

# LES CONSÉQUENCES DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 SUR L'USAGE DE DROGUES ET LES USAGER-ES : FOCUS THÉMATIQUE

Tiré à part du Tableau de bord de l'usage de drogues et ses consequences socio-sanitaires

Clémentine Stévenot et Michaël Hogge

2020



# LES CONSÉQUENCES DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 SUR L'USAGE DE DROGUES ET LES USAGER·ES : FOCUS THÉMATIQUE



#### LES EFFETS DU CONFINEMENT SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ<sup>1</sup>

La pandémie de COVID-19 et les mesures sanitaires de la première et de la deuxième vaque ont eu, ont encore et auront de multiples conséquences sur le fonctionnement de notre société. Lors de la première vague et du confinement qui en a découlé en mars 2020, de nombreux lieux de travail, de vie, de socialisation, de commerce, de santé physique et mentale ont fermé. Certains pour de longs mois (Horeca, culture, écoles et crèches, commerces «non-essentiels», activités sociales et sportives, etc.), d'autres ont progressivement réouvert après quelques semaines, après avoir adopté les mesures usager·es ou patient·es (c'est notamment le cas des services de prévention, de réduction des risques, d'accompagnement et de soins des personnes précarisées et des usager·es de drogues). Les travailleur·ses essentiels, y compris le personnel de santé, les travailleur-ses sociaux, les caissier-es, les éboueur-ses, les livreur-ses, les enseignant-es, ont continué de travailler afin de permettre la continuité et la survie de la société tout entière, parfois au péril de leur santé et de leur vie. L'arrivée du printemps s'est accompagnée d'une baisse des contaminations et d'un relâchement des mesures sanitaires, permettant la réouverture progressive des commerces, de l'Horeca, des lieux culturels et des écoles. La deuxième vague, qui a pris son élan après l'été 2020, s'est accompagnée d'une résurgence des contaminations et des hospitalisations; les pouvoirs publics ont dès lors décidé d'appliquer de nouveau une réduction des libertés individuelles et des mesures de distanciation physiques et sociales, notamment des couvre-feux, le télétravail obligatoire, la fermeture des commerces «non-essentiels» et de l'Horeca, cours en ligne, etc.

La crise sanitaire est anxiogène et stressante pour une large proportion de la population, qui est contrainte de puiser dans ses ressources psychologiques, sociales et financières pour la traverser. Les politiques publiques d'austérité menées ces dernières décennies en matière de santé et de sécurité sociale, ainsi que les mesures prises en réponse à la pandémie, ont engendré nombre de dégâts collatéraux, réduisant drastiquement la capacité du secteur du soin

à gérer la crise et renforçant les inégalités sociales (de santé, de genre) préexistantes. Les populations précarisées (y compris une partie des usager·es de droques), déjà davantage vulnérables en temps ordinaires, sont particulièrement impactées par la crise et les mesures sanitaires prises par les Gouvernement, tout particulièrement le confinement, la réduction des libertés individuelles et le couvre-feu. La pandémie de COVID-19 exacerbe ainsi les inégalités sociales de santé et révèle les rouages systémiques qui participent à leur reproduction; elle rappelle également le rôle fondamental de la promotion de la santé.

## 1.1. LE RENFORCEMENT DES INÉGALITÉS SOCIALES

Les inégalités sociales de santé suivent le gradient social. Ce qui signifie que plus un individu occupe une position socioéconomique défavorable (c'est-à-dire un statut socio-économique - ou SSE - faible), plus il a de probabilités d'être en mauvaise santé. De nombreux facteurs biologiques, psychosociaux et environnementaux interviennent dans cette corrélation et déterminent la santé physique et mentale des individus. L'état de santé physique et mentale, le logement, la qualité des liens sociaux, la fracture numérique, les conditions de travail et la possibilité de travailler en sécurité, le fait d'avoir un revenu garanti et suffisant, le fait d'avoir un permis de séjour, l'accès aux soins de santé, le

sanitaires protégeant les travailleur-ses et les usager-es ou patient-es (c'est notamment le

1 Les éléments de ce chapitre relatifs aux effets du confinement sur les inégalités sociales de santé et les usager-es de drogues sont des versions adaptées des articles «Les effets du confinement sur les inégalités sociales de santé et les usager-es de drogues» (publié dans «Éducation Santé», n°368, 2020) et «COVID-19 : Les effets du confinement sur inégalités sociales de santé et les usager-ère.s de drogues» (publié dans «Prospective Jeunesse, Drogues-Santé-Prévention, n°90-91, 2020).

genre, les mécanismes de sécurité sociale, les représentations de la société<sup>2</sup>, l'accès à l'information et la littératie en santé, etc. sont autant de déterminants qui influent sur les risques sanitaires et psychosociaux liés à la pandémie de COVID-19.

La crise sanitaire et les mesures politiques qu'elle a entraînées n'impactent donc pas uniformément l'ensemble de la population. D'abord, les personnes de SSE faible sont davantage à risque que les personnes avant un SSE élevé, parce que 1) elles sont davantage exposées à la COVID-19, et dès lors plus à risque de le contracter et de le transmettre, et 2) elles sont globalement en moins bonne santé que la population générale, ce qui peut augmenter les risques de développer des formes sévères de la COVID-19.

#### LA LITTÉRATIE EN SANTÉ

Le concept de littératie en santé désigne «la connaissance, la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information de santé en vue de porter des jugements et prendre des décisions dans la vie de tous les jours en ce qui concerne la santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé, de manière à maintenir ou améliorer la qualité de vie» (Sørensen et al, 2012). La littératie en santé est inégalement distribuée au sein de la population et dès lors une source d'inégalité sociale.

En effet, les professions considérées comme essentielles en temps de crise sanitaire sont majoritairement occupées par des personnes de SSE faible, des personnes racisées et issues de l'immigration<sup>3</sup>, et sont fortement

2 Les représentations sociales désignent l'ensemble des crovances, connaissances et opinions produites, transmises et partagées au sein d'une société donnée, à un moment donné. Les individus agissent, interagissent et réagissent en fonction de ces représentations, qui ne sont évidemment pas immuables et peuvent évoluer dans le temps.

féminisées (aides soignant-es, infirmier-es, agent-es d'entretien, caissier-es, livreur-ses, aides ménagères à domicile, etc.; IREPS, 2020). Les personnes de SSE faible exercent aussi souvent des métiers qui ne permettent pas le télétravail (ouvrier-es, employé-es, en opposition aux cadres par exemple). De plus, la forte promiscuité et densité des logements précaires ou quartiers à hauts taux de pauvreté et de chômage participe à la transmission du virus au sein d'une même famille ou d'un ensemble d'habitations. Les ménages avant de faibles revenus vivent également plus souvent avec différentes générations sous le même toit, ce qui augmente les risques de transmission aux groupes à risque (les grands-parents) (IBSA, 2020). Enfin, les personnes ayant un SSE faible sont davantage porteuses de maladies préexistantes (notamment hypertension, diabète, obésité, maladies respiratoires; Lang et al, 2020) qui peuvent jouer sur le développement de sévères difficultés respiratoires liées au virus, pouvant mener au décès. De plus, les ménages de SSE faible sont davantage susceptibles de retarder l'accès aux soins, en temps ordinaire et d'autant plus en temps de crise (Lang et al, 2020 ; enquête HIS de 2018).

Ensuite, les mesures de confinement et la limitation des libertés individuelles impactent différemment la santé physique et mentale des individus selon leurs conditions de vie. De nouveau, les violences intrafamiliales4, l'accès à un domicile où se confiner, la possibilité de payer un loyer, la salubrité et la promiscuité au sein du logement, l'accès à un jardin, un balcon, un parc public, etc. ont un impact nonnégligeable sur le vécu du confinement et la santé globale des personnes. Le renforcement de la présence policière, le couvre-feu et la multiplication des contrôles touchent particulièrement les populations sans domicile ou ayant un logement précaire, davantage présentes en rue. Ceci peut également impacter la santé mentale des individus et les pousser à se cacher davantage; autant d'éléments qui compliquent le travail d'outreach et d'accompagnement de ces publics (Alter échos, 2020a). De plus, les

économique, historique et politique qui a des effets néfastes sur les personnes racisées.

mesures de confinement, le couvre-feu et la fermeture des commerces et de l'Horeca peuvent entraîner le chômage (partiel), le licenciement ou l'impossibilité de poursuivre le travail caché exercé jusqu'à présent (prostitution, travail au noir, deal, mendicité, etc.).

Parallèlement, les dispositifs officiels (notamment les banques alimentaires, les associations et services publics de prévention, accompagnement et santé) ou officieux (par exemple, récupérer les invendus alimentaires) tentant (tant bien que mal) d'ordinaire de pallier les inégalités sociales de santé et la reproduction sociale ont été soudainement fermés ou considérablement réduits/ralentis par les mesures de confinement lors de la première vaque, avant de rouvrir progressivement. C'est notamment le cas des écoles. La déscolarisation totale ou partielle a des effets considérables sur la reproduction des inégalités sociales au sein des familles ayant un SSE faible<sup>5</sup>. D'une part, la contrainte de garder les enfants et d'assurer l'école à la maison complique considérablement le travail des parents à l'extérieur ou à domicile, d'autant plus dans les familles monoparentales (dont les chef-fes de famille sont majoritairement des femmes); d'autre part, les ressources pour faire l'école à la maison sont inégalement réparties, qu'il s'agisse de la maîtrise de la langue d'enseignement et/ou de la culture scolaire, des conditions matérielles (accès à internet, ordinateur, papier, crayons, imprimante) ou des conditions de scolarisation à domicile (pièce calme, enfants en bas âge, parents (in)disponibles, etc.). La fermeture des écoles participe dès lors au creusement des inégalités scolaires et peut considérablement impacter la santé mentale des familles.

Voir article d'Anne-Claire Orban de BePax asbl «Confinement, Covid 19 et racisme: Quand les réflexes coloniaux se couplent aux inégalités sociales et sanitaires» (2020). La notion de «racisation» (une personne «racisée») désigne le processus dynamique et structurel de production sociale de la «race». La «race» est donc le produit du rapport social; elle est une construction sociale,

Les violences intrafamiliales (psychologiques, physiques, économiques) touchent tous les milieux sociaux. Les personnes de SSE faible victimes de ces violences ont cependant moins de ressources pour y échapper ou en réduire les risques et dommages.

<sup>5</sup> Les sciences sociales ont depuis longtemps démontré le rôle des institutions scolaires dans la reproduction des inégalités (Bourdieu et Passeron, 1964, pour ne citer que les plus connus). La déscolarisation, cependant, renforce les inégalités sociales, puisque les familles sont inégalement équipées pour se substituer au rôle de l'école. Cela se vérifie déjà en temps ordinaires lors des grandes vacances d'été, au cours desquelles les écarts entre les enfants de SSE élevé et les enfants de SSE faible se creusent largement et durablement (Darnon,

#### LA REPRODUCTION SOCIALE

La notion de reproduction sociale désigne, pour le dire simplement, la perpétuation des positions sociales et de la hiérarchie entre les classes sociales. Elle repose sur la transmission du capital économique (revenus, dividendes), social (réseau de connaissances et interconnaissances), culturel (diplômes, biens culturels, savoir et savoir-être valorisés par l'école) et symbolique (valeur, prestige et légitimité) d'une génération à l'autre. Et c'est l'accumulation ou le déficit de ces différentes formes de capital qui détermine la place d'un individu dans la société (dans un rapport dominantdominé). La transmission de capital et la reproduction sociale s'exercent par le biais de nombreuses institutions, notamment la famille et l'école. La reproduction sociale maintient les rapports de domination et repose donc sur la perpétuation des inégalités sociales (de santé, de genre,...).

Le confinement impacte également les personnes vivant en collectivité (personnes détenues, enfants placés, patient-es psychiatriques, personnes âgées, personnes porteuses d'un handicap, usager es de drogues en traitement résidentiel, etc.). Lors de la première vague, une partie des patient-es psychiatriques et des personnes porteuses d'un handicap habituellement en résidentiel ou en centre de jour ont été renvoyés chez eux ou dans leur famille afin de respecter les consignes de confinement, au risque de chambouler l'équilibre relatif que ces établissements fournissent à la fois à la personne et à leurs proches (Alter Echos, 2020b; Le Soir, 2020). Les personnes restées au sein des collectivités résidentielles sont quant à elles plus à risque face à la COVID-19, soit parce qu'elles ne sont pas en mesure de respecter la distanciation sociale (soins et nursing de la part des professionnel·les, difficultés ou incapacité à comprendre les consignes et/ou à appliquer les mesures d'hygiène personnelle, promiscuité), soit parce qu'elles sont déjà en moins bonne santé que la population générale (c'est le cas des personnes âgées, des personnes détenues, des usager·es de drogues, et

d'une partie des patient-es psychiatriques et personnes porteuses d'un handicap; Le Soir, 2020). À cela s'ajoutent l'isolement social, le sentiment de solitude ou d'abandon qui peuvent accompagner la réduction drastique des contacts humains, des soutiens psychologiques professionnels et des proches, et jouer sur la santé mentale et physique des individus (et de leurs proches).

Les mesures de confinement aggravent les inégalités sociales<sup>6</sup> et constituent dès lors une véritable **double peine** pour les

6 Voir les résultats de l'étude COCONEL - Coronavirus et Confinement : Enquête longitudinale, réalisée par l'UMR Vitrome, EHESP et al (2020). personnes précarisées : non seulement sont-elles contraintes de rester chez elles et courent davantage de risques sanitaires, mais les dispositifs permettant d'ordinaire de garantir l'accès universel à la santé et de limiter la reproduction des inégalités sociales et leurs effets délétères sont à l'arrêt ou fortement ralentis. Les conséquences du confinement ont eu et auront des répercussions à court et à long termes sur la perpétuation des inégalités sociales de santé, et donc sur la santé et le bien-être des individus.

### LES FACTEURS INFLUENÇANT L'ADHÉSION ET L'APPLICATION DU CONFINEMENT ET DES GESTES BARRIÈRE

Une revue de la littérature scientifique, encouragée par les mesures de confinement opérées à travers le globe, s'est intéressée aux facteurs jouant sur l'adhésion à celles-ci (Webster et al, 2020). Les recherches sélectionnées portent sur les mesures de quarantaine individuelle ou collective lors d'épidémies précédentes (SRAS, grippe porcine, Ebola).

Les études n'épinglent pas de lien entre les caractéristiques démographiques ou l'emploi et l'adhésion au confinement. Les facteurs les plus importants, qui jouent sur le respect des mesures de confinement et de protection sanitaire (laver les mains, porter un masque, éviter les rassemblements de personnes, se faire vacciner) sont :

- > Les connaissances des individus au sujet de l'épidémie et des protocoles de distanciation physique
- > Les normes sociales (pression sociale à la conformité, perception du respect du confinement par la population, devoir civique, volonté de respecter la loi)
- > Les coûts et bénéfices perçus du confinement, les risques perçus de l'épidémie
- > Les aspects pratiques du confinement (perte de revenu, isolement social, capacité de garder les enfants...)
- > Le fait que les centres de soins fonctionnent bien et reçoivent les ressources nécessaires pour cela
- > La confiance dans le Gouvernement

Aux facteurs épinglés par la revue de la littérature, s'ajoutent évidemment l'ensemble des facteurs abordés ici, à savoir : le logement, le métier exercé, la santé physique et mentale, qui suivent le gradient social. Les connaissances relatives à l'épidémie et aux mesures de distanciation sociale sont tout à fait centrales, particulièrement dans un contexte où les fake news et les théories conspirationnistes circulent largement. La littératie en santé est inégalement répartie au sein de la société (les personnes ayant un SSE faible, ayant un niveau d'instruction faible ou un âge avancé ont un niveau de littératie en santé moins élevé), suivant le gradient social et participant à la reproduction des inégalités sociales de santé (Rondia et al, 2019). De plus, la perméabilité aux théories du complot est plus élevée au sein des moins de 35 ans, des personnes les moins diplômées et issues des catégories sociales les plus défavorisées (IFOP, 2019). Une information large, adaptée et transparente est dès lors tout à fait centrale dans la poursuite de l'adhésion des individus aux mesures de distanciation physique et de protection sanitaire.



