

# LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES CONSOMMANT DES DROGUES PENDANT LA PANDÉMIE DE COVID-19 EN BELGIQUE

Résultats de l'enquête en ligne Drogues & COVID-19  
et de l'enquête de santé COVID-19  
en 2020-2021

-

Helena Bruggeman • Lies Gremeaux • Jérôme Antoine •  
Els Plettinckx • Luk Van Baelen

# QUI NOUS SOMMES

---

SCIENSANO, ce sont plus de 700 collaborateurs qui s'engagent chaque jour au service de notre devise « toute une vie en bonne santé ». Comme notre nom l'indique, la science et la santé sont au cœur de notre mission. Sciensano puise sa force et sa spécificité dans une approche holistique et multidisciplinaire de la santé. Plus spécifiquement, nos activités sont guidées par l'interconnexion indissociable de la santé de l'homme, de l'animal et de leur environnement (le concept "One health" ou « Une seule santé »). Dans cette optique, en combinant plusieurs angles de recherche, Sciensano contribue d'une manière unique à la santé de tous.

Issu de la fusion entre l'ancien Centre d'Étude et de Recherches Vétérinaires et Agrochimiques (CERVA) et l'ex-Institut scientifique de Santé publique (ISP), Sciensano s'appuie sur plus de 100 ans d'expertise scientifique.

**Sciensano**

•

**Épidémiologie et santé publique – Mode de vie et maladies chroniques**

Août 2021 • Bruxelles • Belgique

—

**Helena Bruggeman**

•

**Lies Gremeaux**

•

**Jérôme Antoine**

•

**Els Plettinckx**

•

**Luk Van Baelen**

Information de contact : • [bmccda@sciensano.be](mailto:bmccda@sciensano.be)

Merci de citer cette publication comme suit : La santé mentale des personnes consommant des drogues pendant la pandémie de COVID-19 en Belgique: Résultats de l'enquête en ligne Drogues & COVID-19 et de l'enquête de santé COVID-19 en 2020-2021. Sciensano : Bruxelles, Belgique; Numéro de dépôt : D/2021/14.440/65.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>5</b>
<b>LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES CONSOMMANT DES DROGUES PENDANT LA PANDÉMIE DE COVID-19</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Introduction</b> .....	<b>6</b>
<b>2. Méthodologie</b> .....	<b>7</b>
2.1. LES ENQUÊTES .....	7
2.2. LES CRITÈRES DE RECRUTEMENT ET D'INCLUSION .....	8
2.3. LES ÉCHELLES UTILISÉES POUR MESURER LA SANTÉ MENTALE .....	8
2.4. L'ANALYSE DES DONNÉES .....	9
<b>3. Résultats</b> .....	<b>11</b>
3.1. PROFIL DES RÉPONDANTS .....	11
3.1.1. Usagers de drogues comparés à la population générale .....	11
3.1.2. Usagers de cannabis comparés aux usagers de stimulants.....	12
3.2. SANTÉ MENTALE .....	13
3.2.1. Usagers de drogues comparés à la population générale .....	13
3.2.2. Usagers de cannabis comparés aux usagers de stimulants.....	15
3.3. FACTEURS DE RISQUE DU TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ ET DU TROUBLE DÉPRESSIF DANS LES DIFFÉRENTS GROUPES .....	16
3.3.1. Population générale.....	16
3.3.2. Usagers de cannabis .....	17
3.3.3. Usagers de stimulants .....	18
<b>4. Discussion</b> .....	<b>19</b>
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	<b>25</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>31</b>

# RÉSUMÉ

---

L'objectif de cette étude est d'examiner comment la santé mentale des usagers de drogues (UD) a évolué pendant la crise COVID-19 durant trois périodes différentes (avril 2020, novembre 2020 et mars 2021). En outre, nous regarderons si cette évolution était différente de celle dans la population générale. A cette fin, les résultats de l'enquête Drogues & COVID-19 (UD) et de l'enquête de santé COVID-19 (population générale), toutes deux réalisées par Sciensano, ont été utilisés.

Les échelles suivantes ont été choisies comme indicateurs de la santé mentale : GAD-7 (anxiété), PHQ-9 (dépression) et l'échelle de solitude de De Jong Gierveld.

Les résultats montrent que la crise du COVID-19 a un fort impact sur la santé mentale, tant au sein de la population générale que du groupe cible spécifique des UD. En outre, l'augmentation de l'anxiété et de la dépression au fil du temps semble plus forte chez les UD.

- En **avril** 2020, au début de la crise du COVID-19, il n'y avait pas de différence significative dans la prévalence de l'anxiété et de la dépression entre la population générale et le groupe des UD.
- Après 6 mois (**octobre-novembre** 2020), la probabilité de présenter des symptômes d'anxiété était 60% plus élevée pour le groupe des UD par rapport à la population générale. La probabilité de présenter des symptômes de dépression était deux fois plus élevée chez les UD que dans la population générale.
- En **mars** 2021 également, la probabilité de présenter des symptômes d'anxiété et de dépression était significativement plus élevée (39% et 45% respectivement) dans le groupe des UD par rapport à la population générale.

Au sein des deux populations, les personnes les plus vulnérables aux troubles anxieux et dépressifs et qui nécessitent une attention particulière sont les femmes et les personnes qui n'ont pas d'emploi rémunéré. Les personnes peu qualifiées, les personnes vivant seules (dans la population générale et dans le groupe des usagers de cannabis uniquement) et les étudiants (dans la population générale et dans le groupe des usagers de stimulants) constituent également un groupe à risque. Enfin, les jeunes ont un risque accru de présenter à la fois des symptômes d'anxiété et de dépression dans la population générale, et un risque accru de présenter des symptômes de dépression chez les UD.

# LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES CONSOMMANT DES DROGUES PENDANT LA PANDÉMIE DE COVID-19

## 1. Introduction

En Belgique, des mesures strictes ont été introduites le 13 mars 2020 par le Comité de concertation pour contrer la propagation du coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). La pandémie de COVID-19 a un impact direct et indirect sur la santé physique ainsi que sur la santé mentale. Les mesures strictes et les restrictions dans la vie sociale et professionnelle qui en découlent, exigent de chacun beaucoup de persévérance, de volonté et de résilience:

- Les personnes qui sont infectées par le virus COVID-19 et qui développent des symptômes graves sont confrontées à l'incertitude entourant la maladie et sont plus susceptibles d'éprouver des niveaux élevés de stress et/ou d'anxiété (1) ;
- Les personnes travaillant dans le secteur de la santé et de l'aide sociale sont également confrontées à une charge de travail élevée et soutenue, à une ambiance plus menaçante et peut-être à l'impact psychologique d'être obligées de faire des choix difficiles qui contredisent les valeurs éthiques (2) ;
- Certaines personnes sont plus vulnérables à l'impact psychosocial de la pandémie (3). Pour les pandémies précédentes telles que le SRAS-CoV (2002-2003), des études montrent déjà que les personnes ayant un diagnostic d'usage abusif de substances font partie des groupes les plus vulnérables au développement de problèmes de santé mentale (1, 6). Cela a également été rapidement confirmé pour la pandémie de COVID-19 (3). La comorbidité entre la consommation de drogues et les problèmes de santé mentale est bien connue et fait l'objet de recherches, en particulier pour l'anxiété et la dépression (4,5).

La question se pose de savoir si les conséquences des mesures restrictives de cette pandémie de COVID-19 affectent également de manière disproportionnée la santé mentale du groupe plus large des usagers de drogues (UD). Peu de littérature est disponible sur ce sujet. Les mesures liées au COVID-19 s'accompagnent sans aucun doute d'un changement de mode de vie. Cette période d'incertitude exceptionnelle, la restriction de la liberté de mouvement et l'éventuel stress, la solitude ou l'ennui peuvent influencer le modèle et la fréquence de la consommation de drogues. La disparition soudaine et complète de la vie nocturne joue aussi indéniablement un rôle essentiel pour ce groupe cible et peut donc avoir un impact majeur sur le comportement de consommation, mais aussi sur le bien-être mental des UD (7,8,9). Les analyses précédentes des résultats de l'enquête Drogues & COVID-19 ont montré que la consommation de cannabis a augmenté pendant le 1er confinement par rapport à la situation antérieure au confinement et qu'elle est revenue à une situation similaire à celle du début de l'année six mois après le début du 1er confinement. Pour la cocaïne en poudre et l'amphétamine, en revanche, les quantités consommées ont diminué de manière significative lors du 1er confinement, mais six mois plus tard, elles étaient plus importantes qu'avant le 1er confinement. Cette augmentation s'est poursuivie légèrement jusqu'à la période de mars 2021. La consommation de pilules d'ecstasy a fortement chuté lors du 1er confinement et est restée relativement faible plus tard dans l'année, lorsque la crise a persisté. (48)

Avec cette étude, nous voulons examiner l'impact de la crise du COVID-19 sur la santé mentale des UD en Belgique. Plus précisément, nous étudions comment la prévalence des symptômes d'anxiété et de dépression a évolué au cours de différentes périodes pendant la pandémie de COVID-19. En outre, cette étude examine l'impact plus important des mesures de la pandémie COVID-19 sur l'anxiété, la dépression et la solitude chez les UD par rapport à la population générale.

## 2. Méthodologie

### 2.1. LES ENQUÊTES

La première personne atteinte de COVID-19 a été identifiée en Belgique le 4 février 2020 (10). Le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré que le COVID-19 était une pandémie mondiale (11). Deux jours plus tard, le 13 mars, le 1er confinement a commencé en Belgique. A partir du 13 mars, des mesures ont été progressivement mises en place telles que des mesures d'hygiène, une règle de distance de 1,5 m, la restriction des contacts physiques, la fermeture des magasins, des écoles et des frontières, le report des consultations médicales non urgentes, l'encouragement du télétravail et la fermeture des entreprises où le télétravail n'était pas possible et où la règle de distance ne pouvait être appliquée (12).

Sciensano a mené une première enquête auprès des UD (Drogues & COVID-19) entre le 3 et le 16 avril 2020 afin d'évaluer l'impact des mesures sur la consommation de drogue et le marché de la drogue. En avril 2020, la première enquête sur le COVID-19 auprès de la population générale a également été organisée par Sciensano (Enquête de santé COVID-19). Par la suite, plusieurs suivis ont été organisés.

Compte tenu du contexte social, ces enquêtes ont été organisées en ligne. Les enquêtes Drogues & COVID-19 portent sur la consommation de drogues et l'état du marché de la drogue pour différents types de drogues : alcool, cannabis, cocaïne, amphétamines, méthamphétamine, ecstasy/MDMA, kétamine, LSD, GHB et héroïne. Pour certaines drogues, des questions spécifiques ont été posées sur la fréquence et la quantité d'utilisation, la quantité achetée et le prix, ainsi que sur la manière dont les drogues ont été acquises.

D'autre part, des questions plus générales ont également été posées sur le profil sociodémographique, la santé mentale, la santé physique, les comportements liés à la santé (liés à la drogue et au COVID-19), la volonté de suivre les restrictions et la volonté d'être vacciné (13).

Ces questions générales étaient également posées dans l'enquête de santé COVID-19 et étaient identiques. Par conséquent, une comparaison entre les deux groupes cibles est possible.

Dans ce rapport, une attention particulière est accordée à la santé mentale des personnes interrogées. À cette fin, les résultats des deux enquêtes, sur des périodes différentes, sont analysés. Par conséquent, seules les enquêtes ayant des périodes d'échantillonnage comparables sont incluses dans ce rapport (tableau 1).

Les périodes d'échantillonnage des deux enquêtes se chevauchent au cours des périodes 1 et 3. La période 2 de l'enquête de santé COVID-19 précède la période 2 de l'enquête Drogues & COVID-19.

**Tableau 1 : Chronologie de l'enquête Drogues & COVID-19 et de l'enquête de santé COVID-19 (période 1 à 3) - Nombre de répondants**

	Drogues & COVID-19	Enquête de santé COVID-19
Période 1	3–16 avril 2020 (N=3509)	2–9 avril 2020 (N=49335)
Période 2	21 octobre–6 novembre 2020 (N=2354)	24 septembre–2 octobre 2020 (N=30845)
Période 3	15–28 mars 2021 (N=1726)	18–25 mars 2021 (N=20410)

## 2.2. LES CRITÈRES DE RECRUTEMENT ET D'INCLUSION

La méthode d'échantillonnage utilisée pour les deux enquêtes (UD et population générale) est **l'échantillonnage de convenance**. Les personnes interrogées ont été invitées à participer aux enquêtes en ligne par le biais d'annonces sur les médias sociaux et par des contacts avec les institutions d'aide et de soins locales.

La réalisation d'enquêtes de santé en ligne présente des avantages importants, tels que la simplicité de mise en place de ce type d'enquête et les coûts limités (14). En outre, les enquêtes en ligne garantissent davantage l'anonymat, ce qui est important pour les sujets délicats (comme la consommation de drogues illicites) et les populations difficiles à atteindre, comme les UD. Une étude récente sur la vie nocturne européenne a montré que l'échantillonnage en ligne offre une bonne représentativité globale des résultats par rapport à l'échantillonnage hors ligne. (15)

Les **critères de participation** à l'enquête Drogues & COVID-19 lors des différentes périodes de l'enquête sont les suivants : être âgé de 18 ans ou plus, vivre en Belgique, avoir consommé des drogues illicites en 2020 et donner son accord pour participer à l'enquête en ligne. La consommation d'alcool n'est pas incluse dans les critères de participation.

Pour l'enquête de santé COVID-19, les mêmes critères de participation s'appliquent, sauf que la consommation ou la non-consommation de drogues illicites ne fait pas partie des critères d'inclusion ou d'exclusion.

Les deux questionnaires ont été développés dans Limesurvey et étaient disponibles en 4 langues (néerlandais, français, anglais et allemand). Ces enquêtes en ligne ont été approuvées par le comité d'éthique de l'UZ Gent<sup>1</sup>.

## 2.3. LES ÉCHELLES UTILISÉES POUR MESURER LA SANTÉ MENTALE

En ce qui concerne la santé mentale, dans l'enquête Drogues & COVID-19 et l'enquête de santé COVID-19, les échelles suivantes sont utilisées dans les différents questionnaires.

