symptômes de sevrage à un usage maternel de drogue	1	<5	6
Total	16	17	23
Nombre total de naissances	17.923	17.709	17.377

Source : Résumé infirmier minimum (Service Data management du SPF Santé publique)

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 57](#), 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).

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 paraît 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<sup>523</sup>. 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 (général 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 2019 une demande de traitement dans un service spécialisé en assuétudes ou dans un hôpital (général ou psychiatrique<sup>524</sup>) en Région bruxelloise.

523 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.

524 Les prises en charge de problématiques d'assuétudes sont courantes dans les hôpitaux psychiatriques.

## LA SITUATION EN 2019

### 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 3.568 en 2019 dans les centres participant actuellement à la récolte de cet indicateur en Région bruxelloise (services spécialisés et hôpitaux). Ce nombre correspondait à 3.139 patient-es uniques<sup>525</sup>, dont l'âge et le sexe étaient précisés pour 3.080 d'entre

.....  
525 L'utilisation du numéro de registre national comme identifiant unique permettant d'éliminer les doublons n'est pas systématique. En Région bruxelloise, 37,4 % des demandes de traitement ont été enregistrées de manière anonyme en 2019.

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 (82 %). 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 40 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.).

Comme on peut le voir sur le [tableau 58](#), l'âge et le sexe des patient-es peuvent considérablement varier en fonction du produit principal<sup>526</sup>. Par exemple, la proportion de femmes est plus importante pour les hypno-sédatifs (28,4 %) et, dans une moindre mesure, l'alcool (26,8 %) que pour les autres produits, en particulier les opiacés (11,6 %). De même, la proportion de patient-es de moins de 25 ans est comparativement plus importante pour le cannabis (18,2 %), alors qu'elle est marginale pour les autres produits. Au total, 0,8 % des patient-es ont moins de 18 ans, et on retrouve ces mineurs au niveau de tous les produits (alcool : 0,8 % ; opiacés : 0,5 % ; cocaïne : 0,9 % ; 0,7 % ; hypno-sédatifs : 1,7 %). La proportion de patient-es de 55 ans et + est plus importante pour l'alcool (19,1 %) et les hypno-sédatifs (17,3 %) que pour les autres produits (9 % pour les opiacés et 4 % voire moins pour les autres produits). On notera aussi que 4 % des patient-es ayant introduit une demande pour un problème avec l'alcool et 2,6 % de ceux qui en ont introduit une pour un problème avec les hypno-sédatifs ont 65 ans ou davantage. Les seniors ne sont donc pas épargnés par l'usage problématique de certains produits 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.

.....  
526 Le produit principal est défini comme celui qui pose le plus de problèmes à l'usager-e lors de l'introduction de la demande de traitement. Son identification repose généralement sur la demande faite par les usager-es et/ou sur le diagnostic posé par le professionnel. 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).

**Tableau 58 : 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, 2019**

	24 ans et - %	25-34 ans %	35-44 ans %	45-54 ans %	55-64 ans %	65 ans et + %	Total %
<b>Tous produits</b>							
Hommes (n=2.402)	4,7	19,7	26,5	19,1	6,8	1,1	78
Femmes (n=678)	1,2	4,9	6,6	5,2	3,1	1,0	22
Total (N=3.080)	6,0	24,6	33,1	24,3	9,9	2,1	100
<b>Alcool</b>							
Hommes (n=1.089)	2,6	13	24,1	21,9	9,5	2,1	73,2
Femmes (n=399)	0,8	3,4	7,7	7,5	5,5	1,9	26,8
Total (N=1.488)	3,4	16,4	31,8	29,4	15,1	4,0	100
<b>Opiacés</b>							
Hommes (n=375)	3,5	20,8	28,3	28,1	7,5	0,2	88,4
Femmes (n=49)	0,7	4,7	3,3	1,9	0,9	0	11,6
Total (N=424)	4,2	25,5	31,6	30	8,5	0,2	100
<b>Cocaïne</b>							
Hommes (n=484)	4,8	27,5	33,8	13,3	3,2	0	82,7
Femmes (n=101)	1,4	5,0	7,5	3,1	0,3	0	17,3
Total (N=585)	6,2	32,5	41,4	16,4	3,6	0	100
<b>Cannabis</b>							
Hommes (n=242)	15,2	30,4	21,1	11,9	1,3	0	79,9
Femmes (n=61)	3,0	9,6	3,6	3,6	0,3	0	20,1
Total (N=303)	18,2	39,9	24,8	15,5	1,7	0	100
<b>Hypnotiques/sédatifs</b>							
Hommes (n=83)	9,5	23,3	23,3	6,9	7,8	0,9	71,6
Femmes (n=33)	0	6,0	8,6	5,2	6,9	1,7	28,4
Total (N=116)	9,5	29,3	31,9	12,1	14,7	2,6	100

Source : Sciensano

## DESCRIPTION DES PATIENT-ES PAR PRODUIT PRINCIPAL

Globalement, il apparaît 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 donc 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.

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 2019 dans les services spécialisés sont, par ordre d'importance, l'alcool (36,9 %), la cocaïne/crack (24,4 %), les opiacés (18 %), et cannabis (10,8 %). Les hypnotiques et sédatifs sont mentionnés en produit principal par 3,7 % des demandeurs. Dans les hôpitaux, la répartition est sensiblement différente, puisque l'alcool est de loin la substance principale la plus fréquemment évoquée (78 %). Les autres produits (opiacés, cocaïne et cannabis) sont mentionnés dans environ 2 % à 7 % des cas, et les hypnotiques/sédatifs<sup>527</sup> dans 4 % des cas.

Dans les services spécialisés, près de la moitié des patient-es sont pris en charge dans des centres ambulatoires (46,8 %), 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 (63 %) ou de cocaïne (47,6 %) alors

qu'elles sont nettement moins fréquentes pour les usages problématiques d'alcool ou de cannabis (28,2 % et 29,9 %).

La plupart des patient-es ont des antécédents thérapeutiques liés à une problématique d'assuétude, tant dans les services spécialisés (67,9 %) que dans les hôpitaux (54,4 %). 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 (91,8 % 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 (45,7 % dans les services spécialisés et 41 % dans les hôpitaux).

Une grande partie des patient-es (58,4 % dans les services spécialisés et 44,2 % dans les hôpitaux) ont introduit la demande de traitement de leur propre initiative, et un peu plus d'un quart (26,3 % dans les services spécialisés et 38,5 % dans les hôpitaux) suite à une réorientation<sup>528</sup>. Les demandes émanant du secteur de la justice sont citées par 6,1 % des patient-es dans les services spécialisés, alors qu'elles sont très rares dans les hôpitaux (1,2 %), 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 (14,1 % dans les services spécialisés et 3,2 % dans les hôpitaux).

Dans les services spécialisés, 16,5 % des patient-es ont mentionné avoir déjà eu recours à l'injection (contre 4,7 % 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, plus de la moitié (44,7 % dans les services spécialisés et 43,8 % dans les hôpitaux) ont déclaré avoir déjà partagé au moins une fois des aiguilles ou des seringues avec une autre personne. Et pour

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 apparaît 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.

ceux qui ont déjà eu recours au partage, il avait eu lieu endéans les 30 derniers jours pour 12,5 % d'entre eux dans les services spécialisés et pour 8,3 % dans les hôpitaux. L'âge de la première injection est de 24,6 ans dans les services spécialisés et de 23,8 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 : 52,7 % dans les services spécialisés et 29 % 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, 34,9 % des patient-es ayant mentionné la cocaïne en produit principal ont également un usage problématique d'alcool, et 37 % 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 (37,5 % dans les services spécialisés et 27,8 % dans les hôpitaux). Signalons aussi que 9,3 % des patient-es dans les services spécialisés et 7,7 % 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.

527 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 intégrés aux tableaux descriptifs afin de ne pas alourdir la présentation. Ces demandes sont par contre reprises dans la colonne «Tous produits», au même titre que d'autres produits mentionnés de manière anecdotique en produit principal (hallucinogènes, inhalants volatiles, MDMA, etc.).

528 La réorientation est ici définie comme toute demande impulsée par un autre service d'aide aux patient-es : un service social, un autre centre pour usager-es de drogues, un médecin généraliste, et enfin un hôpital ou un autre service médical.

**Tableau 59 : 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, 2019**

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
N	2.264	836	408	553	244	858	669	18	46	62
% des patients	100	36,9	18,0	24,4	10,8	100	78,0	2,1	5,4	7,2
<b>Sexe (%)</b>										
Hommes	82,2	77,5	89,5	84,1	84,0	66,9	68,0	66,7	63,0	64,5
Femmes	17,8	22,5	10,5	15,9	16,0	33,1	32,0	33,3	37,0	35,5
non-réponses (n)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Âge (années)</b>										
Moyenne	39,1	42,4	40,4	37,1	33,4	45,1	46,6	45,1	39,0	35,5
Médiane	39	42	39	37	32	45	47	48	38	35
non-réponses (n)	41	16	2	14	3	1	1	0	0	0
<b>Type de traitement (%)</b>										
Bas seuil	41,1	28,2	63,0	47,6	29,9	0	0	0	0	0
Ambulatoire	46,8	57,5	29,4	38,9	60,2	0	0	0	0	0
Résidentiel	12,1	14,2	7,6	13,6	9,8	100	100	100	100	100
<b>Origine de la demande (%)</b>										
Propre initiative	58,4	53,7	65,3	66,4	51,7	44,2	45,8	38,9	45,7	37,1
Famille/amis	8,8	8,0	9,3	8,8	9,0	15,3	14,3	16,7	19,6	16,1
Réorientation	26,3	31,9	22,6	18,8	23,9	38,5	37,8	44,4	34,8	43,5
Justice	6,1	6,2	2,8	5,4	14,1	1,2	1,1	0	0	3,2
Autre	0,4	0,2	0	0,6	1,3	0,8	1,1	0	0	0
non-réponses (n)	88	33	19	17	10	6	5	0	0	0
<b>Logement (%)</b>										
Domicile fixe	53,1	56,2	46,9	49,1	62,6	89,8	90,3	83,3	84,8	87,1
Logements variables	13,0	13,2	12,1	14,5	7,8	3,4	3,1	0	6,5	3,2
Dans la rue	20	16,9	27,2	23,5	10,7	3,5	3,4	0	6,5	6,5
Institution	9,6	10,9	9,8	8,3	9,1	3,0	2,8	16,7	2,2	3,2
Prison	4,1	2,6	4,0	4,5	9,5	0	0	0	0	0
Autre	0,2	0,2	0	0,2	0,4	0,2	0,3	0	0	0
non-réponses (n)	74	35	11	21	1	1	1	0	0	0
<b>Situation de cohabitation (%)</b>										
Seul	48,8	49,9	51,6	46,1	49,7	46,2	48,5	26,7	42,2	40
En couple	20,1	21,6	20,9	21,3	13,0	32,0	32,0	53,3	20	26,7
Avec parents/famille	15,8	13,9	14,3	13,2	29,0	18,8	16,3	20	28,9	33,3
Avec amis	14,7	14,2	12,5	18,9	7,3	3,0	3,1	0	8,9	0
Autre	0,6	0,4	0,6	0,7	1,0	0	0	0	0	0
non-réponses (n)	127	60	18	29	6	1	1	0	0	0
<b>Scolarité (%)</b>										
Non scolarisé	4,0	2,7	6,5	3,4	2,9	2,4	2,2	0	4,5	0
Primaire	22,9	19,6	25,8	21,8	32,7	22,0	19,2	27,8	45,5	33,9
Secondaire	53,4	52,0	54,3	58,0	50	44,5	44,5	66,7	36,4	61,0
Supérieur	18,4	24,6	10,9	15,8	12,5	30,6	33,5	5,6	13,6	5,1
Autre	1,3	1,1	2,5	0,9	1,9	0,5	0,6	0	0	0
non-réponses (n)	522	209	86	117	36	26	19	0	2	3

**Tableau 59 : 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, 2019**

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
<b>Source de revenu (%)</b>										
Salaire/revenu de travail	17,1	17,7	14,8	18,4	18,3	25,0	27,0	16,7	21,7	16,4
Allocation de chômage	8,6	7,4	9,7	7,1	14,0	9,8	9,1	0	13,0	14,8
Bourse d'études	0,2	0,1	0,3	0	0,4	0	0	0	0	0
Indemnité pour maladie ou invalidité	30,3	34,9	26,7	30,4	22,7	42,1	41,2	61,1	52,2	36,1
Revenu minimum ou CPAS	15,6	16,6	12,9	16,2	17,9	9,4	9,2	22,2	8,7	11,5
Allocations familiales	0,2	0,4	0	0	0	0,6	0,5	0	0	1,6
Pension de retraite ou de survie	1,4	3,2	0,5	0	0	7,3	8,4	0	0	1,6
Aucun revenu propre	25,9	19,3	34,2	27,5	24,9	5,3	4,0	0	4,3	18,0
Autre	0,6	0,4	0,8	0,4	1,7	0,6	0,6	0	0	0
non-réponses (n)	247	94	37	59	15	21	18	0	0	1
<b>Traitement antérieur (%)</b>										
Oui	67,9	64,8	91,8	64,4	45,7	54,4	54,3	66,7	78,3	41,0
Non	32,1	35,2	8,2	35,6	54,3	45,6	45,7	33,3	21,7	59,0
non-réponses (n)	544	208	78	157	56	5	2	0	0	1
<b>Comportement d'injection (%)</b>										
Jamais	83,5	91,2	65,8	81,9	94,0	95,3	97,0	75,0	86,4	96,6
Oui, les 30 derniers jours	2,6	0,2	6,3	2,8	0	0,9	0	12,5	2,3	0
Oui, les 12 derniers mois	0,8	0,3	0,9	1,1	0	0,4	0,2	0	2,3	0
Oui, il y a plus de 12 mois	5,6	4,0	14,6	3,5	1,5	2,9	2,7	6,3	4,5	3,4
Oui, non précisé	7,5	4,4	12,5	10,8	4,5	0,5	0,2	6,3	4,5	0
non-réponses (n)	448	178	72	90	44	44	28	2	2	3
<b>Polyconsommation problématique (%)</b>										
Non	47,3	62,1	36,3	33,5	53,7	71,0	77,1	27,8	43,5	69,4
Oui	52,7	37,9	63,7	66,5	46,3	29,0	22,9	72,2	56,5	30,6
Avec alcool	18,0	0	21,1	34,9	25,8	7,2	0	22,2	37,0	14,5
Avec opiacés	9,4	5,9	0	17,5	4,1	1,4	0,7	0	6,5	1,6
Avec cocaïne	19,0	20,3	37,5	0	16,0	6,8	5,8	27,8	0	3,2
Avec cannabis	18,6	17,6	16,7	25,0	0	13,9	13,0	38,9	23,9	0
Avec hypno-sédatifs	9,3	6,7	15,4	10,3	3,7	7,7	7,8	33,3	10,9	0

Source : Sciensano

## DESCRIPTION DES PATIENT·ES AVEC ET SANS ANTÉCÉDENTS THÉRAPEUTIQUES PAR PRODUIT PRINCIPAL

Les **tableaux 60 et 61** 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 (18,5 % *versus* 7,4 %). Ces derniers y sont à l'inverse plus fréquemment en traitement pour un usage problématique d'opiacés que les patient·es primo-demandeurs (25,9 % *versus* 4,9 %). 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 avec des antécédents thérapeutiques sont plus fréquemment pris en charge dans les services spécialisés à bas seuil d'accès que les patient·es sans antécédents thérapeutiques (39 % *versus*

13 %), lesquels sont davantage pris en charge dans les structures ambulatoires (73,6 % *versus* 45,8 %, pour les patient·es avec antécédents).

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 n'est visible que dans les services spécialisés (61,7 % *versus* 27,1 %) et non dans les hôpitaux (47,8 % *versus* 40,1 %). 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, amis) 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 60 : 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, 2019**

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
N	1.168	407	303	255	86	464	362	12	36	25
% des patients avec antécédents	100	34,8	25,9	21,8	7,4	100	78,0	2,6	7,8	5,4
% total des patients	51,6	18,0	13,4	11,3	3,8	54,1	42,2	1,4	4,2	2,9
<b>Sexe (%)</b>										
Hommes	82,7	75,4	89,1	85,1	89,5	67,7	68,5	83,3	61,1	68,0
Femmes	17,3	24,6	10,9	14,9	10,5	32,3	31,5	16,7	38,9	32,0
non-réponses (n)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Âge (années)</b>										
Moyenne	41,7	44,6	41,9	39,7	36,7	45,2	46,1	50,3	39,4	39,1
Médiane	41	45	42	39	37	45	46	49	38	41
non-réponses (n)	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0
<b>Type de traitement (%)</b>										
Bas seuil	39,0	22,9	54,5	43,5	38,4	0	0	0	0	0
Ambulatoire	45,8	59,2	35,6	36,1	53,5	0	0	0	0	0
Résidentiel	15,2	17,9	9,9	20,4	8,1	100	100	100	100	100
<b>Origine de la demande (%)</b>										
Propre initiative	61,7	56,4	63,1	69,7	63,1	47,8	49,3	41,7	52,8	44,0
Famille/amis	5,7	5,3	7,3	5,2	3,6	13,3	10,9	16,7	22,2	20
Réorientation	27,2	33,5	26,1	19,5	23,8	36,5	37,3	41,7	25,0	32,0
Justice	4,9	4,5	3,5	5,2	8,3	2,0	2,0	0	0	4,0
Autre	0,4	0,3	0	0,4	1,2	0,4	0,6	0	0	0
non-réponses (n)	36	10	16	4	2	6	5	0	0	0
<b>Logement (%)</b>										
Domicile fixe	54,5	59,4	55,1	46,2	53,5	87,9	89,2	75	83,3	80
Logements variables	12,5	14,4	8,5	15,1	8,1	3,7	3,3	0	5,6	4,0
Dans la rue	15,7	10,6	20,7	19,1	7,0	4,1	3,6	0	8,3	12,0
Institution	12,7	13,1	11,2	13,9	18,6	4,1	3,6	25	2,8	4,0
Prison	4,4	2,2	4,4	5,2	12,8	0	0	0	0	0
Autre	0,3	0,2	0	0,4	0	0,2	0,3	0	0	0
non-réponses (n)	20	3	9	4	0	1	1	0	0	0
<b>Situation de cohabitation (%)</b>										
Seul	53,3	54,1	51,6	52,7	63,8	51,9	54,4	33,3	42,9	54,2
En couple	21,8	23,0	25,0	21,2	5,2	25,4	24,4	44,4	20	20,8
Avec parents/famille	12,3	9,4	13,5	11,3	24,1	19,3	17,5	22,2	31,4	25,0
Avec amis	12,0	13,0	9,0	14,3	5,2	3,4	3,7	0	5,7	0
Autre	0,6	0,6	0,8	0,5	1,7	0	0	0	0	0
non-réponses (n)	39	14	13	4	1	0	0	0	0	0
<b>Scolarité (%)</b>										
Non scolarisé	3,6	2,8	5,8	1,9	0	2,0	1,7	0	5,7	0
Primaire	26	21,7	29,3	27,4	27,8	28,5	25,4	25,0	51,4	43,5
Secondaire	53,0	49,8	52,1	59,5	62	42,5	43,3	75,0	28,6	52,2
Supérieur	16,6	25,4	12,0	10,2	6,3	26,7	29,3	0	14,3	4,3
Autre	0,8	0,3	0,8	0,9	3,8	0,2	0,3	0	0	0
non-réponses (n)	222	80	61	40	7	15	11	0	1	2

**Tableau 60 : 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, 2019**

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
<b>Source de revenu (%)</b>										
Salaire/revenu de travail	12,2	11,9	17,2	8,2	9,6	18,2	19,6	8,3	19,4	8,3
Allocation de chômage	7,6	6,2	11,3	4,3	12,0	7,0	6,4	0	8,3	8,3
Bourse d'études	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Indemnité pour maladie ou invalidité	42,4	50	32,8	43,8	32,5	54,4	53,2	75,0	61,1	58,3
Revenu minimum ou CPAS	18,2	18,9	13,5	22,3	25,3	10,7	10,4	16,7	8,3	16,7
Allocations familiales	0	0	0	0	0	0,2	0,3	0	0	0
Pension de retraite ou de survie	1,3	2,8	0,4	0	0	5,5	6,2	0	0	4,2
Aucun revenu propre	18,1	10,1	24,5	21,0	20,5	3,1	3,1	0	2,8	4,2
Autre	0,2	0	0,4	0,4	0	0,9	0,8	0	0	0
non-réponses (n)	94	21	29	22	3	8	5	0	0	1
<b>Comportement d'injection (%)</b>										
Jamais	76,4	87,4	61,9	71,3	85,9	91,7	94,5	60	82,9	95,7
Oui, les 30 derniers jours	3,5	0	7,7	4,6	0	1,4	0	20	2,9	0
Oui, les 12 derniers mois	1,1	0,3	1,2	1,9	0	0,7	0,3	0	2,9	0
Oui, il y a plus de 12 mois	9,8	6,6	19,4	6,9	4,2	5,3	5,0	10	5,7	4,3
Oui, non précisé	9,3	5,7	9,7	15,3	9,9	0,9	0,3	10	5,7	0
non-réponses (n)	229	89	56	39	15	30	19	2	1	2
<b>Polyconsommation problématique (%)</b>										
Non	45,5	62,4	38,3	28,2	48,8	64,9	71,5	25	44,4	64
Oui	54,5	37,6	61,7	71,8	51,2	35,1	28,5	75	55,6	36
Avec alcool	19,3	0	22,1	38,0	27,9	7,3	0	25	33,3	16
Avec opiacés	10,4	5,9	0	22,4	7,0	2,6	1,4	0	8,3	4
Avec cocaïne	19,6	17,4	35,0	0	19,8	9,1	8,3	33,3	0	4
Avec cannabis	19,3	18,2	16,5	26,7	0	17,9	16,9	50	27,8	0
Avec hypno-sédatifs	10,4	8,1	14,5	11,0	4,7	10,1	10,5	25	8,3	0

Source : Sciensano

**Tableau 61 : 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, 2019**

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
N	552	221	27	141	102	389	305	6	10	36
% des patients sans antécédents	100	40	4,9	25,5	18,5	100	78,4	1,5	2,6	9,3
% total	24,4	9,8	1,2	6,2	4,5	45,3	35,5	0,7	1,2	4,2
<b>Sexe (%)</b>										
Hommes	78,1	73,3	88,9	80,9	80,4	65,8	67,2	33,3	70	61,1
Femmes	21,9	26,7	11,1	19,1	19,6	34,2	32,8	66,7	30	38,9
non-réponses (n)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Âge (années)</b>										
Moyenne	36,6	41,8	36,8	34,2	30,5	45,0	47,2	34,7	37,6	33,0
Médiane	35	41	35	33	29	46	48	31	39	28
non-réponses (n)	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
<b>Type de traitement (%)</b>										
Bas seuil	13,0	1,8	74,1	15,6	4,9	0	0	0	0	0
Ambulatoire	73,6	84,2	22,2	69,5	80,4	0	0	0	0	0
Résidentiel	13,4	14	3,7	14,9	14,7	100	100	100	100	100
<b>Origine de la demande (%)</b>										
Propre initiative	27,1	26,4	11,5	33,1	29,2	40,1	41,6	33,3	20	33,3
Famille/amis	21,0	18,1	46,2	22,6	15,6	17,5	18,4	16,7	10	13,9
Réorientation	39,0	44,0	38,5	31,6	30,2	40,9	38,4	50	70	50
Justice	12,3	11,1	3,8	12,0	24,0	0,3	0	0	0	2,8
Autre	0,6	0,5	0	0,8	1,0	1,3	1,6	0	0	0
non-réponses (n)	24	5	1	8	6	0	0	0	0	0
<b>Logement (%)</b>										
Domicile fixe	75,7	75,3	51,9	78,7	88,1	92,5	91,8	100	90	94,4
Logements variables	7,4	7,8	7,4	7,4	2	2,8	2,6	0	10	2,8
Dans la rue	7,2	6,4	22,2	6,6	2	2,6	3,3	0	0	0
Institution	6,3	6,8	18,5	3,7	3	1,8	2,0	0	0	2,8
Prison	3,3	3,2	0	3,7	5	0	0	0	0	0
Autre	0,2	0,5	0	0	0	0,3	0,3	0	0	0
non-réponses (n)	9	2	0	5	1	0	0	0	0	0
<b>Situation de cohabitation (%)</b>										
Seul	39,6	41,5	57,1	36,0	37,0	39,1	41,3	16,7	40	28,6
En couple	24,7	26,7	14,3	31,2	19,6	40,2	41,3	66,7	20	31,4
Avec parents/famille	26,2	23,1	23,8	22,4	39,1	18,1	15,1	16,7	20	40
Avec amis	8,5	8,2	4,8	8,8	3,3	2,6	2,3	0	20	0
Autre	1,0	0,5	0	1,6	1,1	0	0	0	0	0
non-réponses (n)	15	4	1	6	2	1	1	0	0	0
<b>Scolarité (%)</b>										
Non scolarisé	4,0	2,8	16,7	3,5	4,3	2,9	2,7	0	0	0
Primaire	24,8	20,9	27,8	21,9	40,4	14,3	12,1	33,3	22,2	28,6
Secondaire	45,0	46,9	44,4	46,5	39,4	46,8	45,8	50	66,7	65,7
Supérieur	26,2	29,4	11,1	28,1	16,0	35,2	38,4	16,7	11,1	5,7
Autre	0	0	0	0	0	0,8	1,0	0	0	0
non-réponses (n)	105	44	9	27	8	11	8	0	1	1

**Tableau 61 : 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, 2019**

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
<b>Source de revenu (%)</b>										
Salaire/revenu de travail	35,0	33,8	25,0	46,2	32	33,2	36,0	33,3	30	22,2
Allocation de chômage	13,4	11,3	8,3	13,1	17,5	13,0	12,0	0	30	19,4
Bourse d'études	0,6	0,5	4,2	0	1,0	0	0	0	0	0
Indemnité pour maladie ou invalidité	17,5	20,6	12,5	15,4	18,6	27,1	26,7	33,3	20	22,2
Revenu minimum ou CPAS	11,4	12,7	12,5	9,2	13,4	8,0	7,9	33,3	10	8,3
Allocations familiales	0,4	0,5	0	0	0	1,1	0,7	0	0	2,8
Pension de retraite ou de survie	2,0	4,9	0	0	0	9,6	11,3	0	0	0
Aucun revenu propre	18,7	14,2	37,5	16,2	15,5	7,7	5,1	0	10	25,0
Autre	1,0	1,5	0	0	2,1	0,3	0,3	0	0	0
non-réponses (n)	44	17	3	11	5	13	13	0	0	0
<b>Comportement d'injection (%)</b>										
Jamais	95,3	97,3	83,3	96,4	100	99,5	100	100	100	97,1
Oui, les 30 derniers jours	2,7	0,5	11,1	1,8	0	0,3	0	0	0	0
Oui, les 12 derniers mois	0,7	0,5	0	0,9	0	0	0	0	0	0
Oui, il y a plus de 12 mois	1,3	1,6	5,6	0,9	0	0,3	0	0	0	2,9
Oui, non précisé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
non-réponses (n)	105	37	9	30	15	14	9	0	1	1
<b>Polyconsommation problématique (%)</b>										
Non	58,0	70,6	55,6	46,8	58,8	78,1	83,6	33,3	40	72,2
Oui	42,0	29,4	44,4	53,2	41,2	21,9	16,4	66,7	60	27,8
Avec alcool	16,1	0	11,1	30,5	24,5	6,9	0	16,7	50	13,9
Avec opiacés	4,2	3,2	0	3,5	2	0	0	0	0	0
Avec cocaïne	13,0	17,6	25,9	0	6,9	4,1	3	16,7	0	2,8
Avec cannabis	15,9	15,4	22,2	18,4	0	9	8,5	16,7	10	0
Avec hypno-sédatifs	4,3	2,3	7,4	2,8	2,0	4,9	4,6	50	20	0

Source : Sciensano

## TENDANCES ET ÉVOLUTION

On constate en Région bruxelloise, sur la période 2011-2017, une augmentation des demandes de traitement enregistrées auprès des centres spécialisés en assuétudes ainsi que dans les hôpitaux (voir [Tableau 62](#))<sup>529</sup>. Cette augmentation s'explique en partie par une augmentation du nombre de centres participants. Nous ne sommes pas en mesure de déterminer si l'augmentation résiduelle s'explique par une augmentation de la capacité d'accueil de certains services ou par une réelle augmentation du nombre de personnes en demande de soin. En

529 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.