#### **IMPACT DU CONFINEMENT SUR L'USAGE DE DROGUES** LÉGALES ET ILLÉGALES EN **BELGIQUE**

Les différentes mesures<sup>7</sup> prises par les gouvernements fédéral et des entités fédérées tout au long de la crise sanitaire pour contrer la propagation de la COVID-19 ont bouleversé les contacts sociaux, les revenus, les conditions de vie et de travail, les habitudes festives, l'état d'esprit, et même la santé mentale de la population. Ces bouleversements ont à leur tour eu (ou auront, de manière différée) un impact sur les pratiques et habitudes de consommation de substances psychoactives, la pratique de jeux d'argent et de hasard, et l'usage des réseaux sociaux, d'internet et de jeux vidéo. Ces différentes pratiques et la consommation de substances psychoactives, qu'elles soient légales ou illégales, peuvent en effet être l'expression et/ou un moyen de traiter un malaise, un mal-être ou un trouble mental; elles peuvent également participer à diminuer les douleurs physiques, à se détendre, à oublier, à tromper l'ennui, à décompresser ou encore engendrer du plaisir. Dans le contexte actuel, ces usages peuvent avoir la fonction d'une stratégie de lutte contre un quotidien péniblement vécu et bouleversé par la crise sanitaire et

ses conséquences (anxiété, isolement, perte de revenus, réduction des libertés, manque d'accès aux services de premières nécessités. mangue de perspective d'avenir, etc.).

Depuis le début du 1er confinement jusqu'à ce jour, plusieurs enquêtes ont été diffusées (principalement via Internet et les réseaux sociaux) pour évaluer cet impact à l'échelle de la population Belge ou de la population de la Belgique francophone. Comme nous le verrons, ces enquêtes ne sont pas représentatives de l'ensemble de la population8 et ne fournissent généralement pas d'analyses à l'échelle régionale. Afin d'objectiver davantage l'impact de la crise sanitaire sur les usager es problématiques et sur les services d'aide, nous avons également réalisé une enquête auprès des services bruxellois actifs en matière d'assuétudes9. Il apparaît clairement que l'impact de la crise sanitaire sur les consommations, les usager·es et les services est bien plus important que ce que suggèrent les guelques enquêtes en ligne réalisées pendant la crise sanitaire.

#### 2.1. **ENQUÊTES EN LIGNE DROGUES & COVID** (Sciensano, 2020a et b)

Sciensano (voir Sciensano, 2020a et 2020b) a réalisé trois enquêtes en ligne pour évaluer l'impact de la crise sanitaire et du confinement sur les pratiques des Belges

usager-es de drogues<sup>10</sup>. La première enquête a été diffusée du 03-04 au 16-04 (N=3509), la deuxième du 08-05 au 22-05 (N=2620) et la troisième du 21-10 au 06-11 (N=2354). Selon ces enquêtes, la quantité moyenne de substances psychoactives consommée lors d'une journée type a globalement diminué pendant le confinement et les premiers mois de la crise sanitaire, et ce pour tous les produits sauf pour l'herbe de cannabis (voir Tableau 68). 11 Cette baisse globale de consommation peut s'expliquer par le fait que l'usage de drogues est une activité qui survient largement dans des contextes festifs; or les opportunités festives ont été fortement réduites par le confinement (fermeture des bars et discothèques, restriction relative aux contacts sociaux, couvre-feu...). Néanmoins, la diminution des quantités consommées reste de faible amplitude, d'une part parce que de nombreuses personnes consomment aussi en dehors des contextes festifs (en particulier les personnes dépendantes, mais aussi celles qui font un usage de produits pour soulager des douleurs physiques ou psychiques ou pour améliorer leurs performances physiques ou intellectuelles), et d'autre part parce que des consommations récréatives en milieu privé ont toujours été possibles malgré le confinement (lockdown parties, consommation avec le/la conjoint(e), apéritifs virtuels, etc.). La dernière enquête met en évidence que les quantités d'alcool, de cocaïne et d'amphétamine consommées sur une journée type entre septembre et novembre ont augmenté et dépassent

Tableau 68 : Quantité moyenne consommée lors d'une journée type de consommation au cours de quatre périodes différentes, avant et au cours de la crise sanitaire

	Alcool	Cannabis		Cocaïne	Amphétamine	MDMA	
		Herbe	Résine	(poudre)	(poudre)	Pilule	Poudre
	Verre ou unité standard <sup>563</sup>	Gramme	Gramme	Gramme	Gramme	Pilule	Gramme
Avant 13 mars	3,7	0,6	0,7	0,8	0,8	1,3	0,5
De mi-mars à mi-avril	3,1	0,7	0,6	0,5	0,4	0,4	0,2
De mi-avril à début mai	3,5	0,8	0,7	0,6	0,6	0,6	0,2
De mi-septembre à début novembre	4,3	0,7	0,7	1,0	1,0	1,3	0,6

Source: Enquête en ligne Drogues & Covid, Sciensano (2020a)

Confinement, fermeture des bars et restaurants, interruption de la scolarisation en présentiel, interdiction des regroupements de personnes, couvre-feu...

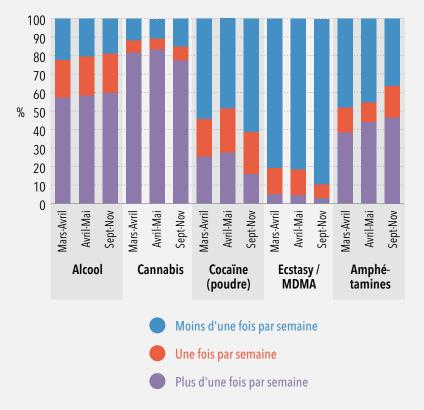
Les personnes fragilisées ou marginalisées (en particulier les personnes présentant une problématique d'addiction) ne sont pas correctement représentées.

Les services d'aide et de soin mais également les services de prévention et de promotion de la santé.

<sup>10</sup> Ces enquêtes étaient ouvertes aux personnes ayant confirmé avoir au moins 18 ans, vivre en Belgique et avoir consommé au moins une fois un produit illicite en 2020.

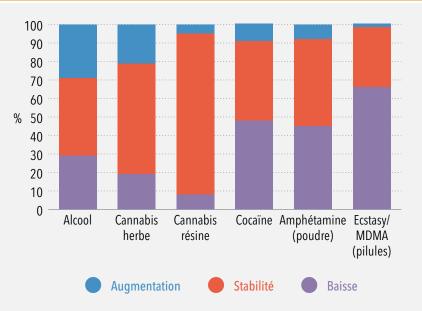
<sup>11</sup> Par exemple, 25cl de bière pills, 12,5 cl de vin, ou encore 3cl d'alcool à 40°.

Figure 50 : Fréquence d'usage parmi les personnes ayant consommé de l'alcool, du cannabis, de la cocaïne, de la MDMA ou des amphétamines au cours du dernier mois, par enquête



Source : Enquête en ligne Drogues & Covid, Sciensano (2020a)

Figure 51 : Évolution de la consommation après le 13 mars par rapport à la consommation avant le 13 mars, par substance



Source : Enquête en ligne Drogues & Covid, Sciensano (2020b)

mêmes celles consommées avant la crise sanitaire. Les quantités de MDMA consommées, après avoir baissé, sont quant à elles revenues à leur niveau antérieur à la crise sanitaire.

Les fréquences d'usage des produits au cours de la crise sanitaire parmi les personnes ayant déclaré en avoir consommé au cours du dernier mois sont présentées dans la figure 50. Au cours de la crise sanitaire, la fréquence de consommation d'alcool semble stable, alors que la fréquence de consommation de cannabis, de cocaïne et de MDMA semble avoir diminué entre la mi-septembre et début novembre (période précédant la 3e enquête). La fréquence de consommation d'amphétamines semble en revanche avoir augmenté au cours de la crise sanitaire. Ces évolutions doivent être interprétées avec prudence car il ne s'agit pas forcément des mêmes personnes qui ont participé aux trois enquêtes. Le cannabis et, dans une moindre mesure, l'alcool, sont consommés plus d'une fois par semaine par la majorité des usager-es (environ 60 % pour l'alcool et 80 % pour le cannabis). En revanche, pour la cocaïne, l'ecstasy/ MDMA et, dans une moindre mesure, les amphétamines, la majorité des usager es en ont consommé moins d'une fois par semaine au cours du mois précédant l'enquête.

Selon les deux premières enquêtes, la plupart des répondant es semble avoir une consommation stable voire en diminution depuis le début de la crise sanitaire (voir Figure 51). Mais au-delà de ce constat général et rassurant, il convient d'être attentif au fait que 28,6 % des consommateur-rices d'alcool, 20 % des consommateur-rices d'herbe de cannabis, 9,8 % des consommateur-rices de cocaïne et environ 5 % des consommateur-rices d'amphétamines et d'ecstasy ont signalé une augmentation de leur usage. Le confinement et la crise sanitaire ont donc un impact délétère sur la consommation d'une proportion non négligeable d'usager-es.

Les enquêtes 1 et 3 ont également évalué la prévalence des troubles anxieux et dépressifs à l'aide d'échelles spécifiques (le GAD-7 et le PHO-9). La prévalence présumée des troubles anxieux est passée de 18 % à 31 % de la première à la troisième enquête, et la prévalence des troubles dépressifs de 23,9 % à 35,3 %. Ces troubles sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. Ainsi, selon la troisième enquête,

25,7 % des hommes souffraient d'un trouble anxieux et 30,7 % d'un trouble dépressif au moment de l'enquête, alors que la prévalence de ces troubles chez les femmes s'élève respectivement à 43 % et 45,2 %. Selon le rapport de la 3e enquête, ces troubles sont significativement plus fréquents chez les usager es qui ont déclaré avoir un usage intensif (supérieur à la moyenne), en particulier chez les usager es de psychostimulants (cocaïne, MDMA ou amphétamines), alors que la prévalence de ces troubles ne diffère quasiment pas en fonction de l'intensité de l'usage dans le cas des usager·es de cannabis. L'association entre ces troubles et la consommation d'alcool n'est pas renseignée dans le rapport de l'enquête.

Soulignons que la représentativité de ces enquêtes est limitée, car ce sont majoritairement des usager-es vivant en Flandre qui y ont répondu (72 % dans les deux premières enquêtes et 77 % dans la troisième). Or nous savons qu'il existe des différences significatives en termes de consommation de drogues entre la partie nord et la partie sud du pays<sup>12</sup>. Cette enquête présente aussi une surreprésentation des jeunes usager-es (moyenne d'âge : 26,6 ans pour les 2 premières enquêtes, et 28 ans pour la troisième; environ 80 % des répondant-es ont moins de 35 ans), lesquels ont pour la plupart un profil de consommation festif/ récréatif, et plus rarement problématique<sup>13</sup>.

- 12 Par exemple, en Flandre, la consommation d'alcool et d'opiacés (héroïne et méthadone) est proportionnellement moins élevée qu'à Bruxelles et en Wallonie. En revanche, on y consomme davantage de psychostimulants. La consommation de cannabis est quant à elle plus élevée à Bruxelles que dans les autres régions (voir Antoine, 2019; Gisle et al., 2019).
- 13 L'hypothèse selon laquelle il y aurait peu d'usager·es problématiques dans les échantillons de cette enquête est directement confortée par le fait que seule une minorité de répondant es (6,5 %) des deux premières enquêtes ont déclaré suivre un traitement pour un usage problématique de drogues avant l'entrée en vigueur des mesures de confinement. Et seule une très faible proportion se déclare être en mauvaise santé (2,3 %). Il conviendrait néanmoins d'analyser plus finement les profils de consommation sur base des quantités consommées et des fréquences de consommation, afin de pouvoir distinguer les usager es en fonction de l'intensité de leur consommation, et de vérifier si l'impact du confinement est différent selon l'intensité de la consommation. Il conviendrait également de réaliser des analyses supplémentaires afin d'identifier d'éventuelles caractéristiques différentielles (notamment au niveau du profil sociodémographique) qui distingueraient les

Enfin, les personnes marginalisées ou institutionnalisées échappent généralement à ce genre d'enquête. Or ces dernières sont particulièrement concernées par l'usage problématique de substances psychoactives, qu'il s'agisse d'alcool, de médicaments psychotropes ou de drogues illégales.

En conclusion, ces enquêtes révèlent essentiellement l'absence d'impact majeur du confinement et de la crise sanitaire sur de jeunes adultes flamands ayant un profil de consommation (apparemment) majoritairement festif/récréatif. Mais elles soulignent aussi qu'une proportion non négligeable d'usager·es a présenté une augmentation de leur consommation durant le confinement (en particulier, plus d'un quart des consommateur-rices d'alcool). Il serait utile d'effectuer des analyses complémentaires afin de vérifier si ces usager∙es se distinguent de ceux dont la consommation ne semble pas avoir été impactée négativement par la crise sanitaire (e.g. différences au niveau du profil sociodémographique ? de la fréquence/ intensité de l'usage ?).

#### 2.2. ENQUÊTES EN LIGNE DROGUES & COVID (Modus Vivendi, 2020 & 2021)

Modus Vivendi a réalisé, en collaboration avec Eurotox et d'autres partenaires européens, deux enquêtes en ligne de manière à évaluer l'impact du confinement et de la crise sanitaire sur les pratiques d'usage de drogues. La première enquête a été réalisée du 23 avril au 5 mai (N=233) et s'est centrée sur l'impact du confinement sur les consommations, et la deuxième du 25 septembre au 30 octobre (N=249), laquelle portaient plus spécifiquement sur l'usage en milieu festif (avant et pendant la crise sanitaire)14. Ces enquêtes ont surtout été diffusées auprès des usager-es qui connaissent de près ou de loin les activités de Modus Vivendi, bien qu'une diffusion plus large via les réseaux sociaux ait également été effectuée. Les résultats de la première enquête montrent que, même

si la tendance centrale est à la baisse, un tiers des usager-es d'alcool (32 %) et plus d'un tiers des usager·es de droques (39 %) estiment avoir consommé plus pendant le confinement. Un autre élément important est qu'un usager·e sur cing a déclaré vouloir profiter du confinement pour réduire sa consommation, et 8 % ont même déclaré en profiter pour arrêter de consommer. La seconde enquête met en évidence qu'un tiers des répondant-es semble avoir participé à au moins une lockdown party (6,5 % à plus de 5 reprises). Ce résultat met en évidence que le confinement n'a pas totalement interrompu les habitudes festives des usager·es de drogues, le risque étant que la clandestinité augmente les risques pour les usager·es. Les produits consommés au cours de ces événements festifs sont assez semblables à ceux consommés d'habitude en sortie, mis à part que l'on observe une légère réduction de la consommation de psychostimulants (MDMA et amphétamines). Notons aussi qu'un tiers des usager-es qui déclarent participer à ces fêtes disent consommer de plus grandes quantités de produits psychotropes que d'habitude en sortie avant la crise sanitaire, et 18 % déclarent polyconsommer plus souvent. Même si ces résultats doivent être considérés avec prudence en raison de la petitesse de l'échantillon et de sa non-représentativité, ils indiquent que la consommation festive de drogues semble s'être intensifiée chez certains usager-es (leurs consommations sont plus intenses, quoique moins fréquentes).