**La prévalence des troubles dépressifs** (y compris le trouble dépressif majeur et d'autres formes de dépression) est évaluée à l'aide d'une version abrégée du Patient Health Questionnaire, PHQ-9, qui interroge les critères du DSM-IV pour la dépression (par exemple : "Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous eu peu d'intérêt ou de plaisir dans vos activités ?"). Le questionnaire évalue les 9 critères DSM sur une échelle à 4 points de 0 (pas présent) à 3 (présent presque tous les jours). Les scores totaux entre 1 et 5 ou supérieurs à 4, combinés à un score supérieur à 1 aux items : a) "avoir peu d'intérêt ou de plaisir dans les activités" et b) "se sentir triste, déprimé ou désespéré", indiquent la présence d'un trouble dépressif. Des recherches antérieures ont montré que cette échelle présente une spécificité, une sensibilité et une cohérence interne fiables. (16)

L'échelle Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) a été utilisée pour évaluer **la prévalence du trouble anxieux généralisé**. Les symptômes associés au trouble anxieux généralisé et leur sévérité sont mesurés. L'instrument contient 7 questions basées sur certains des critères du DSM-V pour le trouble anxieux généralisé (par exemple : "Au cours des 2 dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) nerveux(se), anxieux(se) ou tendu(e) ?"). Le questionnaire évalue les questions sur une échelle de 4 points allant de 0 (pas du tout présent) à 3 (présent presque tous les jours). Un score total supérieur à 9 indique la présence d'un trouble anxieux généralisé. Comme le PHQ-9, les recherches montrent que la spécificité, la sensibilité et la cohérence interne de cette échelle sont supérieures à 0,8. (17)

---

<sup>1</sup> Numéro de l'appobation Drogues & COVID-19 : BC-07558 (période 1 et 2) et BC-07558 2018/0783 (période 3)  
Numéro de l'appobation Enquête de santé COVID-19 : BC-07544 (période 1, 2 et 3)



Enfin, la **solitude** a également été évaluée au moyen de l'**échelle de solitude abrégée de De Jong Gierveld**. Cependant, cette échelle n'a été incluse que dans la dernière enquête (période 3). Cet instrument contient six affirmations et les répondants devaient indiquer dans quelle mesure elles s'appliquaient à eux (par exemple, "Il y a suffisamment de personnes avec lesquelles je me sens étroitement lié"). Les items sont notés sur une échelle en 5 points (1="Oui !", 2="Oui", 3="Plus ou moins", 4="Non", 5="Non !"). Les scores totaux supérieurs à 5 indiquent la présence d'une solitude sévère. Cette échelle peut également être utilisée dans des enquêtes à grande échelle comme instrument de mesure fiable et valide de la solitude émotionnelle et sociale, ainsi que de la solitude en général. (18)

## 2.4. L'ANALYSE DES DONNÉES

Nous commençons dans les résultats ci-dessous par une description des répondants : les UD d'une part et la population générale d'autre part. Comme il existe une grande diversité au sein des UD, nous avons non seulement examiné l'ensemble du groupe des UD, mais aussi divisé les données recueillies auprès des UD en fonction des profils :

- Le profil 1 a été défini comme étant les usagers de cannabis. Il s'agit d'individus qui déclarent avoir consommé **uniquement du cannabis** (éventuellement en association avec de l'alcool) au cours du dernier mois ou de la dernière année ;
- Le profil 2 a été défini comme les usagers de stimulants. Il s'agit de personnes qui déclarent avoir consommé **de la cocaïne, des amphétamines, de la méthamphétamine ou de l'ecstasy/MDMA** (éventuellement en association avec de l'alcool et/ou du cannabis) au cours du mois ou de l'année écoulée ;
- Le profil 3 a été défini comme les UD n'appartenant pas aux profils 1 ou 2. Ils forment un groupe résiduel et utilisent, par exemple, du LSD, de la kétamine, des médicaments non prescrits ou du gaz hilarant. La question concernant l'utilisation de ces deux derniers produits n'a été posée qu'en période 3.

Dans ce rapport, nous nous limitons à la description des **usagers de cannabis d'une part et des usagers de stimulants d'autre part** (profils 1 et 2). Au cours de la période 1, 1223 répondants appartenaient au profil 3 (35,6%), 743 au cours de la période 2 (31,9%) et 773 au cours de la période 3 (45,4%).

Afin de comparer objectivement l'impact des mesures liées au COVID-19 sur la santé mentale entre les UD et la population générale, il est bien sûr important que ces deux groupes soient comparables au moins sur les caractéristiques de sexe, d'âge et de région. Ainsi, à chaque UD nous avons fait correspondre une personne de la population générale présentant les mêmes caractéristiques. Cette méthode s'appelle l'appariement. En outre, seuls les répondants ayant répondu à la fois aux questions du GAD-7 et du PHQ-9 ont été appariés.

Au cours de la première période, 1631 répondants ayant participé à l'enquête Drogues & COVID-19 ont pu être appariés avec un répondant de l'enquête de santé COVID-19, 1291 répondants au cours de la deuxième période et 1067 répondants au cours de la troisième période.

Les parties suivantes des résultats ci-dessous font référence aux données appariées : 3.1.1.2 Description de la sélection des données et 3.2.1.2 Comparaison entre les deux groupes.

Afin d'examiner s'il existe un déséquilibre statistiquement significatif dans la participation de certains groupes (par exemple, les hommes par rapport aux femmes), le test-t a été effectué dans cette étude. Ce test donne lieu à une valeur t et une valeur p. Une valeur p inférieure à 0,05 signifie qu'il existe une différence statistiquement significative entre les deux groupes.

Pour comparer les différences dans le temps et entre les groupes pour les différentes variables de résultats (symptômes de trouble anxieux généralisé, symptômes de trouble dépressif et solitude), nous rapporterons les risques relatifs (RR). Le risque relatif est la probabilité d'avoir des symptômes de trouble anxieux généralisé dans un groupe (par exemple la période 1) par rapport à la probabilité d'avoir des symptômes de trouble anxieux généralisé dans l'autre groupe (par exemple la période 3). Un risque relatif de 1 signifie qu'il n'y a pas de différence dans les chances de présenter des symptômes de trouble anxieux généralisé entre les deux groupes.

En outre, des régressions logistiques (multivariées) sont effectuées sur les variables qui peuvent avoir une influence sur les variables de résultat (comme certaines variables sociodémographiques). Ces résultats sont présentés en termes d'Odds Ratios (OR), la mesure de la proportion du risque relatif. Lorsque l'intervalle de confiance à 95% de l'OR contient 1, cela signifie qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes (par exemple la probabilité de symptômes de trouble anxieux généralisé pour la période 1 et la période 2), le rapport de la probabilité dans les deux groupes est alors le même. L'OR, tout comme les risques relatifs (RR), sont rapportés avec l'intervalle de confiance à 95% (IC). Comme le RR et l'OR peuvent différer de manière significative lorsque la prévalence du résultat est plus élevée (>10%), il est important de noter que les deux ne peuvent pas être comparés.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SAS, version 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC).

## 3. Résultats

### 3.1. PROFIL DES RÉPONDANTS

#### 3.1.1. Usagers de drogues comparés à la population générale

##### 3.1.1.1. Description globale des données

La répartition par sexe, âge et région des répondants à l'enquête Drogues & COVID-19 est assez similaire pour les trois périodes. Ceci est également vrai pour les répondants à l'enquête de santé COVID-19, comme le montre le tableau 2 des annexes.

Dans le cadre de l'enquête Drogues & COVID-19, plus de trois quarts des répondants sont originaires de Flandre. Lors de la dernière période d'enquête (mars 2021), la proportion de répondants issus de la région de Bruxelles-Capitale a légèrement augmenté pour atteindre 11%, ce qui n'est pas significativement différent de la deuxième période d'enquête.<sup>2</sup> La part des répondants de Flandre est également la plus élevée dans l'enquête de santé COVID-19, bien que le nombre de répondants de Wallonie soit ici plus élevé (environ un quart).

Dans le cadre de l'enquête Drogues & COVID-19, la proportion d'hommes est plus élevée au cours des différentes vagues par rapport à la proportion de femmes (78% contre 22% dans la période 1, respectivement<sup>3</sup>). Dans les deux autres périodes, cependant, un pourcentage légèrement plus élevé de femmes a été atteint (28,5%).

Dans l'enquête de santé COVID-19, on constate une tendance inverse, à savoir que les femmes sont nettement plus nombreuses à participer (68,2% contre 31,8% dans la période 1<sup>4</sup>).

Il existe également une différence dans la distribution des âges entre l'enquête Drogues & COVID-19 et l'enquête de santé COVID-19. Dans l'enquête Drogues & COVID-19, la plupart des répondants ont moins de 25 ans (54,6% au cours de la période 1). Toutefois, la répartition des âges varie d'une période à l'autre : lors de la troisième période d'enquête (mars 2021), l'âge moyen était de 31,2 ans (SD = 9,8), contre 26,7 ans (SD = 8,3) lors de la première enquête (avril 2020)<sup>5</sup>. Dans l'enquête de santé COVID-19, on constate que l'âge moyen est beaucoup plus élevé (45,7, SD = 14,3 lors de la première période), mais qu'il augmente aussi fortement au cours des trois périodes (53,2, SD = 14,1 lors de la dernière période)<sup>6</sup>.

En raison de cette répartition inégale entre l'enquête Drogues & COVID-19 et l'enquête de santé COVID-19 en ce qui concerne les caractéristiques ci-dessus, un ensemble de données appariées a été utilisé pour les analyses comparatives entre la population générale et les UD. Comme décrit dans la méthodologie, chaque UD a été apparié avec un individu de la population générale présentant les mêmes caractéristiques.

##### 3.1.1.2. Description des données appariées

Après avoir apparié les données de l'enquête Drogues & COVID-19 et de l'enquête de santé COVID-19 en fonction du sexe, de l'âge et de la région, on constate que les profils des répondants sont similaires sur les différentes périodes (tableau 3 en annexes). Ce sont principalement des hommes (72,3% en période 1, 62,8% en période 2 et 63,5% en période 3), originaires de la région flamande (78,5% en période 1, 78,7% en période 2 et 77,9% en période 3) et âgés de moins de 35 ans (75,4%, 74,5% et 62,9%). L'âge moyen évolue de 29,2 ans lors de la période 1 à 33,5 ans lors de la période 3.

---

<sup>2</sup>  $\chi^2 = 1.27, p = 0.26$

<sup>3</sup>  $\chi^2 = 1067.76, p < .0001$

<sup>4</sup>  $\chi^2 = 6500, p < .0001$

<sup>5</sup>  $t = -16.92, p < .0001$

<sup>6</sup>  $t = -62.85, p < .0001$

Les répondants de la population générale après appariement sont généralement plus instruits que les UD: 64,1% ayant un diplôme de l'enseignement supérieur contre 40,6% (période 1)<sup>7</sup>. Nous constatons également que la proportion de personnes avec un niveau d'instruction élevé augmente au cours des périodes : chez les UD, elle passe de 40,6% au cours de la période 1 à 50,8% au cours de la période 3.<sup>8</sup> Cette évolution peut également être liée à l'augmentation de l'âge moyen. On observe la même tendance pour la proportion de répondants ayant un emploi rémunéré et la tendance inverse pour la proportion d'étudiants.

Lors de la première enquête Drogues & COVID-19, la majorité des répondants ont indiqué qu'ils vivaient avec leurs parents, leur famille ou des amis (44,4%), contre 25,2% lors de la dernière période (mars 2021)<sup>9</sup>. Dans cette dernière enquête, la plupart des répondants ont indiqué qu'ils vivaient seuls, sans enfant (28,3%). Cette proportion est plus élevée que dans la population générale (14,6%), où la proportion de couples avec (27,7%) et sans enfants (26,1%) est plus élevée.

En ce qui concerne les substances consommées au cours du mois précédant l'enquête Drogues & COVID-19, le cannabis est le plus utilisé (par exemple 70,9% lors de la période 3), suivi de la cocaïne (26,1% lors de la période 3). L'ecstasy et les amphétamines sont consommés respectivement par 15% et 9,3% des répondants au cours de la dernière période (mars 2021).

### 3.1.2. Usagers de cannabis comparés aux usagers de stimulants

En plus de la distribution des caractéristiques au sein de la population des UD, le tableau 4 montre la distribution des caractéristiques des différents profils, à savoir des usagers de cannabis (profil 1) et des usagers de stimulants (profil 2). Nous constatons ici que la proportion d'hommes est la plus élevée dans le profil 1<sup>10</sup> comme dans le profil 2 (par exemple 81,1% et 76,4% dans la période 1)<sup>11</sup>.

Parmi les usagers de cannabis, nous constatons que l'âge moyen est significativement plus bas par rapport à l'âge moyen des usagers de stimulants (par exemple 26,9, SD=9,1 contre 28,2, SD=8,1 lors de la période 1)<sup>12</sup>. Pour les deux profils, nous constatons une forte diminution au cours des périodes pour le groupe d'âge le plus jeune (de 56% à 33,3% pour le profil 1<sup>13</sup>; de 44,7% à 18% pour le profil 2<sup>14</sup>).

Nous constatons également que ce sont surtout les usagers de cannabis qui vivent avec leurs parents/amis/... (par exemple 53,6% contre 45,9% en période 1).<sup>15</sup>, ce qui peut aussi s'expliquer par le fait que les jeunes sont plus nombreux avec ce profil. Ici aussi, on observe une forte diminution des personnes vivant avec leurs parents/amis/... au fil du temps, tant pour le profil 1<sup>16</sup> que pour le profil 2<sup>17</sup>.

Les usagers de cannabis et les usagers de stimulants qui déclarent consommer du cannabis indiquent qu'ils en consomment principalement "quotidiennement" (par exemple 51,2% et 51,5% dans la période 1). Les stimulants sont souvent utilisés moins d'une fois par semaine. L'alcool est plus fréquemment déclaré comme substance quotidienne dans le profil 2 que dans le profil 1 (par exemple, 3,9% contre 9,4% dans la période 3)<sup>18</sup>.

---

<sup>7</sup> Chi<sup>2</sup>=177.9, p<.0001

<sup>8</sup> Chi<sup>2</sup>=26.9, p<.0001

<sup>9</sup> Chi<sup>2</sup>=637.2, p<.0001

<sup>10</sup> Chi<sup>2</sup>= 468.2, p<.0001

<sup>11</sup> Chi<sup>2</sup>=275.8, p<.0001

<sup>12</sup> t= -3.39, p=0.001

<sup>13</sup> Chi<sup>2</sup>=211.9, p<.0001

<sup>14</sup> Chi<sup>2</sup>=159.9, p<.0001

<sup>15</sup> Chi<sup>2</sup>=32.4, p<.0001

<sup>16</sup> Chi<sup>2</sup>=239,9, p<.0001

<sup>17</sup> Chi<sup>2</sup>=142, p<.0001

<sup>18</sup> Chi<sup>2</sup>= 4.7872, p=0.028

## 3.2. SANTÉ MENTALE

### 3.2.1. Usagers de drogues comparés à la population générale

#### 3.2.1.1. Évolution dans le temps

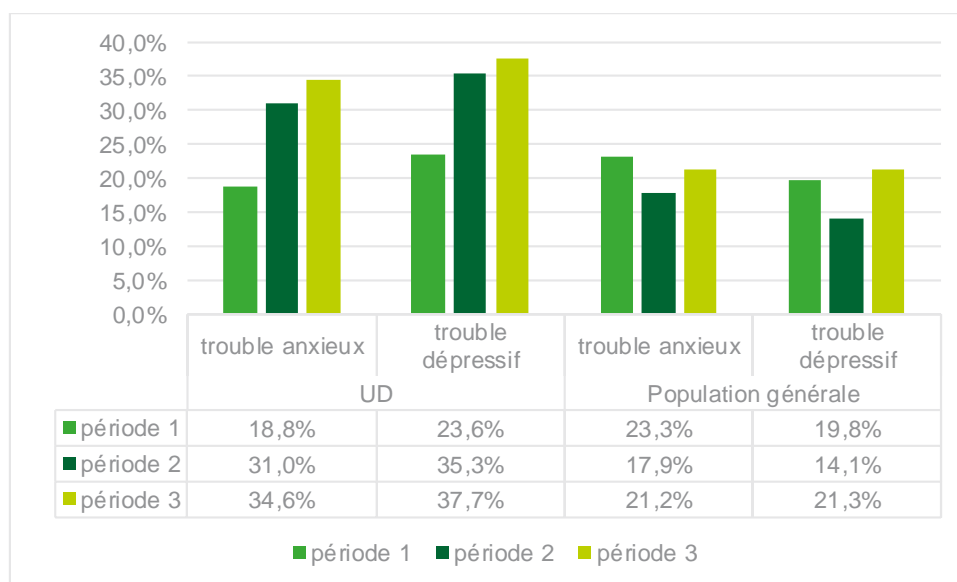
La figure 1 montre les résultats de l'évolution des symptômes du trouble anxieux généralisé et du trouble dépressif (d'avril 2020 à mars 2021) au sein des UD et de la population générale.