2018 et 2019, le nombre de demandes de traitement a légèrement diminué par rapport à 2017.

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. Ces tendances restent toutefois difficiles à interpréter car elles peuvent être impactées par différents facteurs indépendants de changements de pratique ou de profil au niveau des consommateurs (fluctuation de la capacité d'accueil des

services, réorganisation interne du travail dans certains services, etc.).

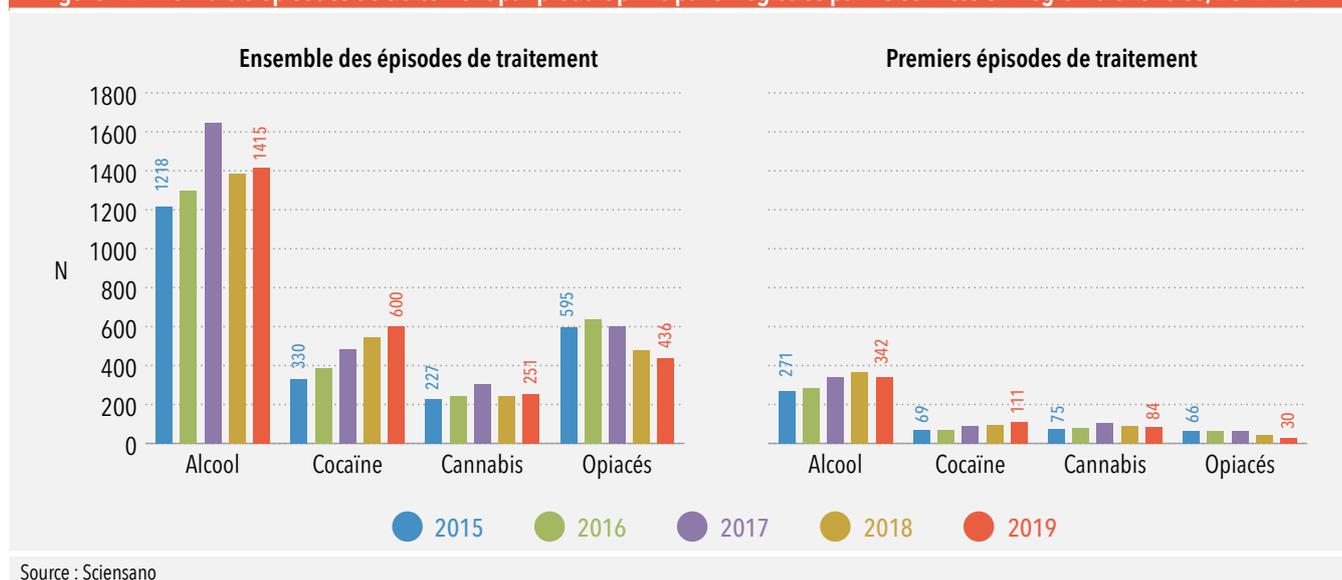
Comme on peut le voir sur la [figure 42](#), les épisodes de traitement liés à l'alcool (en produit principal) ont augmenté au cours de la période étudiée, tant pour l'ensemble des demandes que pour les premières demandes. Nous n'avons pas d'explication à l'importante augmentation constatée en 2017. On constate également une importante augmentation du nombre d'épisodes où la cocaïne est mentionnée en produit principal, à la fois pour l'ensemble des demandes et pour les primo-demandes. Parallèlement, les épisodes de traitement pour un usage problématique d'opiacés sont en nette diminution. Enfin, on observe une relative stabilité des épisodes relatifs au cannabis, tant sur l'ensemble des demandes qu'au niveau des primo-demandes.

**Tableau 62 : Évolution de la récolte des demandes de traitement en Région bruxelloise, 2011-2019**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Services spécialisés (N)	9	9	10	14	18	17	18	18	18
N demandes de traitement	481	576	1389	1907	2387	2453	2735	2496	2540
N patients uniques*	413	540	1154	1750	2129	2142	2401	2190	2265
Traitement bas seuil	115	191	641	698	716	794	776	830	931
Traitement ambulatoire	123	191	357	770	1034	1037	1289	1035	1060
Traitement résidentiel	175	158	156	282	379	311	336	325	274
Hôpitaux (N)	0	3	1	6	11	11	11	11	10
N demandes de traitement	0	60	143	734	1048	1104	1211	1198	1028
N patients uniques*	0	58	132	647	851	928	939	979	874

\* après élimination (partielle) des demandes multiples.  
Source : Sciensano

**Figure 42 : Nombre d'épisodes de traitement par produit principal enregistrés par 18 services en Région bruxelloise, 2012-2019**



## LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS

L'augmentation inquiétante du nombre d'usager-es problématiques de cocaïne se confirme encore cette année. Dans le TDI, cette augmentation se marque surtout au niveau du crack. Elle touche également les usager-es d'héroïne, qui sont de plus en plus nombreux-ses à consommer de la cocaïne, ce qui se traduit par une augmentation de la polyconsommation héroïne-cocaïne, et pourrait aussi expliquer la diminution des demandes de traitement liées aux opiacés. Cette évolution, observable au niveau européen, est probablement favorisée par l'augmentation de la disponibilité et de la pureté du produit en Europe, qui s'explique par différents facteurs (EMCDDA, 2018c) : l'augmentation de la culture de coca en Amérique du Sud (notamment liée à une diminution des opérations de destruction des cultures), l'amélioration et la rationalisation des procédés de transformation des feuilles de coca en cocaïne, l'augmentation de la transformation de la cocaïne en sa forme chorhydrate directement dans les pays européens (ce qui facilite sa dissimulation lors de la phase d'importation), la diversification des modes d'acheminement et d'approvisionnement des consommateur-rices (cryptomarchés, call-center, applications de cryptage des communications...). Mais l'offre de drogues n'explique certainement pas tout. Il est possible que l'augmentation de la consommation de cocaïne soit également liée à un impact grandissant du néolibéralisme sur les valeurs sociétales et le fonctionnement social (en particulier dans la sphère du travail), qui sont de plus en plus imprégnées par l'exigence de performance et son corollaire, l'esprit de compétition. L'usage de psychostimulants n'est en effet pas le seul apanage des usages récréatifs, et certaines personnes en consomment de manière à améliorer leurs performances scolaires, professionnelles, sportives ou même sociales. Plusieurs professions sont d'ailleurs considérées comme particulièrement à risque, telles que les métiers de la restauration, de la communication ainsi que des arts et spectacles (INPES, 2010).

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) sont une option thérapeutique pharmacologique fréquemment proposée aux usager-es d'héroïne. Ils permettent aux usager-es dépendants de modifier leur consommation et leurs habitudes de vie afin de recouvrer une meilleure santé et une meilleure qualité de vie. Ils permettent en effet de réduire voire supprimer l'utilisation d'héroïne en prévenant les symptômes de sevrage et en réduisant le *craving* et l'appétence pour l'héroïne. Ils ont aussi un impact positif sur la réinsertion sociale, entraînent une diminution de la criminalité et de la mortalité liées à l'usage de drogues, ainsi que de la transmission de maladies infectieuses liées à l'injection (Marsch, 1998).

Les TSO sont des médicaments à base d'opiacés, qui agissent sur les mêmes récepteurs neuronaux que l'héroïne. Généralement administrés par voie orale, ils ont une longue durée d'action, ne sont pas associés à un pic au niveau des effets, et ceux-ci sont peu euphorisants. Ils permettent ainsi aux patients de vivre sans éprouver les signes de manque liés à l'arrêt de l'héroïne et sans être soumis à la tyrannie des effets renforçateurs du produit<sup>530</sup>. 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

530 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.

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<sup>531</sup>. La méthadone se présente sous forme de gélules ou de sirop, en préparation magistrale administrable par voie orale une à deux fois par jour. Le pharmacien-ne est tenu d'ajouter un excipient au produit de manière à le rendre insoluble et prévenir ainsi son injection. La buprénorphine se présente sous forme de comprimés à consommer par voie sublinguale, seule (Subutex®) ou en association avec de la naloxone (Suboxone®) de manière à en prévenir l'injection<sup>532</sup>.

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

531 La buprénorphine est un agoniste partiel des récepteurs opioïdes de type  $\mu_1$ , alors que la méthadone en est un agoniste complet. Cette différence fait que la méthadone a des effets davantage dose-dépendant, pouvant entraîner une dépression respiratoire en cas de surdose, alors que les effets de la buprénorphine n'augmentent plus une fois le plateau atteint. Cette dernière substance réduit donc fortement le risque d'overdose chez les personnes dépendantes aux opiacés, tout en provoquant moins d'analgésie et d'euphorie que la méthadone. Par conséquent, elle est moins indiquée chez les usager-es fortement dépendants aux opiacés.

532 La naloxone est inactive par voie orale/sublinguale alors qu'en cas d'injection ou de sniff, elle précipitera des symptômes de sevrage en bloquant les effets de la buprénorphine.

de méthadone ou de buprénorphine. Toutefois, cet enregistrement ne couvre pas les prescriptions en milieu hospitalier et en milieu carcéral, ni celles qui ne font pas l'objet d'un remboursement par la mutuelle. En outre, cet enregistrement ne permet pas de faire la distinction entre les traitements prescrits dans le cadre d'une dépendance aux opiacés de ceux prescrits dans le cadre d'un traitement de douleurs chroniques ou de soins palliatifs. Il est toutefois généralement admis que ces derniers traitements sont minoritaires. Enfin, un même patient-e peut avoir bénéficié à la fois d'un traitement à la méthadone et d'un traitement à la buprénorphine au cours d'une même année civile. Dans ce cas, il sera comptabilisé à la fois dans les traitements à la méthadone et dans ceux à la buprénorphine. En revanche, il ne sera repris qu'une seule fois dans la comptabilisation qui reprend les deux (ligne «Total»). À noter que les personnes dont le TSO a été initié dans un service spécialisé en assuétudes participant au TDI sont également enregistrées dans cet indicateur des demandes de traitement, et ce lors de l'année d'initiation du traitement.

## LA SITUATION EN 2019

Le nombre de patient-es mutualisés résidant en Région bruxelloise et ayant bénéficié au moins une fois d'un traitement de substitution aux opiacés<sup>533</sup> en 2019 s'élevait à 2.153, ce qui correspond à 0,22 % de la population bruxelloise de 15 ans et plus. Les traitements à base de méthadone sont beaucoup plus fréquemment délivrés que ceux à base de buprénorphine (environ 6 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) et l'âge du premier traitement (vers 36 ans en moyenne en

.....  
533 Certains patient-es (n=84) ont à la fois bénéficié d'un traitement à la méthadone et d'un traitement à la buprénorphine en 2016. Nous ne les avons comptabilisés qu'une seule fois dans le calcul du total.

Région bruxelloise, selon les données TDI). La prescription des TSO baisse ensuite fortement dans les tranches d'âge plus âgées, probablement en raison de l'espérance de vie réduite des usager-e-s d'opiacés, mais aussi parce qu'un certain nombre d'entre eux/elles ont pu évoluer vers l'abstinence.

## 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. Cette diminution semble être due à une réduction du nombre de consommateurs d'héroïne ainsi qu'à une raréfaction du nombre de médecins prescripteurs, qui rendrait plus compliqué l'accès à un TSO.

**Tableau 63 : 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, 2019**

	15-24 ans %	25-34 ans %	35-44 ans %	45-54 ans %	55-64 ans %	65-74 ans %	75 ans et + %	Total %
<b>Méthadone</b>								
Femmes (n=367)	0,3	2,0	3,4	7,9	4,7	0,8	0,2	19,3
Hommes (n=1.539)	0,2	5,4	17,6	38,4	16,7	2,2	0,4	80,7
Total (N=1.906)	0,4	7,4	21,0	46,3	21,5	2,9	0,5	100
<b>Buprénorphine</b>								
Femmes (n=67)	0,6	4,0	4,3	8,3	2,8	0,3	0,3	20,6
Hommes (n=258)	0,3	8,3	25,8	32,9	10,2	1,8	0,0	79,4
Total (N=325)	0,9	12,3	30,2	41,2	12,9	2,2	0,3	100
<b>Total</b>								
Femmes (n=419)	0,3	2,1	3,5	8,0	4,6	0,7	0,3	19,5
Hommes (n=1.734)	0,2	5,8	18,3	37,9	16,0	2,1	0,2	80,5
Total (N=2.153)	0,5	7,8	21,8	45,9	20,6	2,8	0,5	100

Source : INAMI-Pharmanet

**Tableau 64 : Évolution du nombre de patient-es de 15 ans et + ayant bénéficié d'un traitement à base de méthadone et/ou de buprénorphine en Région bruxelloise, 2011-2019**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
N total	2.566	2.535	2.525	2.497	2.431	2.395	2.322	2.234	2.153
N méthadone	2.354	2.333	2.309	2.280	2.220	2.165	2.078	1.985	1.906
N buprénorphine	261	251	267	272	265	316	328	339	325

Source : INAMI-Pharmanet

## 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**<sup>534</sup> 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

534 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'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.

### 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<sup>535</sup>. 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 prise en charge. Dans un second temps,

535 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.

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 2018

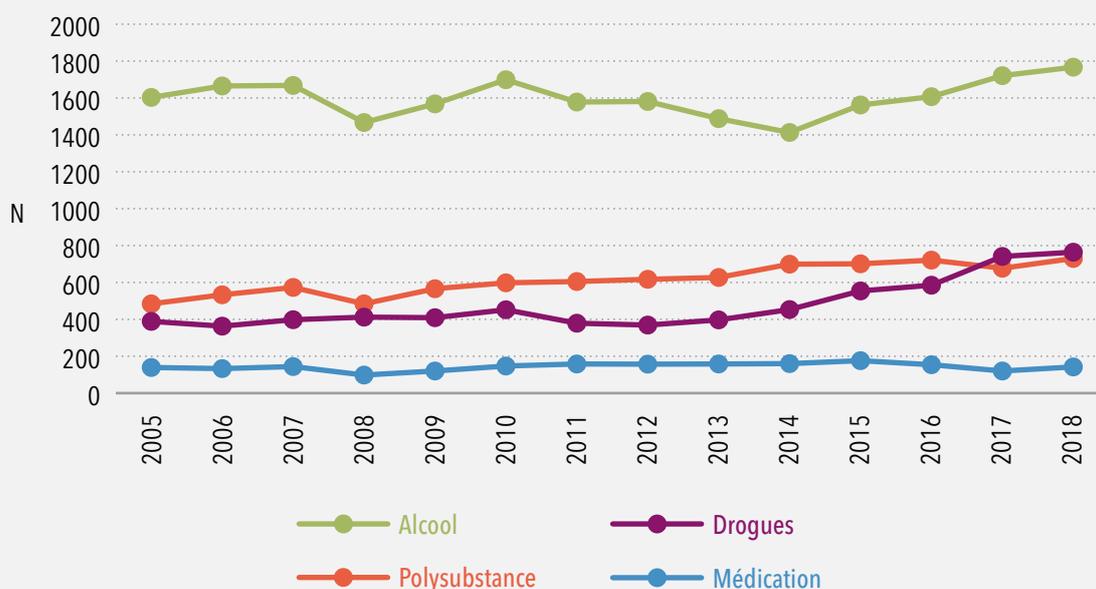
Sur la période 2005-2018, un total de 124.804 séjours (tous diagnostics confondus) ont été clôturés en Région bruxelloise dans les hôpitaux psychiatriques et dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux, parmi lesquels 39.673 séjours (31,8 %) ont débouché sur un **diagnostic d'abus ou de dépendance 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 17,9 % des séjours comptabilisés sur la période 2005-2018. Un diagnostic d'abus ou de dépendance à une seule drogue ou à plusieurs produits (polyconsommation) a

été posé dans 12,2 % des séjours enregistrés sur cette même période, les diagnostics de polyconsommation problématique étant plus fréquemment posés que ceux liés à l'usage d'une seule drogue (6,9 % *versus* 5,3 %). 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 2005-2018.

En ce qui concerne la **prévalence des doubles diagnostics**, les troubles dépressifs (21,4 %) ainsi que, dans une moindre mesure, les troubles de la personnalité (12,6 %) ont fréquemment été établis lors des séjours en psychiatrie où un diagnostic d'abus ou de dépendance à un ou plusieurs produits a été posé. Ce niveau de prévalence est similaire à ce qui est observé sur ce type de population (i.e. personnes prises en charge dans les services de psychiatrie) dans la plupart des pays européens (Torrens et al., 2015). Mais il est supérieur à ce que l'on observe dans la population des usager-e-s d'alcool et de drogues : dans la mesure où les services de psychiatrie sont nombreux à proposer une prise en charge spécifique des problématiques de double diagnostic, ils «attirent» naturellement ce type de patient-es.

On observe une prévalence différenciée en fonction des produits. Ainsi, les troubles dépressifs, les troubles de l'adaptation, ainsi que les troubles anxieux sont plus fréquents lors d'un diagnostic d'abus ou de dépendance aux médicaments psychotropes (ou, dans une moindre mesure, à l'alcool, en ce qui concerne les troubles dépressifs) que lors d'un diagnostic d'usage problématique à une drogue unique ou à plusieurs produits. À l'inverse, la schizophrénie et les autres troubles psychotiques sont plus fréquemment établis lors d'un diagnostic d'abus ou de dépendance à une drogue unique que pour les autres types de diagnostic d'usage problématique d'une ou plusieurs substances. Le fait que les troubles anxieux sont plus fréquemment associés à un diagnostic d'abus ou de dépendance aux médicaments psychotropes (10,1 %) souligne le risque de mésusage associé à l'utilisation de ce genre de médicaments.

Figure 43 : Nombre de séjours clôturés dans les services psychiatriques de la Région bruxelloise, en fonction du type de diagnostic d'usage problématique, 2005-2018



Source : Service Data management du SPF Santé publique

**Tableau 65 : Prévalence des doubles diagnostics lors des séjours dans les services psychiatriques de la Région bruxelloise, selon le type de diagnostic, 2005-2018**

	Alcool	Drogue unique	Médicaments psychotropes	Poly-consommation	Total toutes substances
Nombre de séjours clôturés sur la période 2005-2018 avec diagnostic :	22.387	6.665	2.006	8.615	39.673
	%	%	%	%	%
Troubles dépressifs	26,3	12,8	37,4	11,6	21,4
Troubles de la personnalité	14,7	9,7	15,1	9,0	12,6
Troubles de l'adaptation	4,8	6,0	8,4	3,3	4,9
Schizophrénie	4,1	24,1	4,7	9,7	8,7
Troubles psychotiques	4,5	17,1	6,5	7,4	7,3
Troubles bipolaires	4,1	4,3	5,4	2,2	3,8
Troubles anxieux	3,8	3,0	10,1	1,9	3,6
Troubles du contrôle des impulsions	0,5	0,6	0,3	0,3	0,5
Troubles relationnels	0,2	0,5	0,7	0,2	0,3
Troubles des conduites alimentaires	0,3	0,6	0,5	0,2	0,3
Troubles de déficit de l'attention/hyperactivité	0,1	0,5	0,0	0,2	0,2

Source : Service Data management du SPF Santé publique

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 Sasse, Deblonde, Jamine, Ost, & Van Beckhoven, 2019).

536 Au 1er janvier 2013, la population résidant en Belgique s'élevait à 11.099.554 habitants, la population wallonne à 3.563.060 (soit environ 32 % de la population totale) et la population bruxelloise à 1.154.635 (soit environ 10 % de la population totale).

En revanche, l'usage de drogues par voie intraveineuse reste le facteur de risque principal de contraction du VHC, dont la prévalence d'infection est très élevée chez les usager·es de drogues par injection (UDI)<sup>537</sup>. Cette transmission élevée<sup>538</sup> 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

537 En Belgique, elle varierait de 47 à 85 %, suivant les estimations (Matheï, Robaey, Van Ranst, Van Damme & Buntinx, 2005).

538 Le VHC peut se transmettre, comme le VIH et le VHB, par voie sanguine, sexuelle ou verticale (de la mère à l'enfant, lors de la grossesse ou de l'accouchement). Les rapports sexuels non protégés restent les modes de transmission les plus fréquents du VIH et du VHB. Mais les transmissions sexuelles et verticales du VHC restent relativement rares puisqu'elles ne peuvent avoir lieu qu'en cas d'échange sanguin. Néanmoins, certaines pratiques sexuelles (rapports brutaux, sodomie, fisting) ainsi que la période des menstruations augmentent clairement le risque d'infection au VHC en cas de rapports non protégés.

La **prévalence des comportements d'injection** ne peut pas être estimée directement à l'aide d'enquêtes par questionnaire dans la population générale, parce que ces usager·es sont difficiles à approcher à l'aide des modalités de sélection et de prise de contact classiques. Il est néanmoins possible d'effectuer une estimation indirecte à partir de la méthode multiplicative, qui est une technique d'estimation proportionnelle qui se base sur le croisement de chiffres issus de bases de données distinctes.

Une récente utilisation de cette méthode (voir Ridder, 2015) a permis d'estimer à 25.000 (18.135-34.987) le nombre de personnes ayant déjà eu recours à l'injection sur l'ensemble de la Belgique en 2013. Si on pondère ce nombre en fonction de la taille relative des populations régionales enregistrée en 2013<sup>536</sup>, on avoisinerait donc les 2.600 personnes (1.886-3.640) ayant déjà eu recours à l'injection en Région bruxelloise. 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, et à 703 (538-935, IC 95 %) en Région bruxelloise (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). On estime toutefois que 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). 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.

d'injection (voir Hagan et al., 2001 ; Médecins du Monde, 2009).

Dans le cas du VHC, il existe aussi un risque de transmission en cas de partage du matériel de consommation par voie nasale (paille, billet, etc.), car les lésions nasales sont assez fréquentes chez les usager-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 professionnels 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

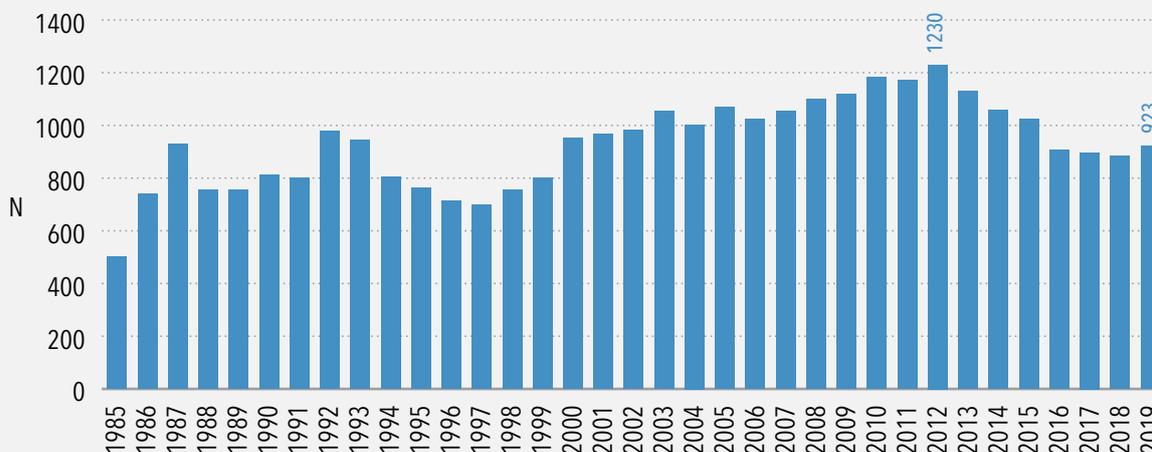
En Belgique, sept laboratoires de référence SIDA ont pour mission de réaliser des analyses de confirmation sur les échantillons suspectés séropositifs lors d'un test de dépistage. Ces analyses sont ensuite centralisées afin de monitorer annuellement le nombre et le profil des nouveaux cas d'infection au VIH.

D'après le dernier rapport (Sasse et al., 2020), depuis le début de l'épidémie et jusqu'au 31 décembre 2019, 32.635 personnes ont été diagnostiquées séropositives au VIH en Belgique<sup>539</sup>. 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 44). 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 2019, 923 nouveaux cas ont été diagnostiqués, ce qui constitue une augmentation par rapport à 2018 (+38 cas).

Selon les dernières estimations, parmi les 18.335 personnes qui vivaient

.....  
539 Parmi ces personnes séropositives, un total de 5.109 personnes ont été diagnostiquées malades du sida, et 2.750 personnes sont décédées des suites de la maladie.

Figure 44 : Évolution du nombre de nouveaux diagnostics d'infection au VIH : 1985-2019



Source : Sasse et al., 2020

actuellement avec le VIH en Belgique, 91 % ont été diagnostiquées, 89 % sont entrées en soins pour le VIH, 85 % ont été retenues en soins, 83 % ont reçu un traitement antirétroviral et 78 % ont une charge virale indétectable.

Au niveau national en 2019, parmi les modes de transmission les plus fréquemment impliqués dans l'infection<sup>540</sup>, on retrouve les rapports homosexuels (46 %) et les rapports hétérosexuels (51 %), alors que l'injection de drogues par voie intraveineuse ne serait impliquée que dans 1,5 % (n=10) 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.

Plus spécifiquement en Région bruxelloise, on peut voir dans la **figure 45** que chaque année quelques cas d'infection semblent encore liés aux pratiques d'injection. Néanmoins, toutes les personnes porteuses du virus ne sont bien entendu pas diagnostiquées, et les usager-es de drogues sont connus pour être sous-dépistés.

De manière générale, ces données confirment que l'infection au VIH est difficile à éradiquer et que certains groupes

de personnes (définis sur base de l'âge, du sexe, de la nationalité et du type de comportements à risques) sont plus touchés que d'autres. En outre, le profil des patient-es infectés évolue également au cours du temps. Par conséquent, il est essentiel que les programmes d'information et de prévention soient maintenus et qu'ils soient régulièrement adaptés et renforcés au niveau des populations les plus à risques.

### 7.7.2. LA PRÉVALENCE DES MALADIES INFECTIEUSES CHEZ LES USAGER-ES DE DROGUES

Les données issues du projet Lama<sup>541</sup> (Vanderwaeren, 2017) permettent de se faire une idée de la prévalence des maladies infectieuses chez les usager-e-s de drogues en Région bruxelloise. Elles indiquent que sur les 799 patient-es composant la file active en mars 2017, 63 % ont réalisé un dépistage de l'hépatite C. Parmi les patient-es dépistés, 40 % étaient séropositifs (présence d'anticorps anti-VHC). Et parmi les patient-es dont le dépistage a révélé les traces d'une infection au VHC, 60 % avaient

une charge virale (PCR) positive et ont donc développé une hépatite C chronique, les rendant par ailleurs contagieux. Le dépistage au VIH a quant à lui été réalisé chez 42,5 % de la file active, et le test s'est révélé positif pour 5,6 % d'entre eux (n=17). Ces données ne permettent pas de mise en relation avec les comportements d'injection ni avec les autres modes de contamination possibles.

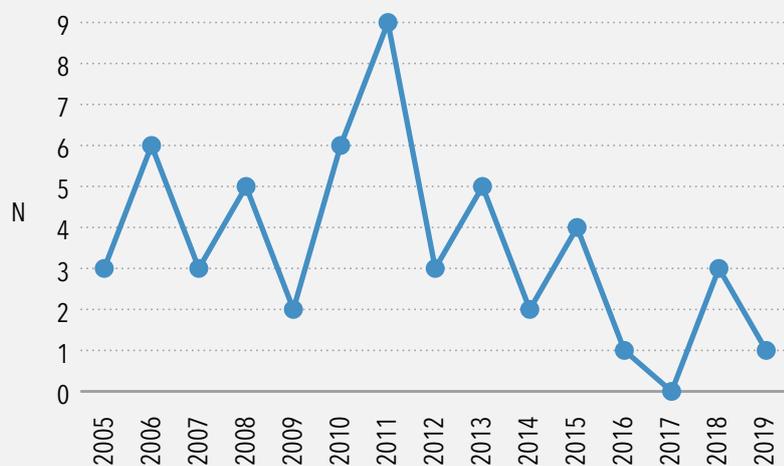
L'étude nationale DRID (*Drug-Related Infectious Disease*) financée par le SPF Santé publique a été menée par Sciensano afin d'estimer spécifiquement la prévalence de l'infection au VIH et aux hépatites chez les usager-es de drogues par injection vivant en Belgique (voir Bollaerts & Van Bussel, 2013). 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 %)<sup>542</sup> 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, Plettingcx, Antoine & Gremeaux, 2020) évaluait la prévalence de l'hépatite C chez les injecteurs 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 patients en traitement en Belgique pour un usage problématique de drogues

540 Il s'agit du mode probable d'infection, déterminé sur base de l'anamnèse du patient. En 2019, cette information a pu être récoltée chez 74 % des patient-es diagnostiqués.