## 2.3. ENQUÊTE UCLOUVAIN SUR L'USAGE D'ALCOOL (Maurage et al., 2020)

Selon l'enquête réalisée par l'UCLouvain auprès de plus de 6.500 Belges francophones¹⁵ (enquête en ligne diffusée du 02-04 au 20-04), la consommation d'alcool ne semble pas avoir augmenté de manière généralisée pendant les premières semaines de confinement. En effet, près de la moitié des répondant·es (46 %) rapportent une consommation stable par rapport à leurs habitudes pré-confinement

usager es qui ont augmenté leur consommation depuis le confinement. De telles analyses n'ont pas été réalisées à notre connaissance.

<sup>14</sup> Les répondant-es provenaient principalement de la Région bruxelloise, et dans une moindre mesure de la Wallonie et de Flandre.

<sup>15</sup> Avant les analyses, les auteurs ont stratifié l'échantillon de manière à le faire correspondre aux caractéristiques de la population belge francophone au niveau de l'âge, du genre, et du niveau d'éducation

et 29 % rapportent même une réduction de leur consommation (en moyenne, 10 verres standard en moins par semaine). Néanmoins, un quart des répondant-es (25 %) estiment que leur consommation a augmenté durant le confinement.

Les auteurs ont identifié des liens statistiques entre l'augmentation de la consommation et certaines caractéristiques des répondant es (situation professionnelle, situation familiale, état psychologique, etc.). Les facteurs associés à une augmentation de la consommation d'alcool durant le confinement sont les suivants : avoir un niveau d'étude élevé, être en télétravail ou en interruption de travail durant le confinement, boire en compagnie du ou des cohabitants/ partenaires, effectuer des apéros en ligne, expérimenter des émotions négatives16, subir du stress ou de l'anxiété en raison de la crise sanitaire<sup>17</sup>, le fait d'être confiné avec des enfants, et enfin le sentiment d'impuissance et de manque de contrôle face à la crise sanitaire. L'enquête met aussi en évidence que les professionnel·les de la santé qui ont maintenu leur activité professionnelle durant le confinement sont particulièrement concernés par l'augmentation de la consommation, en particulier les jeunes soignant·es (38 % évoquent une augmentation de leur consommation, augmentation généralement corrélée à la survenue d'émotions négatives). Enfin, chez les personnes qui présenteraient une dépendance à l'alcool, 21 % ont augmenté leur consommation (généralement en raison du stress et de la survenue d'émotions négatives). En revanche, aucun lien n'a pu être observé entre une augmentation de la consommation et l'isolement social, ni avec l'ennui/désœuvrement.

La consommation a le plus baissé chez les personnes qui boivent habituellement pour des raisons sociales, probablement parce que les occasions festives ont été fortement réduites par les mesures de confinement. Cela explique pourquoi les étudiant·es sont particulièrement concernés par une baisse de consommation (61 % d'entre eux ayant diminué leur consommation durant le confinement)<sup>18</sup>. Aussi, il y a significativement plus d'hommes que de femmes qui ont diminué leur consommation pendant le confinement, alors qu'il y a proportionnellement autant d'hommes que de femmes qui sont restés stables ou qui ont augmenté leur consommation.

En conclusion, un des grands enseignements de cette enquête est que l'impact du confinement sur la consommation d'alcool varie grandement selon les caractéristiques sociales, psychologiques et environnementales des personnes et selon les effets du confinement sur ces caractéristiques et donc sur la réduction ou le renforcement des facteurs de risque (revenu/ avenir incertains, stress, anxiété, école à la maison, etc.). Il serait utile d'effectuer des analyses complémentaires afin de vérifier si le cumul de ces facteurs de risques entraîne une aggravation proportionnelle de la consommation d'alcool.

**ENQUÊTE ULIÈGE SUR** 

& Glowacz, 2020)

L'enquête réalisée par l'ULiège auprès de

fournit des résultats similaires à l'enquête

répondant-es rapportent une consommation

plus de 2.871 francophones<sup>19</sup> (enquête

en ligne diffusée du 07-04 au 01-05)

de l'UCLouvain. En effet, 49,1 % des

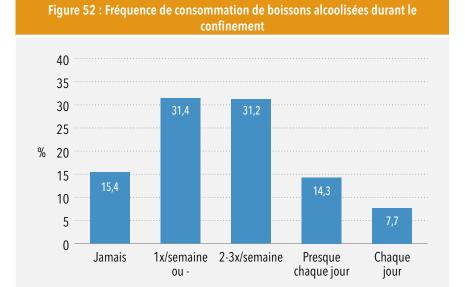
d'alcool stable, 24,5 % signalent une

L'USAGE D'ALCOOL (Schmits

2.4.

La majorité des répondant·es (73 %) a déclaré avoir consommé de l'alcool durant ces premières semaines de confinement. La consommation avait le plus souvent lieu avec le/la partenaire (69,4 %) ou avec des ami·es lors d'apéro en ligne (54,7 %). Néanmoins, un quart des usager·es ont rapporté avoir consommé seul (25,8 %) ou lors de *lockdown parties* (8,3 %). Lors d'une session de consommation, les usager·es ont déclaré consommer le plus souvent 1 ou 2 verres de boissons alcoolisées (78,3 %), 16,7 % en

<sup>19</sup> L'échantillon se compose majoritairement de Belges francophones (84,5 %), le reste de l'échantillon provenant principalement de France et du Canada.



Source : Changes in alcohol consumption during the COVID-19 pandemic: impact of the lockdown conditions and mental health factors. Schmits & Glowacz, 2020 (2020)

<sup>16</sup> Les personnes qui ressentent des émotions négatives durant le confinement reconnaissent d'ailleurs boire de l'alcool pour diminuer ces émotions négatives. L'impact de ces émotions négatives sur la consommation d'alcool semble toutefois modéré par le fait de bénéficier ou non d'un soutien social dans l'entourage, puisque les personnes qui expriment des émotions négatives tout en bénéficiant d'un réseau social soutenant tendent moins à augmenter leur consommation.

<sup>17</sup> Peur d'une contamination pour soi-même ou ses proches, peur d'une perte de revenus voire du travail

diminution et 26,4 % une augmentation de leur consommation. Cette enquête confirme donc que, si la consommation d'alcool semble ne pas avoir augmenté de manière généralisée pendant les premières semaines de confinement, un pourcentage non négligeable de la population a intensifié sa consommation durant cette période.

<sup>18</sup> La baisse de revenus des étudiant-es pourrait aussi avoir accentué cette tendance.

ont consommé 3 ou 4, 3,5 % 5 ou 6 verres, 0,8 % 7 à 9 verres et enfin 0,7 % 10 verres ou plus. Au total, 21 % des répondant es ont déclaré consommer de l'alcool chaque jour ou presque durant le confinement, ce qui est deux fois plus élevé que la consommation quotidienne telle qu'estimée avant le confinement par l'enquête de santé par interview<sup>20</sup>.

Les personnes qui rapportent une augmentation de leur consommation d'alcool durant le confinement justifient leur consommation en invoquant le plus souvent des motifs de détente/relaxation (90,6 %) ou, dans une moindre mesure, une plus grande disponibilité pour le faire qu'auparavant (en raison du télétravail ; 48 %). Certains usager-es évoquent également consommer de l'alcool pour passer un moment convivial lors d'apéro en ligne (37,4 %), pour lutter contre l'ennui (32,2 %), en raison de l'inquiétude provoquée par la pandémie (30,4 %), pour se rapprocher de son conjoint (16,8 %) ou encore en raison de tensions au sein du couple (14 %).

Les auteures ont également identifié des associations entre les changements de consommation durant le confinement et certaines caractéristiques environnementales et psychologiques des répondant-es. Ainsi, les personnes vivant avec des enfants et celles qui travaillaient à la maison durant le confinement avaient davantage tendance à rapporter avoir augmenté leur consommation d'alcool durant le confinement. En revanche, aucune différence de genre n'a été identifiée. Les personnes qui signalaient une augmentation présentaient davantage de signes d'anxiété et de dépression que celles dont la consommation était restée stable<sup>21</sup>. Et ces signes étaient davantage observés chez les répondant-es confinés dans des espaces réduits sans extérieurs (terrasse, jardin). Les personnes ayant fait mention d'une augmentation

de leur consommation rapportaient aussi davantage se sentir directement exposées au virus et au risque de contamination (ce qui est notamment le cas du personnel soignant).

Cette enquête confirme que l'impact du confinement sur la consommation d'alcool varie en fonction des caractéristiques sociales, psychologiques et environnementales des personnes, caractéristiques qui ont pu être modifiées par les mesures de confinement et la crise sanitaire. Elle met en évidence que l'augmentation de la consommation d'alcool peut être associée à des signes d'anxiété ou de dépression ainsi qu'à un sentiment d'être directement exposé au virus et au risque de contamination. Des difficultés de santé mentale générées ou aggravées par la crise sanitaire apparaissent donc comme des facteurs de risque d'aggravation de la consommation d'alcool, l'alcool ayant probablement tendance à être utilisé pour minimiser les symptomatologies.

#### 2.5. **ENQUÊTES DE SANTÉ** COVID-19 (Sciensano, 2020c, d, e, f et q)

Sciensano a mené à ce jour cinq enquêtes générales de santé<sup>22</sup> visant à évaluer l'impact

22 La première enquête s'est déroulée au début du confinement, du 02-04 eu 09-04, et a récolté plus de 44.000 participations (64 % en Flandre, 26 % en Wallonie et 10 % à Bruxelles). La deuxième enquête s'est déroulée du 16-04 au 23-04, et a récolté près de 42.000 participations (50,8 % en Flandre, 37,9 % en Wallonie et 11 % à Bruxelles). La troisième enquête s'est déroulée du 28-05 au 04-06, et a récolté près de 34.000 participations (67,8 % en Flandre, 23,8 % en Wallonie et 8,4 % à Bruxelles). La quatrième enquête s'est déroulée du 24-09 au 02-10, et a récolté près de 31.000 participations (68,5 % en Flandre, 22,2 % en Wallonie et 9,3 % à Bruxelles). Enfin, la cinquième enquête s'est déroulée du 03-12 au 11-12 et a récolté près de

du confinement et de la crise sanitaire sur la santé des adultes en Belgique. Ces enquêtes intégraient quelques indicateurs relatifs à la consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, drogues, sédatifs). La première enquête ainsi que les trois dernières incluaient également des indicateurs de santé mentale, générés à partir d'échelles destinées à évaluer la prévalence des troubles anxieux généralisés, des troubles dépressifs, et des troubles du sommeil<sup>23</sup>. Ces échelles sont identiques à celles utilisées dans l'enquête de santé par interview, ce qui permet de comparer l'état de santé mentale de la population tout au long de la crise sanitaire à ce qu'il était en 2018<sup>24</sup>. Les pensées et comportements suicidaires ont également été évalués lors de la quatrième enquête. Enfin, la cinquième enquête abordait également l'usage des médias sociaux, d'internet, des jeux vidéo et des jeux de hasard et d'argent.

#### **USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES**

Le tableau 69 comptabilise les pourcentages de personnes s'étant déclarées consommatrices des différentes substances psychoactives investiguées au moment de l'enquête. Il ne s'agit donc pas de données longitudinales mais des pourcentages de consommation déclarée lors de chaque enquête. L'indicateur ne tient pas compte de la fréquence de consommation ni des quantités consommées, et ne fournit pas de précision sur le type de produits consommé en ce qui concerne les droques illégales

- 30.000 participations (69,3 % en Flandre, 21,8 % en Wallonie et 8,9 % à Bruxelles).
- 23 Les troubles du sommeil n'ont été investigués qu'à partir de la 3e enquête.
- Pour les troubles du sommeil, l'année de référence est 2013, car ces troubles n'ont pas été investigués

Tableau 69 : Pourcentages de personnes ayant déclaré consommer de l'alcool, du tabac, des sédatifs ou des droques illégales durant la crise sanitaire, par période d'enauête

	Début avril %	Fin avril %	Septembre %	Décembre %
Alcool	67,6	72,1	71,3	73,5
Tabac	21,8	22,1	23,6	23,0
Sédatifs	1	18,2	18,8	20,6
Drogues illégales	3,6	4,4	5,4	5 ,8

Source: Enquêtes Covid & Santé Sciensano

<sup>20</sup> En 2018, selon l'enquête HIS (voir Gisle et al., 2019), 9,7 % des Belges consommaient de l'alcool de manière quotidienne et 40,6 % de manière hebdomadaire. On ne peut toutefois exclure l'existence d'un biais de sélection, qui entrainerait une surestimation de la consommation dans l'enquête de l'ULiège, puisqu'il s'agissait d'une enquête en ligne sans échantillonnage aléatoire.

Néanmoins, plus la consommation d'alcool était fréquente, moins les répondant-es rapportaient des signes de dépression ou d'anxiété, ce qui est compatible avec l'hypothèse d'une utilisation de l'alcool pour réduire la survenue de ces affects désagréables chez certains usager·es.

Figure 53 : Proportion de consommateurs d'alcool et de tabac ayant déclaré avoir diminué, maintenu ou augmenté leur consommation au moment de l'enquête par rapport à la période précédant la crise sanitaire

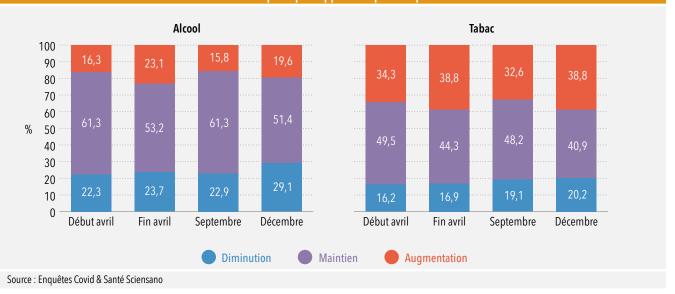
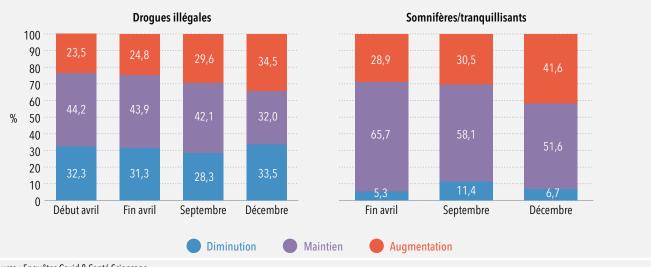


Figure 54 : Proportion de consommateurs de drogues illégales et de sédatifs (tranquillisants ou somnifères) ayant déclaré avoir diminué, maintenu ou augmenté leur consommation au moment de l'enquête par rapport à la période précédant la crise sanitaire



Source : Enquêtes Covid & Santé Sciensano

et les sédatifs (somnifères/tranquillisants). En décembre, 73,5 % des participant·es âgés de 18 ans et plus consommaient des boissons alcoolisées, 23,0 % du tabac, 6 % des substances illégales et 21 % des somnifères ou des tranquillisants. Il semble y avoir davantage de consommateur·rices en décembre qu'au début de la crise sanitaire, quel que soit le produit considéré.

Parmi les personnes ayant déclaré avoir consommé de l'alcool, la majorité (entre 51 % et 61 %) a déclaré ne pas avoir modifié sa consommation par rapport aux habitudes précédant la crise sanitaire, et ce quelle que soit la période envisagée au cours de la crise

sanitaire. Toutefois, près d'un cinquième a déclaré avoir augmenté sa consommation depuis le début de la crise, ce qui est cohérent par rapport aux résultats des autres enquêtes ayant investigué l'impact de la crise sanitaire sur la consommation d'alcool. On constate qu'en décembre, la proportion de personnes déclarant une diminution de consommation est plus élevée que lors des enquêtes précédentes (29,1 % versus 22-24 %). Dans le cas du tabac, environ un tiers des consommateur-rices a déclaré avoir augmenté sa consommation, quelle que soit la période envisagée.