Parmi **les UD**, on observe une augmentation dans le temps à la fois pour l'anxiété (de 18,8% à 34,6%) et pour la dépression (de 23,6% à 37,7%).

La différence de risque de présenter de l'anxiété est significative (Tableau 5) entre avril 2020 (période 1) et novembre 2020 (période 2) (RR=1,65, 95%IC 1,48-1,84, p<.0001) et entre avril 2020 (période 1) et mars 2021 (période 3) (RR=1,84, 95%IC 1,65-2,06, p<.0001). En novembre 2020 (période 2), la probabilité de présenter des symptômes d'anxiété était supérieure de 65% et en mars 2021 (période 3), la probabilité de présenter des symptômes d'anxiété était supérieure de 84% par rapport à avril 2020 (période 1). L'augmentation de la prévalence des symptômes d'anxiété est également significative entre novembre 2020 et mars 2021 (RR=1,12, 95%IC 1,01-1,23, p=0,03).

De même pour la dépression, nous constatons une augmentation du risque au fil du temps pour les UD (Figure 1). Par exemple, le tableau 5 montre que le risque de dépression est 60% plus élevé en mars 2021 (période 3) par rapport à la période 1 (RR=1,60, 95%IC 1,44-1,77, p<.0001). En novembre 2020 (période 2), le risque augmente de 49% par rapport à la période 1 (RR=1,49, 95%IC 1,35-1,65, p<0,0001). En revanche, comme pour l'anxiété, la différence entre la période 2 et la période 3 n'est pas significative (RR=1,07, 95%IC 0,97-1,17, p=0,17).

**Figure 1. Evolution des symptômes d'anxiété et de dépression chez les usagers de drogues (enquêtes Drogues & COVID-19) et dans la population générale (enquête de santé COVID-19) au cours des 3 périodes d'enquête**



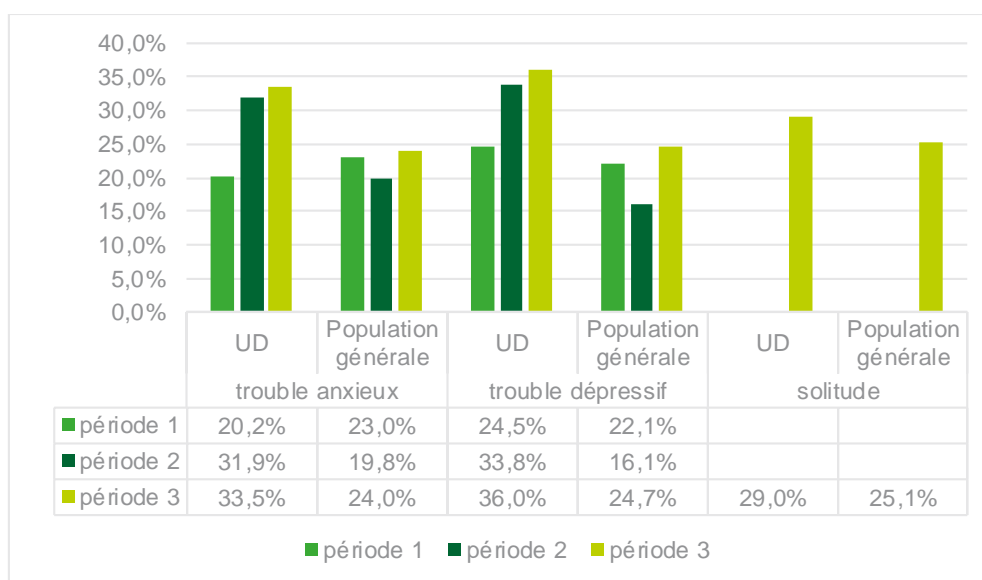
Ainsi, pour les UD, on observe une tendance à l'augmentation du nombre de troubles anxieux et dépressifs entre le début du confinement (avril 2020) et mars 2021.

En revanche, **pour la population générale**, nous constatons une diminution significative en octobre 2020 (période 2) par rapport à avril 2020 (période 1) des symptômes d'anxiété (RR=0,64, 95% IC 0,62-0,66,  $p < 0,0001$ ) et des symptômes de dépression (RR=0,71, 95% IC 0,71-0,71,  $p < 0,0001$ ), après quoi on observe une nouvelle augmentation (de 18% pour l'anxiété et de 51% pour la dépression). Pour l'anxiété, le risque de symptômes est toujours significativement plus faible par rapport à la première période d'avril 2020 (RR=0,90, 95% IC 0,90-0,91,  $p < 0,0001$ ). En revanche, la prévalence de la dépression est la plus élevée au cours de la période 3 (43% plus de chances de présenter une dépression au cours de la période 3 par rapport à la première période) (RR=1,43, 95% IC 1,15-1,77,  $p = 0,0015$ ).

### 3.2.1.2. Comparaison entre les deux groupes

Pour comparer la prévalence des symptômes d'anxiété, de dépression et de solitude entre les UD et la population générale, nous utilisons les données appariées (Figure 2 et Tableau 6 des annexes).

**Figure 2. Évolution des symptômes d'anxiété, de dépression et de solitude (Usagers de drogues - population générale) au cours des 3 périodes sur base de données appariées.**



Lorsque nous comparons le risque d'**anxiété** entre les deux groupes, nous ne constatons qu'une différence faible mais significative dans la première période (20,2% des UD contre 23% de la population générale) (RR=0,87, 95% IC 0,77-1,00,  $p = 0,05$ ). En d'autres termes, le risque de présenter des symptômes d'anxiété est inférieur de 13% chez les UD.

La différence de risque entre les deux groupes est particulièrement évidente en novembre 2020 au cours de la deuxième période (RR=1,61, 95% IC 1,40-1,84,  $p < 0,0001$ ), le risque de symptômes d'anxiété étant désormais 61% plus élevé chez les UD par rapport à la population générale.

En ce qui concerne la différence de risque de symptômes de **dépression** entre les deux groupes, nous ne voyons pas de différence significative en avril 2020 (période 1) (RR=1,11, 95% IC 0,98-1,26,  $p = 0,11$ ).

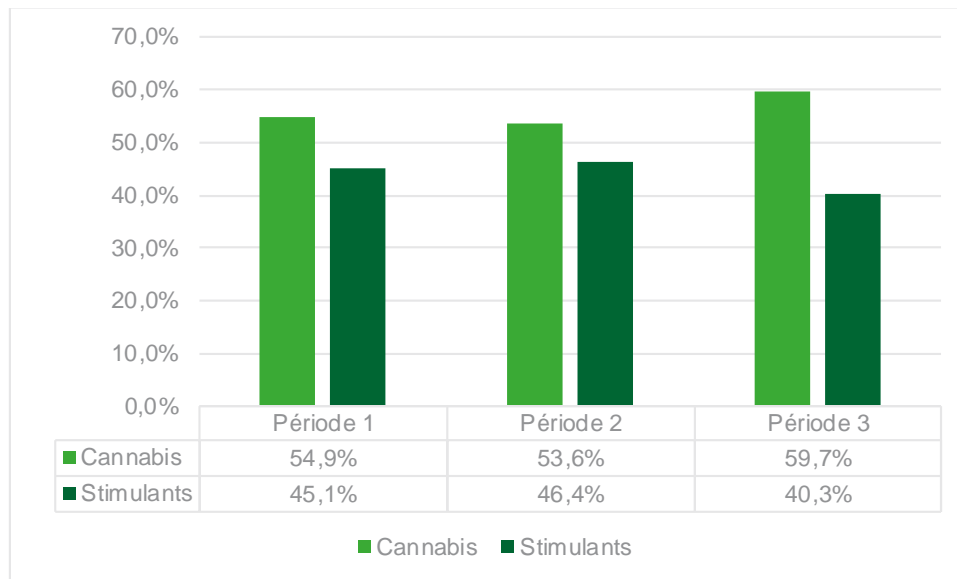
Comme pour les troubles de l'anxiété, il existe toutefois une différence significative dans le risque de dépression à partir de novembre 2020 (24,5% des UD contre 22,1% de la population générale). En novembre 2020, le risque de dépression a plus que doublé (RR= 2,10, 95% IC 1,81-2,43,  $p < 0,0001$ ) par rapport à la population générale. Ces différences de risque entre les UD et la population générale apparaissent encore pendant la troisième période, bien que les différences de risque soient à nouveau plus faibles par rapport à la deuxième période (RR=1,45, 95% IC 1,30-1,66,  $p < 0,0001$ ).

Outre cette différence dans la présence de symptômes d'anxiété et de dépression, on constate que 29% des UD font état d'une **solitude** sévère, contre 25,1% de la population générale. Le risque de solitude sévère est 16% plus élevé chez les UD que dans la population générale (RR=1,16, 95% IC 1,01-1,33,  $p = 0,04$ ).

### 3.2.2. Usagers de cannabis comparés aux usagers de stimulants

En plus de la distinction entre la population générale et les UD, nous avons distingué pour les UD les usagers de cannabis (profil 1) et les usagers de stimulants (profil 2). La figure 3 montre la distribution des deux profils sur les 3 périodes d'enquête (enquête Drogues & COVID-19).

Figure 3. Distribution des usagers de cannabis par rapport aux usagers de stimulants - UD - 2020-2021

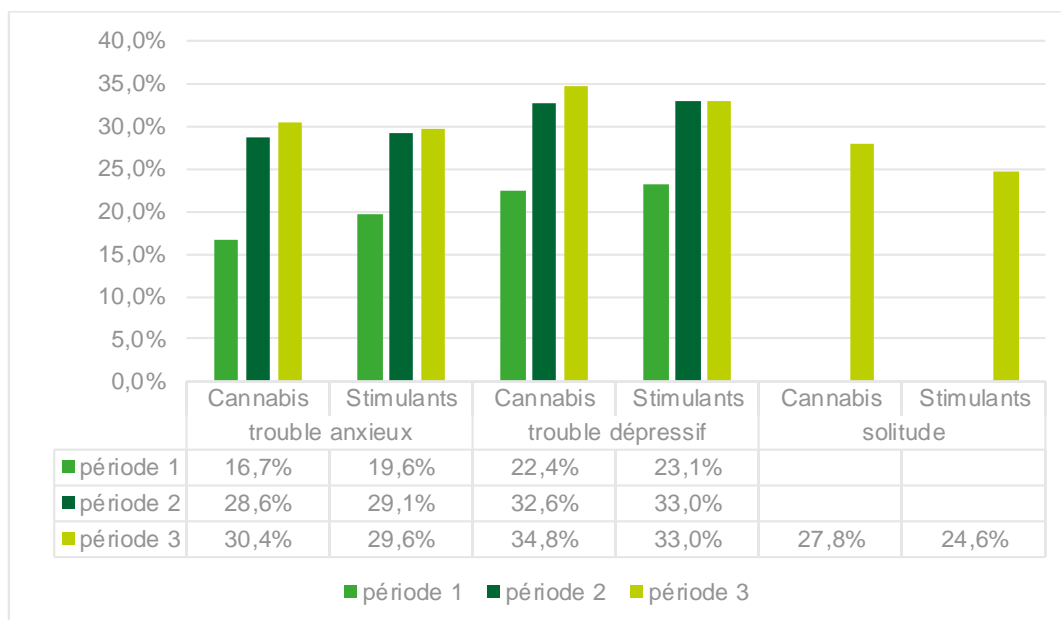


En ce qui concerne l'**anxiété** (Figure 4 et Tableau 5 en Annexes), on observe une augmentation significative entre la période 1 et la période 2 tant pour les usagers de cannabis (RR=1,71, 95%IC 1,41-2,08, <0,0001) que pour les usagers de stimulants (RR=1,48, 95%IC 1,21-1,82, p=0,0001). Entre les périodes 2 et 3, il n'y a pas d'augmentation ou de diminution significative pour les deux profils d'usagers de drogues.

De même, pour les symptômes de **dépression**, nous observons une tendance similaire dans le temps pour les deux profils d'UD. Parmi les usagers de cannabis, on observe une augmentation de la prévalence entre la période 1 et la période 2 (RR=1,46, 95%IC 1,23-1,73, p<0,0001) mais aucune augmentation ou diminution significative entre la deuxième et la troisième période (RR=1,07, 95%IC 0,90-1,26, p=0,45). On observe la même tendance chez les usagers de stimulants.

En outre, nous constatons que 27,8% des usagers de cannabis et 24,6% des usagers de stimulants se sentent "**gravement seuls**", ce qui n'est pas significativement différent l'un de l'autre (RR=1,13, 95%IC 0,88-1,44).

**Figure 4. Evolution des symptômes d'anxiété, de dépression et de solitude chez les usagers de cannabis et chez les usagers de stimulants au cours des 3 périodes**



### 3.3. FACTEURS DE RISQUE DU TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ ET DU TROUBLE DÉPRESSIF DANS LES DIFFÉRENTS GROUPES

Cette étude a identifié des facteurs de risque et de protection spécifiques et uniques associés à la présence de symptômes de trouble anxieux généralisé et de trouble dépressif.

Ces facteurs de risque sont examinés ci-dessous pour les trois différents groupes cibles, à savoir la population générale, les usagers de cannabis (profil 1) et les usagers de stimulants (profil 2).

#### 3.3.1. Population générale

Le tableau 7 montre les facteurs de risque suivants pour les symptômes d'anxiété et de dépression chez les répondants à l'enquête de santé COVID-19 (population générale) :

- **Sexe** : Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de présenter des symptômes d'anxiété (23,7% contre 17,7%) (OR=1,48, 95%IC 1,47-1,48) et de dépression (19,5% contre 17,2%) (OR=1,18, 95%IC 1,17-1,18), bien que cette différence de risque soit moindre pour les symptômes de dépression.
- **Âge** : Le groupe d'âge le plus jeune (18-29 ans) présente le risque le plus élevé de symptômes d'anxiété et de dépression par rapport aux autres groupes d'âge. Cette différence de risque est encore plus forte pour la dépression avec, par exemple, 28,8% des 18-29 ans présentant des symptômes de dépression contre 20,3% des 30-49 ans (OR=1,58, 95%IC 1,57-1,58).
- **Région** : Les répondants vivant en région de Bruxelles-Capitale ou en région wallonne étaient plus susceptibles de présenter des symptômes d'anxiété et de dépression. Par exemple, 17,8% des personnes en région flamande présentent des symptômes d'anxiété, contre 25,5% des personnes en région wallonne (OR=1,53, 95%IC 1,52-1,53) et 22,6% des personnes en région de Bruxelles-Capitale (OR= 1,23, 95%IC 1,23-1,23).



