



HAL
open science

**Conséquences du confinement lié à la Covid 19 chez les
patients ayant bénéficié d'un suivi au CSAPA
ODYSSÉE, ANPAA 06**

Virginie Mesa

► **To cite this version:**

Virginie Mesa. Conséquences du confinement lié à la Covid 19 chez les patients ayant bénéficié d'un suivi au CSAPA ODYSSÉE, ANPAA 06. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03406205

HAL Id: dumas-03406205

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03406205>

Submitted on 27 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE

THÈSE D'EXERCICE DE MÉDECINE

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de

Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Nice

Le Vendredi 30 octobre 2020 à 18h00

Par

Virginie MESA

Née le 22 juin 1991 à Rosny-Sous-Bois

**CONSÉQUENCES DU CONFINEMENT LIÉ A LA COVID 19 CHEZ
LES PATIENTS AYANT BÉNÉFICIÉ D'UN SUIVI AU CSAPA
ODYSSÉE, ANPAA 06**

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur Michel BENOIT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Milou-Daniel DRICI

Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Madame le Professeur Brigitte MONNIER

Directeurs de thèse :

Monsieur le Docteur Olivier LAROCHE

Monsieur le Docteur Philippe FOLIO



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie

Pr. ALUNNI Véronique

Recherche

Pr. DELLAMONICA Jean

Etudiants

M. JOUAN Robin

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérard	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDEBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. ALBERTINI Marc	M. GIBELIN Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. THYSS Antoine
M. FENICHEL Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. FUZIBET Jean-Gabriel	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	
M. GASTAUD Pierre	

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

“Plus grand est l’obstacle, plus grande est la gloire de le surmonter.”

Molière

A Monsieur le Professeur Benoit,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

Je vous prie de trouver ici, Monsieur, le témoignage de mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Drici,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez recevoir mes remerciements les plus respectueux pour avoir accepté de siéger dans ce jury avec tant de spontanéité..

Veillez recevoir ici, l'expression de toute ma reconnaissance et de mon respect.

A Monsieur le Professeur Gardon,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Merci également de l'intérêt que vous portez sur ce travail. Veuillez recevoir mes remerciements les plus respectueux.

A Madame la Professeure Monnier,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail de thèse.

Soyez assurée de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A mes Directeur de Thèse,

Le Docteur Olivier LAROCHE,

Tu m'as fait l'honneur de diriger cette thèse. Je te remercie de m'avoir laissé réaliser cette thèse à tes côtés. Je te remercie également pour ta pédagogie et ta bienveillance à mon égard lors de l'apprentissage de l'addictologie. Merci d'avoir accepté que je puisse passer cette thèse en visioconférence. Je te souhaite de vivre des expériences merveilleuses durant ces prochains mois !

Le Docteur Philippe Folio,

Je te remercie de m'avoir aidé durant l'écriture de cette thèse. Tu es un véritable exemple pour moi dans l'exercice de la médecine générale. J'espère, plus tard, être un aussi bon médecin que toi ! Merci également pour ta gentillesse et ta bienveillance. Je suis plus qu'honorée de t'avoir à mes côtés ce jour.

Le Docteur Adriaan Barbaroux,

Merci pour ton aide précieuse concernant les statistiques, la relecture ainsi que sur la mise en format article de cette thèse. Tes conseils ont été déterminants dans l'élaboration de ce travail. Merci également pour ta gentillesse et ton soutien.

A mes formateurs durant l'internat,

A la **Pédiatrie**, un premier semestre pas évident mais qui aura été possible grâce à une jolie équipe ! Merci pour tout !

Au **Centre Héliomarin**, merci à toutes les équipes infirmiers, aide soignants, et chefs pour tout ce que vous avez pu m'apporter!

A **L'équipe de Fréjus**, après un an et demi passé avec vous je ne pouvais que vous remercier ! Merci de m'avoir fait aimer les urgences !

A **L'équipe de Polynésie**, remplie de bienveillance et de gentillesse...
Cet internat n'aura jamais été pareil sans cette magnifique expérience...

A **Mes Praticiens**, qui m'ont tout appris et qui ont su me faire confiance !