541 Le projet Lama est un service de bas seuil à destination des usager-e-s de drogues, composé de quatre unités d'accompagnement ambulatoire et de consultation psycho-médico-sociale réparties sur différentes communes bruxelloises (Ixelles, Anderlecht, Molenbeek, Schaerbeek).

542 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.

**Figure 45 : Évolution du nombre de nouveaux cas d'infection au VIH probablement liés à l'injection de drogues par voie intraveineuse en Région bruxelloise, 2005-2019**



Source : Sasse et al., 2019

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, Muyltermans & 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)<sup>543</sup> 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 entraînant, 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 5

institutions qui effectuent de l'échange de seringues à Bruxelles. Une même institution peut effectuer de l'échange de seringues en comptoir fixe et/ou mobile, et certaines peuvent disposer d'antennes. Il existe également quelques structures qui effectuent de la distribution de matériel stérile de manière ponctuelle ou à plus petite échelle sans faire partie du dispositif d'accès au matériel stérile d'injection (DAMSI) coordonné par Modus Vivendi (voir Sacré, Daumas & Hogge, 2010).

### L'INDICATEUR

Les comptoirs d'échange de seringues du DAMSI renseignent annuellement différentes informations relatives à leur fonctionnement, telles que le nombre de seringues distribuées et récupérées, le matériel connexe distribué (Stéricups<sup>544</sup>, flapules d'eau stérile, tampons alcoolisés, doses d'acide ascorbique<sup>545</sup>), leur file active<sup>546</sup>, ainsi que le nombre de contacts effectués. Il s'agit d'indicateurs de processus et non d'efficacité, car on ne peut avoir de certitude sur ce qui sera fait de ce matériel. En effet, l'injection n'est pas un acte anodin mais une pratique invasive qui nécessite des précautions d'asepsie rigoureuses. Il s'agit même d'un acte médical qui ne peut être légalement posé que par une personne qualifiée (médecin ou infirmier-e). Une injection mal opérée (injection dans une artère, dans une zone sensible, etc.), mal préparée (présence de bulles d'air ou de corps solides dans la seringue), ainsi que l'utilisation de matériel non stérile voire usagé peuvent avoir des conséquences graves et parfois fatales. Enfin, rappelons que les comptoirs d'échange de seringues font partie d'un dispositif plus large incluant notamment les pharmacies.

### LA SITUATION EN 2019

Selon une récente estimation, il y aurait 703 UDI (538-935, IC 95 %) en Région bruxelloise (Plettinckx et al., 2021). En 2019, 121.587 seringues ont été distribuées par les 7 points d'échange de seringues en Région bruxelloise aux UDI qui ont fréquenté ce dispositif. Ces seringues ont été distribuées lors d'environ 13.000 passages. Le matériel connexe est moins diffusé parce que les usager-es ont la liberté de choisir ce qu'ils souhaitent emporter (or ils emportent davantage de seringues que de matériel connexe, qu'ils tendent davantage à réutiliser). Ainsi, si on compare, le nombre de Stéricups et le nombre de seringues distribués sur une même année, on avoisine actuellement un rapport de 1 Stéricup pour un peu plus de 2 seringues distribuées (alors qu'idéalement le rapport devrait être de 1 pour 1). Dans ce contexte, il est difficile d'assurer de manière optimale les actions de réduction des risques liés à l'injection, car les usager-es sont susceptibles d'échanger ou d'utiliser une cuillère ou un filtre contaminés, même s'ils utilisent une seringue stérile à chaque injection. En outre, le nombre de seringues distribuées est forcément tributaire du nombre de comptoirs présents sur le territoire, lequel est actuellement considéré comme insuffisant. Enfin, rappelons que certains milieux, et notamment le milieu carcéral, ne sont actuellement pas couverts par le DAMSI.

Tableau 66 : Description du DAMSI en Région bruxelloise, 2019

Points d'accès	7
Passages/contacts	± 13.400
Seringues	121.587
Stéricups <sup>547</sup>	49.599
Flapules d'eau stérile	94.821
Tampons alcoolisés	125.663
Sachets d'acide ascorbique	35.706
Source : Modus Vivendi	

543 En Belgique, les pharmacies font également partie de ce dispositif, et certaines d'entre elles diffusent des pochettes spécifiquement dédiées à l'injection (Stérifix). En 2019, 11.637 pochettes ont été produites et diffusées aux pharmacies partenaires de la Région bruxelloise et de la Wallonie. Chaque pochette est composée de 2 seringues ainsi que du matériel connexe (2 stéricups, 2 flapules d'eau, etc.). Elle est généralement vendue au prix conseillé de 0,5 euro. Enfin, dans certains pays comme la France, l'Allemagne ou les Pays-Bas, le dispositif est complété par des bornes d'échange de seringues permettant aux usager-es d'obtenir du matériel près de lieux de consommation 24h/24.

544 Une petite cuillère stérile accompagnée d'un filtre.

545 Nécessaire pour dissoudre le produit dans l'eau.

546 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.

547 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.

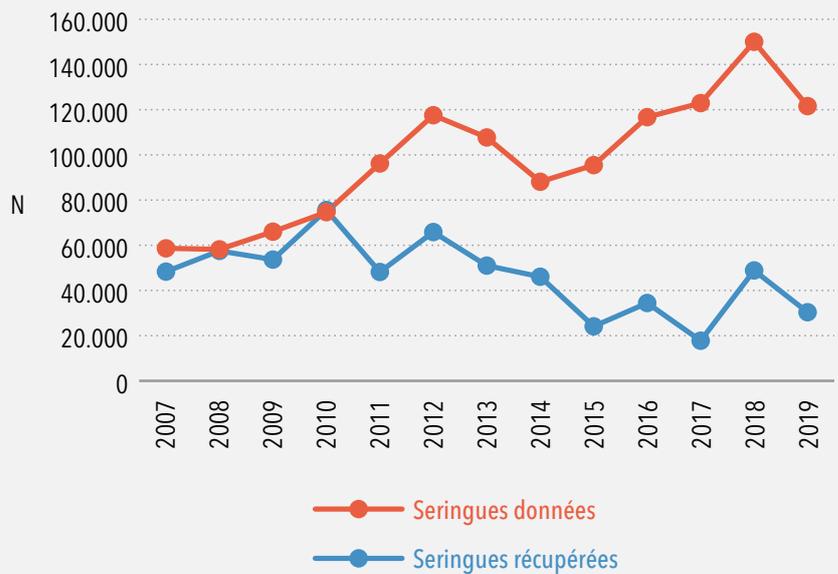
## TENDANCES ET ÉVOLUTION

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, la quantité de seringues distribuées a diminué. En revanche, les demandes de matériel d'inhalation (pipes à crack et embouts) ont fortement augmenté. Il semble qu'actuellement la pratique de l'injection soit en régression au profit de la fumette (de crack).

La récupération de seringues paraît peu efficace 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.

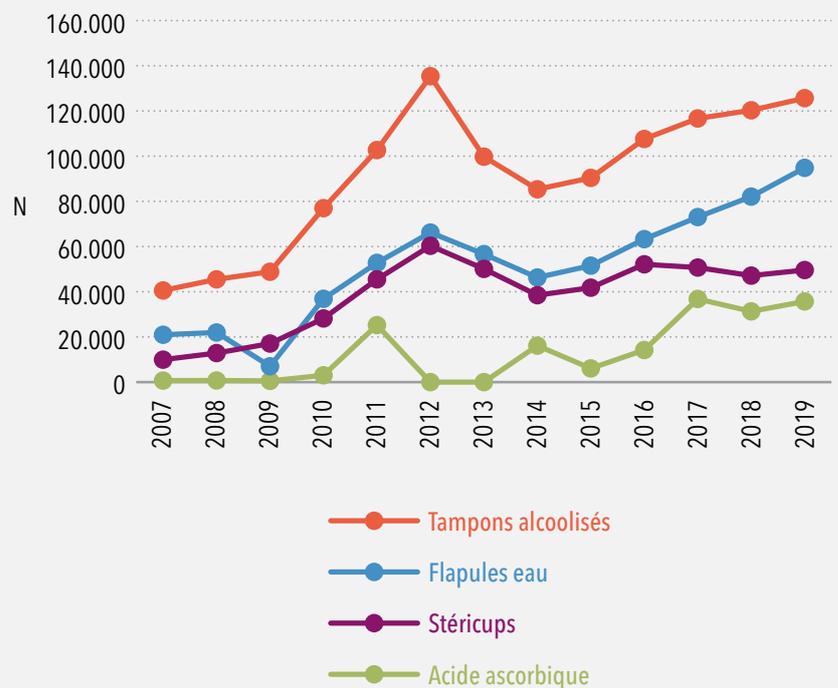
La distribution du matériel connexe d'injection connaît aussi une amélioration depuis 2015, suite à un refinancement du DAMSI par la COCOF.

Figure 46 : Évolution du nombre de seringues distribuées et récupérées dans les comptoirs d'échange de seringues en Région bruxelloise, 2007-2019



Source : Modus Vivendi

Figure 47 : Évolution du nombre de Stéricups, de flapules d'eau et de tampons alcoolisés distribués dans les comptoirs d'échange de seringues en Région bruxelloise, 2007-2019



Source : Modus Vivendi

## LA MORTALITÉ EN RAPPORT AVEC LA CONSOMMATION D'ALCOOL, DE DROGUES ET DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Le décès peut être une conséquence directe ou indirecte, immédiate ou différée, de l'usage d'alcool et de drogues. Il peut ainsi être occasionné par une overdose pouvant affecter certaines fonctions vitales (respiration, etc.), ou être la conséquence d'une pathologie physique causée par un usage aigu ou chronique (cirrhose, hépatite alcoolique, hépatite virale, VIH, ...). Enfin, il peut être la conséquence d'un état psychologique, transitoire ou permanent, induit par la consommation du produit et favorisant certains comportements à risque ou le passage à l'acte suicidaire. L'usage d'alcool et drogues peut également contribuer à l'évolution fatale d'un état morbide préexistant.

La mortalité liée à l'usage d'alcool et de drogues est un indicateur important de l'impact de cet usage sur la santé publique. Selon l'OMS, le mésusage d'alcool est un facteur étiologique dans plus de 200 maladies et traumatismes. Il serait la cause de près de 6 % des décès à l'échelle mondiale (soit plus de 3 millions de personnes par année), ce qui en fait un des principaux facteurs de risque de morbidité, de mortalité et d'invalidité (WHO, 2014). L'usage de drogues serait quant à lui responsable d'un peu moins de 200 milles décès par année (UNODC 2015). Les décès liés à l'usage de drogues sont en bonne partie la conséquence d'une overdose, principalement consécutive à un usage d'opiacés.

### L'INDICATEUR

Les données de mortalité sont centralisées sur base des déclarations de décès complétées par les médecins qui en font le constat. Les décès peuvent être filtrés sur

base de la cause initiale<sup>548</sup> et des causes associées<sup>549</sup>, identifiées sur base du système de classification internationale des maladies (CIM-10). Dans la partie suivante, nous nous intéresserons aux décès liés à l'usage de drogues, d'alcool et de médicaments psychotropes en cause initiale. Le terme «drogues» couvre l'ensemble des substances suivantes : opiacés (héroïne, méthadone, morphine, etc.), stimulants (cocaïne, amphétamines, MDMA, etc.), hallucinogènes (LSD, mescaline, etc.) et cannabis. La mortalité liée à l'alcool n'inclut que les cas dont la cause initiale est une maladie ou une complication spécifiquement due à la consommation d'alcool (e.g. pancréatite chronique alcoolique, gastrite alcoolique) et non les cas dont la cause initiale est une maladie dans laquelle l'alcool joue un rôle prépondérant mais non exclusif (en l'occurrence certains cancers des voies aérodigestives supérieures). Enfin, le terme «médicaments psychotropes» correspond quant à lui à l'ensemble des produits suivants : hypno-sédatifs (benzodiazépines, hypnotiques, barbituriques, etc.), anti-épileptiques et autres médicaments psychotropes non classés ailleurs.

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

Il est généralement admis que les décès liés aux drogues illégales font l'objet d'une sous-déclaration, et ce pour deux raisons. D'une part, parce que les médecins qui

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

Les données que nous rapportons ici portent sur les décès enregistrés parmi les résidents de la Région bruxelloise (indépendamment du lieu de décès) sur la période 1998-2016. 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 1998-2016

En 2016, l'alcool aurait été directement responsable de 1,32 % des décès parmi les Bruxellois-es, les drogues 0,15 % et les médicaments psychotropes 0,11 %. La mortalité directement liée à l'alcool est environ 8 fois plus élevée que celle liée aux drogues illégales dans la population bruxelloise. Sur l'ensemble de la période, la mortalité liée à l'alcool et aux drogues est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, mais le ratio homme-femme est plus important pour les drogues (3,41 pour 1) que pour l'alcool (2,18 pour 1). À l'inverse, les décès liés aux médicaments psychotropes sont légèrement plus fréquents chez les femmes que chez les hommes (1,1 pour 1). Les décès directement liés à l'alcool surviennent principalement entre 45 et 74 ans (76,3 % des cas sur la période 1998-2016), alors que ceux liés aux drogues sont le plus souvent observés chez les personnes âgées de 25 à 44 ans (66,2 % des cas).

Le fait que les décès liés aux drogues et à l'alcool sont globalement plus nombreux chez les hommes que chez les femmes est à nouveau à mettre en relation avec le fait que les hommes sont plus enclins que

548 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».

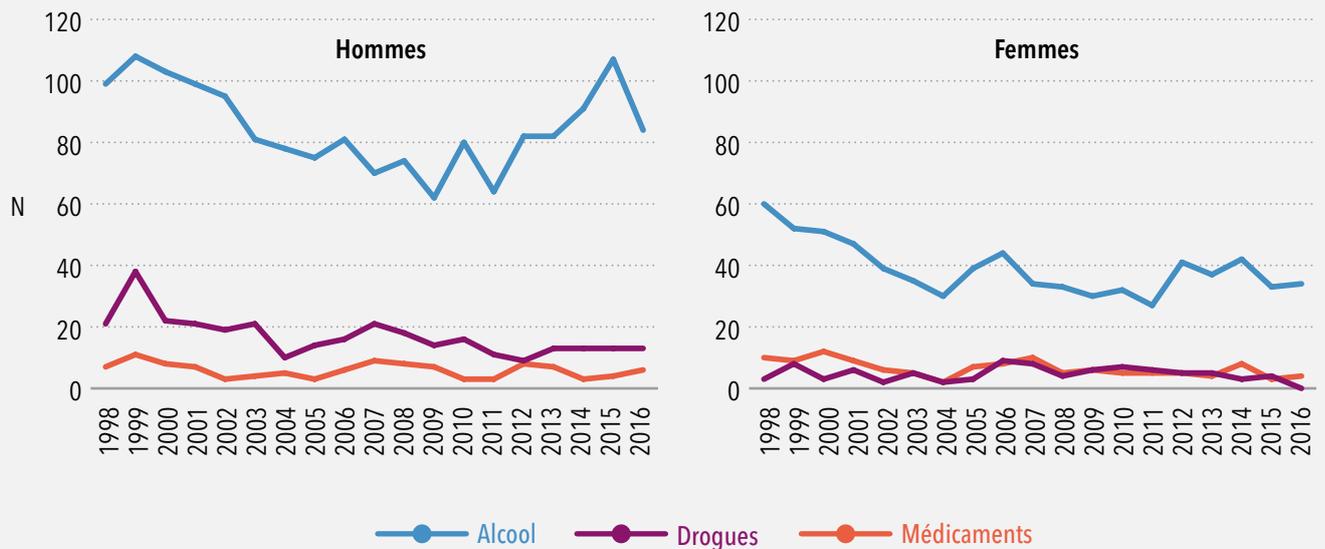
549 Les causes associées sont définies comme «les états morbides importants ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoqué».

**Tableau 67 : 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, 1998-2016**

	15-24 ans %	25-34 ans %	35-44 ans %	45-54 ans %	55-64 ans %	65-74 ans %	75 ans et + %	Total %
<b>Décès liés à l'alcool</b>								
Hommes (n=1.615)	0,1	1,2	7,2	19,6	20,8	12,7	7,0	68,6
Femmes (n=740)	0	0,3	2,3	7,2	8,7	7,4	5,4	31,4
Total (N=2.355)	0,1	1,5	9,6	26,8	29,5	20,0	12,4	100,0
<b>Décès liés aux drogues</b>								
Hommes (n=323)	9,8	25,8	27,8	10,8	2,4	0,2	0,5	77,3
Femmes (n=95)	3,1	6,7	6,0	3,8	1,0	0,7	1,4	22,7
Total (N=418)	12,9	32,5	33,7	14,6	3,3	1,0	1,9	100,0
<b>Décès liés aux médicaments psychotropes</b>								
Hommes (n=112)	1,7	7,7	13,2	12,3	6,0	3,8	3,0	47,7
Femmes (n=123)	1,7	5,5	8,5	12,3	7,7	7,7	8,9	52,3
Total (N=235)	3,4	13,2	21,7	24,7	13,6	11,5	11,9	100,0

Source : Observatoire de la santé et du social de la région de Bruxelles-Capitale

**Figure 48 : Évolution du nombre de décès liés à l'usage de drogues illégales, de médicaments psychotropes et d'alcool parmi la population bruxelloise, par sexe, 1998-2016**



Source : Observatoire de la santé et du social de la région de Bruxelles-Capitale

les femmes à consommer des substances psychoactives et à développer un usage excessif, ce qui les expose davantage aux risques de mortalité. Toutefois, la situation s'inverse 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 6.2.3). Ce *pattern* pourrait aussi en partie s'expliquer par le fait que les femmes ont davantage tendance que

les hommes à avoir recours à ce type de produits lorsqu'elles envisagent de 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 (3,4 % des cas) et un pic est observé entre 35 et 54 ans (46,4 % 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<sup>550</sup> que chez les femmes, mais ils subissent de légères variations en dents de scie. En revanche, le nombre de décès liés à l'alcool enregistrés chez les Bruxellois-es a diminué progressivement entre 1999 et 2009, tant chez les hommes que chez les femmes. Mais on observe depuis 2012 une augmentation importante du nombre de cas est recensé chez les hommes. Il s'agit 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.

550 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 (abusives) 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.

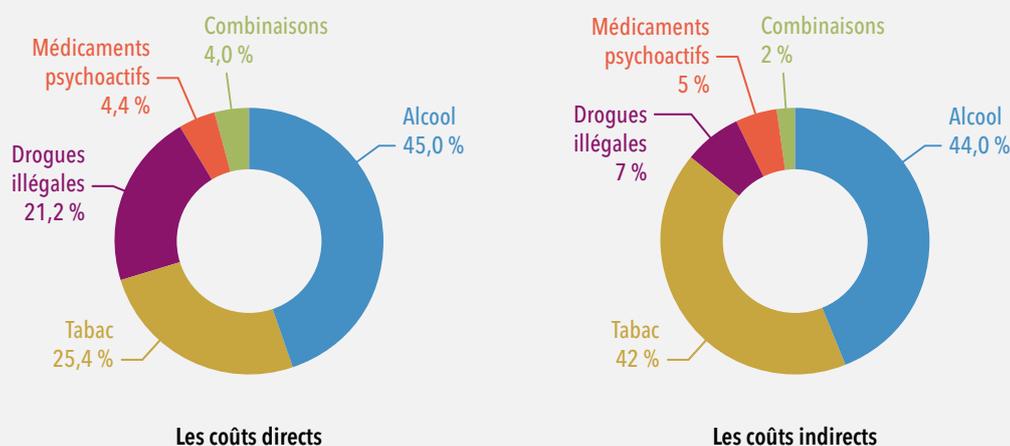
Les **coûts indirects** représentent les pertes de productivité dues à la dépendance ou aux autres conséquences de l'usage sur la santé, aux décès prématurés causés par le produit, ou aux incarcérations liées au produit.

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

Figure 49 : Les coûts directs et indirects selon le type de substance (2012)



Source : Lievens et al, 2016

(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 coûts directs pour ce produit représentent 45 % des coûts directs dévolus 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 coûts 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 recommandent dès lors de renforcer le rôle de détection, de diagnostic, d'intervention précoce et de soins de santé des services ambulatoires, afin de réduire le recours aux soins résidentiels. Cela implique notamment de soutenir le travail des médecins généralistes, leur formation et leur collaboration avec les médecins du travail. De manière générale, l'étude – appuyée par une autre étude européenne – soutient qu'une première ligne de soins forte permet une meilleure santé publique et réduit les admissions en hôpital évitables (Kringos et al, 2013). De plus, la première ligne de soins, en collaboration avec les autres services de santé ainsi que les services d'accompagnement social, a un véritable rôle à jouer dans la détection précoce, la prévention et la prise en charge des consommations problématiques de substances. Parvenir à des prestations de soins intégrés et pluridisciplinaires exige cependant un financement approprié (Mistiaen et al, 2019).

Les résultats de l'étude encouragent également à investir davantage dans les programmes de réduction des risques et de prévention de l'usage et de l'abus de drogues, qui ont fait leurs preuves en termes d'efficacité (Strang et al, 2013 ; Wilson,

Donald, Wilson et Fraser-Hurt, 2015 ; Rhodes et Hedrich, 2010) et permettent d'éviter des dépenses dans des secteurs plus coûteux comme les traitements ou la répression (Vander Laenen, 2012).

En **matière de criminalité**, les coûts directs représentent 783 millions d'euros et les coûts indirects 81 millions d'euros<sup>551</sup>. Les auteurs de l'étude SOCOST invitent dans leurs recommandations à investir davantage dans la prévention de la criminalité (notamment celle attribuable aux substances) plutôt que dans le système pénal<sup>552</sup>. Sur le long terme, en effet, la première est moins coûteuse que le second. La prévention est également davantage bénéfique à la société puisque la première prévient les délits, épargnant à la seconde d'en payer et de réparer les dégâts et conséquences (notamment judiciaires). Les actions de soutien à l'emploi, la prévention dès le plus jeune âge et le traitement des consommations problématiques de drogues licites et illicites, s'ils ne sont pas per se de l'ordre de la prévention de la criminalité, agissent indirectement sur celle-ci en influençant les racines socioéconomiques de la criminalité liée aux substances psychoactives. Apporter des solutions aux problèmes de criminalité ne se fera pas sans des politiques globales, à la fois sociales et économiques. Les centres de soins de jour comme de nuit et les salles de consommation à moindre risque, 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).

551 Ces chiffres sont une moyenne des estimations minimales et maximales.

552 46 % des dépenses publiques sont liées à l'application des peines.

## 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, puisqu'environ 75 % des délits concerne une simple détention (de cannabis dans la plupart des cas). Le commerce représente quant à lui 15,7 % des délits constatés, et le cannabis apparaît à nouveau comme étant la substance la plus concernée par ce type de délit. Malgré sa longue histoire et son renforcement régulier, la prohibition des drogues n'impacte pas l'offre de drogues. En effet, Werb et ses collaborateurs ont analysé différentes bases de données internationales de manière longitudinale, et ont mis en évidence qu'entre le début des années 90 et la fin des années 2000, la pureté des produits s'est continuellement améliorée et que leurs prix ont progressivement diminué (lorsque l'on tient compte de l'inflation et de l'évolution de leur pureté). Parallèlement, les saisies ont été relativement stables voire en augmentation, alors que les moyens répressifs alloués à la diminution de l'offre n'ont cessé de croître. Globalement, l'analyse longitudinale de ces indicateurs invalide l'efficacité de l'approche prohibitionniste, qui devrait logiquement entraîner une diminution de la disponibilité des produits et de leur pureté, ainsi qu'une augmentation de leur prix. La prohibition n'engendre pas non plus d'effet sur la prévalence de l'usage : il apparaît même que les pays les plus répressifs, à l'instar de la France, enregistrent les taux de prévalence les plus importants (EMCDDA, 2017b ; Hogge, 2015 ; Kopp et al, 2014). Enfin, la prohibition, malgré son coût élevé, a un effet contre-productif sur la criminalité en raison des importants et juteux attraits financiers associés aux marchés illégaux (Decorte et al, 2013 ; Werb et al, 2011). Pourtant des alternatives encourageantes existent, telle que la décriminalisation de l'usage (modèle portugais) ou la mise en place de marchés réglementés, comme de nombreux pays le font actuellement pour le cannabis à usage récréatif ou thérapeutique, selon différentes modalités.

Actuellement, il n'existe pas de dénombrement exhaustif des personnes en **traitement** pour une problématique d'assuétudes en 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 2019 plus de 3.000 personnes ont introduit une demande de traitement pour une problématique d'assuétudes. Face à l'importance de la demande de soin, les intervenant-es spécialisés sont confrontés à diverses difficultés liées à la saturation de leurs services, qui se répercutent sur la disposition des usager-es à intégrer ou demeurer en trajectoire de soin. Pour des raisons liées aux difficultés que peut avoir un-e usager-e à identifier et accepter son problème de consommation, et à passer à l'action et solliciter une aide professionnelle une fois le problème reconnu, la latence entre le début de la consommation et la première demande de traitement est longue et prend souvent de nombreuses années. Il y a donc aussi nécessité d'améliorer la détection et l'intervention précoces auprès des usager-es, car au cours de ces années, la problématique de consommation et ses répercussions socio-sanitaires risquent bien souvent de s'aggraver. Les intervenant-es généralistes occupent une place de choix pour améliorer cette situation. Mais il est nécessaire d'améliorer leur formation sur cette thématique car différentes études montrent que ces pratiques ne sont pas suffisamment répandues dans les services généralistes, et que les intervenant-es ne sont pas assez outillé-es. Ce constat participe au phénomène de détection tardive des conduites addictives. Le manque de temps, d'automatismes et de formation des intervenant-es, l'organisation des services médicaux, l'absence de travail en réseau, la saturation des services ou la peur de fragiliser l'alliance thérapeutique en abordant des questions taboues restent actuellement des freins à leur développement dans les structures non spécialisées en assuétudes, qui sont pourtant quotidiennement en contact avec

des personnes ayant développé un usage à risque voire un usage addictif.

Le **monitoring des intoxications et des décès** liés à l'usage de drogues est actuellement difficile à réaliser en raison d'un manque de données (dans le cas des intoxications) ou de leur caractère imprécis ou incomplet (dans le cas des décès). Le projet de mise en place d'un système d'enregistrement sentinelle au niveau de services d'urgence et d'autres dispositifs de prise en charge médicale des usager-es est une initiative qui permettra de combler en partie de déficit de données, et d'alimenter utilement le système d'alerte précoce. Ce type de dispositif est indispensable si on veut se donner les moyens de pouvoir identifier et localiser rapidement les phénomènes de morbidité/mortalité émergents afin d'y répondre précocement et adéquatement.

En ce qui concerne les **maladies infectieuses** liées à l'usage de drogues, les quelques données disponibles confirment néanmoins qu'en Région bruxelloise, comme dans la plupart des pays européens (voir EMCDDA, 2016), la prévalence de l'infection au VIH est en baisse chez les UDI par rapport à ce que l'on observait il y a 10 ans et plus. En revanche, la prévalence de l'hépatite C est très élevée dans cette population, qui est par ailleurs sous-dépistée. Il est donc nécessaire de renforcer l'offre de dépistage ainsi que les programmes de sensibilisation, de prévention et de réduction des risques liés à l'usage de drogues. En effet, même si les risques liés au partage de seringues sont généralement mieux connus des usager-es, et les prises de risque moins fréquentes, un nombre encore élevé de ceux-ci ne sait pas que le partage du matériel connexe d'injection (cuillère, filtre, coton, eau, et même garrot) comporte également des risques de contamination. Ceci concerne en particulier les groupes qui sont peu en contact avec les services d'aide et d'accompagnement, tels que les jeunes, les femmes et les personnes migrantes (Sacré et al., 2010). Mais les données à disposition relatives à l'hépatite C sont éparpillées. Il paraît 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 démedicaliser le dépistage, en Belgique la moitié des personnes infectées l'ignorent, selon les estimations. Mais elle doit aussi passer par une amélioration de l'accès au traitement. On peut donc se réjouir que la ministre de la santé Maggie De Block ait pris la décision d'étendre la remboursabilité des traitements à tous les patient-es. Enfin, il faut aussi reconnaître que la couverture géographique et horaire du dispositif d'accessibilité au matériel d'injection n'est que partielle, ce qui peut pousser ou contraindre les usager-es à réutiliser du matériel usagé. Les déterminants de l'épidémie du VHC chez les UDI sont donc multiples et il conviendra d'agir conjointement sur tous ces facteurs si on espère pouvoir un jour la juguler.