- **Emploi** : Les personnes qui étudient présentent un risque accru d'anxiété et de dépression par rapport aux personnes ayant un emploi rémunéré (29,7% contre 21,4% pour l'anxiété et 29,8% contre 17,8% pour la dépression). Les personnes sans emploi rémunéré étaient également plus susceptibles de présenter des symptômes d'anxiété (OR=1,44, 95%IC 1,44-1,45) et de dépression (OR=1,60, 95%IC 1,59-1,60) par rapport aux personnes ayant un emploi rémunéré.
- **Éducation** : Les personnes ayant un faible niveau d'éducation (au maximum le diplôme secondaire) ont un risque plus faible de présenter des symptômes d'anxiété (OR=0,70, 95%IC 0,70-0,70), mais un risque plus élevé de présenter des symptômes de dépression (OR=1,54, 95%IC 1,54- 1,54).
- **Type de ménage** : Les couples sans enfants étaient moins susceptibles de présenter des symptômes d'anxiété (OR=0,87, 95%IC 0,87-0,87) et de dépression (OR=0,91, 95%IC 0,90-0,91) que les parents avec enfants. Les personnes qui vivent avec leur(s) parent(s), leur famille, leurs amis et/ou leurs connaissances présentent également un risque plus faible de souffrir d'anxiété et de dépression. En revanche, les parents isolés présentent un risque encore plus élevé d'anxiété et de dépression que les parents avec enfants. Pour la dépression, le facteur de risque de vivre seul et d'être parent isolé est encore plus fort que pour l'anxiété.
- **Période** : L'évolution dans le temps est en soi également un facteur de risque pour présenter à la fois des symptômes d'anxiété et de dépression.

### 3.3.2. Usagers de cannabis

Les tableaux 8 et 9 montrent les facteurs de risque suivants pour les symptômes de trouble anxieux généralisé et de trouble dépressif spécifiques aux répondants qui ont déclaré consommer du cannabis (éventuellement en association avec de l'alcool) :

- **Sexe** : Les femmes présentent un risque plus élevé de symptômes d'anxiété (39,4% contre 19,2%) (OR=2,60, 95%IC 2,03-3,33) et de symptômes de dépression (43,0% contre 24,2%) (OR=2,22, 95%IC 1,74-2,85).
- **Âge** : Les jeunes (jusqu'à 24 ans) ont un risque accru de présenter des symptômes de dépression (33,8% contre 24,9%) (OR=1,48, 95%IC 1,07-2,04) par rapport aux personnes de plus de 24 ans. En revanche, il n'y avait aucune différence dans le risque de présenter des symptômes d'anxiété (OR=1,00, 95%IC 0,72- 1,39).
- **Région** : Les répondants de la région de Bruxelles-Capitale ont un risque accru de présenter des symptômes de dépression par rapport aux répondants de la région flamande (35,3% contre 27,7%) (OR=1,50, 95%IC 1,06-2,14). Cette différence de risque entre les régions ne s'applique pas aux symptômes d'anxiété.
- **Emploi** : Les personnes sans emploi rémunéré sont plus susceptibles (33,3%) de présenter des symptômes d'anxiété que les personnes ayant un emploi rémunéré (22,4%) (OR=1,80, 95% IC 1,27-2,55). Il n'y a pas de différence significative dans le risque de dépression entre les personnes ayant un emploi rémunéré et celles sans emploi rémunéré. En outre, le fait que les gens étudient ou non n'a pas d'effet statistiquement significatif sur l'apparition de symptômes d'anxiété ou de dépression.
- **Éducation** : Les personnes ayant un faible niveau d'éducation (maximum un diplôme d'études secondaires) ont un risque plus élevé de présenter des symptômes de dépression par rapport aux personnes ayant un niveau d'éducation élevé (30,3% contre 26,8%) (OR=1,48, 95%IC 1,07-2,04). Cela ne s'applique pas au risque de symptômes d'anxiété.
- **Type de ménage** : Les personnes déclarant vivre seules ont un risque accru de symptômes d'anxiété par rapport, par exemple, aux couples avec enfants (30,5% contre 19,7%) (OR=1,58, 95%IC 1,05- 2,37). Vivre seul est également un facteur de risque pour présenter des symptômes de dépression.

- **Période** : L'évolution dans le temps est aussi en soi un facteur de risque de présenter des symptômes d'anxiété et de dépression.

### 3.3.3. Usagers de stimulants

Les tableaux 8 et 9 montrent les facteurs de risque suivants pour les symptômes d'anxiété et de dépression, en particulier pour les répondants qui ont déclaré consommer des stimulants (éventuellement en combinaison avec du cannabis/alcool) :

- **Sexe** : Par rapport aux hommes, les femmes présentent un risque plus élevé de symptômes d'anxiété (37,3% contre 19,9%) (OR=2,24, 95%IC 1,72-2,90) et de dépression (37,1% contre 25,3%) (OR=1,70, 95%IC 1,30-2,21).
- **Travail** : Les personnes sans emploi rémunéré sont plus susceptibles (35,6%) de présenter des symptômes d'anxiété que les personnes ayant un emploi rémunéré (22,7%) (OR=1,73 95%IC 1,13-2,66). Le fait d'avoir un emploi rémunéré est également un facteur de protection contre les symptômes de la dépression (42,6% contre 24,2%) (OR=2,00, 95%IC 1,30-3,07).
- Tout comme le fait de ne pas avoir d'emploi rémunéré, **les études** sont un facteur de risque de symptômes d'anxiété (30% contre 22,7%) (OR=1,48, 95%IC 1,04-2,12) et de symptômes de dépression (42,7% contre 24,2%) (OR=1,96, 95%IC 1,36-2,83).
- **Période** : L'évolution dans le temps est associée à un risque plus élevé de symptômes d'anxiété et de dépression.

## 4. Discussion

La littérature croissante sur le COVID-19 a déjà montré que les pandémies et les mesures associées peuvent avoir un effet profond sur tous les aspects de la société, y compris la santé humaine (19,20). Comme nous l'avons appris lors de précédentes catastrophes et épidémies, la plupart des gens sont suffisamment résilients pour ne pas développer de psychopathologie. Cependant, certains groupes, comme les personnes ayant des antécédents médicaux ou psychiatriques - y compris celles ayant des problèmes d'usage de drogues - semblent être plus vulnérables que d'autres au développement de problèmes de santé mentale (1).

### La santé mentale de la population générale

Les échelles utilisées dans cette étude pour l'anxiété et la dépression (GAD-7 et PHQ-9) ont déjà été utilisées dans l'enquête de santé belge (HIS) 2018, une étude épidémiologique transversale. Celle-ci a montré que 9,5% de la population présentait des symptômes de trouble anxieux généralisé et 11% des symptômes de trouble dépressif (24).

Dès le début de la crise COVID-19 (avril 2020), une forte augmentation de ces chiffres a été observée dans la population générale. 23,3% de la population présentait des symptômes d'anxiété et 19,8% des symptômes de dépression. Cette augmentation, par rapport à la période précédant la crise du COVID-19, était quelque peu attendue étant donné le caractère intrusif auquel a été confronté la population en situation d'urgence collective. Les possibilités d'interaction sociale étaient moindres, l'incertitude était plus grande au niveau professionnel et les perspectives d'assouplissement étaient très incertaines. De plus, cette augmentation a été confirmée dans d'autres études (25). Au Royaume-Uni, par exemple, la prévalence des troubles anxieux était de 18,9% en 2018-2019 et passe à 27,3% en avril 2020 (26). Dans une étude liée au COVID-19 menée en Allemagne, on a constaté que les prévalences de l'anxiété (de 6,0% à 16,8%) et de la dépression (de 9,6% à 14,3%) avaient augmenté entre mars et mai 2020 (27).

Dans le cadre de notre étude, en novembre 2020 (période 2), une diminution significative de la proportion de symptômes d'anxiété et de dépression a été observée. Cela peut s'expliquer par le fait qu'il s'agissait d'une période pendant laquelle davantage de contacts sociaux étaient à nouveau autorisés, avant que les mesures ne soient à nouveau renforcées le 2 novembre.

Comme prévu, en mars 2021 (période 3), avec le maintien des mesures restrictives, une augmentation significative a de nouveau été observée pour le trouble d'anxiété généralisé et le trouble dépressif. En particulier, les symptômes de dépression ont continué à augmenter au fil du temps, tandis que le niveau d'anxiété au cours de la troisième période était encore inférieur à celui au début de la crise COVID-19.

Cette évolution de la santé mentale en fonction de l'évolution des mesures est également constatée dans d'autres études belges.

L' "Etude Corona", une enquête en ligne (débutée le 17 mars 2020 avec 39 répétitions jusqu'à présent) menée par l'Université d'Anvers, a suivi des personnes issues de la population générale belge. Elle a également montré que la détérioration de la santé mentale se produit souvent avant que des mesures ne soient prises, par anticipation et probablement en raison de l'évolution des risques perçus et de l'attention des médias au changement imminent (28). Cela souligne l'importance d'une communication claire, transparente, alignée en interne et sincère. Les messages contradictoires et les discussions sur les décisions politiques prises, ou du moins la perception de celles-ci, renforcent les sentiments de malaise au sein de la société. Il est donc crucial de communiquer de manière unifiée et solide. (54)

Dans l'étude « Covid et moi », menée par l'UCLouvain et l'Université d'Anvers, la santé mentale a été mesurée à quatre moments différents chez les mêmes participants. Là encore, nous constatons que la même tendance se répète, à savoir que pour une partie de la population, la santé mentale s'améliore entre avril et juin 2020, suivie d'une diminution des scores de santé mentale de juin à novembre 2020 (29,30).

## La santé mentale des usagers de drogues

Outre l'impact de la crise COVID-19 et des mesures connexes sur la santé mentale de la population générale, nous nous sommes concentrés sur les UD dans cette étude.

La comorbidité d'abus de substances et de morbidité psychiatrique a été largement étudiée, mais la plupart de ces études se concentrent sur les personnes ayant des problèmes de dépendance, celles en traitement pour des problèmes de dépendance ou celles qui ont déjà été en traitement (6). Ces études ont rapporté des prévalences de trouble anxieux généralisé de 12 à 80% et de trouble dépressif de 17,0 à 55,8%, selon le plan d'étude et les caractéristiques des répondants (21).

Seules quelques études ont examiné la relation entre la consommation de drogues et les résultats en matière de santé mentale, comme l'anxiété généralisée et la dépression, dans un groupe plus large de personnes consommant des drogues. Pendant la crise du COVID-19, il est devenu important de prêter attention à cette question également : la vie nocturne joue un rôle essentiel pour ce groupe cible et son arrêt soudain et complet peut donc avoir un impact majeur sur la santé mentale. Au Royaume-Uni, par exemple, une enquête nationale sur la "morbidité psychiatrique" a été menée et a révélé une prévalence de 7,3% pour l'anxiété généralisée et de 7,1% pour les troubles dépressifs dans la population des usagers de drogues. Cependant, cette étude a été menée en 2017 et a utilisé d'autres échelles que le GAD-7 et le PHQ-9 (22).

Notre étude nous permet de conclure que la crise du COVID-19 et les mesures connexes ont un fort impact sur le bien-être mental des UD. Une forte augmentation a été constatée pour l'anxiété et la dépression en novembre 2020 par rapport à avril 2020. Pour les troubles anxieux, ce niveau continue d'augmenter légèrement mais significativement jusqu'en mars 2021. Pour la dépression, le niveau élevé est presque maintenu jusqu'en mars 2021. Bien que chaque partie de la population ait souffert des mesures restrictives, le mode de vie des UD est souvent incompatible avec les mesures restrictives imposées. Comme nous l'avons mentionné précédemment, nous constatons que les restrictions permanentes en matière de contacts sociaux, de vie nocturne et le manque d'opportunités de loisirs peuvent avoir un impact important sur le bien-être mental des UD. Plus encore qu'auparavant, il est apparu que les jeunes, y compris de nombreuses personnes qui consomment des drogues de manière non dépendante dans un cadre récréatif, ont besoin de contacts sociaux, de nouvelles expériences et d'une vie nocturne dans laquelle les sorties jouent un rôle essentiel (7).

Bien entendu, le groupe des UD est très large et nous pouvons distinguer différents profils au sein de ce groupe. Les usagers diffèrent par exemple par rapport aux substances qu'ils utilisent, au moment où ils les utilisent et aux raisons pour lesquelles ils les utilisent. C'est pourquoi, dans cette étude, nous nous sommes concentrés sur deux profils qui sont également fortement représentés : les personnes qui consomment exclusivement du cannabis et celles qui consomment des stimulants. L'effet du cannabis est le plus souvent ressenti par les usagers comme relaxant, apaisant et/ou stimulant pour l'esprit et il est très souvent utilisé dans un cadre privé et dans la vie nocturne. Les stimulants sont plus souvent utilisés par les usagers dans des contextes sociaux tels que la vie nocturne, ou pour améliorer leurs performances personnelles. Les usagers se sentent perspicaces, confiants et actifs. (48) Des analyses précédentes de l'enquête Drogues & COVID-19 (49) ont montré que les habitudes de consommation variaient pour les usagers de cannabis et de stimulants tout au long de la pandémie COVID-19. Sur la base des informations ci-dessus, nous nous attendions à ce que l'impact de la crise COVID-19 soit différent pour les deux groupes.

Les résultats de cette étude montrent que, contrairement à nos attentes, les personnes qui consomment uniquement du cannabis et celles qui prennent des stimulants présentent une augmentation similaire de l'anxiété et de la dépression. Il est vrai que l'augmentation de l'anxiété est la plus forte pour le groupe qui ne consomme que du cannabis. Par exemple, au sein de ce groupe, la probabilité de présenter des symptômes d'anxiété généralisée est 85% plus élevée en mars 2021 qu'au début du confinement. Des recherches antérieures ont montré que les usagers de cannabis utilisent davantage de stratégies d'adaptation dysfonctionnelles pour faire face aux événements stressants (50), ce qui pourrait fournir une explication possible à l'augmentation plus importante de l'anxiété. Cela semble une explication plausible, mais la question reste de savoir dans quelle mesure cette anxiété est induite par la peur spécifique du virus COVID-19 ou est une conséquence des mesures restrictives ou autres. Cette question pourrait être étudiée plus avant.

## La santé mentale des usagers de drogues comparé à celle de la population générale au cours des différentes périodes étudiées

Afin de comparer l'évolution de la santé mentale entre la population générale et les UD, les résultats de l'enquête Drogues & COVID-19 ont été appariés aux résultats de l'enquête de santé COVID-19 au cours de trois périodes comparables.

Les résultats ont montré qu'au début de la crise du COVID-19 (avril 2020), il n'y avait pas de différence significative dans la présence de symptômes d'anxiété et de dépression entre la population générale et le groupe cible des UD. Cependant, à mesure que la crise se prolonge, nous constatons un impact différent sur la santé mentale des deux groupes. Après 6 mois (octobre-novembre 2020), le risque de symptômes d'anxiété était 61% plus élevé pour les UD par rapport à la population générale et deux fois plus élevé pour les symptômes dépressifs. De même en mars 2021 (période 3), le risque de présenter des symptômes d'anxiété et de dépression reste significativement plus élevé pour les UD par rapport à la population générale. De manière similaire, le risque de "solitude sévère" au cours de la période 3 s'est également avéré être 16% plus élevé pour les UD par rapport à la population générale.

Il est toutefois important de noter que la deuxième période d'échantillonnage diffère légèrement entre les deux groupes : dans la population générale, la période précède les mesures de confinement qui ont eu lieu le 2 novembre (24 septembre-2 octobre), alors que l'enquête Drogues & COVID-19 inclut à la fois la période avant et après les nouvelles mesures (21 octobre-6 novembre). Nous estimons cependant que l'impact de cette différence est minime. En outre, le risque de présenter des symptômes d'anxiété et de dépression reste significativement plus élevé pour les UD en mars 2021 par rapport à la population générale (période d'échantillonnage égale). Une explication possible de cette différence de risque pourrait être que le changement de style de vie des UD dans un cadre récréatif est plus important, car la vie nocturne et donc certains contacts sociaux sont perdus.