A **ma famille, mes amis** ... Merci d'avoir été là pour moi.

Un grand merci particulier à **ma Maman**, sans qui rien n'aurait été possible...

Merci à mon **compagnon** de m'avoir soutenue et de m'avoir aidée lors de la composition de cette thèse.

Table des matières

INTRODUCTION	15
MATERIEL ET METHODES	17
Type d'étude	17
Population de l'étude	17
Déroulement de l'étude	17
Aspects réglementaires.....	17
Élaboration du questionnaire	18
RÉSULTATS.....	19
Caractéristiques de la population	19
Évaluation des conséquences du confinement.....	21
Évaluation des services proposées par le CSAPA par les patients.....	24
DISCUSSION	25
Alcool et tabac.....	25
Cannabis	25
Anxiolytiques	25
Autres addictions	26
Additions et modifications du poste de travail	27
Les facteurs modificateurs de consommation	27
La santé mentale	28
Réorganisation du système de santé.....	28
Rôle des médecins généralistes et des structures spécialisées	30
Forces et limites	30
CONCLUSION.....	31
ANNEXES	32
FORMAT ARTICLE EN ANGLAIS	37
BIBLIOGRAPHIE	57
RÉSUMÉ	59
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	61

ABRÉVIATIONS

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

ANSM : Agence nationale de la sécurité du médicament

CNAM : Caisse nationale de l'assurance maladie

CNIL : Commission Nationale Informatique et Liberté

COVID : Corona virus disease

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et Prévention en Addictologie

CSP : Catégorie socio-professionnelle

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

NESARC : National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related

SARS COV 2 : severe acute respiratory syndrome coronavirus 2

SPF : Santé Publique France

INTRODUCTION

Début décembre 2019 à Wuhan, en Chine un nouveau coronavirus SARS-CoV-2 a été découvert¹ et s'est rapidement propagé à la majorité des pays du monde². Le 30 janvier 2020, le directeur général de l'Organisation Mondiale de la Santé a déclaré l'état d'urgence de santé publique de portée internationale face à cette pandémie³. En France, le 17 mars 2020 à midi, un confinement général de la population a été décidé. De nombreuses études ont été mises en place pour répondre aux interrogations engendrées par cette nouvelle pathologie. Alors que l'on ne connaissait ni traitement curateur, ni vaccin, l'une d'elle, a montré une corrélation entre le ralentissement de la propagation du virus et le confinement de la population à domicile⁴.

Au cours de l'histoire, les français ont dû faire face à plusieurs contraintes apparentées au confinement mais aucune n'en avait imposé un aussi strict à la population générale. Il était donc difficile de prédire les réactions de la population face à cette situation⁵.

Actuellement, une enquête menée par l'agence santé publique France a mis en exergue les troubles psychologiques et notamment l'anxiété des français face au confinement⁶.

De par leur condition clinique, sociale et psychologique, les patients addictes sont plus vulnérables face à ce virus et aux conséquences qu'il engendre^{7,8}.

En effet, la gravité et le risque de décès liés à la COVID19 augmentent avec certaines comorbidités telles que les maladies respiratoires chroniques, le diabète, l'hypertension artérielle, l'immunodépression⁹. Plusieurs études ont montré une proportion plus importante de ces co-infections chez ces patients par rapport à la population générale^{10,11, 12, 13}.

De plus la promiscuité, l'instabilité résidentielle, et les difficultés de transports favorisant la transmission de la maladie¹⁴ sont aussi souvent retrouvées chez ces patients¹⁵.

Une enquête de grande ampleur menée aux États-Unis, l'étude NESARC a étudié leur fragilité psychologique. Portant sur l'état addictologique et psychiatrique, elle montre une forte augmentation des troubles anxieux chez les alcoolo-dépendants et les toxicomanes^{16,17}.

Cette décision de confinement pourrait alors avoir un lourd impact psychologique, susceptible de favoriser ou d'intensifier leurs addictions.

En éloignant ces populations fragiles et vulnérables des lieux de soins, le confinement peut leur être préjudiciable ¹⁸. Il représente un obstacle majeur à l'accès au traitement lors de sevrage pouvant augmenter la mortalité dans cette population ¹⁹.