La prévalence des  **doubles diagnostics**  n'est pas connue dans la population des usager-es de drogues de la 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 charge 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.



# LES CONSÉQUENCES DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 SUR L'USAGE DE DROGUES ET LES USAGER·ES : FOCUS THÉMATIQUE

## 8.1

### LES EFFETS DU CONFINEMENT SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ<sup>553</sup>

La pandémie de COVID-19 et les mesures sanitaires de la première et de la deuxième vague ont eu, ont encore et auront de multiples conséquences sur le fonctionnement de notre société. Lors de la première vague et du confinement qui en a découlé en mars 2020, de nombreux lieux de travail, de vie, de socialisation, de commerce, de santé physique et mentale ont fermé. Certains pour de longs mois (Horeca, culture, écoles et crèches, commerces «non-essentiels», activités sociales et sportives, etc.), d'autres ont progressivement réouvert après quelques semaines, après avoir adopté les mesures sanitaires protégeant les travailleur·ses et les usager·es ou patient·es (c'est notamment le

cas des services de prévention, de réduction des risques, d'accompagnement et de soins des personnes précarisées et des usager·es de drogues). Les travailleur·ses essentiels, y compris le personnel de santé, les travailleur·ses sociaux, les caissier·es, les éboueur·es, les livreur·es, les enseignant·es, ont continué de travailler afin de permettre la continuité et la survie de la société tout entière, parfois au péril de leur santé et de leur vie. L'arrivée du printemps s'est accompagnée d'une baisse des contaminations et d'un relâchement des mesures sanitaires, permettant la réouverture progressive des commerces, de l'Horeca, des lieux culturels et des écoles. La deuxième vague, qui a pris son élan après l'été 2020, s'est accompagnée d'une résurgence des contaminations et des hospitalisations ; les pouvoirs publics ont dès lors décidé d'appliquer de nouveau une réduction des libertés individuelles et des mesures de distanciation physiques et sociales, notamment des couvre-feux, le télétravail obligatoire, la fermeture des commerces «non-essentiels» et de l'Horeca, cours en ligne, etc.

La crise sanitaire est anxiogène et stressante pour une large proportion de la population, qui est contrainte de puiser dans ses ressources psychologiques, sociales et financières pour la traverser. Les politiques publiques d'austérité menées ces dernières décennies en matière de santé et de sécurité sociale, ainsi que les mesures prises en réponse à la pandémie, ont engendré nombre de dégâts collatéraux, réduisant drastiquement la capacité du secteur du soin

à gérer la crise et renforçant les inégalités sociales (de santé, de genre) préexistantes. Les populations précarisées (y compris une partie des usager·es de drogues), déjà davantage vulnérables en temps ordinaires, sont particulièrement impactées par la crise et les mesures sanitaires prises par le Gouvernement, tout particulièrement le confinement, la réduction des libertés individuelles et le couvre-feu. La pandémie de COVID-19 exacerbe ainsi les inégalités sociales de santé et révèle les rouages systémiques qui participent à leur reproduction ; elle rappelle également le rôle fondamental de la promotion de la santé.

#### 8.1.1. LE RENFORCEMENT DES INÉGALITÉS SOCIALES

Les inégalités sociales de santé suivent le gradient social. Ce qui signifie que plus un individu occupe une position socio-économique défavorable (c'est-à-dire un statut socio-économique – ou SSE – faible), plus il a de probabilités d'être en mauvaise santé. De nombreux facteurs biologiques, psychosociaux et environnementaux interviennent dans cette corrélation et déterminent la santé physique et mentale des individus. L'état de santé physique et mentale, le logement, la qualité des liens sociaux, la fracture numérique, les conditions de travail et la possibilité de travailler en sécurité, le fait d'avoir un revenu garanti et suffisant, le fait d'avoir un permis de séjour, l'accès aux soins de santé, le

553 Les éléments de ce chapitre relatifs aux effets du confinement sur les inégalités sociales de santé et les usager·es de drogues sont des versions adaptées des articles «Les effets du confinement sur les inégalités sociales de santé et les usager·es de drogues» (publié dans «Éducation Santé», n°368, 2020) et «COVID-19 : Les effets du confinement sur inégalités sociales de santé et les usager·es de drogues» (publié dans «Prospective Jeunesse, Drogues-Santé-Prévention, n°90-91, 2020).

genre, les mécanismes de sécurité sociale, les représentations de la société<sup>554</sup>, l'accès à l'information et la littératie en santé, etc. sont autant de déterminants qui influent sur les risques sanitaires et psychosociaux liés à la pandémie de COVID-19.

La crise sanitaire et les mesures politiques qu'elle a entraînées n'impactent donc pas uniformément l'ensemble de la population. D'abord, les personnes de SSE faible sont davantage à risque que les personnes ayant un SSE élevé, parce que 1) elles sont davantage exposées à la COVID-19, et dès lors plus à risque de le contracter et de le transmettre, et 2) elles sont globalement en moins bonne santé que la population générale, ce qui peut augmenter les risques de développer des formes sévères de la COVID-19.

## LA LITTÉRATIE EN SANTÉ

Le concept de littératie en santé désigne «la connaissance, la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information de santé en vue de porter des jugements et prendre des décisions dans la vie de tous les jours en ce qui concerne la santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé, de manière à maintenir ou améliorer la qualité de vie» (Sørensen et al, 2012). La littératie en santé est inégalement distribuée au sein de la population et dès lors une source d'inégalité sociale.

En effet, les professions considérées comme essentielles en temps de crise sanitaire sont majoritairement occupées par des personnes de SSE faible, des personnes racisées et issues de l'immigration<sup>555</sup>, et sont fortement

554 Les représentations sociales désignent l'ensemble des croyances, connaissances et opinions produites, transmises et partagées au sein d'une société donnée, à un moment donné. Les individus agissent, interagissent et réagissent en fonction de ces représentations, qui ne sont évidemment pas immuables et peuvent évoluer dans le temps.

555 Voir article d'Anne-Claire Orban de BePax asbl «Confinement, Covid 19 et racisme : Quand les réflexes coloniaux se couplent aux inégalités sociales et sanitaires» (2020). La notion de «racisation» (une personne «racisée») désigne le processus dynamique et structurel de production sociale de la «race». La «race» est donc le produit du rapport social ; elle est une construction sociale,

féminisées (aides soignant-es, infirmier-es, agent-es d'entretien, caissier-es, livreur-ses, aides ménagères à domicile, etc. ; IREPS, 2020). Les personnes de SSE faible exercent aussi souvent des métiers qui ne permettent pas le télétravail (ouvrier-es, employé-es, en opposition aux cadres par exemple). De plus, la forte promiscuité et densité des logements précaires ou quartiers à hauts taux de pauvreté et de chômage participe à la transmission du virus au sein d'une même famille ou d'un ensemble d'habitations. Les ménages ayant de faibles revenus vivent également plus souvent avec différentes générations sous le même toit, ce qui augmente les risques de transmission aux groupes à risque (les grands-parents) (IBSA, 2020). Enfin, les personnes ayant un SSE faible sont davantage porteuses de maladies préexistantes (notamment hypertension, diabète, obésité, maladies respiratoires ; Lang et al, 2020) qui peuvent jouer sur le développement de sévères difficultés respiratoires liées au virus, pouvant mener au décès. De plus, les ménages de SSE faible sont davantage susceptibles de retarder l'accès aux soins, en temps ordinaire et d'autant plus en temps de crise (Lang et al, 2020 ; enquête HIS de 2018).

Ensuite, les mesures de confinement et la limitation des libertés individuelles impactent différemment la santé physique et mentale des individus selon leurs conditions de vie. De nouveau, les violences intrafamiliales<sup>556</sup>, l'accès à un domicile où se confiner, la possibilité de payer un loyer, la salubrité et la promiscuité au sein du logement, l'accès à un jardin, un balcon, un parc public, etc. ont un impact non-négligeable sur le vécu du confinement et la santé globale des personnes. Le renforcement de la présence policière, le couvre-feu et la multiplication des contrôles touchent particulièrement les populations sans domicile ou ayant un logement précaire, davantage présentes en rue. Ceci peut également impacter la santé mentale des individus et les pousser à se cacher davantage ; autant d'éléments qui compliquent le travail d'*outreach* et d'accompagnement de ces publics (Alter échos, 2020a). De plus, les

économique, historique et politique qui a des effets néfastes sur les personnes racisées.

556 Les violences intrafamiliales (psychologiques, physiques, économiques) touchent tous les milieux sociaux. Les personnes de SSE faible victimes de ces violences ont cependant moins de ressources pour y échapper ou en réduire les risques et dommages.

mesures de confinement, le couvre-feu et la fermeture des commerces et de l'Horeca peuvent entraîner le chômage (partiel), le licenciement ou l'impossibilité de poursuivre le travail caché exercé jusqu'à présent (prostitution, travail au noir, deal, mendicité, etc.).

Parallèlement, les dispositifs officiels (notamment les banques alimentaires, les associations et services publics de prévention, accompagnement et santé) ou officieux (par exemple, récupérer les invendus alimentaires) tentant (tant bien que mal) d'ordinaire de pallier les inégalités sociales de santé et la reproduction sociale ont été soudainement fermés ou considérablement réduits/ralentis par les mesures de confinement lors de la première vague, avant de rouvrir progressivement. C'est notamment le cas des écoles. La déscolarisation totale ou partielle a des effets considérables sur la reproduction des inégalités sociales au sein des familles ayant un SSE faible<sup>557</sup>. D'une part, la contrainte de garder les enfants et d'assurer l'école à la maison complique considérablement le travail des parents à l'extérieur ou à domicile, d'autant plus dans les familles monoparentales (dont les chef-fes de famille sont majoritairement des femmes) ; d'autre part, les ressources pour faire l'école à la maison sont inégalement réparties, qu'il s'agisse de la maîtrise de la langue d'enseignement et/ou de la culture scolaire, des conditions matérielles (accès à internet, ordinateur, papier, crayons, imprimante) ou des conditions de scolarisation à domicile (pièce calme, enfants en bas âge, parents (in)disponibles, etc.). La fermeture des écoles participe dès lors au creusement des inégalités scolaires et peut considérablement impacter la santé mentale des familles.

557 Les sciences sociales ont depuis longtemps démontré le rôle des institutions scolaires dans la reproduction des inégalités (Bourdieu et Passeron, 1964, pour ne citer que les plus connus). La déscolarisation, cependant, renforce les inégalités sociales, puisque les familles sont inégalement équipées pour se substituer au rôle de l'école. Cela se vérifie déjà en temps ordinaires lors des grandes vacances d'été, au cours desquelles les écarts entre les enfants de SSE élevé et les enfants de SSE faible se creusent largement et durablement (Darnon, 2020).

## LA REPRODUCTION SOCIALE

La notion de reproduction sociale désigne, pour le dire simplement, la perpétuation des positions sociales et de la hiérarchie entre les classes sociales. Elle repose sur la transmission du capital économique (revenus, dividendes), social (réseau de connaissances et interconnaissances), culturel (diplômes, biens culturels, savoir et savoir-être valorisés par l'école) et symbolique (valeur, prestige et légitimité) d'une génération à l'autre. Et c'est l'accumulation ou le déficit de ces différentes formes de capital qui détermine la place d'un individu dans la société (dans un rapport dominant-dominé). La transmission de capital et la reproduction sociale s'exercent par le biais de nombreuses institutions, notamment la famille et l'école. La reproduction sociale maintient les rapports de domination et repose donc sur la perpétuation des inégalités sociales (de santé, de genre, ...).

Le confinement impacte également les personnes vivant en collectivité (personnes détenues, enfants placés, patient-es psychiatriques, personnes âgées, personnes porteuses d'un handicap, usager-es de drogues en traitement résidentiel, etc.). Lors de la première vague, une partie des patient-es psychiatriques et des personnes porteuses d'un handicap habituellement en résidentiel ou en centre de jour ont été renvoyés chez eux ou dans leur famille afin de respecter les consignes de confinement, au risque de chambouler l'équilibre relatif que ces établissements fournissent à la fois à la personne et à leurs proches (Alter Echos, 2020b ; Le Soir, 2020). Les personnes restées au sein des collectivités résidentielles sont quant à elles plus à risque face à la COVID-19, soit parce qu'elles ne sont pas en mesure de respecter la distanciation sociale (soins et *nursing* de la part des professionnel-les, difficultés ou incapacité à comprendre les consignes et/ou à appliquer les mesures d'hygiène personnelle, promiscuité), soit parce qu'elles sont déjà en moins bonne santé que la population générale (c'est le cas des personnes âgées, des personnes détenues, des usager-es de drogues, et

d'une partie des patient-es psychiatriques et personnes porteuses d'un handicap ; Le Soir, 2020). À cela s'ajoutent l'isolement social, le sentiment de solitude ou d'abandon qui peuvent accompagner la réduction drastique des contacts humains, des soutiens psychologiques professionnels et des proches, et jouer sur la santé mentale et physique des individus (et de leurs proches).

Les mesures de confinement aggravent les inégalités sociales<sup>558</sup> et constituent dès lors une véritable **double peine** pour les

personnes précarisées : non seulement sont-elles contraintes de rester chez elles et courent davantage de risques sanitaires, mais les dispositifs permettant d'ordinaire de garantir l'accès universel à la santé et de limiter la reproduction des inégalités sociales et leurs effets délétères sont à l'arrêt ou fortement ralentis. Les conséquences du confinement ont eu et auront des répercussions à court et à long termes sur la perpétuation des inégalités sociales de santé, et donc sur la santé et le bien-être des individus.

558 Voir les résultats de l'étude COCONEL – Coronavirus et Confinement : Enquête longitudinale, réalisée par l'UMR Vitrome, EHESP et al (2020).

## LES FACTEURS INFLUENÇANT L'ADHÉSION ET L'APPLICATION DU CONFINEMENT ET DES GESTES BARRIÈRE

Une revue de la littérature scientifique, encouragée par les mesures de confinement opérées à travers le globe, s'est intéressée aux facteurs jouant sur l'adhésion à celles-ci (Webster et al, 2020). Les recherches sélectionnées portent sur les mesures de quarantaine individuelle ou collective lors d'épidémies précédentes (SRAS, grippe porcine, Ebola).

Les études n'épinglent pas de lien entre les caractéristiques démographiques ou l'emploi et l'adhésion au confinement. Les facteurs les plus importants, qui jouent sur le respect des mesures de confinement et de protection sanitaire (laver les mains, porter un masque, éviter les rassemblements de personnes, se faire vacciner) sont :

- › Les connaissances des individus au sujet de l'épidémie et des protocoles de distanciation physique
- › Les normes sociales (pression sociale à la conformité, perception du respect du confinement par la population, devoir civique, volonté de respecter la loi)
- › Les coûts et bénéfices perçus du confinement, les risques perçus de l'épidémie
- › Les aspects pratiques du confinement (perte de revenu, isolement social, capacité de garder les enfants...)
- › Le fait que les centres de soins fonctionnent bien et reçoivent les ressources nécessaires pour cela
- › La confiance dans le Gouvernement

Aux facteurs épinglés par la revue de la littérature, s'ajoutent évidemment l'ensemble des facteurs abordés ici, à savoir : le logement, le métier exercé, la santé physique et mentale, qui suivent le gradient social. Les connaissances relatives à l'épidémie et aux mesures de distanciation sociale sont tout à fait centrales, particulièrement dans un contexte où les *fake news* et les théories conspirationnistes circulent largement. La littératie en santé est inégalement répartie au sein de la société (les personnes ayant un SSE faible, ayant un niveau d'instruction faible ou un âge avancé ont un niveau de littératie en santé moins élevé), suivant le gradient social et participant à la reproduction des inégalités sociales de santé (Rondia et al, 2019). De plus, la perméabilité aux théories du complot est plus élevée au sein des moins de 35 ans, des personnes les moins diplômées et issues des catégories sociales les plus défavorisées (IFOP, 2019). Une information large, adaptée et transparente est dès lors tout à fait centrale dans la poursuite de l'adhésion des individus aux mesures de distanciation physique et de protection sanitaire.

## 8.2

### IMPACT DU CONFINEMENT SUR L'USAGE DE DROGUES LÉGALES ET ILLÉGALES EN BELGIQUE

Les différentes mesures<sup>559</sup> prises par les gouvernements fédéral et des entités fédérées 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, et même la santé mentale de la population. Ces bouleversements ont à leur tour eu (ou auront, de manière différée) un impact sur les pratiques et habitudes de consommation de substances psychoactives, la pratique de jeux d'argent et de hasard, et l'usage des réseaux sociaux, d'internet et de jeux vidéo. Ces différentes pratiques et la consommation de substances psychoactives, qu'elles soient légales ou illégales, peuvent en effet 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, à décompresser ou encore engendrer du plaisir. Dans le contexte actuel, ces usages peuvent avoir la fonction d'une stratégie de lutte contre un quotidien péniblement vécu et bouleversé par la crise sanitaire et

559 Confinement, fermeture des bars et restaurants, interruption de la scolarisation en présentiel, interdiction des regroupements de personnes, couvre-feu...

ses conséquences (anxiété, isolement, perte de revenus, réduction des libertés, manque d'accès aux services de premières nécessités, manque de perspective d'avenir, etc.).

Depuis le début du 1er confinement jusqu'à ce jour, plusieurs enquêtes ont été diffusées (principalement via Internet et les réseaux sociaux) pour évaluer cet impact à l'échelle de la population Belge ou de la population de la Belgique francophone. Comme nous le verrons, ces enquêtes ne sont pas représentatives de l'ensemble de la population<sup>560</sup> et ne ciblent pas spécifiquement la population bruxelloise. Afin d'objectiver davantage l'impact de la crise sanitaire sur les usager-es problématiques et sur les services d'aide, nous avons également réalisé une enquête auprès des services bruxellois actifs en matière d'assuétudes<sup>561</sup>. Il apparaît clairement que l'impact de la crise sanitaire sur les consommations, les usager-es et les services est bien plus important que ce que suggèrent les quelques enquêtes en ligne réalisées pendant la crise sanitaire.

#### 8.2.1. ENQUÊTES EN LIGNE DROGUES & COVID (Sciensano, 2020a et b)

Sciensano (voir Sciensano, 2020a et 2020b) a réalisé trois enquêtes en ligne pour évaluer l'impact de la crise sanitaire et du confinement sur les pratiques des Belges

560 Les personnes fragilisées ou marginalisées (en particulier les personnes présentant une problématique d'addiction) ne sont pas correctement représentées.  
561 Les services d'aide et de soin mais également les services de prévention et de promotion de la santé.

usager-es de drogues<sup>562</sup>. La première enquête a été diffusée du 03-04 au 16-04 (N=3509), la deuxième du 08-05 au 22-05 (N=2620) et la troisième du 21-10 au 06-11 (N=2354). Selon ces enquêtes, la quantité moyenne de substances psychoactives consommée lors d'une journée type a globalement diminué pendant le confinement et les premiers mois de la crise sanitaire, et ce pour tous les produits sauf pour l'herbe de cannabis (voir Tableau 68).<sup>563</sup> Cette baisse globale de consommation peut s'expliquer par le fait que l'usage de drogues est une activité qui survient largement dans des contextes festifs ; or les opportunités festives ont été fortement réduites par le confinement (fermeture des bars et discothèques, restriction relative aux contacts sociaux, couvre-feu...). Néanmoins, la diminution des quantités consommées reste de faible amplitude, 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 le/la conjoint(e), apéritifs virtuels, etc.). La dernière enquête met en évidence que les quantités d'alcool, de cocaïne et d'amphétamine consommées sur une journée type entre septembre et novembre ont augmenté et dépassent

562 Ces enquêtes étaient ouvertes aux personnes ayant confirmé avoir au moins 18 ans, vivre en Belgique et avoir consommé au moins une fois un produit illicite en 2020.

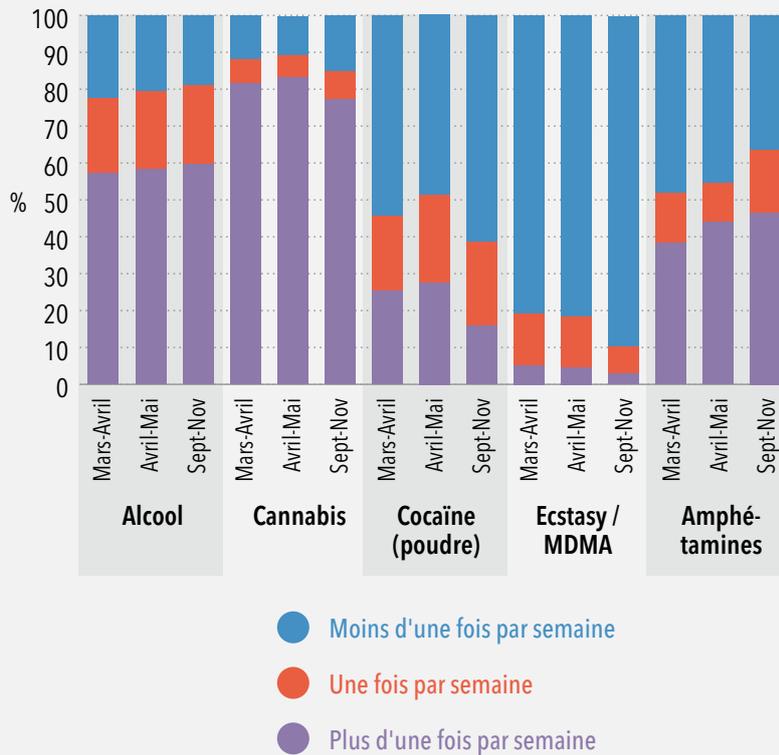
563 Par exemple, 25cl de bière pills, 12,5 cl de vin, ou encore 3cl d'alcool à 40°.

Tableau 68 : Quantité moyenne consommée lors d'une journée type de consommation au cours de quatre périodes différentes, avant et au cours de la crise sanitaire

	Alcool	Cannabis		Cocaïne (poudre)	Amphétamine (poudre)	MDMA	
		Herbe	Résine			Pilule	Poudre
	Verre ou unité standard <sup>563</sup>	Gramme	Gramme	Gramme	Gramme	Pilule	Gramme
Avant 13 mars	3,7	0,6	0,7	0,8	0,8	1,3	0,5
De mi-mars à mi-avril	3,1	0,7	0,6	0,5	0,4	0,4	0,2
De mi-avril à début mai	3,5	0,8	0,7	0,6	0,6	0,6	0,2
De mi-septembre à début novembre	4,3	0,7	0,7	1,0	1,0	1,3	0,6

Source : Enquête en ligne Drogues & Covid, Sciensano (2020a)

Figure 50 : 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

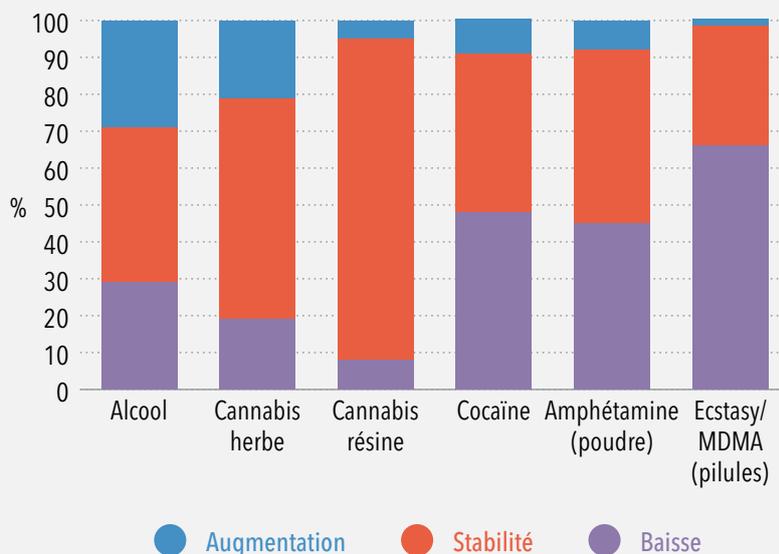


Source : Enquête en ligne Drogues & Covid, Sciensano (2020a)

mêmes celles consommées avant la crise sanitaire. Les quantités de MDMA consommées, après avoir baissé, sont quant à elles revenues à leur niveau antérieur à la crise sanitaire.

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 50. Au cours de la crise sanitaire, la fréquence de consommation d'alcool semble stable, alors que la fréquence de consommation de cannabis, de cocaïne et de MDMA semble avoir diminué entre la mi-septembre et début novembre (période précédant la 3e enquête). La fréquence de consommation d'amphétamines semble en revanche avoir augmenté au cours de la crise sanitaire. Ces évolutions doivent être interprétées avec prudence car il ne s'agit pas forcément des mêmes personnes qui ont participé aux trois enquêtes. Le cannabis et, dans une moindre mesure, l'alcool, sont consommés plus d'une fois par semaine par la majorité des usager-es (environ 60 % pour l'alcool et 80 % 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.

Figure 51 : Évolution de la consommation après le 13 mars par rapport à la consommation avant le 13 mars, par substance



Source : Enquête en ligne Drogues & Covid, Sciensano (2020b)

Selon les deux premières enquêtes, la plupart des répondant-es semble avoir une consommation stable voire en diminution depuis le début de la crise sanitaire (voir Figure 51). Mais au-delà de ce constat général et rassurant, il convient d'être attentif au fait que 28,6 % des consommateur-rices d'alcool, 20 % des consommateur-rices d'herbe de cannabis, 9,8 % des consommateur-rices de cocaïne et environ 5 % des consommateur-rices d'amphétamines et d'ecstasy ont signalé une augmentation de leur usage. Le confinement et la crise sanitaire ont donc un impact délétère sur la consommation d'une proportion non négligeable d'usager-es.

Les enquêtes 1 et 3 ont également évalué la prévalence des troubles anxieux et dépressifs à l'aide d'échelles spécifiques (le GAD-7 et le PHQ-9). La prévalence présumée des troubles anxieux est passée de 18 % à 31 % de la première à la troisième enquête, et la prévalence des troubles dépressifs de 23,9 % à 35,3 %. Ces troubles sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. Ainsi, selon la troisième enquête,

25,7 % des hommes souffraient d'un trouble anxieux et 30,7 % d'un trouble dépressif au moment de l'enquête, alors que la prévalence de ces troubles chez les femmes s'élève respectivement à 43 % et 45,2 %. Selon le rapport de la 3e enquête, ces troubles sont significativement plus fréquents chez les usager-es qui ont déclaré avoir un usage intensif (supérieur à la moyenne), en particulier chez les usager-es de psychostimulants (cocaïne, MDMA ou amphétamines), alors que la prévalence de ces troubles ne diffère quasiment pas en fonction de l'intensité de l'usage dans le cas des usager-es de cannabis. L'association entre ces troubles et la consommation d'alcool n'est pas renseignée dans le rapport de l'enquête.

Soulignons que la représentativité de ces enquêtes est limitée, car ce sont majoritairement des usager-es vivant en Flandre qui y ont répondu (72 % dans les deux premières enquêtes et 77 % dans la troisième). Or nous savons qu'il existe des différences significatives en termes de consommation de drogues entre la partie nord et la partie sud du pays<sup>564</sup>. Cette enquête présente aussi une surreprésentation des jeunes usager-es (moyenne d'âge : 26,6 ans pour les 2 premières enquêtes, et 28 ans pour la troisième ; environ 80 % des répondant-es ont moins de 35 ans), lesquels ont pour la plupart un profil de consommation festif/récréatif, et plus rarement problématique<sup>565</sup>.

564 Par exemple, en Flandre, la consommation d'alcool et d'opiacés (héroïne et méthadone) est proportionnellement moins élevée qu'à Bruxelles et en Wallonie. En revanche, on y consomme davantage de psychostimulants. La consommation de cannabis est quant à elle plus élevée à Bruxelles que dans les autres régions (voir Antoine, 2019 ; Gisle et al., 2019).