En d'autres termes, nous pouvons en déduire que la crise du COVID-19 et les restrictions associées ont un impact plus important sur la santé mentale des UD par rapport à la population générale.

### Groupes vulnérables

Des recherches antérieures montrent que les différences individuelles en matière de santé dépendent de certains facteurs de risque uniques, notamment les caractéristiques contextuelles de l'événement, la distance physique à laquelle une personne est exposée à l'événement, la durée des séquelles, le sexe, l'âge au moment de l'événement, l'origine ethnique, le statut socio-économique, la santé mentale antérieure, la perte d'un être cher et la perturbation de la vie sociale. Les relations sociales peuvent s'améliorer en période de crise collective, en particulier dans la propre famille, mais la majorité des recherches soulignent la "substitution" des relations personnelles et du sens de la communauté (31, 32, 33).

La littérature montre également que les facteurs de risque ont un impact cumulatif et multiplicatif sur le risque de développer certains problèmes de santé mentale (34, 35, 36). En d'autres termes, le risque de présenter des symptômes de trouble anxieux généralisé et de trouble dépressif augmente avec le nombre de facteurs de risque.

Toujours dans le cadre de cette étude, tant pour la population générale que pour les UD, nous avons pu identifier certaines caractéristiques qui pourraient être considérées comme des facteurs de risque ou de protection.

Par exemple, le risque de symptômes d'anxiété et de dépression, tant pour la population générale que pour les UD, est plus élevé chez **les femmes**. Cela a également été démontré précédemment dans d'autres études au sein de la population générale (37-42). La question reste donc de savoir dans quelle mesure la prévalence plus élevée des problèmes de santé mentale chez les femmes est due à une sous-déclaration de la part des hommes.

Diverses hypothèses ont été proposées pour expliquer cette vulnérabilité accrue chez les femmes, notamment des facteurs biologiques tels que la réactivité physiologique et les hormones. (58)

D'autres études montrent que les facteurs psychosociaux, tels que les rôles de genre, sont de meilleurs prédicteurs que les facteurs biologiques pour expliquer la différence d'anxiété (59, 60) et de dépression (61) chez les hommes et les femmes. Les rôles de genre sont définis par les caractéristiques féminines et masculines que la société attribue aux hommes et aux femmes. Les rôles de genre sont dynamiques et sont façonnés par les expériences de la vie. (62) Par exemple, des recherches antérieures ont également montré que les traits de masculinité étaient négativement associés aux symptômes dépressifs et anxieux chez les adultes de la population générale. (63)

En outre, **le fait de ne pas avoir d'emploi rémunéré** est un facteur de risque de présenter des symptômes d'anxiété et de dépression (43-45). L'insécurité financière qui en découle pourrait jouer un rôle à cet égard. Outre l'insécurité financière, l'absence d'une structure quotidienne pourrait également être une explication possible. Avoir une structure quotidienne est extrêmement important pour la santé psychologique (47). Le manque de structure, combiné à la perte des contacts sociaux, peut entraîner une augmentation des problèmes de comportement, d'anxiété, de dépression et d'alimentation. L'absence d'une structure quotidienne claire a souvent aussi des conséquences sur le rythme de sommeil. Les gens sont souvent moins énergiques pendant la journée et commencent à s'inquiéter davantage, ce qui les amène à dormir encore moins. De cette façon, les gens peuvent se retrouver dans un cercle vicieux, une peine en renforçant une autre. De plus, l'usage de drogue peut être un refuge pour ces personnes.

Nous pouvons donc affirmer que pour les personnes qui perdent leur emploi ou qui n'ont pas d'emploi rémunéré, il est important de maintenir la structure quotidienne. Nous soutenons que la politique devrait mieux aider les personnes à trouver une nouvelle structure quotidienne, même dans les situations où elles se retrouvent soudainement sans emploi. Cela peut se faire, par exemple, en proposant des cours ou du travail bénévole, tant qu'un nouvel emploi n'est pas disponible. Ces résultats confirment également l'importance d'investir dans la (re)formation des employés et dans des programmes qui augmentent les chances de trouver un emploi. Plus que jamais, le travail semble être un facteur important dans la prévention des problèmes de santé mentale et santé en général.

Cependant, même parmi les personnes ayant un emploi rémunéré, il peut y avoir une grande différence entre ceux qui pourraient perdre leur emploi - ce qui est fortement présent en temps de crise - et ceux qui ont une sécurité d'emploi absolue. Des recherches antérieures ont montré que l'insécurité de l'emploi et la perte de revenus entraînent des problèmes psychologiques chez les travailleurs.(23)

En outre, nous constatons que le fait de "**vivre seul**" est un facteur de risque pour les symptômes d'anxiété et de dépression dans la population générale et dans le groupe des usagers de cannabis uniquement. Ce résultat est conforme à nos attentes, car le fait d'avoir des contacts sociaux peut être un facteur de protection contre le risque de développer des symptômes d'anxiété et de dépression. (13)

Nous pouvons souligner ici l'importance de réfléchir à la manière dont nous pouvons promouvoir la convivialité et la connectivité, par exemple en multipliant les contacts avec les gens à la maison et dans le voisinage. Il est également important d'investir dans un soutien accessible à tous dans le domaine de la santé mentale et d'accorder une attention particulière au groupe des ménages composés d'une seule personne qui consomme du cannabis. Il s'agit de substances illégales, ce qui ne favorise certainement pas une communication ouverte. Il convient donc de s'efforcer de rendre plus visibles les initiatives (telles que Infor-Drogues) qui garantissent la sécurité des UD, par exemple en stimulant les campagnes. En outre, il est possible de recourir à des formations sur la résilience dans les écoles et à des initiatives visant à faire tomber les barrières en permettant d'aller parler avec des proches (parents, voisins, communauté, psychologues) lorsque les choses ne vont pas bien.

Les initiatives qui aident les gens à se renforcer psychologiquement et à prendre soin d'eux-mêmes sont donc cruciales. On peut penser à l'aide en ligne et l'aide psychologique de première ligne par des professionnels que les personnes peuvent solliciter elles-mêmes lorsqu'elles en ressentent le besoin. (51, 52) Le fait qu'à partir du 1er septembre 2021, les premières séances avec un psychologue seront remboursées est un pas important dans cette direction. Cependant, pendant la crise, les files d'attente chez les psychologues étaient très longues, ce qui constitue un obstacle sérieux et doit absolument être pris en considération.

En outre, il est à noter que les couples sans enfants présentent un risque significativement plus faible de symptômes d'anxiété et de dépression par rapport aux couples avec enfants, tant dans la population générale que chez les UD. Ce risque plus élevé pour **les parents ayant des enfants** est également confirmé par d'autres recherches. (46)

Dans le cadre des mesures de prévention de la propagation du COVID-19, les crèches, les écoles primaires, les écoles secondaires et l'enseignement supérieur ont été (partiellement) fermés pendant plusieurs périodes. L'impact de la fermeture a été important, tant pour les écoles - qui ont dû organiser l'enseignement à distance et l'accueil d'urgence - que pour les parents et les enfants. Dans des circonstances normales, le travail et la famille sont déjà une combinaison exigeante pour les parents. La prise en charge complète des enfants et l'éducation à domicile qui est venue s'ajouter à cela, rendent cette combinaison encore plus difficile. Les tâches professionnelles et familiales sont mélangées, et certains parents ont le sentiment de ne pas en faire assez pour leurs enfants. Le travail souffre également du stress de cette combinaison. Les parents sont moins capables de se concentrer sur leur lieu de travail à domicile et sont moins productifs.

En outre, les mesures COVID-19 limitent les possibilités de contact social et le soutien des proches (par exemple, la garde des enfants par les grands-parents) est en partie perdu. (55) Le soutien social et une bonne gestion du stress sont des facteurs de protection contre l'impact du stress sur la famille pendant la crise du COVID-19. Plus le soutien social est important et plus les parents parviennent à gérer le stress ensemble, plus le lien entre parents et enfants est protégé du stress. (56)

Le groupe cible des parents est un groupe qui disposait de très peu d'initiatives de soutien pendant la crise du COVID-19. Il est donc important de souligner la nécessité d'axer les politiques sur les interventions en lien avec la famille et les moyens économiques en situation d'urgence, dans le but de prévenir les problèmes de santé mentale au sein de ce groupe cible vulnérable.

**Le groupe d'âge le plus jeune (18-29 ans)** ne constitue un groupe à risque pour des symptômes d'anxiété et de dépression qu'au sein de la population générale, ce qui a également été confirmé par des recherches antérieures. (43) De plus, **un faible niveau d'éducation** n'est un facteur de risque que dans la population générale et chez les usagers de cannabis, alors que "**être étudiant**" apparaît comme un facteur de risque de troubles mentaux dans la population générale et chez les usagers de stimulants. La combinaison de la perte de structure de la journée en raison de l'annulation de cours, de la pression des performances, de la perte d'opportunités de loisirs et de la dépendance financière peut expliquer ce phénomène. La vie nocturne et le sentiment d'évasion qui l'accompagne jouent un rôle important dans la vie des étudiants.

De manière générale, nous pouvons conclure **qu'une plus grande attention devrait être accordée à la santé mentale**, même avant qu'une crise telle que la pandémie de COVID-19 n'éclate. La réponse initiale à la crise s'est concentrée sur la limitation des dégâts et le sauvetage des vies. Lorsque les premières mesures restrictives ont été introduites, on ne s'est pas suffisamment intéressé à l'impact sur la santé mentale des personnes, bien que les Nations Unies aient demandé que cet aspect soit pris en compte (64). De nombreux services de santé mentale ont dû fermer ou limiter leur capacité de réponse. Il ne fait aucun doute que les services psychologiques à bas seuil doivent être encore renforcés et améliorés pour rester disponibles en temps de crise. (54) En particulier pour les populations difficiles à atteindre comme les UD, ces services doivent rester accessibles à tout moment. Il convient également de se concentrer sur la consolidation et le renforcement de la résilience pour faire face à cette situation exceptionnelle, en particulier dans les sous-populations déjà vulnérables aux problèmes de santé mentale, notamment les personnes qui consomment des drogues de manière non dépendante, par exemple dans un cadre récréatif. Bien que personne ne soit prêt à affronter une crise comme la pandémie de COVID-19, l'impact de la crise a été beaucoup plus important pour les UD. Le renforcement de la résilience joue un rôle important dans la réduction du stress et des problèmes de santé associés. (51, 52)

En outre, il est également important d'accorder une attention suffisante **au soutien financier en cas de perte d'emploi**, à la stimulation dans la recherche de nouveaux emplois, à la surveillance des groupes vulnérables et à l'octroi d'un soutien supplémentaire. Cela vaut pour la population générale, mais plus encore pour les groupes à risque tels que les toxicomanes. Il s'agit de personnes qui consomment des drogues en général, qu'elles aient ou non des problèmes de dépendance et qu'elles suivent ou non un traitement.

## Limites et opportunités

- Les résultats de cette étude sont basés sur l'auto-évaluation. Bien que le GAD-7 et le PHQ-9 soient des échelles validées au niveau international, elles peuvent différer du jugement des cliniciens lorsqu'ils voient le répondant en consultation. Par conséquent, ces échelles ne peuvent fournir qu'une indication de la présence d'anxiété et de dépression.
- Au cours de la période 2, il y a eu, pour des raisons pratiques, une différence de période d'échantillonnage entre l'enquête sur les UD et la population générale. Cela pourrait avoir une influence sur les résultats de cette deuxième période, puisque les mesures renforcées ont été annoncées pendant les derniers jours de l'étude dans le groupe des UD. Les changements continus dans l'application des mesures n'étaient pas prévisibles.
- L'un des points forts de cette étude est que plusieurs enquêtes ont été menées tout au long de la pandémie de COVID-19. Cela a permis de suivre l'évolution de la santé mentale dans le temps. Cependant, l'idéal serait de suivre les mêmes personnes sur différentes périodes (étude longitudinale) afin d'évaluer l'impact direct de la crise COVID-19 et des mesures associées. Dans le cadre de la présente étude, il n'a été possible d'évaluer la prévalence des troubles affectifs au niveau de la population qu'au début de la crise COVID-19, 6 mois plus tard et 11 mois plus tard, et de comparer ces résultats avec ceux de la population générale. Comme nous avons pu détecter une augmentation significative au fil du temps et une différence significative avec la population générale, il est intéressant d'approfondir cette question en utilisant une étude longitudinale.
- Sur la base des résultats, nous ne pouvons exclure que pour certains UD les symptômes d'anxiété et de dépression aient diminué depuis le début de la pandémie et il serait intéressant d'étudier les facteurs qui pourraient expliquer cette diminution.
- En outre, cette étude inclut toutes les personnes qui ont consommé des drogues au moins une fois au cours de l'année écoulée. Nous ne pouvons donc pas exclure de cette étude les répondants ayant des problèmes de dépendance, ce qui rend souvent l'interprétation des résultats plus difficile. Ce n'est qu'au cours de la première enquête (Période 1) que les répondants ayant des problèmes de dépendance ont été interrogés sur leurs antécédents de traitement : 7,5% avaient déjà été en traitement pour des troubles de l'usage de drogues, tandis que 3,0% étaient en traitement au début de la crise. Comme cette question n'a pas été posée dans les périodes d'enquête suivantes, nous n'avons pas pu exclure ces répondants des analyses. En tout état de cause, il n'y a aucune raison de penser que leur part dans l'échantillon total était de nature à expliquer la forte augmentation des troubles de santé mentale entre les trois périodes.
- Une limitation contextuelle importante de la présente étude est qu'il n'est pas clair si et comment l'évolution de la prévalence des troubles de santé mentale affecte la consommation de drogues chez les répondants. Il se pourrait, par exemple, que l'augmentation des troubles anxieux et dépressifs ait influencé la consommation de drogues ou que la consommation de drogues soit un moyen de faire face aux sentiments croissants d'anxiété et de dépression. D'autres recherches devraient se concentrer sur le changement de la consommation de drogues en fonction de l'évolution des symptômes des troubles anxieux et dépressifs.
- Cette étude ne traite que de l'impact de la crise COVID-19 sur la santé mentale entre avril 2020 et mars 2021. Les effets d'une crise sur la santé mentale peuvent également se faire sentir à plus long terme. La poursuite du système de surveillance de la santé mentale au sein de ces populations cibles est donc indiquée.
- Enfin, il est important de noter que, bien que cette étude fasse souvent référence à la "population générale", ce terme ne couvre pas entièrement le champ d'application, car nous ne disposons pas de données sur les enfants et les jeunes jusqu'à l'âge de 18 ans. Ils constituent bien sûr aussi une part importante de la "population générale".