Parmi les personnes ayant déclaré avoir consommé des droques illégales, une proportion de plus en plus importante au cours de la crise sanitaire déclare avoir augmenté sa consommation par rapport à la période précédant la crise sanitaire. Il en est de même pour les consommateur-rices de somnifères et tranquillisants. Globalement, ces résultats sont cohérents avec ceux mettant en évidence un impact grandissant de la crise sanitaire sur la santé mentale des Belges (voir ci-après), les substances psychoactives pouvant être utilisées pour diminuer des symptomatologies anxiodépressives ainsi que des troubles du sommeil. L'existence d'une association entre

problématiques de santé mentale et usage de substances psychoactives n'a toutefois pas été investiguée dans les rapports préliminaires des enquêtes Covid-19 de Sciensano.

#### **SANTÉ MENTALE**

Le début de la crise sanitaire et les premières semaines de confinement ont engendré une hausse importante des troubles anxieux au sein de la population belge adulte : 23 % en avril 2020, contre 11 % en 2018. Cette hausse s'observe tant chez les hommes que chez les femmes et dans toutes les tranches d'âge (voir Figure 55). Lors des premières mesures de déconfinement survenues en mai-juin, on constate une réduction des troubles anxieux (16 % en juin 2020, un niveau qui reste supérieur à celui enregistré avant la crise sanitaire), qui sont toutefois à nouveau repartis à la hausse fin septembre (18 %), au moment où les contaminations augmentaient fortement et que la perspective de nouvelles mesures restrictives devenait de plus en plus inévitable. En décembre, les troubles anxieux ont fortement augmenté et ont atteint le seuil observé en avril, au début du confinement (23 %).

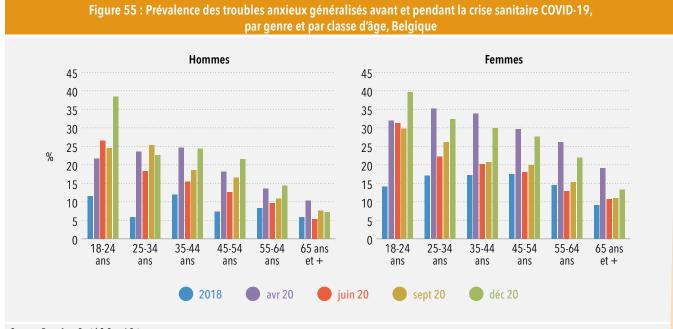
Les femmes ont été davantage touchées que les hommes par la survenue de troubles anxieux durant la crise sanitaire, quelles que soient les tranches d'âge. La fréquence des

troubles anxieux pendant la crise sanitaire est plus élevée chez les jeunes, en particulier chez les 15-24 ans. Le nombre de jeunes qui présentent un trouble anxieux en décembre est encore plus élevé que lors du début de la crise sanitaire et des premières mesures de confinement. La survenue de troubles anxieux durant la crise sanitaire varie également en fonction d'autres facteurs que l'âge et le genre. Les personnes qui vivent seules (avec ou sans enfants) ont été plus exposées à ce type de troubles que les personnes qui vivent en couple (avec ou sans enfants). Les personnes sans emploi ou bénéficiant d'un statut d'invalidité sont également plus exposées à ces troubles que les personnes qui exercent un travail. En revanche, les personnes pensionnées sont les moins exposées aux troubles anxieux. Enfin, le fait de travailler dans le secteur de la santé ne semble pas surexposer les travailleur-ses à ce type de troubles. Toutefois, la proportion de travailleur-ses de ce secteur qui présente un trouble anxieux généralisé a augmenté de manière significative au cours de la crise sanitaire, dans les mêmes proportions que le reste de la population.

En ce qui concerne les troubles dépressifs, le début de la crise sanitaire et les premières semaines de confinement ont également engendré une hausse importante de leur survenue au sein de la population belge adulte : 20 % en avril 2020, contre 9,5 % en 2018. Cette augmentation s'observe

tant chez les hommes que chez les femmes et concerne toutes les tranches d'âge (voir Figure 56). Les premières mesures de déconfinement survenues en mai-juin se sont accompagnées d'une réduction globale des troubles dépressifs (15 %), mais cette diminution s'observe surtout chez les femmes et chez les jeunes hommes et femmes de 15-24 ans (probablement en raison de la reprise des cours et la perspective des vacances estivales). Lors de la reprise des contaminations fin septembre, le niveau global de prévalence est resté similaires à ceux observés les mois précédents (14 % en septembre), mais il est reparti à la hausse chez les hommes d'un âge compris entre 25 et 54 ans ainsi que chez les femmes de 25-34 ans. En décembre, les troubles dépressifs ont fortement augmenté et ont même dépassé le seuil observé en avril au début du confinement (22 %).

Globalement, durant cette crise sanitaire, les hommes semblent avoir été autant touchés que les femmes par les troubles dépressifs, et les jeunes adultes (entre 18 et 34 ans) ont manifestement été les plus touchés tout au long de la crise. La survenue de troubles dépressifs durant la crise sanitaire varie également en fonction d'autres facteurs que l'âge et le genre. Les personnes qui vivent seules (avec ou sans enfants) sont ainsi plus exposées à ce type de troubles que les personnes qui vivent en couple (avec ou sans enfants).



Source: Enquêtes Covid & Santé Sciensano

Ce type de troubles touche davantage les personnes n'ayant pas poursuivi d'études supérieures. Les personnes sans emploi ou bénéficiant d'un statut d'invalidité sont également plus exposées à ces troubles que les personnes qui exercent un travail. En revanche, les personnes pensionnées (et, plus généralement, les personnes de 65 ans et plus) sont les moins exposées aux troubles dépressifs. Enfin, le fait de travailler dans le secteur de la santé ne semble pas surexposer les travailleurs à ce type de troubles. Toutefois, la proportion de travailleur-ses de ce secteur qui présente un trouble dépressif a augmenté de manière significative au cours de la crise sanitaire.

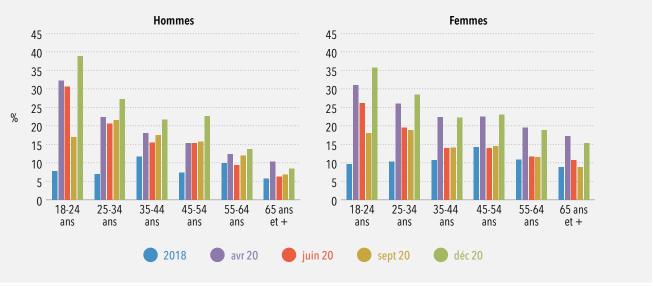
Le début de la crise sanitaire et les premières semaines de confinement ont également engendré une augmentation des troubles du sommeil. La majorité de la population (72 % en juin et septembre, et 73 % en décembre) rapporte ainsi avoir éprouvé des troubles du sommeil pendant la période de confinement, un pourcentage beaucoup plus élevé qu'en temps normal (environ 30 % en 2013). La fréquence des troubles du sommeil est restée stable entre juin et décembre. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à en rapporter, et ils touchent davantage les personnes n'ayant pas poursuivi d'études supérieures. Les personnes sans emploi ou bénéficiant d'un statut d'invalidité sont également plus exposées à ces troubles que les personnes

qui exercent un travail ou qui sont à la retraite. Le fait de travailler dans le secteur de la santé ne semble pas surexposer les travailleurs à ce type de troubles.

Enfin, la quatrième enquête Covid interrogeait les Belges par rapport aux idées et comportement suicidaires au début de la crise (avril-juin) ainsi qu'au cours des trois derniers mois (juillet-septembre). Au total, 2,4 % ont déclaré avoir sérieusement pensé au suicide dans les premiers mois de la crise (d'avril à juin inclus) et 3,5 % disent y avoir pensé les trois mois suivants (juillet à septembre inclus). Enfin, 0,1 % des répondant-es ont rapporté avoir fait une tentative de suicide dans les premiers mois de la crise (d'avril à juin inclus) et 0,2 % entre juillet et septembre. Par comparaison, avant la crise sanitaire, les idées suicidaires au cours des 12 derniers mois s'élevaient à 4,3 % dans la population générale âgée de 15 ans et plus, selon l'enquête HIS 2018, et les comportements suicidaires au cours des 12 derniers mois à 0,2 %. Durant la crise sanitaire, les idées et comportements suicidaires lors des trois derniers mois (juillet à septembre) sont nettement plus élevés chez les personnes qui souffrent d'anxiété et/ou de dépression, et sont plutôt rares chez celles qui n'éprouvent aucun de ces deux troubles (0,9 % pour les idées suicidaires et 0,06 % pour les tentatives de suicide). Ainsi, parmi les personnes présentant un trouble anxieux

(sans dépression), 3,5 % ont présenté des idées suicidaires et 0,1 % ont fait une tentative au cours des trois derniers mois : et parmi celles qui présentent un trouble dépressif (sans anxiété), ces pourcentages sont encore plus élevés (11,5 % pour les idées suicidaires et 1,2 % pour tentatives de suicide). Et en cas de comorbidité anxiétédépression, les pensées suicidaires s'élèvent à 20 % et les tentatives à 0,8 % au cours des trois derniers mois. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir pensé à mettre fin à leur existence (4,2 % versus 2,9 %) et à avoir tenté de le faire (0,3 % versus 0,1 %). Les personnes vivant dans un ménage isolé, monoparental ou en cohabitation (avec des parents, proches, connaissances) sont davantage enclines aux idées et comportements suicidaires. Les idées suicidaires sont également plus fréquentes chez les personnes ayant un faible niveau d'éducation, ainsi que chez les demandeur-ses d'emploi et les personnes en situation d'invalidité. En revanche, les personnes qui travaillent dans le secteur de la santé ne rapportent pas plus d'idées suicidaires que les autres.

Figure 56: Prévalence des troubles dépressifs avant et pendant la crise sanitaire COVID-19, par genre et par classe d'âge, Belgique



Source: Enquêtes Covid & Santé Sciensano

#### USAGE DES MÉDIAS SOCIAUX, D'INTERNET ET DES JEUX VIDÉO

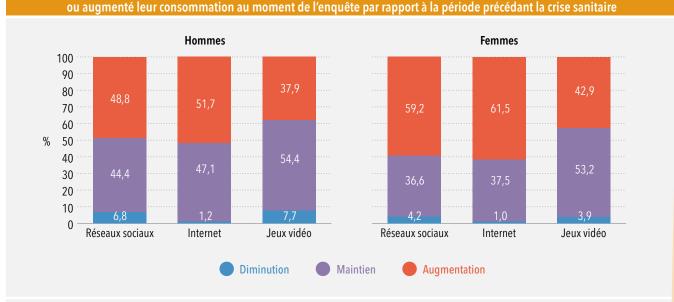
La cinquième enquête COVID-19 de Sciensano a également abordé l'utilisation des écrans avant et pendant la crise sanitaire, mais de manière très succincte, sans tenter d'évaluer l'évolution des usages excessifs. Au total, 92,5 % des Belges interrogés utilisent les réseaux sociaux, 96,6 % Internet, et 38,6 % pratiquent des jeux vidéo. Sans surprise, l'enquête met en évidence que la majorité des Belges a augmenté son utilisation des écrans, en particulier pour consulter les réseaux sociaux (augmentation chez 54 % des utilisateur-rices) et Internet (augmentation chez 57 % des utilisateur-rices), l'utilisation des jeux vidéo ayant quant à elle augmenté chez 40 % des utilisateur·rices. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir augmenté leur utilisation des écrans ; et les changements d'habitudes dépendent aussi de l'âge : pour les réseaux sociaux, les jeunes de 18-24 ans sont les plus nombreux à avoir augmenté leur utilisation (66 %) et cette proportion baisse progressivement avec l'âge (notons qu'elle atteint tout de même 47 % chez les personnes de 65 ans et plus); l'utilisation d'internet a quant à elle surtout augmenté chez les personnes âgées de 18 à 54 ans (augmentation chez plus de 60 % des utilisateur·rices); enfin, pour les jeux vidéo, les jeunes joueur-ses sont les

plus nombreux à augmenter leur pratique (42 % des 18-24 ans et 47,4 % des 25-34 ans), mais une petite proportion d'entre eux rapportent également une diminution (10 % des 18-24 ans et 7 % des 25-34 ans).

L'impact de la crise sanitaire et du confinement sur l'utilisation des écrans a été très peu documenté à l'échelle de la population belge. À notre connaissance, la seule étude ayant évalué l'impact de la crise sanitaire sur l'utilisation des écrans chez les jeunes Belges a été réalisée par Camille (la caisse d'allocations familiales de l'UCM). Malheureusement, aucun rapport officiel ne semble disponible et seuls quelques résultats ont été diffusés par communiqué de presse<sup>25</sup>. L'étude s'intéressait à l'utilisation des écrans au sein des familles wallonnes avec enfant(s) de moins de 13 ans. Au total, 2.000 parents ont participé à un sondage début mars 2020 (avant le confinement) et 4.000 en avril (pendant le confinement). Au total, 40 % des parents interrogés étaient en télétravail en avril 2020, et près de la moitié d'entre eux estime que les écrans les ont aidés à occuper leurs enfants pendants qu'ils travaillaient. La moitié des parents (56 %) estiment que le temps passé sur les écrans a augmenté d'au moins 1h par jour, et 11 % évaluent l'augmentation

journalière à plus de 3h. La grande majorité des parents (80 %) manifeste d'ailleurs de l'inquiétude par rapport aux conséquences de cette surexposition aux écrans, et un tiers déclarent observer des effets négatifs tels qu'une plus grande nervosité, de l'agressivité, de la fatique, un manque de concentration ou encore des irritations oculaires. Le confinement a toutefois aussi eu un impact positif sur d'autres activités occupationnelles des enfants, qui se sont davantage répandues en raison de la plus grande disponibilité des parents durant le confinement (activités culinaires, activités extérieures, jeux de société, apprentissage d'un instrument de musique ou d'une langue étrangère). Il est probable que les familles moins favorisées sur le plan socioéconomique aient moins profité de ces bénéfices du confinement, bien que l'enquête ne le précise pas.

Figure 57 : Proportion d'utilisateurs des réseaux sociaux, d'Internet et de jeux vidéo ayant déclaré avoir diminué, maintenu



Source: Enquêtes Covid Sciensano

<sup>25</sup> https://www.camille.be/Actualite/Les-habitudes-devos-enfants-ont-elles-changees-face-aux-ecrans

# 2.6. ENQUÊTE AUPRÈS DES SERVICES BRUXELLOIS ACTIFS EN MATIÈRE D'ASSUÉTUDES (Eurotox & Fedito Bxl, 2021)

Les quelques enquêtes quantitatives que nous avons passées en revue laissent penser que la crise sanitaire liée à la Covid-19 n'a eu jusqu'à présent qu'un faible impact sur les consommateurs et consommatrices de substances psychoactives et les services spécialisés en assuétudes. Ces enquêtes n'étant pas représentatives de l'ensemble des usager·es (en particuliers des plus vulnérables), nous avons mené une enquête auprès des services bruxellois spécialisés en assuétudes afin de mieux objectiver l'impact de la crise sanitaire sur les usager-es et sur l'activité des services. De précédents sondages réalisés pendant le confinement auprès des services spécialisés en assuétudes (Antoine, J., Plettinckx, E., van Baelen, L., & Gremeaux, L. 2020) et des professionnel·les de la santé mentale (PFCSM, 2020) ont déjà mis en évidence que la situation sanitaire et sociale des usager·es de droques les plus précaires s'est dégradée en raison de la mise à l'arrêt ou la réduction de nombreux services, et que les demandes d'aide ont augmenté pendant les premiers mois de la crise sanitaire, de même que

les symptomatologies anxiodépressives et les problématiques de consommation. Le baromètre réalisé par l'asbl Transit à quant à lui jusqu'à présent mis en évidence une grande stabilité des pratiques de consommation et d'approvisionnement durant la crise sanitaire pour les usager es qui fréquentent le comptoir d'échange de seringues (Transit, 2020). L'accès aux consultations médicales et aux prescriptions semblent toutefois plus compliqué, de même que l'accès aux services d'aide et premières nécessités (en raison de fermeture ou de capacité d'accueil réduite).