565 L'hypothèse selon laquelle il y aurait peu d'usager-es problématiques dans les échantillons de cette enquête est directement confortée par le fait que seule une minorité de répondant-es (6,5 %) des deux premières enquêtes ont déclaré suivre un traitement pour un usage problématique de drogues avant l'entrée en vigueur des mesures de confinement. Et seule une très faible proportion se déclare être en mauvaise santé (2,3 %). Il conviendrait néanmoins d'analyser plus finement les profils de consommation sur base des quantités consommées et des fréquences de consommation, afin de pouvoir distinguer les usager-es en fonction de l'intensité de leur consommation, et de vérifier si l'impact du confinement est différent selon l'intensité de la consommation. Il conviendrait également de réaliser des analyses supplémentaires afin d'identifier d'éventuelles caractéristiques différentielles (notamment au niveau du profil sociodémographique) qui distingueraient les

Enfin, les personnes marginalisées ou institutionnalisées échappent généralement à ce genre d'enquête. Or ces dernières sont particulièrement concernées par l'usage problématique de substances psychoactives, qu'il s'agisse d'alcool, de médicaments psychotropes ou de drogues illégales.

*En conclusion, ces enquêtes révèlent essentiellement l'absence d'impact majeur du confinement et de la crise sanitaire sur de jeunes adultes flamands ayant un profil de consommation (apparemment) majoritairement festif/récréatif. Mais elles soulignent aussi qu'une proportion non négligeable d'usager-es a présenté une augmentation de leur consommation durant le confinement (en particulier, plus d'un quart des consommateur-rices d'alcool). Il serait utile d'effectuer des analyses complémentaires afin de vérifier si ces usager-es se distinguent de ceux dont la consommation ne semble pas avoir été impactée négativement par la crise sanitaire (e.g. différences au niveau du profil sociodémographique ? de la fréquence/intensité de l'usage ?).*

## 8.2.2. ENQUÊTES EN LIGNE DROGUES & COVID (Modus Vivendi, 2020 & 2021)

Modus Vivendi a réalisé, en collaboration avec Eurotox et d'autres partenaires européens, deux enquêtes en ligne de manière à évaluer l'impact du confinement et de la crise sanitaire sur les pratiques d'usage de drogues. La première enquête a été réalisée du 23 avril au 5 mai (N=233) et s'est centrée sur l'impact du confinement sur les consommations, et la deuxième du 25 septembre au 30 octobre (N=249), laquelle portaient plus spécifiquement sur l'usage en milieu festif (avant et pendant la crise sanitaire)<sup>566</sup>. Ces enquêtes ont surtout été diffusées auprès des usager-es qui connaissent de près ou de loin les activités de Modus Vivendi, bien qu'une diffusion plus large via les réseaux sociaux ait également été effectuée. Les résultats de la première enquête montrent que, même

usager-es qui ont augmenté leur consommation depuis le confinement. De telles analyses n'ont pas été réalisées à notre connaissance.

566 Les répondant-es provenaient principalement de la Région bruxelloise, et dans une moindre mesure de la Wallonie et de Flandre.

si la tendance centrale est à la baisse, un tiers des usager-es d'alcool (32 %) et plus d'un tiers des usager-es de drogues (39 %) estiment avoir consommé plus pendant le confinement. Un autre élément important est qu'un usager-e sur cinq a déclaré vouloir profiter du confinement pour réduire sa consommation, et 8 % ont même déclaré en profiter pour arrêter de consommer. La seconde enquête met en évidence qu'un tiers des répondant-es semble avoir participé à au moins une *lockdown party* (6,5 % à plus de 5 reprises). Ce résultat met en évidence que le confinement n'a pas totalement interrompu les habitudes festives des usager-es de drogues, le risque étant que la clandestinité augmente les risques pour les usager-es. Les produits consommés au cours de ces événements festifs sont assez semblables à ceux consommés d'habitude en sortie, mis à part que l'on observe une légère réduction de la consommation de psychostimulants (MDMA et amphétamines). Notons aussi qu'un tiers des usager-es qui déclarent participer à ces fêtes disent consommer de plus grandes quantités de produits psychotropes que d'habitude en sortie avant la crise sanitaire, et 18 % déclarent polyconsommer plus souvent. Même si ces résultats doivent être considérés avec prudence en raison de la petitesse de l'échantillon et de sa non-représentativité, ils indiquent que la consommation festive de drogues semble s'être intensifiée chez certains usager-es (leurs consommations sont plus intenses, quoique moins fréquentes).

## 8.2.3. ENQUÊTE UCLouvain SUR L'USAGE D'ALCOOL (Maurage et al., 2020)

Selon l'enquête réalisée par l'UCLouvain auprès de plus de 6.500 Belges francophones<sup>567</sup> (enquête en ligne diffusée du 02-04 au 20-04), la consommation d'alcool ne semble pas avoir augmenté de manière généralisée pendant les premières semaines de confinement. En effet, près de la moitié des répondant-es (46 %) rapportent une consommation stable par rapport à leurs habitudes pré-confinement

567 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.

et 29 % rapportent même une réduction de leur consommation (en moyenne, 10 verres standard en moins par semaine). Néanmoins, un quart des répondant-es (25 %) estiment que leur consommation a augmenté durant le confinement.

Les auteurs ont identifié des liens statistiques entre l'augmentation de la consommation et certaines caractéristiques des répondant-es (situation professionnelle, situation familiale, état psychologique, etc.). Les facteurs associés à une augmentation de la consommation d'alcool durant le confinement sont les suivants : 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<sup>568</sup>, subir du stress ou de l'anxiété en raison de la crise sanitaire<sup>569</sup>, le fait d'être confiné avec des enfants, et enfin le sentiment d'impuissance et de manque de contrôle face à la crise sanitaire. L'enquête met aussi en évidence que les professionnel-les de la santé qui ont maintenu leur activité professionnelle durant le confinement sont particulièrement concernés par l'augmentation de la consommation, en particulier les jeunes soignant-es (38 % évoquent une augmentation de leur consommation, augmentation généralement corrélée à la survenue d'émotions négatives). Enfin, chez les personnes qui présenteraient une dépendance à l'alcool, 21 % ont augmenté leur consommation (généralement en raison du stress et de la survenue d'émotions négatives). En revanche, aucun lien n'a pu être observé entre une augmentation de la consommation et l'isolement social, ni avec l'ennui/désœuvrement.

La consommation a le plus baissé chez les personnes qui boivent habituellement pour des raisons sociales, probablement parce que les occasions festives ont été fortement

568 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.

569 Peur d'une contamination pour soi-même ou ses proches, peur d'une perte de revenus voire du travail.

réduites par les mesures de confinement. Cela explique pourquoi les étudiant-es sont particulièrement concernés par une baisse de consommation (61 % d'entre eux ayant diminué leur consommation durant le confinement)<sup>570</sup>. Aussi, il y a significativement plus d'hommes que de femmes qui ont diminué leur consommation pendant le confinement, alors qu'il y a proportionnellement autant d'hommes que de femmes qui sont restés stables ou qui ont augmenté leur consommation.

*En conclusion, un des grands enseignements de cette enquête est que l'impact du confinement sur la consommation d'alcool varie grandement selon les caractéristiques sociales, psychologiques et environnementales des personnes et selon les effets du confinement sur ces caractéristiques et donc sur la réduction ou le renforcement des facteurs de risque (revenu/avenir incertains, stress, anxiété, école à la maison, etc.). Il serait utile d'effectuer des analyses complémentaires afin de vérifier si le cumul de ces facteurs de risques entraîne une aggravation proportionnelle de la consommation d'alcool.*

570 La baisse de revenus des étudiant-es pourrait aussi avoir accentué cette tendance.

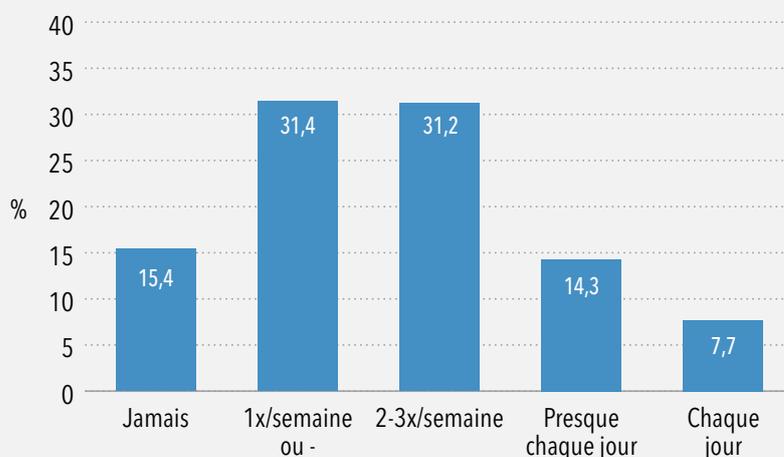
## 8.2.4. ENQUÊTE ULIÈGE SUR L'USAGE D'ALCOOL (Schmits & Glowacz, 2020)

L'enquête réalisée par l'ULiège auprès de plus de 2.871 francophones<sup>571</sup> (enquête en ligne diffusée du 07-04 au 01-05) fournit des résultats similaires à l'enquête de l'UCLouvain. En effet, 49,1 % des répondant-es rapportent une consommation d'alcool stable, 24,5 % signalent une diminution et 26,4 % une augmentation de leur consommation. Cette enquête confirme donc que, si la consommation d'alcool semble ne pas avoir augmenté de manière généralisée pendant les premières semaines de confinement, un pourcentage non négligeable de la population a intensifié sa consommation durant cette période.

La majorité des répondant-es (73 %) a déclaré avoir consommé de l'alcool durant ces premières semaines de confinement. La consommation avait le plus souvent lieu avec le/la partenaire (69,4 %) ou avec des ami-es lors d'apéro en ligne (54,7 %). Néanmoins, un quart des usager-es ont rapporté avoir consommé seul (25,8 %) ou lors de *lockdown parties* (8,3 %). Lors d'une session de consommation, les usager-es ont déclaré consommer le plus souvent 1 ou 2 verres de boissons alcoolisées (78,3 %), 16,7 % en

571 L'échantillon se compose majoritairement de Belges francophones (84,5 %), le reste de l'échantillon provenant principalement de France et du Canada.

Figure 52 : Fréquence de consommation de boissons alcoolisées durant le confinement



Source : Changes in alcohol consumption during the COVID-19 pandemic: impact of the lockdown conditions and mental health factors. Schmits & Glowacz, 2020 (2020)

ont consommé 3 ou 4, 3,5 % 5 ou 6 verres, 0,8 % 7 à 9 verres et enfin 0,7 % 10 verres ou plus. Au total, 21 % des répondant-es ont déclaré consommer de l'alcool chaque jour ou presque durant le confinement, ce qui est deux fois plus élevé que la consommation quotidienne telle qu'estimée avant le confinement par l'enquête de santé par interview<sup>572</sup>.

Les personnes qui rapportent une augmentation de leur consommation d'alcool durant le confinement justifient leur consommation en invoquant le plus souvent des motifs de détente/relaxation (90,6 %) ou, dans une moindre mesure, une plus grande disponibilité pour le faire qu'auparavant (en raison du télétravail ; 48 %). Certains usager-es évoquent également consommer de l'alcool pour passer un moment convivial lors d'apéro en ligne (37,4 %), pour lutter contre l'ennui (32,2 %), en raison de l'inquiétude provoquée par la pandémie (30,4 %), pour se rapprocher de son conjoint (16,8 %) ou encore en raison de tensions au sein du couple (14 %).

Les auteures ont également identifié des associations entre les changements de consommation durant le confinement et certaines caractéristiques environnementales et psychologiques des répondant-es. Ainsi, les personnes vivant avec des enfants et celles qui travaillaient à la maison durant le confinement avaient davantage tendance à rapporter avoir augmenté leur consommation d'alcool durant le confinement. En revanche, aucune différence de genre n'a été identifiée. Les personnes qui signalaient une augmentation présentaient davantage de signes d'anxiété et de dépression que celles dont la consommation était restée stable<sup>573</sup>. Et ces signes étaient davantage observés chez les répondant-es confinés dans des espaces réduits sans extérieurs (terrasse, jardin). Les personnes ayant fait mention d'une augmentation

de leur consommation rapportaient aussi davantage se sentir directement exposées au virus et au risque de contamination (ce qui est notamment le cas du personnel soignant).

*Cette enquête confirme que l'impact du confinement sur la consommation d'alcool varie en fonction des caractéristiques sociales, psychologiques et environnementales des personnes, caractéristiques qui ont pu être modifiées par les mesures de confinement et la crise sanitaire. Elle met en évidence que l'augmentation de la consommation d'alcool peut être associée à des signes d'anxiété ou de dépression ainsi qu'à un sentiment d'être directement exposé au virus et au risque de contamination. Des difficultés de santé mentale générées ou aggravées par la crise sanitaire apparaissent donc comme des facteurs de risque d'aggravation de la consommation d'alcool, l'alcool ayant probablement tendance à être utilisé pour minimiser les symptomatologies.*

### 8.2.5. ENQUÊTES DE SANTÉ COVID-19 (Sciensano, 2020c, d, e, f et g)

Sciensano a mené à ce jour cinq enquêtes générales de santé<sup>574</sup> visant à évaluer

.....  
574 La première enquête s'est déroulée au début du confinement, du 02-04 au 09-04, et a récolté plus de 44.000 participations (64 % en Flandre, 26 % en Wallonie et 10 % à Bruxelles). La deuxième enquête s'est déroulée du 16-04 au 23-04, et a récolté près de 42.000 participations (50,8 % en Flandre, 37,9 % en Wallonie et 11 % à Bruxelles). La troisième enquête s'est déroulée du 28-05 au 04-06, et a récolté près de 34.000 participations (67,8 % en Flandre, 23,8 % en Wallonie et 8,4 % à Bruxelles). La quatrième enquête s'est déroulée du 24-09 au 02-10, et a récolté près de 31.000 participations (68,5 % en Flandre, 22,2 % en Wallonie et 9,3 % à Bruxelles). Enfin, la cinquième enquête s'est déroulée du 03-12 au 11-12 et a récolté près de

l'impact du confinement et de la crise sanitaire sur la santé des adultes en Belgique. Ces enquêtes intégraient quelques indicateurs relatifs à la consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, drogues, sédatifs). La première enquête ainsi que les trois dernières incluaient également des indicateurs de santé mentale, générés à partir d'échelles destinées à évaluer la prévalence des troubles anxieux généralisés, des troubles dépressifs, et des troubles du sommeil<sup>575</sup>. Ces échelles sont identiques à celles utilisées dans l'enquête de santé par interview, ce qui permet de comparer l'état de santé mentale de la population tout au long de la crise sanitaire à ce qu'il était en 2018<sup>576</sup>. Les pensées et comportements suicidaires ont également été évalués lors de la quatrième enquête. Enfin, la cinquième enquête abordait également l'usage des médias sociaux, d'internet, des jeux vidéo et des jeux de hasard et d'argent.

### USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Le **tableau 69** comptabilise les pourcentages de personnes s'étant déclarées consommatrices des différentes substances psychoactives investiguées au moment de l'enquête. Il ne s'agit donc pas de données longitudinales mais des pourcentages de consommation déclarée lors de chaque enquête. L'indicateur ne tient pas compte de la fréquence de consommation ni des quantités consommées, et ne fournit pas de précision sur le type de produits consommé en ce qui concerne les drogues illégales

.....  
30.000 participations (69,3 % en Flandre, 21,8 % en Wallonie et 8,9 % à Bruxelles).

575 Les troubles du sommeil n'ont été investigués qu'à partir de la 3e enquête.

576 Pour les troubles du sommeil, l'année de référence est 2013, car ces troubles n'ont pas été investigués en 2018.

.....  
572 En 2018, selon l'enquête HIS (voir Gisle et al., 2019), 9,7 % des Belges consommaient de l'alcool de manière quotidienne et 40,6 % de manière hebdomadaire. On ne peut toutefois exclure l'existence d'un biais de sélection, qui entraînerait une surestimation de la consommation dans l'enquête de l'ULiège, puisqu'il s'agissait d'une enquête en ligne sans échantillonnage aléatoire.

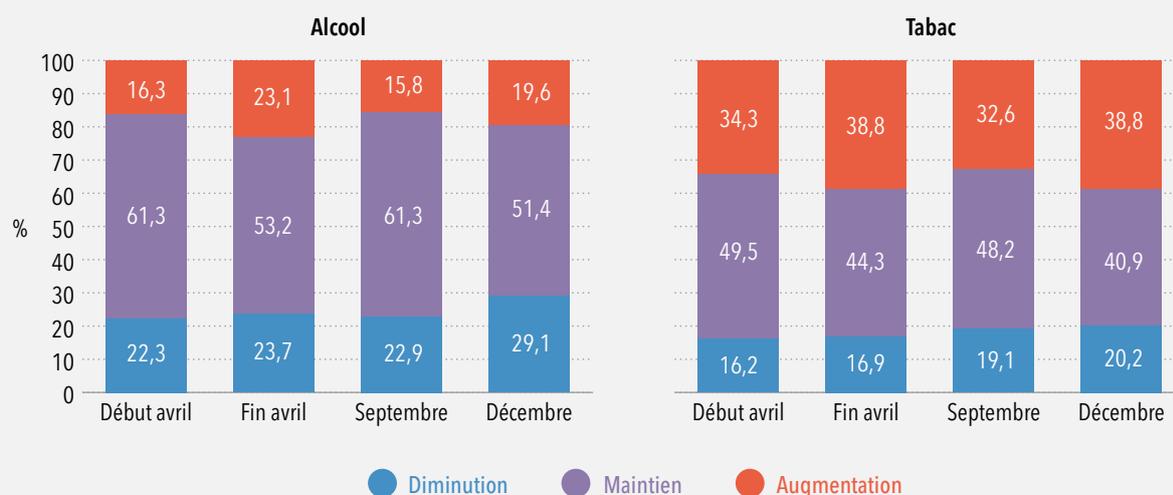
573 Néanmoins, plus la consommation d'alcool était fréquente, moins les répondant-es rapportaient des signes de dépression ou d'anxiété, ce qui est compatible avec l'hypothèse d'une utilisation de l'alcool pour réduire la survenue de ces affects désagréables chez certains usager-es.

**Tableau 69 : Pourcentages de personnes ayant déclaré consommer de l'alcool, du tabac, des sédatifs ou des drogues illégales durant la crise sanitaire, par période d'enquête**

	Début avril %	Fin avril %	Septembre %	Décembre %
Alcool	67,6	72,1	71,3	73,5
Tabac	21,8	22,1	23,6	23,0
Sédatifs	/	18,2	18,8	20,6
Drogues illégales	3,6	4,4	5,4	5,8

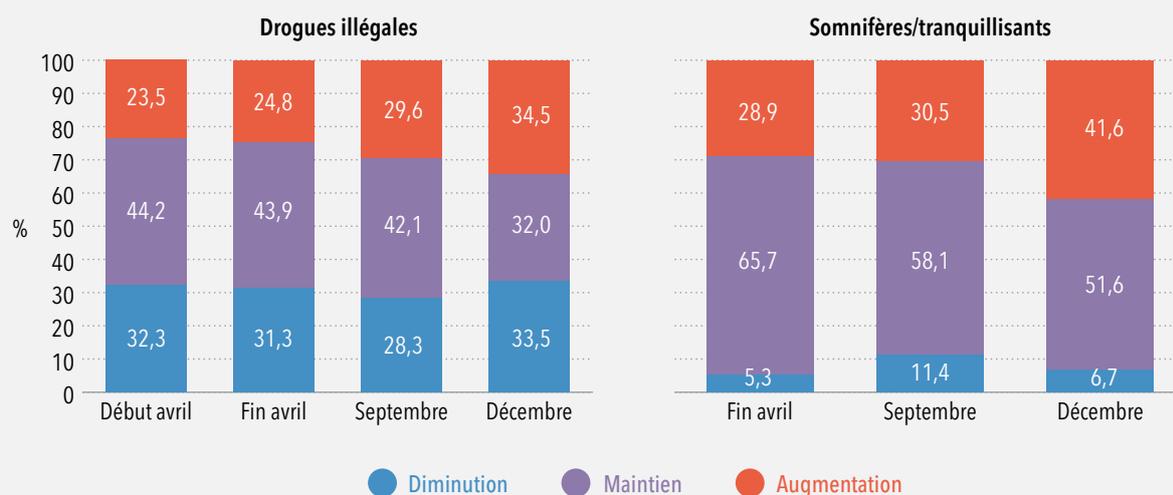
Source : Enquêtes Covid & Santé Sciensano

Figure 53 : Proportion de consommateurs d'alcool et 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 : Enquêtes Covid & Santé Sciensano

Figure 54 : Proportion de consommateurs de drogues illégales et de sédatifs (tranquillisants ou somnifères) 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

et les sédatifs (somnifères/tranquillisants). En décembre, 73,5 % des participant-es âgés de 18 ans et plus consommaient des boissons alcoolisées, 23,0 % du tabac, 6 % des substances illégales et 21 % des somnifères ou des tranquillisants. Il semble y avoir davantage de consommateur-rices en décembre qu'au début de la crise sanitaire, quel que soit le produit considéré.

Parmi les personnes ayant déclaré avoir consommé de l'alcool, la majorité (entre 51 % et 61 %) a déclaré ne pas avoir modifié sa consommation par rapport aux habitudes précédant la crise sanitaire, et ce quelle que soit la période envisagée au cours de la crise

sanitaire. Toutefois, près d'un cinquième a déclaré avoir augmenté sa consommation depuis le début de la crise, ce qui est cohérent par rapport aux résultats des autres enquêtes ayant investigué l'impact de la crise sanitaire sur la consommation d'alcool. On constate qu'en décembre, la proportion de personnes déclarant une diminution de consommation est plus élevée que lors des enquêtes précédentes (29,1 % versus 22-24 %). Dans le cas du tabac, environ un tiers des consommateur-rices a déclaré avoir augmenté sa consommation, quelle que soit la période envisagée.

Parmi les personnes ayant déclaré avoir consommé des drogues illégales, une proportion de plus en plus importante au cours de la crise sanitaire déclare avoir augmenté sa consommation par rapport à la période précédant la crise sanitaire. Il en est de même pour les consommateur-rices de somnifères et tranquillisants. Globalement, ces résultats sont cohérents avec ceux mettant en évidence un impact grandissant de la crise sanitaire sur la santé mentale des Belges (voir ci-après), les substances psychoactives pouvant être utilisées pour diminuer des symptomatologies anxio-dépressives ainsi que des troubles du sommeil. L'existence d'une association entre

problématiques de santé mentale et usage de substances psychoactives n'a toutefois pas été investiguée dans les rapports préliminaires des enquêtes Covid-19 de Sciensano.

## SANTÉ MENTALE

Le début de la crise sanitaire et les premières semaines de confinement ont engendré une hausse importante des troubles anxieux au sein de la population belge adulte : 23 % en avril 2020, contre 11 % en 2018. Cette hausse s'observe tant chez les hommes que chez les femmes et dans toutes les tranches d'âge (voir Figure 55). Lors des premières mesures de déconfinement survenues en mai-juin, on constate une réduction des troubles anxieux (16 % en juin 2020, un niveau qui reste supérieur à celui enregistré avant la crise sanitaire), qui sont toutefois à nouveau repartis à la hausse fin septembre (18 %), au moment où les contaminations augmentaient fortement et que la perspective de nouvelles mesures restrictives devenait de plus en plus inévitable. En décembre, les troubles anxieux ont fortement augmenté et ont atteint le seuil observé en avril, au début du confinement (23 %).

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. La fréquence des

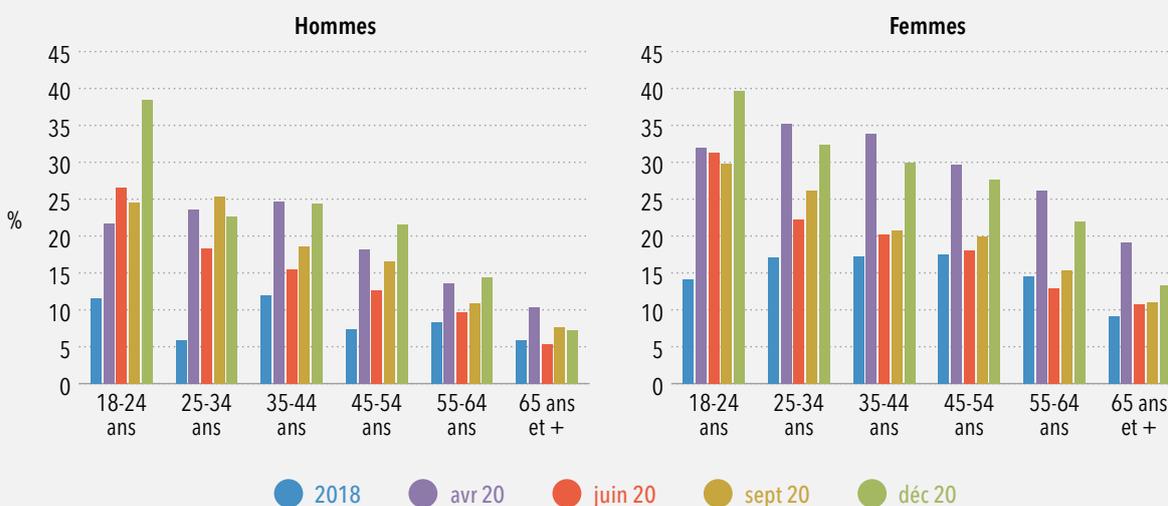
troubles anxieux pendant la crise sanitaire est plus élevée chez les jeunes, en particulier chez les 15-24 ans. Le nombre de jeunes qui présentent un trouble anxieux en décembre est encore plus élevé que lors du début de la crise sanitaire et des premières mesures de confinement. La survenue de troubles anxieux durant la crise sanitaire varie également en fonction d'autres facteurs que l'âge et le genre. 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 sont les moins exposées aux troubles anxieux. 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 a augmenté de manière significative au cours de la crise sanitaire, dans les mêmes proportions que le reste de la population.

En ce qui concerne les troubles dépressifs, le début de la crise sanitaire et les premières semaines de confinement ont également engendré une hausse importante de leur survenue au sein de la population belge adulte : 20 % en avril 2020, contre 9,5 % en 2018. Cette augmentation s'observe

tant chez les hommes que chez les femmes et concerne toutes les tranches d'âge (voir Figure 56). Les premières mesures de déconfinement survenues en mai-juin se sont accompagnées d'une réduction globale des troubles dépressifs (15 %), mais cette diminution s'observe surtout chez les femmes et chez les jeunes hommes et femmes de 15-24 ans (probablement en raison de la reprise des cours et la perspective des vacances estivales). Lors de la reprise des contaminations fin septembre, le niveau global de prévalence est resté similaires à ceux observés les mois précédents (14 % en septembre), mais il est reparti à la hausse chez les hommes d'un âge compris entre 25 et 54 ans ainsi que chez les femmes de 25-34 ans. En décembre, les troubles dépressifs ont fortement augmenté et ont même dépassé le seuil observé en avril au début du confinement (22 %).

Globalement, durant cette crise sanitaire, les hommes semblent avoir été autant touchés que les femmes par les troubles dépressifs, et les jeunes adultes (entre 18 et 34 ans) ont manifestement été les plus touchés tout au long de la crise. La survenue de troubles dépressifs durant la crise sanitaire varie également en fonction d'autres facteurs que l'âge et le genre. Les personnes qui vivent seules (avec ou sans enfants) sont ainsi plus exposées à ce type de troubles que les personnes qui vivent en couple (avec ou sans enfants).

Figure 55 : Prévalence des troubles anxieux généralisés avant et pendant la crise sanitaire COVID-19, par genre et par classe d'âge, Belgique



Source : Enquêtes Covid & Santé Sciensano

Ce type de troubles touche davantage les personnes n'ayant pas poursuivi d'études supérieures. 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 (et, plus généralement, les personnes de 65 ans et plus) sont les moins exposées aux troubles dépressifs. Enfin, le fait de travailler dans le secteur de la santé ne semble pas surexposer les travailleurs à ce type de troubles. Toutefois, la proportion de travailleur-ses de ce secteur qui présente un trouble dépressif a augmenté de manière significative au cours de la crise sanitaire.