# RÉFÉRENCES

1. Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). *Mental Health and the Covid-19 Pandemic*. New England Journal of Medicine, 383(6), 510–512. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
2. Hotopf, M., Bullmore, E., O'Connor, R. C., & Holmes, E. A. (2020). The scope of mental health research during the COVID-19 pandemic and its aftermath. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 217(4), 540–542. PubMed. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.125>
3. ECDC. (2020). *Medically-and-socially-vulnerable-populations-COVID-19.pdf*. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Medically-and-socially-vulnerable-populations-COVID-19.pdf>. Accessed: 15/01/2021.
4. National Institute on Drug Abuse. (2020). *Common Comorbidities with Substance Use Disorders Research Report*. <https://www.drugabuse.gov/download/1155/common-comorbidities-substance-use-disorders-research-report.pdf?v=5d6a5983e0e9353d46d01767fb20354b>. Accessed: 15/01/2021.
5. Rush, B., Urbanoski, K., Bassani, D., Castel, S., Wild, T. C., Strike, C., Kimberley, D., & Somers, J. (2008). *Prevalence of Co-Occurring Substance Use and other Mental Disorders in the Canadian Population*. The Canadian Journal of Psychiatry, 53(12), 800–809. <https://doi.org/10.1177/070674370805301206>
6. Lubman, D. I., Allen, N. B., Rogers, N., Cementon, E., & Bonomo, Y. (2007). *The impact of co-occurring mood and anxiety disorders among substance-abusing youth*. Journal of Affective Disorders, 103(1), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.01.011>
7. Mey, A., Plummer, D., Anoopkumar-Dukie, S., & Domberelli, A. (2018). *What's the attraction? Social connectedness as a driver of recreational drug use*. Journal of Substance Use, 23(3), 327–334. <https://doi.org/10.1080/14659891.2017.1409816>
8. EMCDDA. *Impact of COVID-19 on patterns of drug use and drug-related harms in Europe*. EMCDDA; 2020. (EMCDDA trendspotter briefing).
9. EMCDDA, Europol. *EU Drug Markets: Impact of COVID-19*. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
10. Sciensano. COVID-19 - *Epidemiologische situatie op 14 maart 2020* [Internet]. 2020. Available from: [https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19\\_Daily%20report\\_20200314%20-%20NL.pdf](https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Daily%20report_20200314%20-%20NL.pdf)
11. WHO. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) - *Situation Report–51* [Internet]. 2020 Nov. Available from: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57\\_10](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10)

12. Sciensano. COVID-19 – *Wekelijks epidemiologisch bulletin van 26 juni 2020* [Internet]. 2020. Available from: [https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19\\_Weekly%20report\\_20200626%20-%20NL\\_0.pdf](https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Weekly%20report_20200626%20-%20NL_0.pdf)
13. Havenaar, J. M., Cwikel, J., & Bromet, E. J. (Eds.). (2002). *Toxic turmoil: psychological and societal consequences of ecological disasters*. Springer Science & Business Media.
14. Braekman, E., Charafeddine, R., Demarest, S., Drieskens, S., Tafforeau, J., Van der Heyden, J., & Van Hal, G. (2019). *Is the European Health Interview Survey online yet? Response and net sample composition of a web-based data collection*. *European journal of public health*.
15. Waldron J, Grabski M, Freeman TP, Mokrysz C, Hindocha C, Measham F, et al. *How do online and offline sampling compare in a multinational study of drug use and nightlife behaviour?* *International Journal of Drug Policy*. 2020 Aug;82:102812.
16. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). *The PHQ-9*. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
17. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). *A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7*. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
18. De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (2008). *De ingekorte schaal voor algemene, emotionele en sociale eenzaamheid*. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 39(1), 4-15.
19. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. *Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science*. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(6):547–60. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1).
20. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*. *The lancet*, 395(10227), 912-920.
21. EMCDDA. (2015). *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2810/532790>. Accessed: 15/01/2021.
22. Farrell, M., Howes, S., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., Lewis, G., Marsden, J., Taylor, C., & Meltzer, H. (2001). *Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity: Results of a national household survey*. *The British Journal of Psychiatry*, 179(5), 432–437. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.5.432>
23. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*. *Lancet*. 2020;395(10227):912–20. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
24. Sciensano. *Geestelijke gezondheid– Gezondheidsenquête 2018*[Internet]. 2020. Available from: <https://www.sciensano.be/en/biblio/gezondheidsenquête-2018-geestelijke-gezondheid>
25. Sciensano. (2020a). *Derde COVID-19 gezondheidsenquête: eerste resultaten*. Sciensano. <https://doi.org/10.25608/5ZDX-TD23> Accessed: 15/01/2021.

26. Pierce, M., Hope, H., Ford, T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A., Kontopantelis, E., Webb, R., Wessely, S., McManus, S., & Abel, K. M. (2020). *Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population*. *The Lancet Psychiatry*, 7(10), 883–892. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30308-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30308-4)
27. Bäuerle, A., Teufel, M., Musche, V., Weismüller, B., Kohler, H., Hetkamp, M., Dörrie, N., Schweda, A., & Skoda, E.-M. (2020). *Increased generalized anxiety, depression and distress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Germany*. *Journal of Public Health*, 42(4), 672–678. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa106>
28. Beutels, P., Pepermans, K. (2020). *Mentaal welzijn in tijden van COVID-19: ups en downs van een bevolking onder druk*. Available from: <https://blog.uantwerpen.be/corona/mentaal-welzijn/>
29. L'équipe de recherche du Pr. Vincent Lorent, Institut de Recherche Santé et Société (IRSS), UCLouvain et du Pr. Kris Van den Broeck, Université d'Anvers. *Evaluation de l'état de santé mentale et santé sociale de la population belge pendant la période du confinement: résultats de la vague 1 et 2*. [https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-irss/irss-sophie/rapport\\_covidetmoi\\_vague1et2.pdf](https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-irss/irss-sophie/rapport_covidetmoi_vague1et2.pdf)
30. Lorant, V., Smith, P., Seeber, K., Van den Broeck, K., Pablo, N., *La détresse psychologique de la population générale pendant la crise sanitaire liée à la COVID-19 : résultats de mars à novembre 2020*. [https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-irss/irss-sophie/alaa/autres/Vague4\\_rapport\\_FR.pdf](https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-irss/irss-sophie/alaa/autres/Vague4_rapport_FR.pdf)
31. Bonanno, G. A., Brewin, C. R., Kaniasty, K., & Greca, A. M. L. (2010). *Weighing the costs of disaster: Consequences, risks, and resilience in individuals, families, and communities*. *Psychological science in the public interest*, 11(1), 1-49.
32. Norris, F., Friedman, M., Watson, P., Byrne, C., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). *60,000 Disaster victims speak: part I, an empirical review of the empirical literature, 1981–2001*. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 65, 207–239.
33. Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). *Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis*. *Psychological bulletin*, 129(1), 52.
34. Carmassi, C., Foghi, C., Dell'Oste, V., Cordone, A., Bertelloni, C. A., Bui, E., & Dell'Osso, L. (2020). *PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic*. *Psychiatry research*, 113312.
35. Chevance, A., Gourion, D., Hoertel, N., Llorca, P. M., Thomas, P., Bocher, R.,... & Gaillard, R. (2020). *Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: A narrative review*. *L'encephale*, 46(3), 193-201.
36. Hossain, M. M., Tasnim, S., Sultana, A., Faizah, F., Mazumder, H., Zou, L.,... & Ma, P. (2020). *Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review*. *F1000Research*, 9.
37. Khademian F, Delavari S, Koohjani Z, et al. *An investigation of depression, anxiety, and stress and its relating factors during COVID-19 pandemic in Iran*. *BMC Public Health*. 2021;21:275. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10329-3>.

38. Spoorthy MS, Pratapa SK, Mahant S. *Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic– a review*. Asian J Psychiatry. 2020;51:102–19.
39. Solomou I, Constantinidou F. *Prevalence and predictors of anxiety and depression symptoms during the COVID-19 pandemic and compliance with precautionary measures: age and sex matter*. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(14):4924. <https://doi.org/10.3390/ijerph17144924>.
40. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. *Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China*. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(5):1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>.
41. Islam MS, Ferdous MZ, Potenza MN. *Panic and generalized anxiety during the COVID-19 pandemic among Bangladeshi people: an online pilot survey early in the outbreak*. J Affect Disord. 2020;276:30–7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.049>.
42. Lee CM, Cadigan JM, Rhew IC. *Increases in loneliness among young adults during the COVID-19 pandemic and association with increases in mental health problems*. J Adolesc Health. 2020;67(5):714–7. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.08.009>.
43. Altemus, M., Sarvaiya, N., & Epperson, C. N. (2014). *Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives*. Frontiers in Neuroendocrinology, 35(3), 320–330. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.05.004>  
Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). *Mental Health and the Covid-19 Pandemic*. New England Journal of Medicine, 383(6), 510–512. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
44. Every-Palmer, S., Jenkins, M., Gendall, P., Hoek, J., Beaglehole, B., Bell, C., Williman, J., Rapsey, C., & Stanley, J. (2020). *Psychological distress, anxiety, family violence, suicidality, and wellbeing in New Zealand during the COVID-19 confinement: A cross-sectional study*. PLOS ONE, 15(11), e0241658. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241658>
45. Van Droogenbroeck, F., Spruyt, B., & Keppens, G. (2018). *Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: results from the Belgian health interview surveys 2008 and 2013*. BMC Psychiatry, 18(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1591-4>
46. Panchal, N., Kamal, R., Orgera, K., Cox, C., Garfield, R., Hamel, L., & Chidambaram, P. (2020). *The implications of COVID-19 for mental health and substance use*. Kaiser family foundation, 21.
47. van Miltenburg, C., van Laar, M., van Beek, R. (2020). *De impact van COVID-19 en de coronamaatregelen op alcohol-, tabak- en drugsgebruik onder uitgaanders*, Trimbos-instituut. <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1813-de-impact-van-covid-19-en-de-coronamaatregelen-op-alcohol-tabak-en-drugsgebruik-onder-uitgaanders>
48. GGZ Standaarden. *Richtlijn Drugs (niet-opioïden) Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines (2018)*. Available from: [https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project\\_63c1e898-b095-4171-a595-25280d68f500\\_stoornissen-in-het-gebruik-van-cannabis-cocaine-amfetamine-ecstasy-ghb-en-benzodiazepines\\_\\_authorized-at\\_26-02-2018.pdf](https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_63c1e898-b095-4171-a595-25280d68f500_stoornissen-in-het-gebruik-van-cannabis-cocaine-amfetamine-ecstasy-ghb-en-benzodiazepines__authorized-at_26-02-2018.pdf)

49. Sciensano (2021) Dashboard. Middelengebruik. <https://datastudio.google.com/reporting/f0ab8a9c-5b22-429b-84b8-eade53e3e46b/page/6joAC?s=kQE--E8hCRM>
50. Hassan, M., Mishra, D., Mahto, J., & Kumar, R. (2013). *Comparative study of coping skills among alcohol users, cannabis users and non-patient group*. Indian Journal of Health and Wellbeing, 4(4), 830.
51. Ninette van Hasselt, Derek de Beurs, Laura Shields. *Mentaal gezond de coronacrisis door: zeven adviezen*, Trimbos-instituut. <https://www.trimbos.nl/kennis/corona/mentaal-gezond-door-de-crisis>
52. Cowling BJ, Ip DK, Lam WW, Liao Q, Ng DM, Wu JT, et al. *Community psychological and behavioral responses through the first wave of the 2009 influenza A (H1N1) pandemic in Hong Kong*. Int J Infect Dis 2010;202(6):867-76.
53. HGR Nederland - Hoge Gezondheidsraad Nederland. *Gevolgen van rampen voor de gezondheid op middellange en lange termijn*. HGR 2006/18.
54. Hoge Gezondheidsraad. *De "Belgian mental health monitor COVID-19", een methode om de overheidsrespons op de impact van COVID-19 op de mentale gezondheid van de Belgische bevolking op te volgen*. HGR NR 9640 juli 2021.
55. Kesselring, M., & van Spanje-Hennes, A. (2021). *De impact van (de maatregelen tegen) COVID-19 op het gezinsleven*.
56. Kluwer, E. *Relatie-en gezinsproblematiek, zorgmijding en preventie tijdens en na COVID-19*.
57. Kesselring, M. & Van Spanje-Hennes, A. (2020). *Dezelfde storm, niet hetzelfde schuitje. De impact van COVID-19 op gezinnen*. Pedagogiek in Praktijk, 118, 18-21.
58. McLean, C. P., & Anderson, E. R. (2009). *Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety*. Clinical Psychology Review, 29(6), 496–505. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.05.003>
59. Bekker, M. H., & van Mens-Verhulst, J. (2007). *Anxiety disorders: Sex differences in prevalence, degree, and background, but gender-neutral treatment*. Gender Medicine, 4, S178–S193. [https://doi.org/10.1016/s1550-8579\(07\)80057-x](https://doi.org/10.1016/s1550-8579(07)80057-x)
60. Carter, R., Silverman, W. K., & Jaccard, J. (2011). *Sex variations in youth anxiety symptoms: Effects of pubertal development and gender role orientation*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40(5), 730–741. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.597082>
61. Lengua, L. J., & Stormshak, E. A. (2000). *Gender, gender roles, and personality: Gender differences in the prediction of coping and psychological symptoms*. Sex Roles, 43(11-12), 787–820.
62. Bem, S. L. (1981a). *Gender schema theory: A cognitive account of sex typing*. Psychological Review, 88(4), 354–364. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.88.4.354>

63. Arcand, M., Juster, R. P., Lupien, S. J., & Marin, M. F. (2020). *Gender roles in relation to symptoms of anxiety and depression among students and workers*. *Anxiety, Stress, & Coping*, 33(6), 661-674.
64. UN SG. (2020). *Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health (13 May 2020)* Available from: <https://reliefweb.int/report/world/policy-brief-covid-19-and-need-action-mental-health-13-may-2020>

# ANNEXES

Tableau 2 | Statistiques descriptives des UD et de la population générale en 2020-2021 (données non appariées)

		PWUD						Population générale					
		Période 1		Période 2		Période 3		Période 1		Période 2		Période 3	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Sexe</b>	Homme	2,661	78.0%	1,651	71.5%	1202	71.5%	15,691	31.8%	11,264	36.5%	7,268	35.6%
	Femme	752	22.0%	659	28.5%	479	28.5%	33,644	68.2%	19,581	63.5%	13,142	64.4%
<b>Région</b>	Flandre	2,520	77.3%	1,811	81.0%	1266	78%	31,796	64.5%	21,126	68.5%	13349	65.4%
	Bruxelles	337	10.3%	222	9.9%	179	11%	4,872	9.9%	2,881	9.3%	2025	9.9%
	Wallonie	401	12.3%	203	9.1%	186	11%	12,667	25.7%	6,838	22.2%	5036	24.7%
<b>Âge</b>	18-24	1,905	54.6%	1,068	45.7%	536	31.8%	2,807	5.7%	705	2.3%	355	1.7%
	25-34	627	18.0%	490	21.0%	617	36.5%	9,704	19.7%	3,809	12.4%	1996	9.8%
	35-44	358	10.3%	323	13.8%	361	21.4%	11,967	24.3%	6,397	20.4%	3661	17.9%
	45-54	285	8.2%	202	8.6%	132	7.8%	10,442	21.2%	6,762	21.9%	4237	20.8%
	55-64	168	4.8%	119	5.1%	34	2%	8,872	18.0%	7,303	23.7%	4985	24.4%
	65+	147	4.2%	135	5.8%	9	0.5%	5,543	11.2%	5,969	19.4%	5176	25.4%
<b>Type ménage</b>	Seul, sans enfant(s)	654	19%	532	23%	431	25.4%	7142	14.6%	5489	17.9%	3890	19.1%
	En couple, sans enfants	502	7.4%	401	17.4%	318	18.8%	13934	28.5%	10601	34.5%	7522	37%
	En couple, avec enfant(s)	255	3.9%	201	8.7%	218	12.9%	19320	39.5%	10902	35.5%	6588	32.4%
	Seul(e) avec enfant(s)	59	1.7%	65	2.8%	66	3.9%	3029	6.2%	1739	5.7%	1143	5.6%
	Avec mes parent(s), proches, amis ou connaissances	1829	54%	1029	44.5%	599	35.4%	4975	9.8%	1660	5.4%	986	4.8%
	Autre	99	2.9%	82	3.5%	61	3.6%	684	1.4%	340	1.1%	202	1%
<b>Emploi</b>	Emploi rémunéré	2119	65.6%	1533	69.1%	1182	72.5%	35390	63.3%	19942	69.7%	12623	66.1%