L'enquête que nous avons réalisée visait quant à elle à comparer globalement la situation actuelle des bénéficiaires et des services (telle que perçue par les services eux-mêmes) à la situation précédant la crise sanitaire, afin d'évaluer l'impact perçu au terme de quasiment une année de crise sanitaire. Les informations ont été récoltées sur base d'un questionnaire structuré à l'aide d'échelles ordinales<sup>26</sup>, de manière à pouvoir dégager une vue d'ensemble au sein de chaque service<sup>27</sup>. Bien que ce type d'appréciation ne repose

pas systématiquement sur des mesures objectives<sup>28</sup>, il fournit un éclairage utile et complémentaire aux données récoltées à travers des enquêtes quantitatives. Au total, 29 services<sup>29</sup> bruxellois actifs en matière d'assuétudes ont participé à cette enquête, qui s'est déroulée du 29 janvier au 12 février 2021.

#### IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR LE DÉVELOPPEMENT OU L'AGGRAVATION DES VULNÉRABILITÉS

La proportion de bénéficiaires qui présentent des vulnérabilités (ou dont celles-ci se sont aggravées) est en augmentation dans les services spécialisés en assuétudes de la Région bruxelloise (voir Tableau 70). En effet, selon les services interrogés, les bénéficiaires sont actuellement proportionnellement beaucoup plus nombreux à souffrir d'isolement ou de désaffiliation sociale qu'avant le début de la crise sanitaire. Ils sont aussi plus nombreux à présenter une dégradation de leur santé mentale et ainsi qu'une aggravation de la problématique

<sup>29</sup> Les institutions disposant de plusieurs services ou antennes distinctes ont été invitées à répondre pour chaque service ou antenne.

Tableau 70 : Proportion des bénéficiaires chez lesquels un développement ou une aggravation des vulnérabilités sont
actuellement observés (N=29)

	Aucun %	Une minorité (<5 %) %	Une petite proportion (5 %-20 %)	Une importante proportion (20 %-50 %)	Une majorité (>50 %) %
Isolement social	0,0	3,7	7,4	33,3	55,6
Dégradation de la santé mentale	0,0	7,1	14,3	39,3	39,3
Désaffiliation sociale	7,4	7,4	22,2	25,9	37,0
Rechute ou aggravation de la problématique de consommation	7,4	7,4	25,9	29,6	29,6
Cumul de plusieurs de ces vulnérabilités	7,4	7,4	11,1	44,4	29,6
Rupture du contact/traitement	10,3	31,0	27,6	13,8	17,2
Difficultés de logement	21,4	10,7	17,9	35,7	14,3
Dégradation de la santé physique	7,4	22,2	33,3	25,9	11,1
Perte d'emploi/de revenus	21,4	7,1	21,4	39,3	10,7
Victime de violence extra-familiale	35,7	25,0	21,4	10,7	7,1
Victime de violence intrafamiliale	23,1	38,5	26,9	11,5	0,0
Incarcération	51,9	25,9	18,5	3,7	0,0
Décès	44,0	44,0	12,0	0,0	0,0
Source : Enquête Eurotox & Fédito Bxl					

<sup>26</sup> Echelles permettant de classer des réponses d'appréciation sur base d'un ordre de grandeur.

<sup>27</sup> Le questionnaire a été complété par la personne qui connaît le mieux l'activité du service (coordinateur-ice, directeur-ice médical, etc.).

<sup>28</sup> La moitié des services ont toutefois déclaré disposer de données quantitatives permettant d'étayer leurs constats.

de consommation<sup>30</sup>, et à cumuler plusieurs vulnérabilités. Une proportion relativement importante de bénéficiaires présente également de plus grandes difficultés en termes de logement et d'emploi/revenus, et ce malgré les dispositifs qui ont été mis en place au début du confinement (e.g. augmentation de la capacité d'accueil dans les hébergements d'urgence). L'augmentation des violences intrafamiliales mérite également d'être soulignée, même si ce phénomène ne s'est fort heureusement pas généralisé.

La rupture de contact/traitement est restée limitée parce que les services se sont rapidement mobilisés et organisés afin d'assurer une continuité dans la prise en charge des bénéficiaires, via la mise en place de consultation téléphonique ou par visioconférence, le développement ou le renforcement des maraudes, l'allongement de la durée des consultations ou encore la réalisation de visites au domicile des bénéficiaires (voir Tableau 73). Les services se sont montrés proactifs et résilients, avec les moyens à disposition, pour maintenir autant que possible le lien avec les bénéficiaires, ce qui a probablement contribué à freiner l'aggravation des problématiques.

30 Ou d'une rechute, pour les personnes qui étaient abstinentes avant le début de la crise sanitaire. Certains services mentionnent à ce sujet que des patient es ont été mis en difficulté dans le maintien de l'abstinence en raison d'une tendance de certains dealers à être très proactifs pour écouler leurs produits malgré le confinement (appel téléphonique ou envoi de SMS, proposition de ristourne attractive, livraison à domicile...).

#### **IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE** SUR LES PROBLÉMATIQUES DE **CONSOMMATION**

Les services bruxellois spécialisés en assuétudes sont nombreux à rapporter une augmentation importante des usages problématiques d'alcool et de cocaïne (y compris de crack), mais aussi de tranquillisants/sédatifs et de cannabis parmi leurs bénéficiaires (voir tableau 71). Les polyconsommations problématiques sont également en augmentation. Les addictions comportementales (usages problématiques de TIC31, jeu pathologique) sont également en augmentation, même si cela ne s'observe que modérément au niveau de l'ensemble des services32.

#### **IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR** LES SERVICES ET LES TRAVAILLEUR-SES

Près de la moitié des services rapportent actuellement une forte augmentation de nouveaux bénéficiaires parmi leur patientèle<sup>33</sup>. Une partie de cette

- 31 Technologie de l'information et de la communication. L'usage problématique de TIC englobe toutes les dépendances aux écrans, y compris la cyberdépendance et le trouble du jeu vidéo (gaming disorder).
- Les services spécialisés dans ce type de prise en charge rapportent une augmentation importante de ce type de problématique.
- Certains services ont constaté que les nouvelles demandes d'aide enregistrées mensuellement ont quasiment doublé ces derniers mois. C'est notamment le cas de l'Unité de consultation du Centre Médical Enaden, qui enregistrait mensuellement environ 20 nouvelles demandes,

augmentation est liée à un accroissement des demandes d'aide impulsées par l'entourage et par les professionnel·les ou services relais, le confinement ayant vraisemblablement exacerbé les tensions familiales liées à la consommation, ou favorisé l'objectivation de problématiques de consommation qui restaient encore dissimulées aux yeux des proches. Cet afflux de nouveaux bénéficiaires, couplé aux mesures sanitaires prises pour limiter la propagation du virus<sup>34</sup> et à l'impact de la crise sur les travailleur-ses (absentéisme en raison du Covid, burnout), ont inexorablement augmenté le niveau de saturation des services ainsi que les délais d'attente pour les nouvelles demandes de prise en charge. La complexification des problématiques, provoquée par l'impact de la crise sanitaire sur les usager·es, a quant à elle eu tendance à induire une augmentation de la durée des contacts/consultations, mais certains services ont pris l'option de ne pas modifier la durée des consultations de manière à pouvoir allouer du temps à un maximum de bénéficiaires. Les services sont actuellement amenés à devoir établir un compromis inconfortable entre la volonté de vouloir absorber le plus de demandes d'aide possible, sans toutefois devoir sacrifier la qualité et le temps accordé à chaque prise en charge individuelle, et ce alors que ces services présentaient déjà un haut niveau de saturation avant la crise sanitaire.

- alors que les mois de janvier et février 2021 ont chacun comptabilisé plus de 40 nouvelles demandes.
- Limitation du nombre de travailleur-ses et de patient·es dans les locaux, désinfection des locaux entre chaque consultation,

Tableau 71 : Évolution des	problématiques de c	consommation de	s bénéficiaires (N=29)

	Forte diminution %	Légère diminution %	Pas de changement %	Légère augmentation %	Forte augmentation %
Usage problématique d'alcool	0,0	7,4	22,2	25,9	44,4
Usage problématique de cocaïne	0,0	3,8	34,6	26,9	34,6
Usage problématique de tranquillisants/sédatifs	0,0	0,0	25,0	42,9	32,1
Usage problématique de cannabis	0,0	3,8	38,5	26,9	30,8
Polyconsommation problématique	0,0	0,0	30,8	42,3	26,9
Usage problématique d'antidouleurs	0,0	0,0	40,7	40,7	18,5
Usage problématique de TIC (smartphone, jeux vidéo, réseaux sociaux)	0,0	4,3	52,2	26,1	17,4
Usage problématique d'opiacés (héroïne, méthadone)	0,0	3,8	53,8	30,8	11,5
Usage problématique de jeux de hasard et d'argent	0,0	4,5	86,4	4,5	4,5

Source: Enquête Eurotox & Fédito Bxl

Tableau 72 : Changements observés au sein des services (N=29)						
	Forte diminution %	Légère diminution %	Pas de changement %	Légère augmentation %	Forte augmentation %	
Présence de nouveaux bénéficiaires	3,7	3,7	22,0	22,2	48,1	
Absentéisme des travailleurs en raison du Covid (malade ou quarantaine)	0,0	0,0	22,2	48,1	29,6	
Délai d'attente	0,0	7,7	38,5	26,9	26,9	
Burnout des travailleurs	0,0	3,8	26,9	53,8	15,4	
Durée des consultations/contacts	3,7	14,8	48,1	18,5	14,8	
Absentéisme des bénéficiaires lors des consultations	0,0	11,1	55,6	22,2	11,1	
Agressivité des bénéficiaires envers les travailleurs	0,0	0,0	72,0	20,0	8,0	
Agressivité entre bénéficiaires	0,0	0,0	70,4	22,2	7,4	
Démission des travailleurs	0,0	0,0	73,1	23,1	3,8	
Source : Enquête Eurotox & Fédito Bxl						

La crise sanitaire a aussi eu et continue à avoir un impact considérable sur la santé des travailleur·ses³5 et le bien-être au travail, en raison de la surcharge de travail, de la nécessité de maintenir leurs activités dans des conditions de sécurité parfois précaires³6 et avec des moyens insuffisants, de la limitation des contacts entre travailleur·ses et des moments de convivialité, et de l'impact plus général de la crise sur les individus et leur bien-être. Plusieurs services ont été amenés à réaliser des supervisions d'équipe voire des supervisions cliniques pour créer un espace de parole et de partage des difficultés éprouvées par les travailleur·ses. Deux

enquêtes sont actuellement en cours afin de mieux objectiver et comprendre cet impact de la crise sanitaire sur les professionnel·les de la santé<sup>37</sup>.

Enfin, la crise sanitaire a contraint les services à adapter leurs modalités de fonctionnement et à faire preuve d'innovation et de créativité pour pallier aux conséquences des mesures de lutte contre la propagation du virus et tenter de préserver un lien thérapeutique avec les bénéficiaires. Les services ont ainsi été contraints de supprimer ou de

restreindre l'accès aux lieux d'accueil/ convivialité et au travail communautaire (groupes de parole³³, ateliers collectifs...), ce qui a fragilisé le volet «réinsertion sociale» des programmes proposés ainsi que les dynamiques plus informelles d'aide et d'accompagnement. Il faut aussi signaler que les contacts entre les professionnel·les de la santé et les bénéficiaires souffrent du caractère impersonnel que confèrent aux consultations le port du masque et le maintien des distances sociales. Et certains services ont aussi été contraints de ne plus accepter les passages non-planifiés (sans

<sup>38</sup> Certains services ont tenté de mettre en place des groupes de parole par visioconférence, mais les patient es adhèrent peu à cette modalité de fonctionnement.

Tableau 73 : Adaptation de l'offre des services (N=29)							
	Forte diminution %	Légère diminution %	Pas de changement %	Légère augmentation %	Forte augmentation %		
Consultation par téléphone (N=26)	3,8	0,0	11,5	42,3	42,3		
Maraudes (N=9)	11,1	0,0	44,4	11,1	33,3		
Consultation par visioconférence (N=22)	4,5	0,0	22,7	45,5	27,3		
E-permanence (N=11)	0,0	0,0	72,7	0,0	27,3		
Gratuité des traitements de substitution (N=11)	0,0	0,0	72,7	0,0	27,3		
Consultation sur rendez-vous (N=25)	8,0	8,0	52,0	16,0	16,0		
Plage horaire d'ouverture (N=26)	7,7	19,2	61,5	3,8	7,7		
Accessibilité aux groupes de parole/ateliers collectifs (N=21)	52,4	14,3	23,8	4,8	4,8		
Accessibilité à la salle d'attente (N=21)	33,3	38,1	23,8	4,8	0,0		
Accessibilité à la salle d'accueil (N=20)	40,0	15,0	40,0	5,0	0,0		
Source : Enquête Eurotox & Fédito Bxl							

<sup>35</sup> Y compris en ce qui concerne le travail administratif.

<sup>36</sup> En particulier au début du confinement, lorsque le matériel de protection était en pénurie.

<sup>37</sup> https://eurotox.org/2021/02/23/uliegeenquete-sur-le-vecu-et-les-pratiques-desprofessionnel%c2%b7les-en-periode-covid-19/ et https://eurotox.org/2021/02/23/le-journal-dumedecin-sonde-la-consommation-de-substances-etle-burn-out/

rendez-vous), ce qui peut s'avérer compliqué avec un public qui fonctionne de manière peu structurée. Les activités d'outreach (maraudes, consultations à domicile) se sont développées ou renforcées, de même que les consultations à distance (par téléphone, en visioconférence ou via une e-permanence).