Les CSAPA « centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie », sont des structures pluridisciplinaires ayant pour mission d'assurer les actions de prévention et de soins aux personnes atteintes d'addiction. Durant cette pandémie, les gestes barrières ont posé d'importants défis quant à la prestation de leurs services et la réorganisation du système de santé ²⁰. Les patients ont du être informés sur les mesures prises avec notamment la mise en place de la consultation à distance et la suppression des activités de groupe pourtant nécessaires à la réduction du sentiment d'isolement chez ces patients²¹.

L'objectif de notre étude était d'évaluer les conséquences du confinement lié à la COVID19 chez les patients ayant bénéficié d'un suivi au centre d'addictologie CSAPA Odyssee, ANPAA 06 ainsi que leur ressenti sur la consultation à distance.

MATERIEL ET METHODES

Type d'étude

Une enquête épidémiologique observationnelle, descriptive, quantitative, multicentrique a été menée par le biais d'un questionnaire téléphonique.

Population de l'étude

Les patients inclus étaient l'ensemble des patients de dix-huit ans et plus, ayant eu au moins une consultation de suivi (par téléphone, visioconférence, ou présenteielle) avec un professionnel de santé (médecin, assistant social, infirmier diplômé d'état, psychologue) appartenant à la structure CSAPA Odyssée de Nice, Menton ou Antibes. La date de consultation devait avoir eu lieu durant la période de confinement, instaurée en France, soit du dix-sept mars 2020 à midi jusqu'au sept mai 2020 à 18h.

Les patients suivis au centre pour des obligations strictement judiciaires ainsi que les patients ne pouvant donner ou refusant le consentement étaient exclus de l'étude.

Déroulement de l'étude

Le recueil des données a été réalisé par le biais d'un questionnaire téléphonique durant la dernière semaine de confinement, soit du 4 mai au 7 mai 2020.

Les appels téléphoniques ont été faits de façon aléatoire sur la file active de la période intéressée. A la fin de la semaine, tous les patients ont été contactés avec un message laissé sur leur répondeur s'ils n'avaient pas décroché.

Aspects réglementaires

L'anonymat a été garanti avec un numéro attribué à chaque patient. Un consentement oral du patient a été obtenu par téléphone après l'avoir informé du but de l'étude, ses portées ainsi que son anonymat. Si le consentement n'a pas été recueilli, le patient a été alors exclu de l'étude. Tout patient était informé du droit de rétractation de participation à l'étude à tout moment.

Un accord de conformité au référentiel de méthodologie de référence MR-004 de la CNIL a été obtenu.

Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été construit en cinq parties sous forme de treize questions (**Annexe 1**):

La **première partie** concerne les caractéristiques socioprofessionnelles de notre population : sexe, âge, statut marital, situation professionnelle actuelle, perception d'aides sociales ainsi que la description du logement où le patient a résidé durant le confinement.

La **seconde partie** regroupant les questions deux, trois et quatre porte sur les addictions du patient : type d'addictions pour lequel il est suivi dans notre centre mais aussi celles pour lesquelles il n'est pas suivi, une autoévaluation de l'évolution de son addiction depuis le début du confinement puis une réponse ouverte sur les possibles raisons de ce changement.

Les variations de consommation ont été classées à l'aide d'une échelle de Likert à cinq degrés, le un représentant l'arrêt pendant le confinement, deux la diminution, trois la stabilité, quatre une augmentation raisonnable modérée et cinq une augmentation difficile à contrôler.

La **troisième partie** regroupant les questions cinq, six, sept et huit est centrée sur le bien-être des patients : autoévaluation du moral, anxiété et qualité du sommeil.

La **quatrième partie** regroupant les questions neuf et dix fait un état des lieux sur les relations interhumaines et le vécu de la solitude durant le confinement.

La **cinquième partie** regroupant les questions onze et douze, évalue la consultation à distance ainsi que le ressenti de nos patients face à la réorganisation du service.

Une dernière question a été intégrée afin que le patient puisse se livrer de manière générale sur le vécu de son confinement.