	Chômage (pas de chômage technique)	183	5.7%	135	6.2%	81	5%	1011	8.2%	610	2.1%	382	2%
	Invalidité	44	1.4%	36	1.6%	40	2.5%	940	7.3%	762	2.7%	477	2.5%
	Etudes	794	24.8%	450	20.5%	274	17%	1723	23.9%	478	1.7%	284	1.5%
	Pension	6	0.2%	10	0.5%	7	0.4%	4558	51.4%	5854	20.5%	4792	25.1%
	Je m'occupe de mon ménage	13	0.4%	9	0.4%	10	0.6%	767	5%	626	2.2%	356	1.9%
	Autre situation	62	1.9%	38	1.7%	32	2%	573	4%	322	1.1%	194	1%
<b>Niveau d'éducation</b>	Enseignement secondaire ou inférieur	2200	65.2%	1330	58%	912	54.4%	13465	28.2%	7801	26%	5069	25.5%
	Enseignement supérieur	1172	34,8%	965	42%	765	45.6%	34228	71.8%	22183	74%	14825	74.5%
<b>Symptômes du trouble d'anxiété généralisée</b>	Oui	418	18.8%	552	31%	487	34.6%	9828	23.3%	4203	17.9%	3120	21.2%
	Non	1805	81.2%	1229	69%	1407	65.4%	32759	76.7%	24273	82.1%	15597	78.8%
<b>Symptômes du trouble dépressif</b>	Oui	490	23.6%	609	35.3%	518	37.7%	7054	19.8%	3117	14.1%	2871	21.3%
	Non	1586	76.4%	1117	64.7%	857	62.3%	34779	80.2%	24963	85.9%	15812	78.7%
<b>Solitude</b>	Pas					306	22.2%					4460	20.8%
	Moyenne					676	48.8%					9302	50.5%
	Grave					402	29%					4818	28.7%



Tableau 3 | Statistiques descriptives des UD et de la population générale en 2020-2021 (données appariées en fonction de la période, du sexe, de l'âge et de la région).

		UD						Population générale					
		Periode 1		Periode 2		Periode 3		Periode 1		Periode 2		Periode 3	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Sexe</b>	Homme	1179	72.3%	811	62.8%	677	63.5%	1179	72.3%	811	62.8%	677	63.5
	Femme	452	27.7%	480	37.2%	390	36.5%	452	27.7%	480	37.2%	390	36.5
<b>Région</b>	Flandre	1281	78.5%	1016	78.7%	831	77.9%	1281	78.5%	1016	78.7%	831	77.9%
	Bruxelles	155	9.5%	118	9.1%	98	9.2%	155	9.5%	118	9.1%	98	9.2%
	Wallonie	195	12%	157	12.2%	138	12.9%	195	12%	157	12.2%	138	12.9%
<b>Âge</b>	18-24	659	40.4%	385	29.8%	241	22.6%	659	40.4%	385	29.8%	241	22.6%
	25-34	571	35%	577	44.7%	430	40.3%	571	35%	577	44.7%	430	40.3%
	35-44	286	17.5%	231	17.9%	281	26.4%	286	17.5%	231	17.9%	281	26.4%
	45-54	97	6%	71	5.5%	86	8.1%	97	6%	71	5.5%	86	8.1%
	55-64	15	0.9%	22	1.7 %	24	2.3%	15	0.9%	22	1.7 %	24	2.3%
	65+	3	%	5	0.4%	5	0.5%	3	%	5	0.4%	5	0.5%
<b>Âge moyen ± déviation standard</b>		29.2	± 8.2	30.5	± 9.0	33.5	± 9.5	29.2	± 8.2	30.5	± 9.0	33.5	± 9.5
<b>Type ménage</b>	Seul, sans enfant(s)	338	20.8%	341	26.5%	300	28.3%	182	11.2%	169	13.1%	155	14.6%
	En couple, sans enfants	314	19.4%	268	20.8%	243	22.9%	295	18.1%	310	24.1%	278	26.1%
	En couple, avec enfant(s)	169	10.4%	147	11.4%	171	16.1%	338	20.7%	297	23.1%	295	27.7%
	Seul(e) avec enfant(s)	36	2.2%	43	3.3%	49	4.6%	25	1.5%	11	0.8%	25	2.4%
	Avec mes parent(s), proches, amis ou connaissances	720	44.4%	447	34.8%	268	25.2%	773	47.4%	488	37.9%	300	28.2%
	Autre	45	2.8%	40	3.1%	31	2.9%	18	1.1%	13	1%	12	1.1%
<b>Emploi</b>	Emploi rémunéré	1094	69.7%	938	75.3%	803	77.6%	1054	68.1%	941	74.3%	838	79.4%
	Chômage (pas de chômage technique)	92	5.9%	84	6.8%	58	5.6%	32	2.1%	51	4%	29	2.8%

	Invalidité	26	1.7%	22	1.8%	33	3.2%	15	1%	13	1%	17	1.6%
	Etudes	315	20%	168	13.6%	108	10.5%	421	27.2%	243	19.2%	150	14.3%
	Pension	4	0.24%	8	0.6%	6	0.6%	4	0.3%	4	0.3%	8	0.8%
	Je m'occupe de mon ménage	8	0.5%	4	0.3%	6	0.6%	4	0.3%	4	0.3%	3	0.3%
	Autre situation	31	2%	19	1.5%	20	1.9%	18	1.1%	10	0.8%	9	0.9%
<b>Niveau d'éducation</b>	Enseignement secondaire ou inférieur	958	59.4%	634	49.4%	519	49.2%	577	35.9%	280	22%	259	24.7%
	Enseignement supérieur	656	40.6%	650	50.6%	537	50.8%	1030	64.1%	994	78%	791	75.3%
<b>Symptômes du trouble d'anxiété généralisée</b>	Oui	329	20.2%	412	31.9%	357	33.5%	376	23%	256	19.8%	256	24%
	Non	1302	79.8%	879	68.1%	710	66.5%	1255	77%	1035	80.2%	811	76%
<b>Symptômes du trouble dépressif</b>	Oui	399	24.5%	436	33.8%	384	36%	360	21.1%	208	16.1%	264	24.7%
	Non	1232	75.5%	855	66.2%	683	64%	1271	77.9%	1083	83.9%	803	75.3%
<b>Solitude</b>	Pas					218	20.6%					271	25.5%
	Moyenne					535	50.4%					527	49.5%
	Grave					308	29%					267	25.1%

Tableau 4 | Statistiques descriptives des UD : usagers de cannabis (profil 1) et usagers de stimulants (profil 2) en 2020-2021 (données non appariées)

		Profil 1						Profil 2					
		Période 1		Période 2		Période 3		Période 1		Période 2		Période 3	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Sexe</b>	Homme	982	81.1	625	74.1	407	74.1	755	76.4	480	65.7	241	64.6
	Femme	229	18.9	218	25.9	142	25.9	233	25.6	251	34.3	132	35.4
<b>Région</b>	Flandre	804	72.7	604	75.4	404	75.2	760	80.8	601	85.6	307	84.8
	Bruxelles	188	17	115	14.4	75	14	91	9.7	44	6.3	25	6.9
	Wallonie	114	10.3	82	10.2	58	10.8	90	9.6	57	8.1	30	8.3
<b>Âge</b>	18-24	677	56	425	50.4	183	33.3	445	44.7	224	33.4	67	18
	25-34	304	25.2	243	28.8	183	33.3	327	32.9	314	42.9	166	44.5
	35-44	157	13	109	12.9	114	20.7	183	18.4	139	19	95	22.5
	45-54	50	4.1	42	5	52	9.4	34	3.4	27	3.7	35	9.4
	55-64	16	1.3	20	2.4	15	2.7	6	0.6	7	0.9	7	1.9
	65+	4	0.3	5	0.6	3	0.5	0	0	0	0	3	0.8
<b>Âge moyen ± déviation standard</b>		26.9±9.1		28±10		31.4±10.4		28.2±8.1		29.4±8.2		33.2±9.3	
<b>Type ménage</b>	Seul, sans enfant(s)	204	17.1	166	19.7	129	23.4	214	21.7	185	25.4	102	27.5
	En couple, sans enfants	172	14.4	140	16.6	94	17	172	17.5	153	21	82	22.1
	En couple, avec enfant(s)	123	10.3	106	12.6	94	17	102	10.4	71	9.7	67	18
	Seul(e) avec enfant(s)	24	2	15	1.8	16	2.	25	2.5	33	4.5	22	5.9
	Avec mes parent(s), proches, amis ou connaissances	640	53.6	388	46.1	203	36.8	452	45.9	267	36.7	86	23.2
	Autre	31	2.6	26	3.1	15	2.7	19	1.9	19	2.6	12	3.2
<b>Emploi</b>	Emploi rémunéré	744	66%	512	65.2%	374	70%	672	70.4	555	77.1	289	81.2
	Chômage (pas de chômage technique)	53		50		17		44		34		16	
	Invalidité	17		16		12		11		7		6	
	Etudes	285		184		107		202		104		34	

	Pension	4	6	4	0	1	1						
	Je m'occupe de mon ménage	6	4	4	2	1	0						
	Autre situation	15	10	13	21	17	9						
<b>Niveau d'éducation</b>	Enseignement secondaire ou inférieur	794	66.8	529	63.2	307	55.8	592	60.3	363	49.9	170	46.2
	Enseignement supérieur	394	33.2	308	36.8	243	44.2	390	39.7	364	50.1	198	53.8
<b>Fréquence consommation cannabis</b>	Tous les jours	508	51.2	312	44.1	179	40.3	293	51.5	181	40	75	35.4
	Presque chaque jour	208	21	148	20.9	99	22.3	90	15.8	79	17.5	37	17.4
	Pas tous les jours mais plus d'une fois par semaine	113	11.4	109	15.4	55	12.4	62	10.9	73	16.1	36	17
	Une fois par semaine	56	5.6	53	7.5	44	9.9	45	7.9	38	8.4	20	9.4
	Moins d'une fois par semaine (p.e. une ou deux fois)	107	10.8	86	12.1	67	15.1	79	13.9	81	17.9	44	20.7
<b>Fréquence consommation cocaïne</b>	Tous les jours						7	2.8	1	0.4	1	0.7	
	Presque chaque jour						11	4.4	5	2	4	3	
	Pas tous les jours mais plus d'une fois par semaine						47	19	33	13.4	23	17.2	
	Une fois par semaine						46	18.5	52	21.1	24	17.9	
	Moins d'une fois par semaine (p.e. une ou deux fois)						137	55.2	156	63.2	82	61.2	
<b>Fréquence consommation xtc</b>	Tous les jours						0	0	1	0.9	0	0	
	Presque chaque jour						0	0	0	0	0	0	
	Pas tous les jours mais plus d'une fois par semaine						1	0.9	1	0.9	0	0	
	Une fois par semaine						15	13.6	6	4.1	2	2.8	
	Moins d'une fois par semaine (p.e. une ou deux fois)						94	85.4	138	94.5	138	97.2	
<b>Fréquence consommation amfetamines</b>	Tous les jours						9	15	6	10.3	3	9.7	
	Presque chaque jour						11	18.3	12	20.7	7	22.6	

	Pas tous les jours mais plus d'une fois par semaine							11	18.3	10	17.2	7	22.6
	Une fois par semaine							4	6.7	9	15.5	3	9.7
	Moins d'une fois par semaine (p.e. une ou deux fois)							25	29	21	36.2	11	35.5
<b>Fréquence consommation alcool</b>	Tous les jours	54	6.3	35	5.5	16	3.9	90	10.2	50	7.8	31	9.4
	Presque chaque jour	120	13.9	101	15.8	55	13.2	203	23	138	21.5	61	18.5
	Pas tous les jours mais plus d'une fois par semaine	238	27.7	169	30.7	132	31.8	264	30.1	224	34.9	123	37.3
	Une fois par semaine	193	22.4	142	22.3	100	24.1	150	17	143	22.3	69	20.9
	Moins d'une fois par semaine (p.e. une ou deux fois)	255	29.6	164	25.7	112	27	173	19.6	87	15.6	46	13.9
<b>Symptômes du trouble d'anxiété généralisée</b>	Oui	143	16.7	190	28.6	144	30.4	125	19.6	166	29.1	93	29.6
	Non	715	83.3	475	71.4	477	69.6	521	80.4	404	70.9	221	70.4
<b>Symptômes du trouble dépressif</b>	Oui	177	22.4	209	32.6	161	34.8	137	23.1	185	33	101	33
	Non	613	77.6	432	67.4	302	65.2	455	76.9	376	67	205	67
<b>Solitude</b>	Pas							102	21.9%			76	24.6
	Moyenne							233	50.2%			157	50.8
	Grave							129	27.8%			76	24.6

Tableau 5 | Prévalence relative des troubles anxieux généralisés et des troubles dépressifs chez les UD (y compris profil 1 et profil 2) et dans la population générale, pour les trois périodes de 2020-2021 (Risque relatif (RR), intervalle de confiance à 95% (IC) et valeur-p) (données non appariées).

		Trouble d'anxiété généralisée			Trouble dépressif		
		RR	95%IC	valeur-p	RR	95%IC	valeur-p
<b>UD</b>	Période 2 vs période 1	1.65	1.48-1.84	<.0001	1.49	1.35-1.65	<.0001
	Période 3 vs période 1	1.84	1.65-2.06	<.0001	1.60	1.44-1.77	<.0001
	Période 3 vs période 2	1.12	1.01-1.23	0.03	1.07	0.97-1.17	0.17
<b>Population générale</b>	Période 2 vs période 1	0.64	0.62-0.66	<.0001	0.71	0.71-0.71	<.0001
	Période 3 vs période 1	0.90	0.90-0.91	<.0001	1.43	1.15-1.77	0.0015
	Période 3 vs période 2	1.18	1.18-1.18	<.0001	1.51	1.51-1.51	<.0001
<b>Profil 1</b>	Période 2 vs période 1	1.71	1.41-2.08	<.0001	1.46	1.23-1.73	<.0001
	Période 3 vs période 1	1.82	1.49-2.23	<.0001	1.55	1.30-1.86	<.0001
	Période 3 vs période 2	1.07	0.89-1.28	0.51	1.07	0.9-1.26	0.45
<b>Profil 2</b>	Période 2 vs période 1	1.48	1.21-1.82	0.0001	1.42	1.18-1.72	0.0002
	Période 3 vs période 1	1.51	1.20-1.90	0.0006	1.43	1.15-1.77	0.001
	Période 3 vs période 2	1.02	0.82-1.26	0.88	1.00	0.82-1.22	0.99

Tableau 6 | Prévalence relative du trouble anxieux généralisé, du trouble dépressif et de la solitude chez les UD et dans la population générale, pour les trois périodes 2020-2021 (risque relatif (RR), intervalle de confiance à 95% (IC) et valeur-p) - Sur la base de données appariées.