Au-delà de cet impact global au niveau de l'ensemble des services, des difficultés ou constats supplémentaires ont également été rapportés dans le cadre d'activités menées dans des milieux ou avec des publics spécifiques. Ainsi, en matière de tabacologie, les rechutes chez les patient-es abstinents ont augmenté pendant la crise sanitaire, de même que l'aggravation de la consommation chez certains usager-es, en raison du caractère anxiogène de la crise, mais aussi parce que l'accompagnement n'a plus été possible pendant plusieurs semaines (en suivi individuel de même qu'à travers les groupes d'entraide) et que l'accès à la cigarette électronique et aux recharges n'a plus été possible pendant plusieurs semaines, les magasins spécialisés dans leur vente n'étant pas considérés comme essentiels. Dans ce contexte, il a été nécessaire d'accompagner les tabacologues dans la mise en place de consultations par téléphone et par visioconférence. En milieu carcéral, l'interruption des permissions de sortie, des congés pénitentiaires, couplée à la suspension des visites (des proches mais aussi, au début du confinement, des intervenant·es socio-sanitaires externes à la prison), des activités de réinsertion et des procédures de libération anticipée, ont fortement fragilisé les usager·es incarcérés³9. Les services ont dû mettre en place des permanences téléphoniques (peu accessibles aux personnes en détention) et s'organiser dans la mesure où les travailleur-ses ne pouvaient se rendre que dans une seule prison. Le fait que la majorité des services extra-pénitentiaires ont restreint leur activité (et n'accepte plus de nouvelles admissions) rend plus difficile encore le travail d'accompagnement à la réinsertion, ce qui a pour conséquence que la précarité des personnes détenues à la sortie de prison s'est aggravée depuis le début de la crise sanitaire. Le travail en réseau a également été mis à

mal par la crise sanitaire (communication difficile avec certains partenaires à la réinsertion, manque de réunions entre travailleur-ses, pénurie de l'offre de formation). Au niveau des personnes vivant dans la grande précarité, la crise sanitaire a également eu un impact délétère au niveau de l'accès ou le maintien des droits sociaux<sup>40</sup> et des services de première nécessité (repas ou colis alimentaires, douches, soins primaires...), et a également restreint leurs sources de revenus déjà bien frugales (mendicité, travail au noir, prostitution... rendus difficiles par les mesures restrictives), ce qui a accentué la détresse et la dégradation de la santé mentale et physique de nombreuses personnes. Plusieurs services ont observé depuis le début de la crise sanitaire une augmentation des demandes d'accompagnement relatives à des pratiques de Chemsex devenues problématiques. En ce qui concerne la prévention et la promotion de la santé, les services ont dû rapidement adapter leurs modalités d'entrée en contact avec leurs publics cibles en raison des restrictions de contact et de la désertion de certains lieux d'intervention (e.g. milieux festifs et milieu étudiant), qui sont toujours d'application. Les publics relais (e.g. intervenants scolaires et de l'aide à la jeunesse) restent également plus difficiles d'accès en cette période de crise sanitaire pour aborder les questions en lien avec les usages et les assuétudes, car ils se sont naturellement recentrés sur leurs missions premières et éprouvent eux même du mal à en assurer le maintien. Enfin, signalons que la crise sanitaire a cristallisé la nécessité de renforcer le travail en réseau (intra et intersectoriel) pour assurer la poursuite fructueuse des finalités des services et la continuité des soins aux patient-es, dans un contexte où le travail en réseau n'a jamais autant été si compliqué<sup>41</sup>.

#### 2.7. PERSPECTIVES

Les premières enquêtes ayant évalué l'impact du confinement et de la crise sanitaire sur la consommation de droques légales et illégales ont fourni des résultats rassurants, dans la mesure où l'on n'a pas observé de tendance généralisée à l'augmentation ou l'aggravation de la consommation. La majorité de la population sondée a donc été capable de faire preuve de résilience en cette période difficile. Toutefois, audelà de ce constat général, les enquêtes ont clairement mis en évidence qu'une proportion non négligeable de la population a été impactée de manière délétère par le confinement. Ainsi, environ un quart de la population semble avoir augmenté sa consommation d'alcool, cette augmentation étant apparemment favorisée par certaines caractéristiques sociales, psychologiques et environnementales, que la crise sanitaire et économique a pu impacter ou provoquer. En particulier et sans grande surprise, il apparait qu'une santé mentale fragilisée, le confinement avec des enfants, les conditions de vie ainsi que l'exercice d'une profession à risque de contagion favorisent la surconsommation d'alcool. La crise sanitaire (et la crise économique qui l'accompagne) étant de longue durée, le risque est grand que ces surconsommations se chronicisent et qu'elles puissent évoluer en usage problématique.

Néanmoins, les données récoltées dans le cadre de ces enquêtes correspondent à la consommation auto-déclarée, qui peut ne pas refléter fidèlement la consommation réelle, en raison de l'intervention de biais cognitifs (erreur d'estimation, déni, désirabilité sociale, etc.). De plus, ces enquêtes ont toutes été menées sans méthode d'échantillonnage, ce qui les expose au risque de biais de sélection (les personnes ayant répondu à l'enquête peuvent présenter des caractéristiques différentes de celles de la population générale). Ces enquêtes ne sont donc pas forcément représentatives de la population, d'autant plus que les personnes les plus fragilisées (personnes sans-abris, personnes institutionnalisées, personnes sans accès à Internet, etc.) ne sont généralement pas représentées. Elles ne fournissent dès lors qu'un faible éclairage sur l'impact de la crise sanitaire sur les personnes les plus vulnérables. En outre, certaines enquêtes ne portaient que sur les premières semaines de confinement. Pourtant, la durée de la

<sup>39</sup> Les services actifs en matière de toxicomanie ont d'ailleurs été les premiers à être interpellés par les directions de prison sur la dégradation de l'état de santé des détenu-es, et sont retournés dès que possible en milieu carcéral pour soutenir les patients et répondre aux nouvelles demandes de suivis psychosociaux.

<sup>40</sup> Intervention du CPAS, chômage, indemnités de la mutuelle...

<sup>41</sup> En raison des mesures de lutte contre la propagation du virus (qui s'avèrent chronophages et limitantes dans l'exercice des activités), en raison de la saturation ou fermeture temporaire des services partenaires, ou encore en raison de la non-acceptation de nouveaux bénéficiaires par certains services. Par exemple, les partenariats avec les services hospitaliers et les centres de jour ou de post-cure sont devenus plus compliqués.

pandémie ainsi que les nouvelles mesures restrictives associées à la deuxième vaque (couvre-feux, restriction des contacts sociaux, fermeture de l'horeca...) ont probablement davantage aggravé des problématiques de santé préexistantes, voire ont également fragilisé la santé mentale de nombreuses personnes qui étaient en bonne santé avant la crise sanitaire ou durant le premier confinement, comme le suggèrent les enquêtes de santé COVID-19 de Sciensano. Nous sommes en effet désormais soumis à des privations individuelles et collectives chroniques, auxquelles la population n'a jamais été exposée par le passé. Les inégalités sociales se creusent et les intervenant-es en social-santé puisent encore et toujours dans leurs ressources afin de contrer les effets sanitaires, sociaux et économiques délétères de la crise. La santé mentale des indépendant-es, qui rencontrent des difficultés économiques en raison de la suspension prolongée de leurs activités, est quant à elle dangereusement menacée par le prolongement des mesures restrictives. Il est donc hautement probable que l'impact de la crise sanitaire sur les consommations soit désormais plus important que ce qui a pu être observé au début du confinement, à l'instar de la santé mentale dégradée. En outre, à moyen terme, on peut s'attendre à ce que l'impact direct de la crise sanitaire sur la santé mentale entraine une augmentation significative des usages problématiques, en particulier d'alcool, de cannabis et de médicaments psychotropes, qui sont des substances fréquemment utilisées pour atténuer la souffrance psychologique et les symptômes de nombreux troubles mentaux.

L'enquête que nous avons réalisée auprès des services spécialisés en assuétudes de la Région de Bruxelles-Capitale a également montré que l'impact de la crise sanitaire sur les consommations problématiques et sur les usager·es en contact avec les services d'aide et de soin est bien plus important que ne le suggèrent les enquêtes menées à l'échelle de la population générale. Il n'y a pas de raison que la situation soit fondamentalement différente dans les services spécialisés en assuétudes de la Wallonie. On observe ainsi une aggravation des vulnérabilités d'un public qui était déjà connu pour être particulièrement fragile, une complexification des problématiques de consommation et une affluence de nouveaux bénéficiaires. L'usage d'alcool, de tranquillisants/sédatifs et de cannabis ont particulièrement augmenté, probablement parce les usager es ont eu

tendance à les surconsommer pour tenter de réduire l'angoisse et la détresse exacerbées par la crise sanitaire, mais les services observent également une augmentation de la consommation de cocaïne (y compris de crack, qui implique une plus grande demande de matériel d'inhalation) ainsi que des problématiques de polyconsommation, plus complexes à prendre en charge. Les services ont adapté leurs modes de fonctionnement et activités pour maintenir autant que possible le lien avec les bénéficiaires, tout en limitant la propagation du virus. Cela ne s'est pas fait sans difficulté, ni sans impact délétère sur les bénéficiaires et les travailleur-ses.

S'il n'est pas encore possible d'évaluer précisément l'impact de la crise sanitaire sur les demandes de traitement dans les services spécialisés en assuétudes<sup>42</sup>, certaines données sont d'ores et déjà disponibles. Par exemple, en ce qui concerne les demandes d'aide en ligne sur le site www.aide-alcool. be, en 2020, la file active (nombre de personnes inscrites et suivies) s'élevait à 377 personnes (+9 % par rapport à 2019), pour un total de 1606 consultations (+12.7 %). L'augmentation des demandes d'aide s'est toutefois surtout accentuée à partir du second confinement : en novembre et décembre 2020, 113 nouvelles demandes d'aide ont été enregistrées, contre 58 en novembre-décembre 2019. Et en janvier 2021, le site a enregistré 99 inscriptions au programme d'accompagnement en ligne, ce qui représente le plus grand nombre d'inscriptions enregistrées en 1 seul mois depuis la naissance du site en 2012<sup>43</sup>. Rappelons aussi que le délai entre le début d'un usage problématique et la première demande de traitement en «présentiel» est généralement de plusieurs années<sup>44</sup>, de

42 Les données de l'indicateur de demandes de traitement ne sont pas encore disponibles. Elles n'offriront toutefois un éclairage que sur les nouvelles demandes de traitement.

sorte qu'il y aura aussi inévitablement un impact différé de la crise sanitaire sur les demandes de traitement, bien que l'on peut supposer que le confinement ait parfois accéléré le décours temporel de demande d'aide en raison des tensions familiales ou des décompensations exacerbées par le confinement et l'impact plus général de la crise sanitaire.

L'impact de la crise sanitaire sur l'ensemble des comportements d'usage et les addictions ne se limite certainement pas aux seules consommations de produits psychoactifs. En effet, le confinement semble avoir notamment intensifié l'utilisation des écrans, bien que cet impact n'ait pas encore été systématiquement investigué sur notre territoire. L'enseignement à distance, lorsqu'il ne peut être associé à une supervision suffisante (parentale<sup>45</sup> ou scolaire), pourrait favoriser une utilisation excessive des écrans ainsi que le décrochage scolaire, ce qui risque d'accroître les inégalités sociales liées à la scolarité. En outre, la crise économique générée par la cessation ou la réduction de l'activité professionnelle de nombreuses personnes pourrait aussi avoir favorisé le recours désespéré aux jeux de hasard et d'argent. La cinquième enquête Covid de Sciensano montre en effet que, bien que la majorité des joueur-ses ait une pratique de jeux de hasard et d'argent similaire à la période antérieure à la crise sanitaire, 14,6 % des joueuses et 19,3 % des joueurs ont augmenté leur pratique pendant la crise sanitaire. Les services spécialisés dans la prise en charge des addictions comportementales observent d'ailleurs actuellement une augmentation des problématiques de ce type.

Il n'est pas inutile de rappeler que la crise sanitaire et les mesures politiques de lutte contre la propagation du virus n'ont pas impacté uniformément la population : elles ont entraîné une exacerbation des inégalités sociales de santé, constituant dès lors une véritable double-peine pour les populations fragilisées. Ainsi, non seulement les personnes ayant un statut socio-économique défavorisé courent davantage de risques sanitaires (forte densité de population, logements insalubres et/ou petits, profession

<sup>43</sup> Le nombre de demande est généralement plus élevé en janvier en raison des bonnes résolutions de la nouvelle année et de l'approche de la campagne de Tournée Minérale, mais le nombre de demandes enregistrées en janvier 2021 surclasse de loin les demandes habituellement enregistrées lors du premier mois de l'année

En l'absence d'aide sous contrainte ou d'aide impulsée par un proche, il faut souvent du temps pour que les usager·es prennent conscience et acceptent leur problème de consommation, et pour qu'ils/elles sollicitent une aide professionnelle une fois le problème reconnu. Ces étapes peuvent en effet s'étendre sur de nombreuses années, préalablement jalonnées de tentatives autonomes

et infructueuses de reprise de contrôle de la consommation.

Parce que les parents ne sont pas en télétravail ou parce qu'ils ne sont pas investis dans la scolarisation

ne permettant pas le télétravail, etc.), mais les dispositifs permettant d'ordinaire de garantir l'accès universel à la santé et de limiter la reproduction des inégalités sociales et leurs effets délétères sont fortement ralentis et/ou saturés de demandes (banques alimentaires, chômage, CPAS, école pour toutes et tous, etc.). Les conséquences du confinement ont et auront des répercussions à court et à long termes sur la perpétuation des inégalités sociales de santé, et donc sur la santé et le bien-être des individus<sup>46</sup>. Limiter l'impact à long terme de cette crise sanitaire ne pourra dès lors se faire sans un déploiement de programmes ciblés de promotion de la santé auprès de la population générale et des individus qui en ont le plus besoin. La promotion de la santé joue en effet un rôle central dans la prévention et la gestion des crises et leurs

conséquences, en permettant 1) de mettre en place des politiques publiques soucieuses de leurs répercussions sur les déterminants de la santé et les inégalités sociales de santé, et 2) de mener une communication optimale, non-paternaliste et transparente auprès des populations, qui tienne compte du niveau de littératie en santé de celles-ci. Même si les bénéfices des programmes de prévention et de promotion de la santé sont généralement différés et prennent du temps à s'objectiver, il est important de ne pas négliger cet axe stratégique qui reste très peu financé. En cette période de restriction de contact et d'interruption de certains secteurs d'activité (e.g. Horeca, culture, milieu de la nuit), un des enjeux actuels consiste à renforcer les actions de prévention et de RdR 2.0 pour toucher efficacement les publics cibles malgré l'impossibilité actuelle de les atteindre directement dans leurs milieux de vie. Cet enjeu est d'autant plus important que de nombreux signaux indiquent que la jeunesse (et la population, dans son

ensemble) montre clairement des signes de désarroi et de désœuvrement, ce qui peut favoriser les usages à risque ou excessifs. L'outreach 2.0 (en ce compris la prévention, la RdR et l'aide à distance), qui s'est accéléré avec la crise sanitaire, devrait offrir, s'il se renforce et se pérennise, de nouvelles possibilités pour accompagner les personnes dans leurs usages et réduire l'impact sur leur santé. Il offre également de nouvelles perspectives d'aide et d'intervention précoce pour les personnes désireuses de réduire leur consommation, sans forcément être prêtes à passer les portes d'un bureau de consultation spécialisée<sup>47</sup>. Néanmoins, il convient d'être

47 Les interventions à distance atteignent des groupes moins rencontrés dans les dispositifs de soin, tels que les femmes ou les travailleur-ses, probablement grâce à la préservation de l'anonymat, aux horaires souples et à la moindre stigmatisation associée à ce type de consultation. Ces interventions permettent aussi de toucher des personnes qui se questionnent sur leur consommation, avant que les problématiques ne se chronicisent.

#### AVIS DES EXPERT-ES

### Emilie Schmits & Fabienne Glowacz, ULiège, Unité de recherche ARCh

En mars 2020, la pandémie COVID-19 a été déclarée par l'OMS. Comme de nombreux citoyens à travers le monde, les Belges se sont vus imposer des mesures restrictives pour contrer le virus. La population s'apprêtait à vivre son premier confinement. Dans ce contexte aussi bien exceptionnel que traumatique, la question de l'impact de ces conditions sur la santé mentale des individus est rapidement apparue comme d'un enjeu majeur en termes de santé publique. Durant cette période de confinement, une enquête en ligne a été largement diffusée et complétée par 2871 adultes (79 % de femmes, âge moyen de 33.67 ans). Les conditions de confinement ont évaluées, ainsi que divers facteurs reflétant l'état de santé mentale des participants.