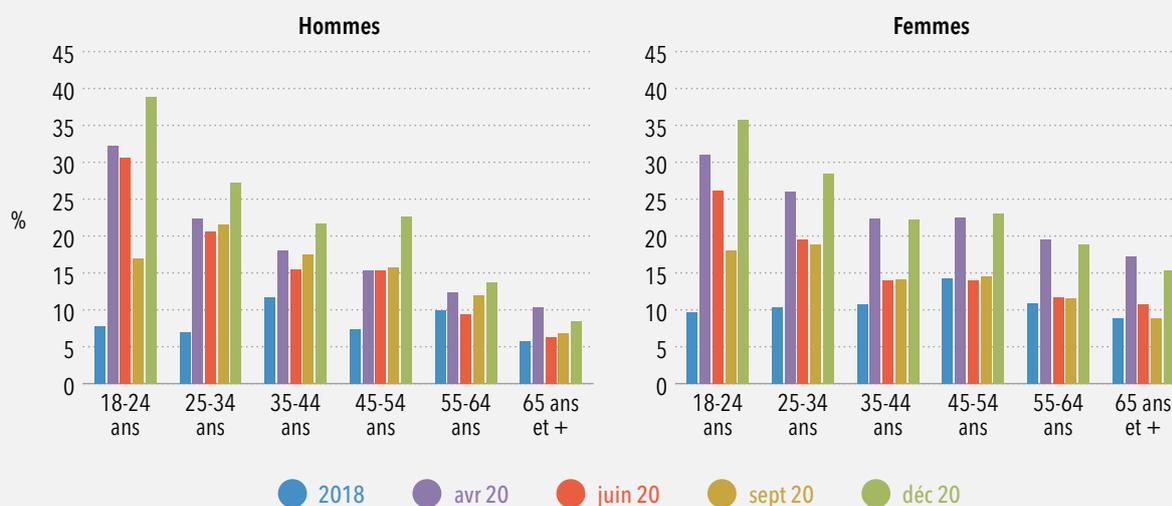
Le début de la crise sanitaire et les premières semaines de confinement ont également engendré une augmentation des **troubles du sommeil**. La majorité de la population (72 % en juin et septembre, et 73 % en décembre) rapporte ainsi avoir éprouvé des troubles du sommeil pendant la période de confinement, un pourcentage beaucoup plus élevé qu'en temps normal (environ 30 % en 2013). La fréquence des troubles du sommeil est restée stable entre juin et décembre. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à en rapporter, et ils touchent davantage les personnes n'ayant pas poursuivi d'études supérieures. 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 ou qui sont à la retraite. Le fait de travailler dans le secteur de la santé ne semble pas surexposer les travailleurs à ce type de troubles.

Enfin, la quatrième enquête Covid interrogeait les Belges par rapport aux **idées et comportement suicidaires** au début de la crise (avril-juin) ainsi qu'au cours des trois derniers mois (juillet-septembre). Au total, 2,4 % ont déclaré avoir sérieusement pensé au suicide dans les premiers mois de la crise (d'avril à juin inclus) et 3,5 % disent y avoir pensé les trois mois suivants (juillet à septembre inclus). Enfin, 0,1 % des répondant-es ont rapporté avoir fait une tentative de suicide dans les premiers mois de la crise (d'avril à juin inclus) et 0,2 % entre juillet et septembre. Par comparaison, avant la crise sanitaire, les idées suicidaires au cours des 12 derniers mois s'élevaient à 4,3 % dans la population générale âgée de 15 ans et plus, selon l'enquête HIS 2018, et les comportements suicidaires au cours des 12 derniers mois à 0,2 %. Durant la crise sanitaire, les idées et comportements suicidaires lors des trois derniers mois (juillet à septembre) sont nettement plus élevés chez les personnes qui souffrent d'anxiété et/ou de dépression, et sont plutôt rares chez celles qui n'éprouvent aucun de ces deux troubles (0,9 % pour les idées suicidaires et 0,06 % pour les tentatives de suicide). Ainsi, parmi les personnes présentant un trouble anxieux

(sans dépression), 3,5 % ont présenté des idées suicidaires et 0,1 % ont fait une tentative au cours des trois derniers mois ; et parmi celles qui présentent un trouble dépressif (sans anxiété), ces pourcentages sont encore plus élevés (11,5 % pour les idées suicidaires et 1,2 % pour tentatives de suicide). Et en cas de comorbidité anxiété-dépression, les pensées suicidaires s'élèvent à 20 % et les tentatives à 0,8 % au cours des trois derniers mois. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir pensé à mettre fin à leur existence (4,2 % versus 2,9 %) et à avoir tenté de le faire (0,3 % versus 0,1 %). Les personnes vivant dans un ménage isolé, monoparental ou en cohabitation (avec des parents, proches, connaissances) sont davantage enclines aux idées et comportements suicidaires. Les idées suicidaires sont également plus fréquentes chez les personnes ayant un faible niveau d'éducation, ainsi que chez les demandeur-ses d'emploi et les personnes en situation d'invalidité. En revanche, les personnes qui travaillent dans le secteur de la santé ne rapportent pas plus d'idées suicidaires que les autres.

Figure 56 : Prévalence des troubles dépressifs avant et pendant la crise sanitaire COVID-19, par genre et par classe d'âge, Belgique



Source : Enquêtes Covid & Santé Sciensano

## USAGE DES MÉDIAS SOCIAUX, D'INTERNET ET DES JEUX VIDÉO

La cinquième enquête COVID-19 de Sciensano a également abordé l'utilisation des écrans avant et pendant la crise sanitaire, mais de manière très succincte, sans tenter d'évaluer l'évolution des usages excessifs. Au total, 92,5 % des Belges interrogés utilisent les réseaux sociaux, 96,6 % Internet, et 38,6 % pratiquent des jeux vidéo. Sans surprise, l'enquête met en évidence que la majorité des Belges a augmenté son utilisation des écrans, en particulier pour consulter les réseaux sociaux (augmentation chez 54 % des utilisateur-rices) et Internet (augmentation chez 57 % des utilisateur-rices), 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 de 18 à 54 ans (augmentation chez plus de 60 % des utilisateur-rices) ; enfin, pour les jeux vidéo, les jeunes joueur-ses sont les

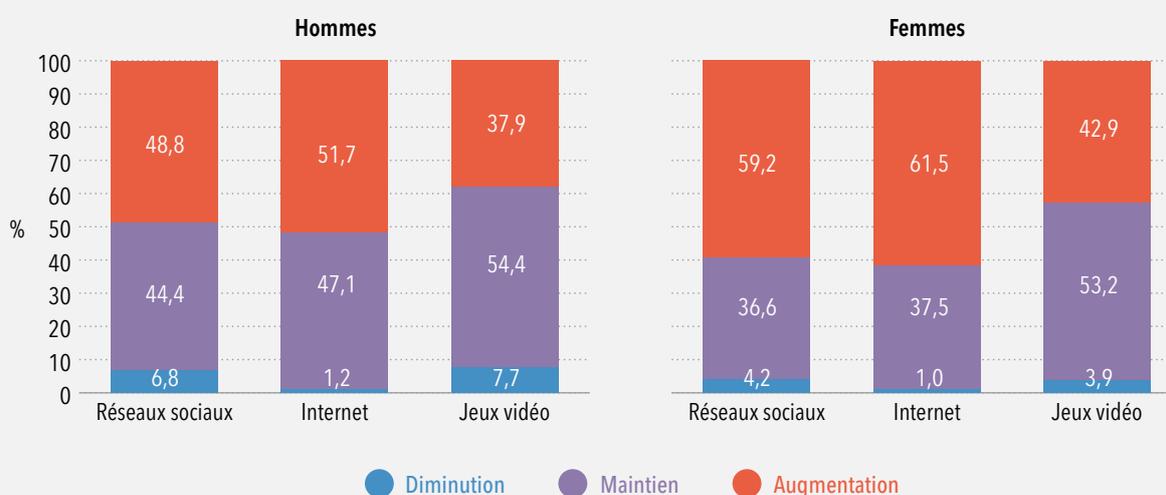
plus nombreux à augmenter leur pratique (42 % des 18-24 ans et 47,4 % des 25-34 ans), mais une petite proportion d'entre eux rapportent également une diminution (10 % des 18-24 ans et 7 % des 25-34 ans).

L'impact de la crise sanitaire et du confinement 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 de la crise sanitaire sur l'utilisation des écrans chez les jeunes Belges a été réalisée par Camille (la caisse d'allocations familiales de l'UCM). Malheureusement, aucun rapport officiel ne semble disponible et seuls quelques résultats ont été diffusés par communiqué de presse<sup>577</sup>. L'étude s'intéressait à l'utilisation des écrans au sein des familles wallonnes avec enfant(s) de moins de 13 ans. Au total, 2.000 parents ont participé à un sondage début mars 2020 (avant le confinement) et 4.000 en avril (pendant le confinement). Au total, 40 % des parents interrogés étaient en télétravail en avril 2020, et près de la moitié d'entre eux estime que les écrans les ont aidés à occuper leurs enfants pendant qu'ils travaillaient. 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.

577 <https://www.camille.be/Actualite/Les-habitudes-de-vos-enfants-ont-elles-changees-face-aux-ecrans>

Figure 57 : 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 Sciensano

## 8.2.6. ENQUÊTE AUPRÈS DES SERVICES BRUXELLOIS ACTIFS EN MATIÈRE D'ASSUÉTUDES (Eurotox & Fedito Bxl, 2021)

Les quelques 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 faible impact sur les consommateurs et consommatrices de substances psychoactives et les services spécialisés en assuétudes. Ces enquêtes n'étant pas représentatives de l'ensemble des usager-es (en particuliers des plus vulnérables) et n'épinglant pas spécifiquement la population bruxelloise, nous avons mené une enquête auprès des services bruxellois spécialisés en assuétudes afin de mieux objectiver l'impact de la crise sanitaire sur les usager-es et sur l'activité des services. De précédents sondages réalisés pendant le confinement auprès des services spécialisés en assuétudes (Antoine, J., Plettinckx, E., van Baelen, L., & Gremeaux, L. 2020) et des professionnel-les de la santé mentale (PFCSM, 2020) ont déjà mis en évidence que la situation sanitaire et sociale des usager-es de drogues les plus précaires s'est dégradée en raison de la mise à l'arrêt ou la réduction de nombreux services, et que 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. Le baromètre réalisé par l'asbl Transit à quant à lui jusqu'à présent mis en évidence une grande stabilité des pratiques de consommation et d'approvisionnement durant la crise sanitaire pour les usager-es qui fréquentent le comptoir d'échange de seringues (Transit, 2020). L'accès aux consultations médicales et aux prescriptions semblent toutefois plus compliqué, de même que l'accès aux services d'aide et premières nécessités (en raison de fermeture ou de capacité d'accueil réduite).

L'enquête que nous avons réalisée visait quant à elle à comparer globalement la situation actuelle des bénéficiaires et des services (telle que perçue par les services eux-mêmes) à la situation précédant la crise sanitaire, afin d'évaluer l'impact perçu au terme de quasiment une année de crise sanitaire. Les informations ont été récoltées sur base d'un questionnaire structuré à l'aide d'échelles ordinales<sup>578</sup>, de manière à pouvoir dégager une vue d'ensemble au sein de chaque service<sup>579</sup>.

578 Echelles permettant de classer des réponses d'appréciation sur base d'un ordre de grandeur.  
579 Le questionnaire a été complété par la personne qui connaît le mieux l'activité du service (coordinateur-ice, directeur-ice médical, etc.).

Bien que ce type d'appréciation ne repose pas systématiquement sur des mesures objectives<sup>580</sup>, il fournit un éclairage utile et complémentaire aux données récoltées à travers des enquêtes quantitatives. Au total, 29 services<sup>581</sup> bruxellois actifs en matière d'assuétudes ont participé à cette enquête, qui s'est déroulée du 29 janvier au 12 février 2021.

### IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR LE DÉVELOPPEMENT OU L'AGGRAVATION DES VULNÉRABILITÉS

La proportion de bénéficiaires qui présentent des vulnérabilités (ou dont celles-ci se sont aggravées) est en augmentation dans les services spécialisés en assuétudes de la Région bruxelloise (voir [Tableau 70](#)). En effet, selon les services interrogés, les bénéficiaires sont actuellement proportionnellement beaucoup plus nombreux à souffrir d'isolement ou de désaffiliation sociale qu'avant le début de la crise sanitaire. Ils sont aussi plus nombreux à présenter une dégradation de leur santé mentale et ainsi

580 La moitié des services ont toutefois déclaré disposer de données quantitatives permettant d'étayer leurs constats.

581 Les institutions disposant de plusieurs services ou antennes distinctes ont été invitées à répondre pour chaque service ou antenne.

**Tableau 70 : Proportion des bénéficiaires chez lesquels un développement ou une aggravation des vulnérabilités sont actuellement observés (N=29)**

	Aucun %	Une minorité (<5 %) %	Une petite proportion (5 %-20 %) %	Une importante proportion (20 %-50 %) %	Une majorité (>50 %) %
Isolement social	0,0	3,7	7,4	33,3	55,6
Dégradation de la santé mentale	0,0	7,1	14,3	39,3	39,3
Désaffiliation sociale	7,4	7,4	22,2	25,9	37,0
Rechute ou aggravation de la problématique de consommation	7,4	7,4	25,9	29,6	29,6
Cumul de plusieurs de ces vulnérabilités	7,4	7,4	11,1	44,4	29,6
Rupture du contact/traitement	10,3	31,0	27,6	13,8	17,2
Difficultés de logement	21,4	10,7	17,9	35,7	14,3
Dégradation de la santé physique	7,4	22,2	33,3	25,9	11,1
Perte d'emploi/de revenus	21,4	7,1	21,4	39,3	10,7
Victime de violence extra-familiale	35,7	25,0	21,4	10,7	7,1
Victime de violence intrafamiliale	23,1	38,5	26,9	11,5	0,0
Incarcération	51,9	25,9	18,5	3,7	0,0
Décès	44,0	44,0	12,0	0,0	0,0

Source : Enquête Eurotox & Fedito Bxl

qu'une aggravation de la problématique de consommation<sup>582</sup>, et à cumuler plusieurs vulnérabilités. Une proportion relativement importante de bénéficiaires présente également de plus grandes difficultés en termes de logement et d'emploi/revenus, et ce malgré les dispositifs qui ont été mis en place au début du confinement (e.g. augmentation de la capacité d'accueil dans les hébergements d'urgence). L'augmentation des violences intrafamiliales mérite également d'être soulignée, même si ce phénomène ne s'est fort heureusement pas généralisé.

La rupture de contact/traitement est restée limitée parce que les services se sont rapidement mobilisés et organisés afin d'assurer une continuité dans la prise en charge des bénéficiaires, via la mise en place de consultation téléphonique ou par visioconférence, le développement ou le renforcement des maraudes, l'allongement de la durée des consultations ou encore la réalisation de visites au domicile des bénéficiaires (voir **Tableau 73**). Les services se sont montrés proactifs et résilients, avec les moyens à disposition, pour maintenir autant que possible le lien avec les bénéficiaires, ce qui a probablement contribué à freiner l'aggravation des problématiques.

582 Ou d'une rechute, pour les personnes qui étaient abstinentes avant le début de la crise sanitaire. Certains services mentionnent à ce sujet que des patient-es ont été mis en difficulté dans le maintien de l'abstinence en raison d'une tendance de certains dealers à être très proactifs pour écouler leurs produits malgré le confinement (appel téléphonique ou envoi de SMS, proposition de ristourne attractive, livraison à domicile...).

## IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR LES PROBLÉMATIQUES DE CONSOMMATION

Les services bruxellois spécialisés en assuétudes sont nombreux à rapporter une augmentation importante des usages problématiques d'alcool et de cocaïne (y compris de crack), mais aussi de tranquillisants/sédatifs et de cannabis parmi leurs bénéficiaires (voir **tableau 71**). Les polyconsommations problématiques sont également en augmentation. Les addictions comportementales (usages problématiques de TIC<sup>583</sup>, jeu pathologique) sont également en augmentation, même si cela ne s'observe que modérément au niveau de l'ensemble des services<sup>584</sup>.

## IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR LES SERVICES ET LES TRAVAILLEUR-SES

Près de la moitié des services rapportent actuellement une forte augmentation de nouveaux bénéficiaires parmi leur patientèle<sup>585</sup>. Une partie de cette

augmentation est liée à un accroissement des demandes d'aide impulsées par l'entourage et par les professionnel·les 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<sup>586</sup> et à l'impact de la crise sur les travailleur·ses (absentéisme en raison du Covid, burnout), ont 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, mais certains services ont pris l'option de ne pas modifier la durée des consultations de manière à pouvoir allouer du temps à un maximum de bénéficiaires. 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 la qualité et le temps accordé à chaque prise en charge individuelle, et ce alors que ces services présentaient déjà un haut niveau de saturation avant la crise sanitaire.

583 Technologie de l'information et de la communication. L'usage problématique de TIC englobe toutes les dépendances aux écrans, y compris la cyberdépendance et le trouble du jeu vidéo (*gaming disorder*).

584 Les services spécialisés dans ce type de prise en charge rapportent une augmentation importante de ce type de problématique.

585 Certains services ont constaté que les nouvelles demandes d'aide enregistrées mensuellement ont quasiment doublé ces derniers mois. C'est notamment le cas de l'Unité de consultation du Centre Médical Enaden, qui enregistre mensuellement environ 20 nouvelles demandes,

alors que les mois de janvier et février 2021 ont chacun comptabilisé plus de 40 nouvelles demandes.

586 Limitation du nombre de travailleur·ses et de patient·es dans les locaux, désinfection des locaux entre chaque consultation,

**Tableau 71 : Évolution des problématiques de consommation des bénéficiaires (N=29)**

	Forte diminution %	Légère diminution %	Pas de changement %	Légère augmentation %	Forte augmentation %
Usage problématique d'alcool	0,0	7,4	22,2	25,9	44,4
Usage problématique de cocaïne	0,0	3,8	34,6	26,9	34,6
Usage problématique de tranquillisants/sédatifs	0,0	0,0	25,0	42,9	32,1
Usage problématique de cannabis	0,0	3,8	38,5	26,9	30,8
Polyconsommation problématique	0,0	0,0	30,8	42,3	26,9
Usage problématique d'antidouleurs	0,0	0,0	40,7	40,7	18,5
Usage problématique de TIC (smartphone, jeux vidéo, réseaux sociaux...)	0,0	4,3	52,2	26,1	17,4
Usage problématique d'opiacés (héroïne, méthadone...)	0,0	3,8	53,8	30,8	11,5
Usage problématique de jeux de hasard et d'argent	0,0	4,5	86,4	4,5	4,5

Source : Enquête Eurotox & Fédito Bxl

**Tableau 72 : Changements observés au sein des services (N=29)**

	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 : Enquête Eurotox & Fédito Bxl

La crise sanitaire a aussi eu et continue à avoir un impact considérable sur la santé des travailleur-ses<sup>587</sup> et le bien-être au travail, en raison de la surcharge de travail, de la nécessité de maintenir leurs activités dans des conditions de sécurité parfois précaires<sup>588</sup> et avec des moyens insuffisants, de la limitation des contacts entre travailleur-ses et des moments de convivialité, et de l'impact plus général de la crise sur les individus et leur bien-être. Plusieurs services ont été amenés à réaliser des supervisions d'équipe voire des supervisions cliniques pour créer un espace de parole et de partage des difficultés éprouvées par les travailleur-ses. Deux

.....  
 587 Y compris en ce qui concerne le travail administratif.  
 588 En particulier au début du confinement, lorsque le matériel de protection était en pénurie.

enquêtes sont actuellement en cours afin de mieux objectiver et comprendre cet impact de la crise sanitaire sur les professionnel-les de la santé<sup>589</sup>.

Enfin, la crise sanitaire a contraint les services à adapter leurs modalités de fonctionnement et à faire preuve d'innovation et de créativité pour pallier aux conséquences des mesures de lutte contre la propagation du virus et tenter de préserver un lien thérapeutique avec les bénéficiaires. Les services ont ainsi été contraints de supprimer ou de

.....  
 589 <https://eurotox.org/2021/02/23/uliege-enquete-sur-le-vecu-et-les-pratiques-des-professionnel%2%b7les-en-période-covid-19/> et <https://eurotox.org/2021/02/23/le-journal-du-medecin-sonde-la-consommation-de-substances-et-le-burn-out/>

restreindre l'accès aux lieux d'accueil/convivialité et au travail communautaire (groupes de parole<sup>590</sup>, ateliers collectifs...), ce qui a fragilisé le volet «réinsertion sociale» des programmes proposés ainsi que les dynamiques plus informelles d'aide et d'accompagnement. Il faut aussi signaler que les contacts entre les professionnel-les de la santé et les bénéficiaires souffrent du caractère impersonnel que confèrent aux consultations le port du masque et le maintien des distances sociales. Et certains services ont aussi été contraints de ne plus accepter les passages non-planifiés (sans

.....  
 590 Certains services ont tenté de mettre en place des groupes de parole par visioconférence, mais les patient-es adhèrent peu à cette modalité de fonctionnement.

**Tableau 73 : Adaptation de l'offre des services (N=29)**

	Forte diminution %	Légère diminution %	Pas de changement %	Légère augmentation %	Forte augmentation %
Consultation par téléphone (N=26)	3,8	0,0	11,5	42,3	42,3
Maraudes (N=9)	11,1	0,0	44,4	11,1	33,3
Consultation par visioconférence (N=22)	4,5	0,0	22,7	45,5	27,3
E-permanence (N=11)	0,0	0,0	72,7	0,0	27,3
Gratuité des traitements de substitution (N=11)	0,0	0,0	72,7	0,0	27,3
Consultation sur rendez-vous (N=25)	8,0	8,0	52,0	16,0	16,0
Plage horaire d'ouverture (N=26)	7,7	19,2	61,5	3,8	7,7
Accessibilité aux groupes de parole/ateliers collectifs (N=21)	52,4	14,3	23,8	4,8	4,8
Accessibilité à la salle d'attente (N=21)	33,3	38,1	23,8	4,8	0,0
Accessibilité à la salle d'accueil (N=20)	40,0	15,0	40,0	5,0	0,0

Source : Enquête Eurotox & Fédito Bxl

rendez-vous), ce qui peut s'avérer compliqué avec un public qui fonctionne de manière peu structurée. Les activités d'*outreach* (maraudes, consultations à domicile) se sont développées ou renforcées, de même que les consultations à distance (par téléphone, en visioconférence ou via une e-permanence).

Au-delà de cet impact global au niveau de l'ensemble des services, des difficultés ou constats supplémentaires ont également été rapportés dans le cadre d'activités menées dans des milieux ou avec des publics spécifiques. Ainsi, en matière de **tabacologie**, les rechutes chez les patient-es abstinents ont augmenté pendant la crise sanitaire, de même que l'aggravation de la consommation chez certains usager-es, en raison du caractère anxiogène de la crise, mais aussi parce que l'accompagnement n'a plus été possible pendant plusieurs semaines (en suivi individuel de même qu'à travers les groupes d'entraide) et que l'accès à la cigarette électronique et aux recharges n'a plus été possible pendant plusieurs semaines, les magasins spécialisés dans leur vente n'étant pas considérés comme essentiels. Dans ce contexte, il a été nécessaire d'accompagner les tabacologues dans la mise en place de consultations par téléphone et par visioconférence. En milieu carcéral, l'interruption des permissions de sortie, des congés pénitentiaires, couplée à la suspension des visites (des proches mais aussi, au début du confinement, des intervenant-es socio-sanitaires externes à la prison), des activités de réinsertion et des procédures de libération anticipée, ont fortement fragilisé les usager-es incarcérés<sup>591</sup>. Les services ont dû mettre en place des permanences téléphoniques (peu accessibles aux personnes en détention) et s'organiser dans la mesure où les travailleur-ses ne pouvaient se rendre que dans une seule prison. Le fait que la majorité des services extra-pénitentiaires ont restreint leur activité (et n'accepte plus de nouvelles admissions) rend plus difficile encore le travail d'accompagnement à la réinsertion, ce qui a pour conséquence que la précarité des personnes détenues à la sortie de prison s'est aggravée depuis le début de la crise sanitaire. Le travail en réseau a également été mis à

mal par la crise sanitaire (communication difficile avec certains partenaires à la réinsertion, manque de réunions entre travailleur-ses, pénurie de l'offre de formation). Au niveau des personnes vivant dans la **grande précarité**, la crise sanitaire a également eu un impact délétère au niveau de l'accès ou le maintien des droits sociaux<sup>592</sup> et des services de première nécessité (repas ou colis alimentaires, douches, soins primaires...), et a également restreint leurs sources de revenus déjà bien frugales (mendicité, travail au noir, prostitution... rendus difficiles par les mesures restrictives), ce qui a accentué la détresse et la dégradation de la santé mentale et physique de nombreuses personnes. Plusieurs services ont observé depuis le début de la crise sanitaire une augmentation des demandes d'accompagnement relatives à des pratiques de **Chemsex** devenues problématiques. En ce qui concerne la **prévention et la promotion de la santé**, les services ont dû rapidement adapter leurs modalités d'entrée en contact avec leurs publics cibles en raison des restrictions de contact et de la désertion de certains lieux d'intervention (e.g. milieux festifs et milieu étudiant), qui sont toujours d'application. Les publics relais (e.g. intervenants scolaires et de l'aide à la jeunesse) restent également plus difficiles d'accès en cette période de crise sanitaire pour aborder les questions en lien avec les usages et les assuétudes, car ils se sont naturellement recentrés sur leurs missions premières et éprouvent eux même du mal à en assurer le maintien. Enfin, signalons que la crise sanitaire a cristallisé la nécessité de renforcer le **travail en réseau** (intra et intersectoriel) pour assurer la poursuite fructueuse des finalités des services et la continuité des soins aux patient-es, dans un contexte où le travail en réseau n'a jamais autant été si compliqué<sup>593</sup>.

592 Intervention du CPAS, chômage, indemnités de la mutuelle...

593 En raison des mesures de lutte contre la propagation du virus (qui s'avèrent chronophages et limitantes dans l'exercice des activités), en raison de la saturation ou fermeture temporaire des services partenaires, ou encore en raison de la non-acceptation de nouveaux bénéficiaires par certains services. Par exemple, les partenariats avec les services hospitaliers et les centres de jour ou de post-cure sont devenus plus compliqués.

591 Les services actifs en matière de toxicomanie ont d'ailleurs été les premiers à être interpellés par les directions de prison sur la dégradation de l'état de santé des détenu-es, et sont retournés dès que possible en milieu carcéral pour soutenir les patients et répondre aux nouvelles demandes de suivis psychosociaux.

## 8.2.7. PERSPECTIVES

Les premières enquêtes ayant évalué l'impact du confinement et de la crise sanitaire sur la consommation de drogues légales et illégales ont fourni des résultats rassurants, dans la mesure où l'on n'a pas observé de tendance généralisée à l'augmentation ou l'aggravation de la consommation. La majorité de la population sondée a donc été capable de faire preuve de résilience en cette période difficile. Toutefois, au-delà de ce constat général, les enquêtes ont clairement mis en évidence qu'une proportion non négligeable de la population a été impactée de manière délétère par le confinement. Ainsi, environ un quart de la population semble avoir augmenté sa consommation d'alcool, cette augmentation étant apparemment favorisée par certaines caractéristiques sociales, psychologiques et environnementales, que la crise sanitaire et économique a pu impacter ou provoquer. En particulier et sans grande surprise, il apparaît qu'une santé mentale fragilisée, le confinement avec des enfants, les conditions de vie ainsi que l'exercice d'une profession à risque de contagion favorisent la surconsommation d'alcool. La crise sanitaire (et la crise économique qui l'accompagne) étant de longue durée, le risque est grand que ces surconsommations se chronicisent et qu'elles puissent évoluer en usage problématique.

Néanmoins, les données récoltées dans le cadre de ces enquêtes correspondent à la consommation auto-déclarée, qui peut ne pas refléter fidèlement la consommation réelle, en raison de l'intervention de biais cognitifs (erreur d'estimation, déni, désirabilité sociale, etc.). De plus, ces enquêtes ont toutes été menées sans méthode d'échantillonnage, ce qui les expose au risque de biais de sélection (les personnes ayant répondu à l'enquête peuvent présenter des caractéristiques différentes de celles de la population générale). Ces enquêtes ne sont donc pas forcément représentatives de la population, d'autant plus que les personnes les plus fragilisées (personnes sans-abris, personnes institutionnalisées, personnes sans accès à Internet, etc.) ne sont généralement pas représentées. Elles ne fournissent dès lors qu'un faible éclairage sur l'impact de la crise sanitaire sur les personnes les plus vulnérables. En outre, certaines enquêtes ne portaient que sur les premières semaines de confinement. Pourtant, la durée de la

pandémie ainsi que les nouvelles mesures restrictives associées à la deuxième vague (couvre-feux, restriction des contacts sociaux, fermeture de l'horeca...) ont probablement davantage aggravé des problématiques de santé préexistantes, voire ont également fragilisé la santé mentale de nombreuses personnes qui étaient en bonne santé avant la crise sanitaire ou durant le premier confinement, comme le suggèrent les enquêtes de santé COVID-19 de Sciensano. Nous sommes en effet désormais soumis à des privations individuelles et collectives chroniques, auxquelles la population n'a jamais été exposée par le passé. Les inégalités sociales se creusent et les intervenant-es en social-santé puisent encore et toujours dans leurs ressources afin de contrer les effets sanitaires, sociaux et économiques délétères de la crise. La santé mentale des indépendant-es, qui rencontrent des difficultés économiques en raison de la suspension prolongée de leurs activités, est quant à elle dangereusement menacée par le prolongement des mesures restrictives. Il est donc hautement probable que l'impact de la crise sanitaire sur les consommations soit désormais plus important que ce qui a pu être observé au début du confinement, à l'instar de la santé mentale dégradée. En outre, à moyen terme, on peut s'attendre à ce que l'impact direct de la crise sanitaire sur la santé mentale entraîne une augmentation significative des usages problématiques, 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.