		Trouble d'anxiété généralisée			Trouble dépressif			Solitude		
		RR	95% IC	valeur-p	RR	95% IC	valeur-p	RR	95% IC	valeur-p
<b>Periode 1</b>	Population générale (réf.)	ref.			ref.					
	UD	0.87	0.77-1.00	0.05	1.11	0.98-1.26	0.11			
<b>Periode 2</b>	Population générale (réf.)	ref.			ref.					
	UD	1.61	1.40-1.84	<0.0001	2.10	1.81-2.43	<0.0001			
<b>Periode 3</b>	Population générale (réf.)	ref.			ref.			ref.		
	UD	1.39	1.22-1.60	<0.0001	1.45	1.30-1.66	<0.0001	1.16	1.01-1.33	0.04

Tableau 7 | Facteurs de risque en population générale pour les symptômes de trouble anxieux généralisé et de trouble dépressif - régression logistique, univariable et multivariable - pour les trois périodes combinées 2020-2021- Enquête en ligne COVID-19 en Belgique (fréquence, pourcentage, odds ratios et intervalles de confiance à 95%) (données non appariées).

		Trouble d'anxiété généralisée				Trouble dépressif			
		N	%	Univariable OR(95%ICI)	Multivariable OR(95%IC)	N	%	Univariable OR(95%IC)	Multivariable OR(95%IC)
<b>Sexe</b>	Homme (réf.)	29959	17.7	1	1	29567	17.2	1	1
	Femme	57903	23.7	1.45(1.34-1.57)	1.48 (1.47-1.48)	57170	19.5	1.17 (1.07-1.28)	1.18 (1.17 1.18)
<b>Âge</b>	18-29	8561	29.4	1.24(1.08-1.43)	1.34 (1.33-1.35)	8415	28.8	1.59 (1.37-1.84)	1.58 (1.57- 1.58)
	30-49 (ref.)	36459	25.1	1	1	35866	20.3	1	1
	50-64	28218	17.4	0.63(0.59-0.68)	0.57 (0.57-0.57)	27917	15.6	0.73 (0.67-0.78)	0.62 (0.62- 0.62)
	65+	14624	11.2	0.38(0.34-0.41)	0.254 (0.25-0.26)	14539	10.5	0.46 (0.42-0.51)	0.28 (0.28- 0.28)
<b>Région</b>	Flandre (réf.)	58028	17.8	1	1	57260	15.5	1	1
	Bruxelles	8527	22.6	1.22 (1.15- 1.29)	1.23 (1.23-1.23)	8424	21.9	1.31 (1.23-1.39)	1.40 (1.40- 1.41)
	Wallonie	21307	25.5	1.64 ( 1.58-1.70)	1.53 (1.52-1.53)	21053	22.5	1.56 (1.50-1.63)	1.50 (1.50-1.51)
<b>Emploi</b>	Rémunéré (réf.)	61061	21.4	1	1	60229	17.8	1	1
	Non-rénuméré	22610	17	0.75 ( 0.70- 0.81)	1.44 (1.44-1.45)	22387	16.1	0.89 (0.82-0.96)	1.60 (1.59 1.60)
	Etudes	2137	29.7	1.55 (1.23- 1.93)	1.04 (1.04-1.05)	2094	29.8	1.96 (1.55-2.48)	1.09 (1.08- 1.09)
<b>Niveau d'éducation</b>	Hautement qualifié (réf.)	18211	15.6	1	1	64853	18	1	1
	Faible niveau de qualification	27775	20.4	1.38(1.27-1.50)	0.70(0.70-0.70)	11596	22.1	1.39 (1.27-1.51)	1.54 (1.54- 1.54)



<b>Type ménage</b>	Avec parent(s), proches, amis ou connaissances	6289	27.5	1.30 (1.11- 1.51)	0.83 (0.83-0.84)	6196	27.1	1.80 (1.53- 2.12)	0.98 (0.98- 0.99)
	Seul, sans enfant(s)	14539	19.9	0.85 (0.77- 0.93)	1.07 (1.07-1.07)	14407	21.2	1.30 (1.18- 1.44)	1.48 (1.47 1.48)
	En couple, avec enfant(s) (réf.)	32349	22.6	1	1	31815	17.1	1	1
	En couple, sans enfants	28283	15.6	0.63 (0.58- 0.69)	0.87 (0.87-0.87)	28000	13	0.73 (0.66- 0.80)	0.91 (0.90- 0.91)
	Seul(e) avec enfant(s)	5158	26.6	1.23 (1.10- 1.38)	1.17 (1.17-1.18)	5110	23.4	1.48 (1.31- 1.68)	1.44 (1.43- 1.44)
<b>Période</b>									
	Période 1 (réf.)	41876	23.3	1	1	41158	19.8	1	1
	Période 2	27727	17.9	0.72 (0.66- 0.78)	0.70 (0.70-0.71)	27354	14.1	0.66 (0.61- 0.72)	0.64 (0.64 0.65)
	Période 3	16752	21.2	0.88 (0.80- 0.97)	0.90 (0.89-0.90)	18225	21.3	1.09 (0.98- 1.21)	1.11 (1.11 1.12)
<b>Aire sous la courbe</b>					64.8				
<b>CRO</b>					64.7				

**Tableau 8 | Facteurs de risque pour les symptômes du trouble anxieux généralisé - régression logistique, univariable et multivariable pour les UD - usagers de cannabis (profil 1) et usagers de stimulants (profil 2) - pour les 3 périodes combinées en 2020-2021- (fréquence, per-centage, odds ratios et intervalles de confiance à 95%) (données non appariées)**

	UD				Profil 1				Profil 2			
	N	%	Univariable OR(95%IC)	Multivariable OR(95%IC)	N	%	Univariable OR(95%IC)	Multivariable OR(95%IC)	N	%	Univariable OR(95%IC)	Multivariable OR(95%IC)
<b>Sexe</b>												
Homme (réf.)	3907	21.7	1	1	982	19.2	1	1	1043	19.9	1	1
Femme	1463	40.5	2.46(2.16-2.78)	2.34(2.03-2.69)	421	39.4	2.73(2.12-3.51)	2.60(2.03-3.33)	467	37.3	2.38(1.87-3.04)	2.24(1.72-2.90)
<b>Age</b>												
18-24	2372	27.6	1.06(0.94-1.20)		453	29.6	1.39(1.08-1.78)	1.00(0.72-1.39)	515	24.7	1	
>24 (réf.)	3023	26.4	1		950	23.3	1	1	1003	25.5	0.96(0.75-1.22)	
<b>Région</b>												
Flandre (réf.)	4061	25.9	1	1	1398	23.7			1223	24.4	1	
Bruxelles	547	30.5	1.25(1.03-1.53)	1.13(0.92-1.40)	199	26.1	1.14(0.81-1.60)		131	28.2	1.22(0.81-1.82)	
Wallonie	567	30.9	1.30(1.05-1.54)	1.35(1.10-1.66)	299	25.7	1.12(0.84-1.49)		113	29.2	1.27(0.93-1.95)	
<b>Emploi</b>												
Rémunéré (réf.)	3532	23.9	1	1	962	22.4	1	1	1110	22.7	1	1
Non-rémunéré	517	38.9	2.03(1.67-2.46)	1.89(1.54-2.32)	162	33.3	1.73(1.20-2.48)	1.80(1.27-2.55)	22.7	35.6	1.88(1.26-2.82)	1.73(1.13-2.66)
Etudes	1136	27.7	1.34(1.16-1.56)	1.40(1.18-1.67)	212	31.6	1.60(1.15-2.21)	1.24(0.90-1.71)	247	30	1.46(1.07-1.98)	1.48(1.04-2.12)
<b>Niveau d'éducation</b>												
Hautement qualifié (réf.)	714	24.1	1		628	23.6	1		714	24.1	1	
Faible niveau de qualification	791	26	1.08(0.96-1.23)		761	26.8	1.03(0.83-1.27)		791	26	1.11(0.88-1.40)	

**Type ménage**

Avec parent(s), proches amis ou connaissances	2426	26.4	1.25(1.00-1.56)	1.17(0.91-1.51)	477	27	1.22(0.87-1.72)	1.19(0.77-1.85)	550	25.8	1.34(0.89-2.01)	1.22(0.77-1.92)
Seul, sans enfant(s)	1178	31.5	1.60(1.26-2.04)	1.43(1.11-1.85)	321	30.5	1.77(1.22-2.57)	1.58(1.05-2.37)	369	25.5	1.31(0.85-2.02)	1.21(0.76-1.92)
En couple, avec enfant(s) (réf.)	530	22.3	1	1	243	19.7	1	1	179	20.7	1	1
En couple, sans enfants	938	23.8	1.09(0.84-1.40)	0.98(0.75-1.29)	281	19.6	0.93(0.62-1.40)	0.81(0.52-1.26)	317	24.3	1.23(0.79-1.92)	1.20(0.75-1.91)
Seul(e) avec enfant(s)	139	34.5	1.84(1.23-2.76)	1.28(0.82-1.99)	36	30.6	1.65(0.79-3.46)	1.38(0.62-3.05)	62	33.9	1.97(1.04-3.73)	1.41(0.71-2.81)
<b>Période</b>												
Période 1 (réf.)	2223	18.8	1		591	19.3	1	1	2223	18.8	1	1
Période 2	1781	31	1.76(1.67-2.24)	1.86(1.59-2.18)	461	29.9	2.00(1.56-2.56)	1.88 (1.44-2.46)	1781	31	1.68 (1.29-2.20)	1.52(1.14-2.02)
Période 3	1407	34.6	2.29(1.96-2.66)	2.17(1.84-2.57)	351	29.3	2.18(1.67-2.85)	2.04 (1.53-2.73)	1407	34.6	1.72 (1.26-2.35)	1.45(1.03-2.04)
<b>Test de la qualité de l'ajustement de Hosmer et Lemeshow</b>				Chi-kwad: 6.69 p= 0.57								Chi-kwad: 8.39 p= 0.14
<b>Aire sous la courbe CRO</b>				65.8 (AIC= 5372.154)				66.7 (AIC=1862.335)				62.8 (AIC= 1591.372)

**Tableau 9 | Facteurs de risque des symptômes du trouble dépressif - régression logistique, univariable et multivariable pour les UD - usagers de cannabis (profil 1) et usagers de stimulants (profil 2) - pour les 3 périodes combinées 2020-2021- (fréquence, pourcentage, odds ratios et intervalles de confiance à 95%) (données non appariées).**

	UD				Profil 1				Profil 2			
	N	%	Univariable OR(95%CI)	Multivariable OR(95% CI)	N	%	Univariable OR(95%CI)	Multivariable OR(95%BI)	N	%	Univariable OR(95%BI)	Multivariable OR(95%BI)
<b>Sexe</b>												
Homme (ref.)	3722	26.9	1	1	1430	24.2	1	1	994	25.3	1	1
Femme	1416	42.2	1.99(1.75-2.26)	1.90 (1.70-2.26)	453	43	2.37(1.90-2.96)	2.22(1.74-2.85)	455	37.1	1.74(1.37-2.21)	1.70(1.30-2.21)
<b>Age</b>												
18-24	2230	36.1	1.48(1.32-1.67)	1.37 (1.15-1.64)	856	33.8	1.54(1.26-1.88)	1.48(1.07-2.04)	486	36.2	1.67(1.32-2.11)	1.20(0.85-1.68)
>24 (ref.)	2932	27.6	1	1	1033	24.9	1	1	970	25.4	1	1
<b>Région</b>												
Flandre (ref.)	3890	30.3	1	1	1325	27.7	1	1	1176	28.6	1	
Bruxelles	526	36.3	1.31(1.08-1.59)	1.40 (1.14-1.72)	187	35.3	1.42(1.03-1.97)	1.50(1.06-2.14)	129	34.9	1.34(0.91-1.97)	
Wallonie	543	34.6	1.21(1.01-1.47)	1.23(1.00-1.51)	287	32.1	1.23(0.94-1.62)	1.33(0.99-1.79)	106	28.3	0.99(0.63-1.53)	
<b>Emploi</b>												
Rémunéré (ref.)	3388	27.1	1	1	1185	25.2	1	1	1067	24.2	1	1
non-rémunéré	495	43.6	2.08(1.71-2.52)	1.83 (1.48-2.25)	179	37.4	1.77(1.27-2.47)	1.42(0.99-2.04)	115	42.6	2.33(1.57-3.46)	2.00(1.30-3.07)
Etudes	1078	37.2	1.59(1.38-1.84)	1.25 (1.04-1.49)	425	34.3	1.55(1.22-1.97)	1.10(0.81-1.49)	234	42.7	2.34(1.74-3.14)	1.96(1.36-2.83)
<b>Niveau d'éducation</b>												
Hautement qualifié (réf.)	690	26.1	0.80(0.71-0.91)	1	750	26.8	1	1	690	26.1	1	1
Faible niveau de qualification	755	31.5	1	1.26 (1.10-1.45)	1123	30.3	1.19(0.96-1.46)	1.48(1.07-2.04)	755	31.5	1.30(1.04-1.64)	1.27(0.98-1.64)

**Type ménage**

Avec parent(s), proches, amis ou connaissances	2295	33.8	1.96(1.56-2.46)	1.47 (1.12- 1.94)	849	31.7	1.99(1.41-2.80)	1.50(0.96-2.34)	527	34	2.10(1.38-3.19)	1.36(0.84-2.19)
Seul, sans enfant(s)	1130	34.3	2.00(1.57(2.56)	1.73 (1.33-2.25)	377	33.9	2.20(1.51-3.21)	1.96(1.29-2.97)	351	28.8	1.65(1.06-2.57)	1.44(0.90-2.30)
En couple, avec enfant(s) (réf.)	517	20.7	1	1	259	18.9	1	1	173	19.6	1	1
En couple, sans enfants	906	26.3	1.36(1.05-1.77)	1.21 (0.91- 1.59)	308	22.4	1.24(0.82-1.87)	1.06(0.68-1.65)	305	25.9	1.43(0.91-2.25)	1.36(0.84-2.19)
Seul(e) avec enfant(s)	138	34.1	1.98(1.31-2.99)	1.43 (0.91-2.24)	40	32.5	2.06(0.99-4.29)	1.79(0.79-4.02)	62	25.8	1.42(0.72-2.82)	0.95(0.46-2.00)
<b>Période</b>												
Période 1 (ref.)	2076	23.6	1	1	790	22.4	1	1	592	23.1	1	1
Période 2	1726	35.3	1.76(1.53-2.03)	1.70 (1.46- 1.99)	641	32.6	1.67(1.32-2.12)	1.52(1.17-1.98)	561	33	1.63(1.26-2.12)	1.62(1.22-2.14)
Période 3	1375	37.7	1.96(1.68-2.27)	2.02 (1.71-2.38)	463	34.8	1.85(1.43-2.38)	1.86(1.41-2.47)	306	33	1.64(1.20-2.22)	1.76(1.25-2.48)
<b>Aire sous la courbe CRO</b>				65.1				65.2				64.6

## CONTACT

Contact • [bmcdda@sciensano.be](mailto:bmcdda@sciensano.be)

### PLUS D'INFORMATIONS

—  
Visitez notre site web  
[www.sciensano.be](http://www.sciensano.be)  
ou contactez-nous  
[info@sciensano.be](mailto:info@sciensano.be)

Sciensano • Rue Juliette Wytsman 14 • Bruxelles • Belgique • T + 32 2 642 51 11 • T presse + 32 2 642 54 20 •  
[info@sciensano.be](mailto:info@sciensano.be) • [www.sciensano.be](http://www.sciensano.be)

Editeur responsable: Christian Léonard, Directeur général • Rue Juliette Wytsman 14 • Bruxelles • Belgique