Les résultats ont mis en évidence que la population Belge souffrait d'anxiété et de dépression, jusqu'à respectivement 45 % et 56 % des participants les plus jeunes. En effet, la population âgée de 18 à 30 ans est particulièrement affectée par la crise sanitaire et la détresse psychologique observée est plus importante lorsque les conditions de confinement ne sont pas optimales (par exemple, moins d'espace à la maison, moins d'activités occupationnelles, moins de contacts via les réseaux sociaux) et lorsque la personne s'avère moins tolérante à l'incertitude. Concernant l'usage d'alcool dans ce contexte anxiogène et incertain, la moitié des répondants affirme ne pas avoir changé ses habitudes, un quart aurait augmenté sa consommation, et un quart l'aurait diminuée. La population plus âgée, avec un niveau d'éducation plus élevé, contrainte au télétravail et ayant des enfants est plus

susceptible de majorer son usage d'alcool. Globalement, les habitudes de consommation ont changé pour la moitié des Belges, qu'il s'agisse d'une augmentation ou d'une diminution, et la symptomatologie anxiodépressive associée au contexte a joué un rôle déterminant.

Au terme de cette enquête, une série de recommandations ont été formulées, notamment afin de prévenir une détérioration de la santé mentale de la population lors du dé/re - confinement : accorder une attention particulière aux jeunes et à leur bien-être en tant qu'étudiants ; réduire l'incertitude pour diminuer la symptomatologie anxiodépressive, notamment via une communication claire et des messages non ambigus de la part des politiques ; implémenter une stratégie de prévention alcool dans ce contexte de crise afin prévenir un rebond de l'usage chez les jeunes lors de l'assouplissement des mesures ou un maintien de l'usage accru chez les télétravailleurs. Reste à voir ce qui aura été entendu.

#### Pour en savoir plus :

Glowacz, F. & Schmits, E. (2020). Psychological distress during the COVID-19 lockdown: The young adults most at risk. *Psychiatry Research*, 293, 113486.

Schmits, E. & Glowacz, F. (In press). Changes in alcohol use during the COVID-19 pandemic: Impact of the lockdown conditions and mental health factors. *International Journal of Mental Health and Addiction*. https://doi.org/10.1007/s11469-020-00432-8.

<sup>46</sup> https://prospective-jeunesse.be/cpt\_article/covid-19-les-effets-du-confinement-sur-les-inegalitessociales-de-sante-et-les-usager-e-s-de-droques/

#### AVIS DES EXPERT-ES

G. Lacroix, Coordinatrice générale du Relais social du Pays de Charleroi

#### LA LUTTE CONTRE LE SANS-ABRISME AU TEMPS DE LA CRISE SANITAIRE

Que dire de cette crise sanitaire dont certains ont prétendu qu'elle avait au moins l'avantage de nous remettre tous sur un pied d'égalité face à la peur de la maladie et aux risques qu'elle nous faisait encourir physiquement.

Sauf que le sans abrisme endurcit ceux pour qui la survie devient un art de vivre. La crise sanitaire a sans doute davantage touché physiquement les travailleurs que les publics : seuls les vivants redoutent la mort.

Les impacts économiques de cette crise sur les plus fragiles ont largement été commentés : pertes de revenus, pertes des systèmes de débrouilles de tous ordres. La liste est longue.

Les accès compliqués aux administrations, aux services sociaux laissent les publics en rade : un silence pesant pour ceux qui en dépendent et dont les besoins doivent rester en suspens en attendant des jours meilleurs.

Face à cela, il a fallu pour les professionnels développer de nouvelles manières de continuer à faire leur métier : ainsi se sont développées au sein des dispositifs des approches mobiles pour rencontrer les publics sur leurs lieux de vie, réduire les risques sanitaires; Mais pas seulement : les risques de décrochage total avec les professionnels, les risques de repli définitif sur soi et la déliquescence des derniers liens à un monde plongé dans un coma artificiel en attendant que ça passe.

Du côté du réseau de la grande précarité, nous avons fait le pari qu'il fallait se saisir de cette crise pour intensifier notre politique de remise en logement des personnes sans abri. Les soutiens financiers supplémentaires obtenus ont été utilisés pour renforcer les équipes d'accompagnement en logement et mettre en place des solutions de logement alternatives, temporaires et durables au départ des dispositifs d'accueil d'urgence.

Crise sanitaire oblige, nous avons dû plus que jamais faire preuve de créativité, de flexibilité pour adapter l'offre de services soucieux de n'en laisser aucun sur le carreau.

Et pourtant, s'il fallait encore une piqûre de rappel, la crise sanitaire nous confronte cependant encore durement à la présence en rue de publics «sans lieu, ni place», certains évoquent les «incasables», ceux dont les profils ou les habitudes de consommation ne trouvent nulle part où se caser, les «clandestins» dont la présence ne cesse d'interroger encore nos pratiques et notre politique de lutte contre le sans abrisme, et se fait encore plus insistante lorsque l'espace urbain s'est vidé de ses occupants.

attentif au fait que ces nouveaux dispositifs peuvent aggraver certaines inégalités sociales de santé si on ne veille pas à réduire parallèlement la fracture numérique et améliorer la littératie numérique des populations déficitaires en la matière.



#### LES USAGER-ES DE DROGUES ILLÉGALES FACE À LA CRISE SANITAIRE

Le confinement, l'ennui, la perte de repères temporels, la perte de liberté, les sensations de solitude et d'isolement, la rupture avec les habitudes et le quotidien, le contexte anxiogène, la peur de la maladie, l'inquiétude pour ses proches, les interrogations concernant le virus et ses traitements, les incertitudes quant aux retombées économiques, etc. sont autant de facteurs pouvant jouer sur la consommation de drogues licites et illicites (Rolland et de Ternay, 2020). Les enquêtes en ligne menées depuis le début de la crise sanitaire mettent en exergue un impact du confinement sur les consommations de droques légales et illégales différencié selon les caractéristiques psychologiques, sociales et environnementales des individus. Or, force est de constater que les facteurs de protection et de risque influençant la simple consommation et la consommation problématique de drogues ont été significativement impactés par la crise sanitaire, par les mesures de confinement et de distanciation sociale, et par la crise économique qui les accompagne.

Les usager·es de droques licites et illicites courent à la fois les risques liés à la COVID-19 et ceux liés à la consommation de substances en période de confinement<sup>48</sup>. Les personnes usagères de drogues ont souvent un système immunitaire plus faible et des difficultés respiratoires, ce

<sup>48</sup> Voir notre note «COVID-19 : Conseils de réduction des risques liés à l'usage de drogues» sur eurotox.

qui constitue un risque supplémentaire de contracter le virus et de développer des symptômes graves. Elles sont davantage à risque d'être gravement malades ou de décéder de la COVID-19:

- La COVID-19 aggrave les dépressions respiratoires provoquées par la consommation d'opioïdes, de benzodiazépines et d'alcool;
- Le sevrage aux opioïdes, potentiellement induit par le confinement, peut aggraver des difficultés respiratoires;
- Fumer ou inhaler des produits (tabac, cannabis, crack, cocaïne, meth/speed, etc.)
   aggrave les problèmes respiratoires;
- Les infections au HIV, hépatites virales et cancers du foie, dont la prévalence chez les usager·es injecteurs est élevée, affaiblissent le système immunitaire;
- Le confinement éloigne les personnes vulnérables des centres de soins de santé physique et mentale;
- La cooccurrence d'une consommation problématique et de problèmes de santé mentale peuvent significativement compliquer l'outreach, la prise en charge et le respect des gestes barrières;
- Certains usager-es, notamment les plus marginalisés ou précarisés, ont parfois une relation compliquée au milieu médical.

Les situations de **stress ou d'anxiété** liées à la pandémie et au confinement obligatoire peuvent avoir différents effets sur les usager-es de drogues et les personnes en sevrage ou sous traitement de substitution :

- Envie ou besoin de consommer davantage (risque de surdoses);
- Envie ou besoin de consommer à nouveau après une période d'abstinence (risque de rechute et de surdoses);
- > État d'esprit propice aux bad trip.

S'est ajouté à cela les risques inhérents au manque de matériel stérile et en bon état pour consommer à moindre risque, suite à la fermeture ou ralentissement des dispositifs de réduction des risques lors du confinement de mars-avril 2020<sup>49</sup>.

49 Le manque de matériel de consommation stérile et en bon état augmente les pratiques de partage et réutilisation du matériel, et donc les risques de transmission et infection au VIH et hépatites B et C, et d'abcès. À noter qu'en temps ordinaires, l'offre de matériel stérile ne rencontre déjà pas la demande, faute de moyens suffisants mis à disposition du milieu associatif (voir 20 ans d'échange de

Les interdictions de voyage, les contrôles policiers renforcés et la restriction des possibilités de se déplacer dans l'espace public, lors des premières mesures de confinement, ont temporairement impacté le marché illégal. Ainsi, certaines drogues ont connu une pénurie de courte durée et certains prix se sont momentanément envolés. Le marché des drogues illégales étant fortement résilient, il s'est cependant rapidement adapté et a retrouvé une certaine normalité. L'EMCDDA et Europol ont également noté que l'intérêt et le recours aux achats en ligne a augmenté depuis le début de la pandémie, Internet, le darknet, les réseaux sociaux et les messageries cryptées connaissant un grand succès comme source d'approvisionnement (EMCDDA et Europol, 2020). Il n'est cependant pas exclu que des pénuries locales aient eu lieu, ni que certaines droques vendues en rue aient connu une qualité et des prix fluctuant au cours de la pandémie.

Les usager-es précarisés sont d'autant plus à risque qu'ils cumulent à la fois les risques corrélés à un SSE faible et ceux liés à l'usage de drogues (licites et illicites). Leur santé est en effet impactée, d'une part, par les fluctuations du marché des droques illicites et, d'autre part, par l'arrêt ou ralentissement des services sociaux, de santé, de prévention, de réduction des risques, d'aide et accompagnement. Certains centres et intervenant-es spécialisés en relation avec les usager-es précarisés ont rapporté lors de la première vague une baisse de la disponibilité et de la qualité des produits illicites, une augmentation des prix en rue (Le Vif, 2020; Antoine et al, 2020)<sup>50</sup>, et globalement une aggravation

- seringues en Belgique francophone : Quel dispositif d'accès au matériel stérile d'injection à Bruxelles et en Wallonie ? Mira Goldwicht. Modus Vivendi. Novembre 2016).
- Précisons toutefois que d'après les résultats de l'enquête menée par Sciensano (2020b), les usager·es de drogues sondés ne rapportent pas de baisse de la qualité des produits en circulation, ni d'augmentation des prix, contrairement à l'enquête menée auprès des centres et intervenant-es spécialisés. Deux hypothèses peuvent expliquer la différence de constats : 1) les centres et intervenant·es rapportant une baisse de la disponibilité et une hausse des prix sont principalement en Région wallonne et en Région de Bruxelles-Capitale, tandis que les usager·es sondés sont principalement en Région flamande (il y aurait donc éventuellement une disparité spatiale); 2) Les publics d'usager·es ne sont pas les mêmes : les usager es ayant répondu à l'enquête en ligne se déclarent en effet en bonne santé, ont un emploi

de leurs conditions de vie et des risques sociosanitaires (RTBF, 2020; Libération, 2020). La raréfaction des substances illicites, l'augmentation de la demande et celle des risques pris par la chaîne d'approvisionnement ont pu en effet participer à l'augmentation des prix en rue. Or, les usager es précarisés sont d'autant plus sensibles aux fluctuations du marché que leurs revenus sont faibles et incertains. L'augmentation des prix, la baisse de la qualité des produits et la réduction de leur disponibilité peuvent pousser les usager-es les plus précaires à consommer des produits de substitution et à diminuer leurs dépenses de première nécessité (nourriture, logement), aux dépens de leur santé, et/ou les précipiter dans des sevrages non-désirés, non-prévus et surtout non-accompagnés (RTBF, 2020; Hamilton et Stevens, 2020).

Les mesures de confinement et de distanciation physique ont d'autres effets délétères sur les usager-es précarisés. Au début du confinement de mars-avril 2020, la fermeture ou le ralentissement des services de santé et d'accompagnement ont limité l'accès aux soins, le nombre de places en résidentiel et l'accès aux traitements de substitutions au opiacés (notamment pour les nouveaux patient-es), et ce, alors même que les risques liés à l'usage de drogues et les risques de sevrage contraint augmentaient. En même temps, les dispositifs de prévention et de réduction des risques (matériel stérile de consommation, dépistage, testing de produits) subissaient un ralentissement, dû aux mesures de d'hygiène et de distanciation physique (RTBF, 2020; Alter échos, 2020a; EMCDDA, 2020b). D'autres services sur lesquels l'équilibre précaire de ces usager-es repose ont été contraints de fermer ou de limiter leurs activités, notamment les douches, les centres de jour, les restaurants sociaux, les services sociaux, etc. (Alter échos, 2020a). Parallèlement, l'augmentation des contrôles policiers et la baisse drastique de la fréquentation de l'espace public ont impacté et impactent encore les usager-es précarisés qui sont davantage en rue. La consommation en rue, la mendicité, l'approvisionnement auprès des dealers, ou même le fait de se poser ou dormir dans l'espace public sont

et ont un niveau d'éducation relativement élevé (secondaire et plus), alors que l'enquête auprès des centres et intervenant es concernerait davantage des usager es ayant un SSE faible. devenus beaucoup plus compliqués voire impossibles (Libération, 2020).

Tous ces éléments combinés ont poussé les usager es précarisés ou fragilisés à se cacher davantage et les ont éloignés des services d'aide, de soins et de réduction des risques, augmentant dès lors les risques liés à la consommation de drogues. Au final, le lien entre les services spécialisés et les usageres, déjà fragile, risque de s'effilocher, et la santé physique et mentale des usager·es de se détériorer significativement. De nouveau, la crise sanitaire liée à la COVID-19 agit en révélateur des limites et manquements du modèle sociétal dans lequel nous évoluons; un modèle basé sur la prohibition de certaines substances psychoactives et sur la répression des usager·es, plutôt que sur la promotion de la santé et une approche de l'usage de droques licites et illicites depuis le prisme de la santé publique.

INNOVATIONS ET ADAPTIONS DES SERVICES SPÉCIALISÉS

Au cours du confinement et partout en Europe, les dispositifs se sont adaptés et ont parfois même bénéficié de moyens inédits afin de poursuivre leurs activités (EMCDDA, 2020b). Certains pays, par exemple, ont assoupli leur réglementation en matière de traitement de substitution : allongement de la durée des prescriptions, augmentation des quantités prescrites, changements dans le dosage et les produits, réduction ou annulation des tests d'urine ou des prises supervisées... En Belgique et ailleurs, des dispositifs de délivrance des traitements à domicile et d'outreach mobiles ont été mis en place (qui reposent sur un accès rapide et simplifié à un TSO). Les services de testing ont dû arrêter leurs activités en face à face, mais ont parallèlement renforcé leur présence en ligne. Certains comptoirs de matériel stérile de consommation ont pu augmenter les quantités de matériel délivré en une fois et développer la livraison à domicile ou des lieux de self-service.

Des chambres d'hôtel et des (nouveaux) abris ont été mis à disposition des personnes sans domicile et nombre de services ont organisé des distributions de nourriture gratuite, de masques et de gel hydroalcoolique auprès des usager·es<sup>51</sup>.

Dans certains pays, les abris à destination des personnes fortement marginalisées ont même développé des activités de réduction des risques liés à l'alcool. Les différents dispositifs se sont mobilisés et ont adapté leur fonctionnement afin de garantir la continuité de leurs services et garder le contact avec leur public. Les maraudes ont été renforcées dans plusieurs villes et nombre d'associations et centres de consultation ont renforcé ou basculé vers des services à distance (téléphone, chat). Les salles de consommation à moindre

COVID-19 en Europe, 28/05/2020, Correlation, European Harm Reduction Network: voir aussi les sites de la Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes (Fédito BXL asbl) et le site du Centre de Référence en Santé Mentale (Crésam asbl). risque ont pour beaucoup poursuivi leurs activités, en s'adaptant; et certains pays ont mis en place des salles mobiles. La salle de consommation de Liège et les comptoirs de matériel stérile de consommation ont maintenu leurs horaires tout du long de la crise, tout en respectant les consignes sanitaires. Des numéros d'urgence sociale ont été lancés à Bruxelles et en Wallonie, et une hotline a également été mise en place afin de soutenir les professionnel·les de la santé bruxellois en les réorientant vers des médecins spécialisés en assuétudes.