L'enquête que nous avons réalisée auprès des services spécialisés en assuétudes de la Région de Bruxelles-Capitale a également montré que l'impact de la crise sanitaire sur les consommations problématiques et sur les usager-es en contact avec les services d'aide et de soin est bien plus important que ne le suggèrent les enquêtes menées à l'échelle de la population générale. On observe ainsi une aggravation des vulnérabilités d'un public qui était déjà connu pour être particulièrement fragile, une complexification des problématiques de consommation et une affluence de nouveaux bénéficiaires. L'usage d'alcool, de tranquillisants/sédatifs et de cannabis ont particulièrement augmenté, probablement parce les usager-es ont eu tendance à les surconsommer pour tenter de réduire l'angoisse et la détresse exacerbées par la crise sanitaire, mais les services

observent également une augmentation de la consommation de cocaïne (y compris de crack, qui implique une plus grande demande de matériel d'inhalation) ainsi que des problématiques de polyconsommation, plus complexes à prendre en charge. Les services ont adapté leurs modes de fonctionnement et activités pour maintenir autant que possible le lien avec les bénéficiaires, tout en limitant la propagation du virus. Cela ne s'est pas fait sans difficulté, ni sans impact délétère sur les bénéficiaires et les travailleur-ses.

S'il n'est pas encore possible d'évaluer précisément l'impact de la crise sanitaire sur les demandes de traitement dans les services spécialisés en assuétudes<sup>594</sup>, certaines données sont d'ores et déjà disponibles. Par exemple, en ce qui concerne les demandes d'aide en ligne sur le site [www.aide-alcool.be](http://www.aide-alcool.be), en 2020, la file active (nombre de personnes inscrites et suivies) s'élevait à 377 personnes (+9 % par rapport à 2019), pour un total de 1606 consultations (+12.7 %). L'augmentation des demandes d'aide s'est toutefois surtout accentuée à partir du second confinement : en novembre et décembre 2020, 113 nouvelles demandes d'aide ont été enregistrées, contre 58 en novembre-décembre 2019. Et en janvier 2021, le site a enregistré 99 inscriptions au programme d'accompagnement en ligne, ce qui représente le plus grand nombre d'inscriptions enregistrées en 1 seul mois depuis la naissance du site en 2012<sup>595</sup>. Rappelons aussi que le délai entre le début d'un usage problématique et la première demande de traitement en «présentiel» est généralement de plusieurs années<sup>596</sup>, de sorte qu'il y aura aussi inévitablement un impact différé de la crise sanitaire sur les

.....  
594 Les données de l'indicateur de demandes de traitement ne sont pas encore disponibles. Elles n'offriront toutefois un éclairage que sur les nouvelles demandes de traitement.

595 Le nombre de demande est généralement plus élevé en janvier en raison des bonnes résolutions de la nouvelle année et de l'approche de la campagne de Tournée Minérale, mais le nombre de demandes enregistrées en janvier 2021 surclasse de loin les demandes habituellement enregistrées lors du premier mois de l'année.

596 En l'absence d'aide sous contrainte ou d'aide impulsée par un proche, il faut souvent du temps pour que les usager-es prennent conscience et acceptent leur problème de consommation, et pour qu'ils/elles sollicitent 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.

demandes de traitement, bien que l'on peut supposer que le confinement ait parfois accéléré le décours temporel de demande d'aide en raison des tensions familiales ou des décompensations exacerbées par le confinement et l'impact plus général de la crise sanitaire.

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. L'enseignement à distance, lorsqu'il ne peut être associé à une supervision suffisante (parentale<sup>597</sup> ou scolaire), pourrait favoriser une utilisation excessive des écrans ainsi que le décrochage scolaire, ce qui risque d'accroître les inégalités sociales liées à la scolarité. 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. La cinquième enquête Covid de Sciensano montre en effet que, bien que la majorité des joueur-ses ait une pratique de jeux de hasard et d'argent similaire à la période antérieure à la crise sanitaire, 14,6 % des joueuses et 19,3 % des joueurs ont augmenté leur pratique pendant la crise sanitaire. Les services spécialisés dans la prise en charge des addictions comportementales observent d'ailleurs actuellement une augmentation des problématiques de ce type.

Il n'est pas inutile de rappeler que 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. Ainsi, non seulement les personnes ayant un statut socio-économique défavorisé courent davantage de risques sanitaires (forte densité de population, logements insalubres et/ou petits, profession ne permettant pas le télétravail, etc.), mais les dispositifs permettant d'ordinaire de garantir l'accès universel à la santé et de limiter la reproduction des inégalités sociales

.....  
597 Parce que les parents ne sont pas en télétravail ou parce qu'ils ne sont pas investis dans la scolarisation de leurs enfants.

et leurs effets délétères sont fortement ralentis et/ou saturés de demandes (banques alimentaires, chômage, CPAS, école pour toutes et tous, etc.). Les conséquences du confinement ont et auront des répercussions à court et à long termes sur la perpétuation des inégalités sociales de santé, et donc sur la santé et le bien-être des individus<sup>598</sup>. Limiter l'impact à long terme de cette crise sanitaire ne pourra dès lors se faire sans un déploiement de programmes ciblés de promotion de la santé auprès de la population générale et des individus qui en ont le plus besoin. La promotion de la santé joue en effet un rôle central 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 de contact et d'interruption de certains secteurs d'activité (e.g. Horeca, culture, milieu de la nuit), 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

598 [https://prospective-jeunesse.be/cpt\\_article/covid-19-les-effets-du-confinement-sur-les-inegalites-sociales-de-sante-et-les-usages-e-s-de-drogues/](https://prospective-jeunesse.be/cpt_article/covid-19-les-effets-du-confinement-sur-les-inegalites-sociales-de-sante-et-les-usages-e-s-de-drogues/)

## AVIS DES EXPERT·ES

**Emilie Schmits & Fabienne Glowacz, ULiège, Unité de recherche ARCh**

En mars 2020, la pandémie COVID-19 a été déclarée par l'OMS. Comme de nombreux citoyens à travers le monde, les Belges se sont vus imposer des mesures restrictives pour contrer le virus. La population s'apprêtait à vivre son premier confinement. Dans ce contexte aussi bien exceptionnel que traumatique, la question de l'impact de ces conditions sur la santé mentale des individus est rapidement apparue comme d'un enjeu majeur en termes de santé publique. Durant cette période de confinement, une enquête en ligne a été largement diffusée et complétée par 2871 adultes (79 % de femmes, âge moyen de 33.67 ans). Les conditions de confinement ont été évaluées, ainsi que divers facteurs reflétant l'état de santé mentale des participants.

Les résultats ont mis en évidence que la population Belge souffrait d'anxiété et de dépression, jusqu'à respectivement 45 % et 56 % des participants les plus jeunes. En effet, la population âgée de 18 à 30 ans est particulièrement affectée par la crise sanitaire et la détresse psychologique observée est plus importante lorsque les conditions de confinement ne sont pas optimales (par exemple, moins d'espace à la maison, moins d'activités occupationnelles, moins de contacts via les réseaux sociaux) et lorsque la personne s'avère moins tolérante à l'incertitude. Concernant l'usage d'alcool dans ce contexte anxiogène et incertain, la moitié des répondants affirme ne pas avoir changé ses habitudes, un quart aurait augmenté sa consommation, et un quart l'aurait diminuée. La population plus âgée, avec un niveau d'éducation plus élevé, contrainte au télétravail et ayant des enfants est plus susceptible de majorer son usage d'alcool. Globalement, les habitudes de consommation ont changé pour la moitié des Belges, qu'il s'agisse d'une augmentation ou d'une diminution, et la symptomatologie anxiodépressive associée au contexte a joué un rôle déterminant.

Au terme de cette enquête, une série de recommandations ont été formulées, notamment afin de prévenir une détérioration de la santé mentale de la population lors du dé/re -confinement : accorder une attention particulière aux jeunes et à leur bien-être en tant qu'étudiants ; réduire l'incertitude pour diminuer la symptomatologie anxiodépressive, notamment via une communication claire et des messages non ambigus de la part des politiques ; implémenter une stratégie de prévention alcool dans ce contexte de crise afin prévenir un rebond de l'usage chez les jeunes lors de l'assouplissement des mesures ou un maintien de l'usage accru chez les télétravailleurs. Reste à voir ce qui aura été entendu.

### Pour en savoir plus :

Glowacz, F. & Schmits, E. (2020). Psychological distress during the COVID-19 lockdown : The young adults most at risk. *Psychiatry Research*, 293, 113486.

Schmits, E. & Glowacz, F. (In press). Changes in alcohol use during the COVID-19 pandemic : Impact of the lockdown conditions and mental health factors. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00432-8>.

passer les portes d'un bureau de consultation spécialisée<sup>599</sup>. 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.

8.3

## LES USAGER-ES DE DROGUES ILLÉGALES FACE À LA CRISE SANITAIRE

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, etc. sont autant de facteurs pouvant jouer sur la consommation de drogues licites et illicites (Rolland et de Ternay, 2020). Les enquêtes en ligne menées depuis le début de la crise sanitaire mettent en exergue un impact du confinement sur les consommations de drogues légales et illégales différencié selon les caractéristiques psychologiques, sociales et environnementales des individus. Or, force est de constater que les facteurs de protection et de risque influençant la simple consommation et la consommation problématique de drogues ont été significativement impactés par la crise sanitaire, par les mesures de confinement et de distanciation sociale, et par la crise économique qui les accompagne.

Les usager-es de drogues licites et illicites courent à la fois les risques liés à la COVID-19 et ceux liés à la consommation de substances en période de confinement<sup>600</sup>. Les personnes usagères de drogues ont souvent un **système immunitaire plus faible et des difficultés respiratoires**, ce qui constitue un risque supplémentaire de contracter le virus et de développer des symptômes graves. Elles sont davantage à risque d'être gravement malades ou de décéder de la COVID-19 :

- › La COVID-19 aggrave les dépressions respiratoires provoquées par la consommation d'opioïdes, de benzodiazépines et d'alcool ;

<sup>600</sup> Voir notre note «COVID-19 : Conseils de réduction des risques liés à l'usage de drogues» sur eurotox.org.

- › Le sevrage aux opioïdes, potentiellement induit par le confinement, peut aggraver des difficultés respiratoires ;
- › Fumer ou inhaler des produits (tabac, cannabis, crack, cocaïne, meth/speed, etc.) aggrave les problèmes respiratoires ;
- › Les infections au HIV, hépatites virales et cancers du foie, dont la prévalence chez les usager-es injecteurs est élevée, affaiblissent le système immunitaire ;
- › Le confinement éloigne les personnes vulnérables des centres de soins de santé physique et mentale ;
- › La cooccurrence d'une consommation problématique et de problèmes de santé mentale peuvent significativement compliquer l'*outreach*, la prise en charge et le respect des gestes barrières ;
- › Certains usager-es, notamment les plus marginalisés ou précarisés, ont parfois une relation compliquée au milieu médical.

Les situations de **stress ou d'anxiété** liées à la pandémie et au confinement obligatoire peuvent avoir différents effets sur les usager-es de drogues et les personnes en sevrage ou sous traitement de substitution :

- › Envie ou besoin de consommer davantage (risque de surdoses) ;
- › Envie ou besoin de consommer à nouveau après une période d'abstinence (risque de rechute et de surdoses) ;
- › État d'esprit propice aux *bad trip*.

S'est ajouté à cela les risques inhérents au manque de matériel stérile et en bon état pour consommer à moindre risque, suite à la fermeture ou ralentissement des dispositifs de réduction des risques lors du confinement de mars-avril 2020<sup>601</sup>. Les interdictions de voyage, les contrôles policiers renforcés et la restriction des possibilités de se déplacer dans l'espace public, lors des premières mesures de confinement, ont temporairement impacté le marché illégal. Ainsi, certaines drogues ont connu une pénurie de courte durée

<sup>599</sup> 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.

<sup>601</sup> Le manque de matériel de consommation stérile et en bon état augmente les pratiques de partage et réutilisation du matériel, et donc les risques de transmission et infection au VIH et hépatites B et C, et d'abcès. À noter qu'en temps ordinaires, l'offre de matériel stérile ne rencontre déjà pas la demande, faute de moyens suffisants mis à disposition du milieu associatif (voir 20 ans d'échange de seringues en Belgique francophone : Quel dispositif d'accès au matériel stérile d'injection à Bruxelles et en Wallonie ? Mira Goldwicht. Modus Vivendi. Novembre 2016).

et certains prix se sont momentanément envolés. Le marché des drogues illégales étant fortement résilient, il s'est cependant rapidement adapté et a retrouvé une certaine normalité. L'EMCDDA et Europol ont également noté que l'intérêt et le recours aux achats en ligne a augmenté depuis le début de la pandémie, Internet, le *darknet*, les réseaux sociaux et les messageries cryptées connaissant un grand succès comme source d'approvisionnement (EMCDDA et Europol, 2020). Il n'est cependant pas exclu que des pénuries locales aient eu lieu, ni que certaines drogues vendues en rue aient connu une qualité et des prix fluctuant au cours de la pandémie.

Les **usager-es précarisés** sont d'autant plus à risque qu'ils cumulent à la fois les risques corrélés à un SSE faible et ceux liés à l'usage de drogues (licites et illicites). Leur santé est en effet impactée, d'une part, par les fluctuations du marché des drogues illicites et, d'autre part, par l'arrêt ou ralentissement des services sociaux, de santé, de prévention, de réduction des risques, d'aide et accompagnement. Certains centres et intervenant-es spécialisés en relation avec les usager-es précarisés ont rapporté lors de la première vague une baisse de la disponibilité et de la qualité des produits illicites, une augmentation des prix en rue (Le Vif, 2020 ; Antoine et al, 2020)<sup>602</sup>, et globalement une aggravation de leurs conditions de vie et des risques sociosanitaires (RTBF, 2020 ; Libération, 2020). La raréfaction des substances illicites, l'augmentation de la demande et celle des risques pris par la chaîne d'approvisionnement ont pu en effet participer à l'augmentation des prix en rue.

.....  
602 Précisons toutefois que d'après les résultats de l'enquête menée par Sciensano (2020b), les usager-es de drogues sondés ne rapportent pas de baisse de la qualité des produits en circulation, ni d'augmentation des prix, contrairement à l'enquête menée auprès des centres et intervenant-es spécialisés. Deux hypothèses peuvent expliquer la différence de constats : 1) les centres et intervenant-es rapportant une baisse de la disponibilité et une hausse des prix sont principalement en Région wallonne et en Région de Bruxelles-Capitale, tandis que les usager-es sondés sont principalement en Région flamande (il y aurait donc éventuellement une disparité spatiale) ; 2) Les publics d'usager-es ne sont pas les mêmes : les usager-es ayant répondu à l'enquête en ligne se déclarent en effet en bonne santé, ont un emploi et ont un niveau d'éducation relativement élevé (secondaire et plus), alors que l'enquête auprès des centres et intervenant-es concernerait davantage des usager-es ayant un SSE faible.

Or, les usager-es précarisés sont d'autant plus sensibles aux fluctuations du marché que leurs revenus sont faibles et incertains. L'augmentation des prix, la baisse de la qualité des produits et la réduction de leur disponibilité peuvent pousser les usager-es les plus précaires à consommer des produits de substitution et à diminuer leurs dépenses de première nécessité (nourriture, logement), aux dépens de leur santé, et/ou les précipiter dans des sevrages non-désirés, non-prévus et surtout non-accompagnés (RTBF, 2020 ; Hamilton et Stevens, 2020).

Les mesures de confinement et de distanciation physique ont d'autres effets délétères sur les usager-es précarisés. Au début du confinement de mars-avril 2020, la fermeture ou le ralentissement des

services de santé et d'accompagnement ont limité l'accès aux soins, le nombre de places en résidentiel et l'accès aux traitements de substitutions au opiacés (notamment pour les nouveaux patient-es), et ce, alors même que les risques liés à l'usage de drogues et les risques de sevrage contraignent augmentaient. En même temps, les dispositifs de prévention et de réduction des risques (matériel stérile de consommation, dépistage, testing de produits) subissaient un ralentissement, dû aux mesures de d'hygiène et de distanciation physique (RTBF, 2020 ; Alter échos, 2020a ; EMCDDA, 2020b). D'autres services sur lesquels l'équilibre précaire de ces usager-es repose ont été contraints de fermer ou de limiter leurs activités, notamment les douches, les centres de jour, les restaurants sociaux, les

## AVIS DES EXPERT-ES

**Christopher Collin, coordinateur, Dune asbl**

Le contexte de la pandémie Covid 19 a été fortement marqué par la fermeture ou la réduction des services de première ligne avec pour impact direct une dégradation de la situation socio-sanitaire des usagers de drogues en milieu précaire et une augmentation des situations de décrochage.

Depuis le début de la crise, nous avons choisi de réorienter nos services vers la rue pour continuer à faire offre de soin. Dans ce travail qui consiste à nous rendre dans les lieux de vie des usagers de drogues (squattes, espace public,...) nous avons observé la multiplication des situations de violence vécues par le public usager de drogues en milieu précaire : pression sur l'espace public avec l'obligation de mobilité, violences policières, non-accès aux ressources financières habituelles (manche), report des soins considérés comme «non urgents» avec impact sur la santé globale, rupture des suivis psychiatriques et de traitement, etc. Chose alarmante et impossible normalement dans la capitale de l'Europe, des gens crevaient de faim et le fait de ne pas pouvoir rencontrer un des besoins les plus élémentaires qu'est celui de se nourrir ajoutait, s'il le fallait encore à la tragédie. Ce contexte a bien entendu impliqué une détérioration et une complexification des situations socio sanitaires dans lesquelles trois tendances importantes émergent. Tout d'abord, la forte augmentation des violences de genre en rue et l'impossibilité de mettre à l'abri les victimes. Ensuite, les décrochages dans les parcours de soins notamment suite au durcissement des conditions d'accueil et de fermeture dans les dispositifs de soins classiques. Finalement, la flambée des plaintes lors des consultations médicales, paramédicales et sociales autour des états dépressifs associés quelques fois à des idées suicidaires.

À l'heure d'écrire ces lignes, nous faisons malheureusement le constat que nous ne sommes qu'au début, car il faudra gérer le post-Covid et tous les impacts au niveau des déterminants sociaux de la santé. Il ne reste qu'à espérer que les travailleurs de premières lignes tiendront le coup eux qui ont été fortement éprouvés depuis le début de la crise par la détresse humaine de celles et ceux qui viennent frapper à notre porte.

services sociaux, etc. (Alter échos, 2020a). Parallèlement, l'augmentation des contrôles policiers et la baisse drastique de la fréquentation de l'espace public ont impacté et impactent encore les usager-es précarisés qui sont davantage en rue. La consommation en rue, la mendicité, l'approvisionnement auprès des dealers, ou même le fait de se poser ou dormir dans l'espace public sont devenus beaucoup plus compliqués voire impossibles (Libération, 2020).

Tous ces éléments combinés ont poussé les usager-es précarisés ou fragilisés à se cacher davantage et les ont éloignés des services d'aide, de soins et de réduction des risques, augmentant dès lors les risques liés à la consommation de drogues. Au final, le lien entre les services spécialisés et les usager-es, déjà fragile, risque de s'effiloche, et la santé physique et mentale des usager-es de se détériorer significativement. De nouveau, la crise sanitaire liée à la COVID-19 agit en révélateur des limites et manquements du modèle sociétal dans lequel nous évoluons ; un modèle basé sur la prohibition de certaines substances psychoactives et sur la répression des usager-es, plutôt que sur la promotion de la santé et une approche de l'usage de drogues licites et illicites depuis le prisme de la santé publique.

### INNOVATIONS ET ADAPTIONS DES SERVICES SPÉCIALISÉS

Au cours du confinement et partout en Europe, les dispositifs se sont adaptés et ont parfois même bénéficié de moyens inédits afin de poursuivre leurs activités (EMCDDA, 2020b). Certains pays, par exemple, ont assoupli leur réglementation en matière de traitement de substitution : allongement de la durée des prescriptions, augmentation des quantités prescrites, changements dans le dosage et les produits, réduction ou annulation des tests d'urine ou des prises supervisées... En Belgique et ailleurs, des dispositifs de délivrance des traitements à domicile et d'*outreach* mobiles ont été mis en place (qui reposent sur un accès rapide et simplifié à un TSO). Les services de *testing* ont dû arrêter leurs activités en face à face, mais ont parallèlement renforcé leur présence en ligne. Certains comptoirs de matériel stérile de consommation ont pu augmenter les quantités de matériel délivré en une fois et développer la livraison à domicile ou des lieux de self-service.

Des chambres d'hôtel et des (nouveaux) abris ont été mis à disposition des personnes sans domicile et nombre de services ont organisé des distributions de nourriture gratuite, de masques et de gel hydroalcoolique auprès des usager-es<sup>603</sup>. Dans certains pays, les abris à destination des personnes fortement marginalisées ont même développé des activités de réduction des risques liés à l'alcool. Les différents dispositifs se sont mobilisés et ont adapté leur fonctionnement afin de garantir la continuité de leurs services et garder le contact avec leur public. Les maraudes ont été renforcées dans plusieurs villes et nombre d'associations et centres de consultation ont renforcé ou basculé vers des services à distance (téléphone, *chat*). Les salles de consommation à moindre risque ont pour beaucoup poursuivi leurs activités, en s'adaptant ; et certains pays ont mis en place des salles mobiles. La salle de consommation de Liège et les comptoirs de matériel stérile de consommation ont maintenu leurs horaires tout du long de la crise, tout en respectant les consignes sanitaires. Des numéros d'urgence sociale ont été lancés à Bruxelles et en Wallonie, et une *hotline* a également été mise en place afin de soutenir les professionnel-les de la santé bruxellois en les réorientant vers des médecins spécialisés en assuétudes.

.....  
<sup>603</sup> EMCDDA (2020). Op. Cit. ; Séminaire sur les salles de consommation à moindre risque en tant de COVID-19 en Europe, 28/05/2020, Correlation, European Harm Reduction Network : voir aussi les sites de la Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes (Fédito BXL asbl) et le site du Centre de Référence en Santé Mentale (Créasam asbl).

8.4

## L'ESSOUFFLEMENT DE NOTRE MODÈLE DE SOCIÉTÉ

Ces constats ne sont évidemment pas nouveaux et ont déjà fait couler beaucoup d'encre. Les secteurs de la lutte contre la pauvreté, de la promotion de la santé, de la santé, de l'aide sociale, de la prévention et de la réduction des risques tirent depuis longtemps la sonnette d'alarme.

Les crises, qu'elles soient sociales, sanitaires, économiques ou écologiques, tendent à révéler les faiblesses structurelles des sociétés (Peretti-Watel, 2020). La crise sanitaire liée à la COVID-19 exacerbe, voire accélère, les conséquences des mesures politiques prises ces dernières décennies en matière de dérégulation du travail, de privatisation des services publics, d'austérité, de dissolution du système de protection sociale et de santé (les hôpitaux en première ligne), et de désintérêt pour la promotion de la santé ; autant de mesures qui ignorent et renforcent les inégalités sociales et qui individualisent toujours plus la responsabilité de la santé et des conditions de vie. Or, ce sont la collectivité et l'État qui devraient compenser, réparer et lutter durablement contre les inégalités sociales.

La crise actuelle exacerbe les inégalités sociales de santé qui persistent entre les classes sociales, les genres et les corps de métier. Elle souligne l'oubli systémique de ces inégalités et de certaines franges de la population, ainsi que les politiques de l'urgence appliquées par les pouvoirs publics aux personnes précarisées, sans abri, détenues, institutionnalisées, âgées, marginalisées, sans papier, usagères de drogues, travailleuses du sexe, pour ne citer qu'elles. Elle met en exergue une hiérarchisation erronée des métiers, du mérite et de l'utilité basée sur la rentabilité et le profit, plutôt que sur la plus-value socio-sanitaire. Elle a aussi visibilisé les effets sociosanitaires de la prohibition sur les usager-es de drogues, qui découlent de l'absence de contrôle de la qualité des substances en circulation ou de régulation des prix, de la peur de la police et de la

stigmatisation, du manque d'information (sur les produits, les risques et leur réduction), et du manque systémique de soutien politique et financier des dispositifs de prévention et de réduction des risques<sup>604</sup>, au sein desquels l'associatif est surreprésenté.

La crise actuelle rappelle en conséquence le rôle central et indispensable du travail reproductif<sup>605</sup> et des dispositifs de soin, d'aide et d'accompagnement ; et le rôle pilier que jouent les institutions publiques (l'école en premier lieu) et les points d'appui associatifs et non-gouvernementaux qui luttent contre la pauvreté et les inégalités sociales. Elle met également en lumière toute l'importance d'investir durablement dans la promotion de la santé.

### LES LEÇONS À TIRER DE LA CRISE

Les leçons à tirer de la crise sont nombreuses, et parmi elles, l'importance pour l'avenir de revaloriser un secteur trop souvent oublié des politiques publiques, à savoir la promotion de la santé, qui comprend notamment la réduction des risques. La promotion de la santé joue pourtant un rôle central dans la prévention et la gestion des crises et leurs conséquences. Elle permet aux individus d'améliorer la maîtrise de leur propre santé et comprend un vaste panel d'interventions sociales et environnementales visant à favoriser et protéger la santé et la qualité de vie, tout en luttant contre les principales causes de la mauvaise santé (c'est-à-dire en agissant sur les déterminants de la santé ; OMS, 2016). La santé est comprise de manière globale : la santé physique, certes,

mais également la santé mentale et le bien-être. La promotion de la santé défend dès lors la mise en place d'un projet social durable qui s'inscrit dans un écosystème. Ce projet social tend vers la création des conditions et environnements favorables à la santé des individus et communautés.

Les modèles théoriques sur lesquels repose la promotion de la santé participent à mettre en place des actions cohérentes et globales autour des déterminants de la santé et à élaborer des stratégies de communication, d'information et d'éducation à la santé (Scheen et Aujoulat, 2020). La promotion de la santé vise à autonomiser les communautés et à faire vivre le projet démocratique en encourageant la participation citoyenne aux décisions ayant un impact sur la santé (IREPS, 2020). La collaboration interdisciplinaire et la création de liens et de solidarités sont au centre de son fonctionnement. Ainsi, en temps ordinaires et en temps de crise, la promotion de la santé et ses acteur·rices permettent 1) la mise en place de politiques publiques soucieuses de leurs répercussions sur les déterminants de la santé et les inégalités sociales de santé, et 2) une communication optimale, non-paternaliste et transparente auprès des populations, qui tienne compte du niveau de littératie en santé de celles-ci.

La promotion de la santé participe ainsi à l'édification d'un modèle de société plus égalitaire, plus équitable, plus démocratique et durable, qui considère la santé des individus comme un bien collectif et essentiel. Elle défend le caractère non-marchand et collectif de la santé, ainsi que le droit à la santé dans sa totalité (y compris des conditions de vie dignes, la participation démocratique aux décisions politiques, et l'accès à une information sanitaire complète et transparente ; Mebtoul, 2020). Or, malgré son importance fondamentale dans la pérennité de la société, force est de constater que la promotion de la santé souffre d'un manque systémique de moyens financiers et humains et de considération de la part pouvoirs publics.

Au plus haut des vagues de COVID-19, les bonnes intentions et les promesses de réforme sont pléthore. L'accalmie entre la première et la deuxième vague ne semble pourtant pas avoir porté ses fruits. De nouveau, après la tempête passée, subsistera un important chantier de réorganisation des priorités et financements

publics, afin de sortir des politiques de l'urgence et d'enfin créer un environnement social, économique et écologique durable et favorable à la santé.

604 Cellule Générale de Politique Drogues (2018).

Monitoring des dépenses publiques en matière de drogues. Exercices 2014 et 2015. Bruxelles.