#### **AVIS DES EXPERT-ES**

#### Christopher Collin, coordinateur, Dune asbl

Le contexte de la pandémie Covid 19 a été fortement marqué par la fermeture ou la réduction des services de première ligne avec pour impact direct une dégradation de la situation socio-sanitaire des usagers de drogues en milieu précaire et une augmentation des situations de décrochage.

Depuis le début de la crise, nous avons choisi de réorienter nos services vers la rue pour continuer à faire offre de soin. Dans ce travail qui consiste à nous rendre dans les lieux de vie des usagers de drogues (squattes, espace public,...) nous avons observé la multiplication des situations de violence vécues par le public usager de drogues en milieu précaire : pression sur l'espace public avec l'obligation de mobilité, violences policières, non-accès aux ressources financières habituelles (manche), report des soins considérés comme «non urgents» avec impact sur la santé globale, rupture des suivis psychiatriques et de traitement, etc. Chose alarmante et imposable normalement dans la capitale de l'Europe, des gens crevaient de faim et le fait de ne pas pouvoir rencontrer un des besoins les plus élémentaires qu'est celui de se nourrir ajoutait, s'il le fallait encore à la tragédie.

Ce contexte a bien entendu impliqué une détérioration et une complexification des situations socio sanitaires dans lesquelles trois tendances importantes émergent. Tout d'abord, la forte augmentation des violences de genre en rue et l'impossibilité de mettre à l'abri les victimes. Ensuite, les décrochages dans les parcours de soins notamment suite au durcissement des conditions d'accueil et de fermeture dans les dispositifs de soins classiques. Finalement, la flambée des plaintes lors des consultations médicales, paramédicales et sociales autour des états dépressifs associés quelques fois a des idées suicidaires.

À l'heure d'écrire ces lignes, nous faisons malheureusement le constat que nous ne sommes qu'au début, car il faudra gérer le post-Covid et tous les impacts au niveau des déterminants sociaux de la santé. Il ne reste qu'à espérer que les travailleurs de premières lignes tiendront le coup eux qui ont été fortement éprouvés depuis le début de la crise par la détresse humaine de celles et ceux qui viennent frapper à notre porte.

<sup>51</sup> EMCDDA (2020). Op. Cit.; Séminaire sur les salles de consommation à moindre risque en tant de



#### L'ESSOUFFLEMENT DE NOTRE MODÈLE DE SOCIÉTÉ

Ces constats ne sont évidemment pas nouveaux et ont déjà fait couler beaucoup d'encre. Les secteurs de la lutte contre la pauvreté, de la promotion de la santé, de la santé, de l'aide sociale, de la prévention et de la réduction des risques tirent depuis longtemps la sonnette d'alarme.

Les crises, qu'elles soient sociales, sanitaires, économiques ou écologiques, tendent à révéler les faiblesses structurelles des sociétés (Peretti-Watel, 2020). La crise sanitaire liée à la COVID-19 exacerbe, voire accélère, les conséquences des mesures politiques prises ces dernières décennies en matière de dérégulation du travail, de privatisation des services publics, d'austérité, de dissolution du système de protection sociale et de santé (les hôpitaux en première ligne), et de désintérêt pour la promotion de la santé ; autant de mesures qui ignorent et renforcent les inégalités sociales et qui individualisent toujours plus la responsabilité de la santé et des conditions de vie. Or, ce sont la collectivité et l'État qui devraient compenser, réparer et lutter durablement contre les inégalités sociales.

La crise actuelle exacerbe les inégalités sociales de santé qui persistent entre les classes sociales, les genres et les corps de métier. Elle souligne l'oubli systémique de ces inégalités et de certaines franges de la population, ainsi que les politiques de l'urgence appliquées par les pouvoirs publics aux personnes précarisées, sans abri, détenues, institutionnalisées, âgées, marginalisées, sans papier, usagères de drogues, travailleuses du sexe, pour ne citer qu'elles. Elle met en exerque une hiérarchisation erronée des métiers, du mérite et de l'utilité basée sur la rentabilité et le profit, plutôt que sur la plus-value socio-sanitaire. Elle a aussi visibilisé les effets sociosanitaires de la prohi-bition sur les usager·es de drogues, qui découlent de l'absence de contrôle de la qualité des substances en circulation ou de régulation des prix, de la peur de la police et de la

stigmatisation, du manque d'information (sur les produits, les risques et leur réduction), et du manque systémique de soutien politique et financier des dispositifs de prévention et de réduction des risques<sup>52</sup>, au sein desquels l'associatif est surreprésenté.

La crise actuelle rappelle en conséquence le rôle central et indispensable du travail reproductif<sup>53</sup> et des dispositifs de soin, d'aide et d'accompagnement; et le rôle pilier que jouent les institutions publiques (l'école en premier lieu) et les points d'appui associatifs et non-gouvernementaux qui luttent contre la pauvreté et les inégalités sociales. Elle met également en lumière toute l'importance d'investir durablement dans la promotion de la santé.

#### LES LEÇONS À TIRER DE LA CRISE

Les leçons à tirer de la crise sont nombreuses, et parmi elles, l'importance pour l'avenir de revaloriser un secteur trop souvent oublié des politiques publiques, à savoir la promotion de la santé, qui comprend notamment la réduction des risques. La promotion de la santé joue pourtant un rôle cen-tral dans la prévention et la gestion des crises et leurs conséquences. Elle permet aux individus d'améliorer la maîtrise de leur propre santé et comprend un vaste panel d'interventions sociales et environnementales visant à favoriser et protéger la santé et la qualité de vie, tout en luttant contre les principales causes de la mauvaise santé (c'est-à-dire en agissant sur les déterminants de la santé; OMS, 2016). La santé est comprise de manière globale : la santé physique, certes, mais également la santé mentale et le bienêtre. La promotion de la santé défend dès lors la mise en place d'un projet social durable

52 Cellule Générale de Politique Drogues (2018). Monitoring des dépenses publiques en matière de drogues. Exercices 2014 et 2015. Bruxelles. qui s'inscrit dans un écosystème. Ce projet social tend vers la création des conditions et environnements favorables à la santé des individus et communautés.

Les modèles théoriques sur lesquels repose la promotion de la santé participent à mettre en place des actions cohérentes et globales autour des déterminants de la santé et à élaborer des stratégies de communication, d'information et d'éducation à la santé (Scheen et Aujoulat, 2020). La promotion de la santé vise à autonomiser les communautés et à faire vivre le projet démocratique en encourageant la participation citoyenne aux décisions ayant un impact sur la santé (IREPS, 2020). La collaboration interdisciplinaire et la création de liens et de solidarités sont au centre de son fonctionnement. Ainsi, en temps ordinaires et en temps de crise, la promotion de la santé et ses acteur-rices permettent 1) la mise en place de politiques publiques soucieuses de leurs répercussions sur les déterminants de la santé et les inégalités sociales de santé, et 2) une communication optimale, non-paternaliste et transparente auprès des populations, qui tienne compte du niveau de littératie en santé de celles-ci.

La promotion de la santé participe ainsi à l'édification d'un modèle de société plus égalitaire, plus équitable, plus démocratique et durable, qui considère la santé des individus comme un bien collectif et essentiel. Elle défend le caractère nonmarchand et collectif de la santé, ainsi que le droit à la santé dans sa totalité (y compris des conditions de vie dignes, la participation démocratique aux décisions politiques, et l'accès à une information sanitaire complète et transparente; Mebtoul, 2020). Or, malgré son importance fondamentale dans la pérennité de la société, force est de constater que la promotion de la santé souffre d'un manque systémique de moyens financiers et humains et de considération de la part pouvoirs publics.

Au plus haut des vagues de COVID-19, les bonnes intentions et les promesses de réforme sont pléthore. L'accalmie entre la première et la deuxième vague ne semble pourtant pas avoir porté ses fruits. De nouveau, après la tempête passée, subsistera un important chantier de réorganisation des priorités et financements publics, afin de sortir des politiques de l'urgence et d'enfin créer un environnement social, économique et écologique durable et favorable à la santé.

<sup>53</sup> Le travail reproductif désigne l'ensemble des activités qui permettent de créer et renouveler la force de travail, c'est-à-dire procréer, mais aussi nourrir, loger, prendre soin et soigner des malades, des aîné es et des jeunes, soutenir, nettoyer, éduquer, etc. à l'échelle du foyer domestique et de la société. Ce travail reproductif est largement dévalorisé au sein des sociétés occidentales, puisque considéré comme non rentable. Il repose fortement sur une répartition genrée et racisée des tâches, les femmes et personnes racisées étant surreprésentées dans le travail reproductif. Parce que considéré comme une compétence «naturelle», une passion ou un dû, le travail reproductif est souvent peu valorisé, mal rémunéré voire gratuit (voir notamment De Beauvoir, 1949; Federici, 2014; Cognet, 2010).

## BIBLIOGRAPHIE

Alter échos (2020a). «Drogues et précarité : confinement sous haute tension», in Alter échos, Marinette Mormont, 20/04/2020, Belgique.

Antoine, J. (2020). L'enregistrement TDI en Belgique. Rapport annuel : année d'enregistrement 2019. Bruxelles : Sciensano.

Antoine, J., Plettinckx, E., van Baelen, L., & Gremeaux, L. (2020). Analyse des conséquences de la crise de COVID-19 pour les centres de traitement spécialisés et les institutions en contact avec les personnes qui utilisent des drogues. Sciensano: Bruxelles.

Cellule Générale de Politique Drogues (2018). Monitoring des dépenses publiques en matière de drogues. Exercices 2014 et 2015.Bruxelles.

Cognet, M. (2010). «Genre et ethnicité dans la division du travail en santé : la responsabilité politique des États», in L'Homme & la Société, 176-177(2), 101-129.

De Beauvoir, S. (1949). Le Deuxième Sexe. France: Paris, Gallimard.

EMCDDA & Europol (2020), EU Drug Markets: Impact of COVID-19, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (2020b). "Impact of COVID-19 on drug services and help-seeking in Europe", Trendspotter briefing, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Portugal: Lisbonne.

Federici, S. (2014). Caliban et la sorcière : Femmes, corps et accumulation primitive. Marseille/Genève-Paris, Éditions Senonevero/Éditions Entremonde.

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

Hamilton I., Stevens, A. (2020). "How coronavirus is changing the market for illegal drugs", in The Conversation, 26/03/2020.

IBSA (2020). «Pourquoi le COVID-19 a frappé durement le Région de Bruxelles-Capitale?», Focus n°39, Institut bruxellois de statistiques et d'analyse.

IFOP (2019). «Enquête sur le complotisme – Vague 2», Institut d'études d'opinion et marketing en France et à l'international, pour la Fondation Jean Jaurès et Conspiracy Watch.

IREPS (2020). Inégalités sociales de santé au temps du coronavirus : constats et pistes d'actions en promotion de la santé. Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé, Auvergne-Rhône-Alpes, France.

Lang et al. (2020). «Pour lutter contre les inégalités sociales de santé, il faut pouvoir les mesurer!», in Libération, 04/05/2020, France.

Le Vif (2020). «Toxicomanie : les associations de soutien tirent la sonnette d'alarme», Le Vif, 23/04/2020, Belgique.

Libération (2020). «Covid-19: les usagers de drogue, de grands oubliés», Libération, Un collectif d'associations, 09/04/2020,

Maurage, P. et al. (2020). Synthèse des premiers résultats de l'enquête «consommation d'alcool et confinement» réalisée auprès de la population belge francophone. Louvain-La-Neuve: UCLouvain.

Mebtoul, M. (2020). «Pour une prévention socio-sanitaire de proximité», in Liberté, 15/04/2020, Algérie.

Modus Vivendi & Eurotox (2020). Résultats préliminaires de la première phase de la Trans-European Covid-19 and Drugs Survey. Bruxelles: Modus Vivendi.

Modus Vivendi & Eurotox (2021). Résultats préliminaires de la seconde phase de la Trans-European Covid-19 and Drugs Survey. Bruxelles: Modus Vivendi.

OMS (2016). «Qu'est-ce que la promotion de la santé ?», Organisation mondiale de la santé, Suisse : Genève

Peretti-Watel P. (2020). «Sociologie du risque et crises sanitaires : un éclairage sur la pandémie du coronavirus», interview du 08/04/2020, menée par Anne Châteauneuf-Malclès, SES-ENS, Ecoles normales supérieures de Lyon, France.

PFCSM (2020). Santé mentale, assuétudes et Covid en RBC : ressenti des travailleurs de terrain. PFCSM : Bruxelles.

Rondia, K. et al. (2019). «Littératie en santé : quels enseignements tirer des expériences d'autres pays ?», Centre fédéral d'expertise des soins de santé, Belgique.

RTBF (2020). «Coronavirus : les usagers de drogues, population à risque oubliée ?», in RTBF.be, Johanna Bouquet, 31/03/2020, Belgique

Scheen B. & Aujoulat I., (2020). "Lu pour vous: Stephan Van den Broucke, Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa". Woluwe-Saint-Lambert: UCLouvain/IRSS-RESO.

Schmits, E. & Glowacz, F. (2020). Changes in alcohol consumption during the COVID-19 pandemic: impact of the lockdown conditions and mental health factors. International Journal of Mental Health and Addiction (document accepté pour publication).

Sciensano (2020a). La consommation et l'offre de drogue en période de pandémie du COVID-19 et les perceptions liées aux circonstances du COVID-19. Enquête en ligne Drogues & COVID-19. Sciensano: Bruxelles, Belgique; Numéro de dépôt: D/2020/14.440/90.

Sciensano (2020b). Enquête en ligne sur l'usage et l'offre de substances illégales pendant la crise du coronavirus : Premiers résultats. Bruxelles, Belgique. Numéro de dépôt : D/2020/14.440/64.

Sciensano (2020c) Première enquête de santé COVID-19. Bruxelles, Belgique. Numéro de dépôt: D/2020/14.440/50.

Sciensano (2020d) Deuxième enquête de santé COVID-19. Bruxelles, Belgique. Numéro de dépôt: D/2020/14.440/52.

Sciensano (2020e) Troisième enquête de santé COVID-19. Bruxelles, Belgique. Numéro de dépôt: D/2020/14.440/54.

Sciensano (2020f) Quatrième enquête de santé COVID-19. Bruxelles, Belgique. Numéro de dépôt: D/2020/14.440/80.

Sciensano (2020g) Cinquième enquête de santé COVID-19. Bruxelles, Belgique; Numéro de dépôt : D/2020/14.440/96.

Transit (2020). Baromètre II de l'usage de drogues en période de covid-19/ Bruxelles : Transit asbl. http://fr.transitasbl. Transit asbl. http://fr.transitasbl.be/barometre-2-de-lusage-de-drogues-enperiode-de-covid-19/

Webster, R., Brooks, S., Smith, L. Woodland, L. Wessely, S., Rubin, G. (2020). "How to improve adherence with quarantine: Rapid review of the evidence", in Public Health 182.

**EUROTOX ASBL** | OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL-DROGUES | **FÉVRIER 2021** 

151 rue Jourdan, 1060 Bruxelles | Tél. +32 2 539 48 29 9 rue du Moulin, 1340 Ottignies | **info@eurotox.org** 

Ce document est disponible en version pdf sur le site | www.eurotox.org

AVEC LE SOUTIEN DE LA COCOF ET DE LA WALLONIE