605 Le travail reproductif désigne l'ensemble des activités qui permettent de créer et renouveler la force de travail, c'est-à-dire procréer, mais aussi nourrir, loger, prendre soin et soigner des malades, des aîné·es et des jeunes, soutenir, nettoyer, éduquer, etc. à l'échelle du foyer domestique et de la société. Ce travail reproductif est largement dévalorisé au sein des sociétés occidentales, puisque considéré comme non rentable. Il repose fortement sur une répartition genrée et racisée des tâches, les femmes et personnes racisées étant surreprésentées dans le travail reproductif. Parce que considéré comme une compétence «naturelle», une passion ou un dû, le travail reproductif est souvent peu valorisé, mal rémunéré voire gratuit (voir notamment De Beauvoir, 1949 ; Federici, 2014 ; Cognet, 2010).

# 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.
- 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.
- 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., Plettinckx, E., van Baelen, L., & Gremaux, 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.
- 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.
- Beauchesne, L. (2020). La légalisation du cannabis au Canada : entre commercialisation et prohibition 2.0. Montréal: Bayard Canada.
- 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). Detering drunk driving fatalities: An economics of crime perspective. *International Review of Law and Economics*, 19, 205-225.
- Billieux, J., Thorens, G., Khazaal, Y., Zullino, D., Achab, S., & Van Der Linden, M. (2015). Problematic involvement in online games: A cluster analytic approach. *Computers in Human Behavior*, 43, 242-250.
- Bird, S. M., McAuley, A., Perry, S., and Hunter, C. (2016). Effectiveness of Scotland's National Naloxone Programme for reducing opioid-related deaths: a before (2006-10) versus after (2011-13) comparison. *Addiction*, 111, 883-891.
- Blanckaert, P., van Amsterdam, J.G.C., Brunt, T.M., van den Berg, J.D.J., Van Durme, F., Maudens, K., & van Bussel, J.C.H. (2013). 4-Methyl-amphetamine: A health threat for recreational amphetamine users. *Journal of Psychopharmacology*, 27, 817-822.
- Blaya, C. (2018). Le cyberharcèlement chez les jeunes. *Enfance*, 3, 421-439.
- Bollaerts, K. & Van Bussel, J. (2013). Développement et validation d'un protocole d'étude sérologique et lié au comportement des infections par VHB, VHC et VIH chez les toxicomanes ayant consommé des drogues par injection dans un passé récent (DRID). Bruxelles : Institut de Santé Publique.
- Borsari, B., Murphy, J.G., & Barnett, N.P. (2007). Predictors of alcohol use during the first year of college: Implications for prevention. *Addictive Behaviors*, 32, 2062-2086.
- 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.

- Bourdieu P., Passeron J.-C. (1964). Les héritiers. Les étudiants et la culture. France : Paris, Éditions de Minuit.
- 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 Study. *Alcohol Alcohol*, 53.
- Brennan, E., Schoenaker, D.A.J.M., Durkin, S.J., et al. Comparing responses to public health and industry-funded alcohol harm reduction advertisements: an experimental study. *BMJ Open* 2020;10.
- Brion, M., Meunier, J.-C. & Silverans, P. (2019). Alcool au volant : l'état de la situation en Belgique – Mesure nationale de comportement «Conduite sous influence d'alcool» 2019. Bruxelles: Institut Vias – Centre de Connaissance.
- Brunt, T. M., Nagy, C., Bücheli, A., Martins, D., Ugarte, M., Bédoué, 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.
- Cadet-Taïrou, A., Gandilhon, M., Martinez, M., Néfau, T., & Milhet, M. (2016). Substances psychoactives, usagers et marchés : les tendances récentes (2015-2016). Paris : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.
- Calado, F., & Griffiths, M.D. (2016). Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000–2015). *Journal of Behavioral Addictions*, 5, 592-613.
- Canadian Centre on Substance Use and Addiction (2019). "Cannabis legalization: Year one observations", Policy Brief, URL: <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-10/CCSA-Synthesis-Canada-Cannabis-Legalization-First-Year-Policy-Brief-2019-en.pdf>
- Cantillon, B. et al. (2020). Huishoudbudgetten en sociale minima in lockdown. COVIVAT Beleidsnota 2. Leuven/ Antwerpen.
- Caraël, E. (2012). Stratégies concertées de prévention et de réduction des risques en matière de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles. Bruxelles : Eurotox.
- Castaño-Perez, G.A., & Calderon-Vallejo, G.A. (2014). Problems associated with alcohol consumption by university students. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22, 739-746.
- CCNPPS (2016). L'utilisation d'opioïdes au Canada : prévenir les surdoses grâce à des programmes d'éducation et à la distribution de naloxone. Note documentaire pour des connaissances en matière de politiques publiques favorables à la santé. Institut national de santé publique du Québec. URL : [http://www.ccnpps.ca/docs/2016\\_OBNL\\_NGO\\_OpioïdesSurvol\\_Fr.pdf](http://www.ccnpps.ca/docs/2016_OBNL_NGO_OpioïdesSurvol_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.
- Baeten, R. & Cès, S. (2020). Inequalities in access to healthcare in Belgium. Brussels: European Social Observatory, July, 184 p.
- CESW (2018) Avis A1388 concernant l'avant-projet de décret modifiant le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé en ce qui concerne la prévention et la promotion de la santé en Région wallonne, adopté par le Bureau du CESW le 8 octobre 2018.
- Chapman, J., Fowler, A., Mackenzie, B., Mullins, G., Nelles, B., Shaver, L., & Tom C. (2017). Patients helping patients understand opioid substitution treatment. Centre for Addictions Research of British Columbia.
- Chromy, D. et al., (2018). HCV-RNA is readily detectable in nasal and rectal fluids of HCV patients with high viremia. San Francisco: AASLD Liver Meeting.
- CHUV (2012). 20 réponses sur les troubles liés aux jeux vidéo et à internet. Suisse : Centre du jeu excessif, Département psychiatrie.
- 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>
- Cognet, M. (2010). «Genre et ethnicité dans la division du travail en santé : la responsabilité politique des États», in *L'Homme & la Société*, 176-177(2), 101-129.
- 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'Égalité entre Hommes et Femmes (2018) Avis n°63 du 17 septembre 2018 Du Conseil Wallon de l'Égalité 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 – 1re lecture, URL : [http://www.cesw.be/uploads//Conseils/Avis/CWEHF\\_63.pdf](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). État 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/>
- Darnon, C. (2020). «Inégalités scolaires : des risques du confinement sur les plus vulnérables», in *The Conversation*, 31/03/2020.
- 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.
- De Beauvoir, S. (1949). *Le Deuxième Sexe*. France : Paris, Gallimard.
- 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
- De Lagasnerie, G. (2017). Guerre aux drogues, guerre aux Noirs. *Libération*, [en ligne] consulté le 12/12/2017.
- Di Forti, M., Sallis, H., Allegri, F., Trotta, A., Ferraro, L., et al., (2014). Daily use, especially of high-potency cannabis, drives the earlier onset of psychosis in cannabis users. *Schizophrenia Bulletin*, 40, 1509-1517.
- Dillon, L., Chivite-Matthews, N., Grewal, I., Brown, R., Webster, S. et al. (2007). Risk, protective factors and resilience to drug use: identifying resilient young people and learning from their experiences. *Home Office Online Support*.
- 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.
- Douville M., Dubé P-A. (2015). Les effets du cannabis sur la conduite automobile, l'Institut national de santé publique du Québec, Canada.
- 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.
- Dujeu M., Pedroni C., Lebacqz T., Desnoux 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). Etat du phénomène de la drogue en Europe. Rapport annuel 2010. 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](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 (2020a). Drug-related hospital emergency presentations in Europe: update from the Euro-DEN Plus expert network, Technical report. Luxembourg (Publications Office of the European Union): European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2020b). "Impact of COVID-19 on drug services and help-seeking in Europe", Trendspotter briefing, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Portugal: Lisbonne.
- EMCDDA & Europol (2020), EU Drug Markets: Impact of COVID-19, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Emmanuelli, J. (1999). Caractéristiques et efficacité des programmes d'échange de seringues à travers le monde : état des lieux et mise en perspective. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire.
- Ennett, S.T., Foshee, V.A., Bauman, K.E., et al. (2008). The social ecology of adolescent alcohol misuse. *Child Development*, 79, 1777-1791.
- Eurostat, 2019. Comparative price levels for food, beverages and tobacco. Statistics Explained. (<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>)
- 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.
- Federici, S. (2014). *Caliban et la sorcière : Femmes, corps et accumulation primitive*. Marseille/Genève-Paris, Éditions Senonevero/Éditions Entremonde.
- 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.
- Fischer, B., C. Russell, J. Rehm & P. Leece. 2019. «Assessing the public health impact of cannabis legalization in Canada: core outcome indicators towards an 'index' for monitoring and evaluation.» *Journal of Public Health* 41 (2):412-421.
- Fondation contre le cancer (2016). Coalition Nationale contre le tabac : introduire immédiatement les paquets neutres et interdire totalement la publicité, 18 mai, Url : <http://www.cancer.be/nouvelles/coalition-nationale-contre-le-tabac-introduire-imm-diatement-les-paquets-neutres-et>
- Freeman, T.P., & Winstock, A.R. (2015). Examining the profile of high-potency cannabis and its association with severity of cannabis dependence. *Psychological Medicine*, 45, 3181-3189.
- Frischer, M. & Baldacchino, A. (2012). Preventing opioid overdoses in Europe: a critical assessment of known risk factors and preventative measures. Luxembourg (Publications Office of the European Union): European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Gache, P., Michaud, P., Landry, U., Accietto, C., Arfaoui, S., Wenger, O., & Daepfen, 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 Évini 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.
- 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](http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2017/06/WEB_GCDP-Five-Pathways-Brochure-2017-FR.pdf)
- Goullé, J. P., Sausseureau, E., & Lacroix, C. (2008). «Pharmacocinétique du delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) [Delta-9-tétrahydrocannabinol pharmacokinetics]». *Annales pharmaceutiques françaises*, 66(4), 232-244. <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2008.07.006>
- 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 sociodémographique ? 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.
- 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 Medicine*, 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.
- Hamilton I., Stevens, A. (2020). "How coronavirus is changing the market for illegal drugs", in *The Conversation*, 26/03/2020.
- Hardyns W., Vander Laenen F., Lambrechts M.-C., Godderis L., Fincoeur B., Lambrechts C., Boets I., Mendes Fonseca D. & Rullo J. (2020). Prevalence and effects of performance enhancing drugs in different groups: lessons for a preventive and curative policy in Belgium. Résumé. Bruxelles: Politique scientifique fédérale - 70 p. (Programme fédéral de recherche drogues)
- 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.
- Humbeeck, B., Lahaye, W. & Berger M. (2016). Prévention du harcèlement et des violences scolaires, Prévenir, agir, réagir..., De Boeck.
- I.Care asbl (2017). Mursmurs, n°3, printemps-été.
- IDPC (2018) "Taking stock: a decade of drug policy. A civil society shadow report". International Drug Policy Consortium Publication.
- IFOP (2019). «Enquête sur le complotisme - Vague 2», Institut d'études d'opinion et marketing en France et à l'international, pour la Fondation Jean Jaurès et Conspiracy Watch.
- 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, État de Washington, Uruguay) : Une étude de l'INHESJ en partenariat avec l'OFDT pour le compte du CSFRS. Rapport final synthétique, 76 pages, octobre.
- Iñiguez, 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>

- Insulza, J. M. (2013). The drug problem in the Americas. Washington: Organization of American States General Secretariat.
- IREPS (2020). Inégalités sociales de santé au temps du coronavirus : constats et pistes d'actions en promotion de la santé. Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé, Auvergne-Rhône-Alpes, France.
- Isalberti, C., Van der Linden, T., Legrand, S.-A., Verstraete, A., Bernhoft, I., Hels, T., Olesen, M., Houwing, S., Houtenbos, M. & Mathijssen, R. (2011) Prevalence of alcohol and other psychoactive substances in injured and killed drivers. DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). 6th Framework programme. Deliverable 2.2.5.
- Jackson, S. E., Kotz, D., West, R., and Brown, J. (2019) Moderators of real-world effectiveness of smoking cessation aids: a population study. *Addiction*, 114, 1627-1638.
- 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.
- Kapsis, 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.
- 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). Noscopine as an adulterant in illicit heroin samples. *Forensic Science International*, 108, 45-49.
- Klingemann H. & Klingemann J., (2008). L'intervention thérapeutique est-elle nécessaire ? La rémission naturelle et les systèmes de traitement. *Psychotropes*, 14, 111- 126.
- Kmetonyová, D., & Pažitný, M. (2015). I-Trend Workstream 2. Monitoring online shops. Final report.
- Kopp, P. et al (2014) Cannabis : Réguler le marché pour sortir de l'impasse. Terra Nova.
- Krcevski-Skvarc et al. (2018). Availability and approval of cannabis-based medicines for chronic pain management and palliative/supportive care in Europe: A survey of the status in the chapters of the European Pain Federation. *European Journal of Pain*, 22: 440-454.
- Kuss, D. J., Griffiths, M. D., & Pontes, H. M. (2016). Chaos and confusion in DSM-5 diagnosis of Internet Gaming Disorder: Issues, concerns, and recommendations for clarity in the field. *Journal of Behavioral Addictions*, 6, 103–109.
- Lang et al. (2020). «Pour lutter contre les inégalités sociales de santé, il faut pouvoir les mesurer !», in *Libération*, 04/05/2020, France.
- 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 Medicine*.
- Lévesque, G. (2020). La légalisation du cannabis au Canada. Etudes de cas : Colombie-Britannique, Ontario et Québec. *Revue de la littérature (rapport technique). Recherche ASTRACAN (Pour une Analyse stratégique des politiques de régulation du cannabis) coordonné par Ivana Obradovic, Directrice adjointe de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).*
- 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., Muyltermans, G. et al., (2019). Low hepatitis C prevalence in Belgium: implications for treatment reimbursement and scale up. *BMC Public Health*, 19, 1-7.
- Lorant, V., Nicaise, P., Soto, V.E. & d'Hoore, W. (2013). Alcohol drinking among college students: college responsibility for personal troubles. *BMC Public Health*, 13, 1-9.
- Lorant, V., Nicaise, P., Maurage, P., Bruneau, A., Denis, C., et al. (2011). La consommation d'alcool chez les jeunes de l'UCL : une synthèse. Louvain-La-Neuve : Université Catholique de Louvain.
- Lotan I., Treves, T.A., Roditi, Y. & Djaldetti, R. (2014). Medical marijuana (cannabis) treatment for motor and non-motor symptoms in Parkinson's disease. An open-label observational study. *Clinical Neuropharmacology*, 37, 41-44.
- McCabe Center (s.d.). The High Court of Justice Decision Upholding the UK's Standardized Packaging Laws: Key Points for Other Jurisdictions, Url: [http://www.mccabecentre.org/downloads/McCabe\\_Centre\\_-\\_Key\\_Points\\_on\\_UK\\_plain\\_packaging.pdf](http://www.mccabecentre.org/downloads/McCabe_Centre_-_Key_Points_on_UK_plain_packaging.pdf)
- McCambridge, J, McAlaney, J, Rowe, R. (2011). Adult Consequences of Late Adolescent Alcohol Consumption: A Systematic Review of Cohort Studies. *PLoS Med*, 8:e1000413.

- Macías, J., Palacios, R. B., Claro, E., Vargas, J., Vergara, et al., (2008). High prevalence of hepatitis C virus infection among noninjecting drug users: association with sharing the inhalation implements of crack. *Liver International*, 28, 781-786.
- 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-Tairou 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., Robaey, G., Van Ranst, M., Van Damme, P., & Buntinx, F. (2005). The epidemiology of hepatitis C among injecting drug users in Belgium. *Acta Gastroenterologica Belgica*, 68, 50-54.
- McAleese, S. (2019). "Canada's new lacklustre law for cannabis amnesty", *The Conversation*, 27/06/2019, URL: <https://theconversation.com/canadas-new-lacklustre-law-for-cannabis-amnesty-119220>
- 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.
- Mebtoul, M. (2020). «Pour une prévention socio-sanitaire de proximité», in *Liberté*, 15/04/2020, Algérie.
- 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.
- 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
- Mueser, K.M., Drake, R.E., & Wallach, M.A. (1998). Dual diagnosis: A review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23, 717-734.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2017). *The health effects of cannabis and cannabinoids: Current state of evidence and recommendations for research*. Washington, DC: The National Academies Press.
- 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.
- NORML France (2018). «Le Canada : un exemple de politique responsable ?», URL : <https://www.norml.fr/le-canada-un-exemple-de-politique-responsable/>
- 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. (2020). *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/
- Obradovic I. (2016). Législations relatives à l'usage et à la détention de cannabis : définitions et états des lieux en Europe. Note n°2016-01. Paris: OFDT.
- Obradovic I. (2018). La légalisation du cannabis au Canada. Genèse et enjeux de la réforme. Note n°2018-04. Paris : OFDT.
- Obradovic, I. (2019). La légalisation du cannabis aux États-Unis. Vers une régulation du marché ? Note n°2019-01, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, France : Paris.
- Observatoire Belge des Inégalités (2015). Vivre pauvre, c'est aussi vivre moins longtemps, 7 décembre, Url : <http://inegalites.be/Vivre-pauvre-c-est-aussi-vivre>
- Observatoire de la santé et du social de Bruxelles (2017). Baromètre social. Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté. COCOM: Bruxelles.
- 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/](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.
- 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.
- 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.
- Peretti-Watel P. (2020). «Sociologie du risque et crises sanitaires : un éclairage sur la pandémie du coronavirus», interview du 08/04/2020, menée par Anne Châteauneuf-Malclès, SES-ENS, Ecoles normales supérieures de Lyon, France.
- 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.
- Power, M. (2020). "Stoners cheered when Canada legalised cannabis. How did it go so wrong?", in *The Guardian*, 05/04/2020, URL: <https://www.theguardian.com/society/2020/apr/05/stoners-cheered-when-canada-legalised-cannabis-how-did-it-all-go-wrong>
- 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, S.A. (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.
- 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. & Gremaux, L. (2014). *Rapport national sur les drogues 2014. Tendances et évolutions*. WIV-ISP, Bruxelles.
- Rolland, B., de Ternay, J. (2020). «Confinement et prise de psychotropes: ce que nous apprend la guerre du Vietnam», in *The Conversation*, 22/04/2020.
- 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.
- Rondia, K. et al. (2019). «Littératie en santé : quels enseignements tirer des expériences d'autres pays ?», Centre fédéral d'expertise des soins de santé, Belgique.
- Rouillon, F., Duburcq, A., Fagnani, F. & Falissard, B. (2007). Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison. Audition publique, textes des experts, Expertise psychiatrique pénale, 99.
- Roynard, M. (2017). Ce que pensent les Wallons de la conduite sous influence de drogues – Enquête d'opinion auprès des conducteurs de voiture - 2017. Namur : Agence wallonne pour la Sécurité routière.
- Salomon, L. (2010). Cerveau, drogues et dépendance. Belin.
- Sacré, C., Dumas, 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 la Santé, de l'Action sociale et du Patrimoine, Monsieur Maxime Prévot. Namur. Url : <https://fr.scribd.com/document/330419946/Rapport-parlementaire-de-la-Deputee-Veronique-SALVI>
- Sapienza, P., Zingales, L., & Maestripieri, D. (2009). Gender differences in financial risk aversion and career choices are affected by testosterone. *PNAS*, 106, 15268-15273.
- Sasse, A., Deblonde, J. De Rouck, M., Montourcy, M., & Van Beckhoven, D. (2019). *Epidémiologie du SIDA et de l'infection au VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2018*. Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique.
- SCENIHR (2010). Addictiveness and Attractiveness of Tobacco Additives. Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks.
- 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
- Scheen B., Aujoulat I., (2020). "Lu pour vous : Stephan Van den Broucke, Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa". Woluwé-Saint-Lambert : UCLouvain/IRSS-RESO.
- Shipton, E. A., Shipton, E.I., Shipton, A. J. (2018). A Review of the Opioid Epidemic: What Do We Do About It?. *Pain and Therapy*, 7, 23-36.
- Simoni-Wastila L. et Strickler G. (2004) «Risk factors associated with problem use of prescription drugs, *American Journal of Public Health*, vol. 94, n°2, URL: <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.94.2.266>
- Single et al. (2004). *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse* (2nd ed.). Geneva: World Health Organization.
- Sørensen K., Van Den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H., For (Hls-Eu) Consortium health literacy project european. *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*. *BMC Public Health* 2012 ; 12: 80
- SPF Economie (2018). Baromètre de la société d'information 2018. Bruxelles : Service public fédéral Economie.
- SPF Justice (2017). Rapport annuel 2016. Direction générale des établissements pénitentiaires. Bruxelles.
- SPF Justice (2018). Rapport annuel 2017. Direction générale des établissements pénitentiaires. Bruxelles.
- Spigner, C., & Hawkins, W.E. (1993). Gender differences in perception of risk associated with alcohol and drug use among college students. *Women & Health*, 20, 87-97.
- Spilka et al (2018). Tabagisme et paquet de cigarettes : opinions des adolescents de 17 ans». *Tendances*, n°125. Paris : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.
- Spilka, S., Janssen, E., & Legleye, S. (2013). Détection des usages problématiques de cannabis: Le cannabis Abuse Screenshoting Test (CAST). Paris : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.
- Spooner, C. (1999). Causes and correlates of adolescent drug abuse and implications for treatment. *Drug and Alcohol Review*, 18,453-475.
- Spooner, C. et Hetherington, K. (2004). Social determinants of drug use. *National*

- Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales.
- Stassin, B. (2018). «Sexting revenge porn: une cyberviolence sexiste et sexuelle», in *The Conversation*, URL: <https://theconversation.com/sexting-revenge-porn-une-cyberviolence-sexiste-et-sexuelle-92207>
- Statistics Canada. (2019a). National Cannabis Survey, first quarter 2019. The Daily. Ottawa, Ont.: Author. Retrieved from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190502/dq190502a-eng.htm>
- Statistics Canada. (2019b). National Cannabis Survey, second quarter 2019. The Daily. Ottawa, Ont.: Author. Retrieved from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190815/dq190815a-eng.htm>
- 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, *AIDS Science*, 1, 1-11.
- Swiss Society of Addiction Medicine (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, *The Guardian*.com, 1er juin, Url: <https://www.theguardian.com/commentisfree/2016/jun/01/drug-addiction-income-inequality-impacts-recovery>
- Talpur, M.A., Touseef, T., Jilane, S. D., Shabu, M.M. & Ali Khan, A. (2018). Effects of Cyber Bullying on Teenagers: a Short Review of Literature. *Open Access J Addict & Psychol.* 1(3), 1-4.
- Thirion, R. (2019). Le cannabidiol, composé naturel du Cannabis Sativa : une substance d'abus peut-elle aider à guérir les addictions ? *Revue de l'état actuel de la littérature et pistes de réflexions*. Liège : Mémoire non publié.
- Thomas, D. L., Vlahov, D., Solomon, L., Cohn S., Taylor, et al. (1995). Correlates of hepatitis C virus infections among injection drug users. *Medicine*, 74, 212-220.
- Thompson, B.L., Levitt, P., & Stanwood, G.D. (2009). Prenatal exposure to drugs: effects on brain development and implications for policy and education. *Nature Review Neurosciences*, 10, 303-312.
- TNS Political & Social (2014). Flash Eurobarometer 401: Young people and drugs.
- Tomida, I., Azuara-Blanco, A., House, H., Flint, M., Pertwee, R.G., Robson, P.J. (2006). Effect of sublingual application of cannabinoids on intraocular pressure: a pilot study. *Journal of Glaucoma*, 15, 349-53.
- Toro, F. (1998). L'évacuation du plaisir : une question de rentabilité ? *Les Cahiers de prospective jeunesse*, vol. 3, n° 4, p. 20.
- Torrens, M., Mestre-Pintó, J.-I., & Domingo-Salvany, A. (2015). Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Törrönen, J., Roumeliotis, F., Samuelsson, E., Kraus, L., & Room, R. (2019). Why are young people drinking less than earlier? Identifying and specifying social mechanisms with a pragmatist approach. *International Journal of Drug Policy*, 64, 13-20.
- Tortu, S., McMahon, J. M., Pouget, E. R., & Hamid, R. (2004). Sharing of noninjection drug-use implements as a risk factor for Hepatitis C. *Substance Use and Misuse*, 39, 211-224.
- Townsend, T., Blostein, F., Doan, T., Madson-Olson, S., Galecki P. & Hutton, D.W. (2019). Cost-effectiveness analysis of alternative naloxone distribution strategies: First responder and lay distribution in the United States, in *International 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.
- ajouter la référence suivante:
- Transit (2020). Baromètre II de l'usage de drogues en période de covid-19/ Bruxelles : Transit asbl. <http://fr.transitasbl.be/barometre-2-de-lusage-de-drogues-en-periode-de-covid-19/>
- Tytgat, J., Van Damme, P. Cuyppers, 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.
- UMR Vitrome, EHESP et al. (2020). «COCONEL : Confinement et conditions de vie», Note de synthèse, vague 1, France.
- Unia (2020). «COVID-19 : Les droits humains mis à l'épreuve», Unia – Centre inter fédéral 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.
- 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.
- Van Kempen, P.H.M.C. & Fedorova, M. (2016). International recht en cannabis. Reguleren van cannabissteelt 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 cannabis. Reguleren van cannabissteelt en -handel voor recreatief gebruik: positieve mensenrechtenverplichtingen versus VN-drugsverdragen. Wolters Kluwer.
- Van Oyen, H., Deboosere, P., Lorant, V., & Charafeddine, R. (2010). *Les inégalités sociales de santé en Belgique*. Gent : Academia Press.
- van Rooij, A. J., Ferguson, C. J., Colder Carras, M., Kardefelt-Winther, D., Shi, J., Aarseth, E.,... Przybylski, A. K. (2018). A weak scientific basis for gaming disorder: Let us err on the side of caution. *Journal of Behavioral Addictions*, 7, 1-9.
- Van Ruymbeke (2019). *Enquête drogues*. Le Vif L'express, 18, 35-38.
- Värnik, A., Kölves, K., van der Feltz-Cornelis, C. M., Marusic, A., Oskarsson, H. et al. (2008). Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the «European Alliance Against Depression». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 545-551.
- Wacquant, L. (2004). *Punir les pauvres. Le nouveau gouvernement de l'insécurité sociale*. Marseille: Agone.
- Wartel N., Marhraoui O. et Salle C. (2017). *Le Cyberharcèlement des enfants et des adolescents. Les études du Centre Gol*. Bruxelles.
- Webster, R., Brooks, S., Smith, L. Woodland, L. Wessely, S., Rubin, G. (2020). "How to improve adherence with quarantine: Rapid review of the evidence", in *Public Health* 182.
- 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.
- 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](https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/AC_FR_2013.pdf)
- Wolke, D., & Lereya, S. T. (2015). Long-term effects of bullying. *Archives of disease in childhood*, 100(9), 879-885.
- Wood, M.D., Read, J.P., T.P., Palfai & Stevenson, J.F. (2001). *Social influence processes and college student drinking: the mediational role of alcohol outcome expectancies*. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 32-43.
- Yee, N. (2007). "Motivations of Play in Online Games", *Journal of CyberPsychology and Behavior*, 9, 772-775., URL: [http://www.nickyee.com/pubs/Yee%20-%20Motivations%20\(2007\).pdf](http://www.nickyee.com/pubs/Yee%20-%20Motivations%20(2007).pdf)
- Young, K. (1998). *Caught in the net: how to recognize the signs of Internet addiction-and a winning strategy for recovery*. New York: J. Wiley.
- Zastrow M. (2017). Is video game addiction really an addiction?, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 114 (17) 4268-4272
- Zinberg, N. E. 1984, *Drug, Set and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. Yale University Press, New Haven.
- Zuardi, A.W., Crippa, J.A.S., Hallak, J.E.C., Bhattacharyya, S., Atakan, Z., et al. (2012). A Critical review of the antipsychotic effects of cannabidiol: 30 years of a translational investigation. *Current Pharmaceutical Design*, 18, 5131-5140



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

151 rue Jourdan, 1060 Bruxelles | Tél. +32 2 539 48 29  
9 rue du Moulin, 1340 Ottignies | [info@eurotox.org](mailto:info@eurotox.org)

Ce document est disponible  
en version pdf sur le site | [www.eurotox.org](http://www.eurotox.org)

AVEC LE SOUTIEN DE LA COCOF

**eurot****tox**