Analyses statistiques

Les critères de jugement principal et secondaire seront décrits sous la forme de moyenne (ou pourcentage pour les variables qualitatives), écart-type ainsi que médiane et quartile permettant de préciser les prévalences observées. Un test de Student a été utilisé pour comparer les mesures quantitatives de deux groupes.

L'analyse statistique consistait, après recueil des données sur le logiciel Microsoft Excel en une matrice de corrélations réalisée avec le logiciel JASP. (JASP Team 2019, Version 0.11.1)

RÉSULTATS

Durant la période de confinement soit du dix-sept mars 2020 à midi jusqu'au sept mai 2020 à 18h, 474 patients ont eu au moins une consultation de suivi au centre ANPAA d'Antibes, de Menton ou de Nice. Les patients exclus de l'étude étaient au nombre de 330, dont 241 de non réponse à l'appel téléphonique. Notre échantillon final était de 144 patients, soit un taux d'inclusion de 30,4%.

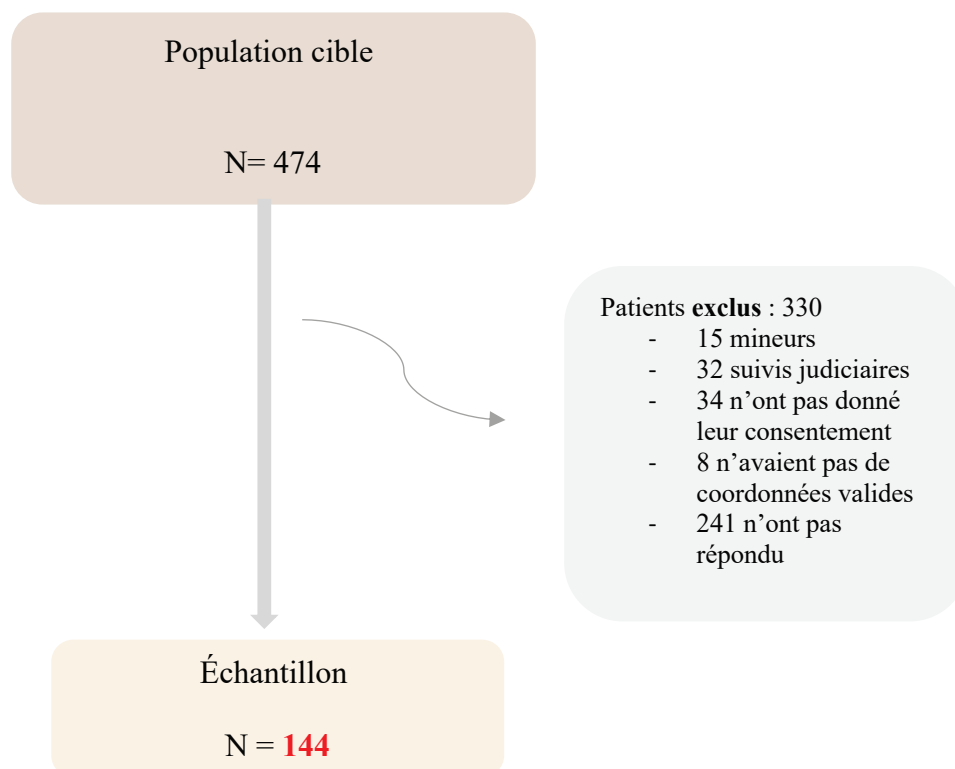


Figure 1 – Diagramme de flux

Caractéristiques de la population

Notre échantillon était comparable à notre population cible. En effet, la répartition Homme/Femme était respectivement de 67%/33% contre 68%/32% dans la population cible. Les âges n'étaient statistiquement pas différents ($p=0,3921$) avec une moyenne d'âge de notre échantillon à 45,4 (IC95%[43,3-47,5]).

Dans notre échantillon, les hommes étaient statistiquement moins âgés que les femmes ($p < 0,05$). Les âges moyens respectifs étaient de 43,9 et de 48,2.

Les caractéristiques sociales et professionnelles des patients sont présentées dans le **tableau 1**.

Caractéristiques	Population (N=144)	Pourcentage	
Sexe			
• Femme	48	33	
• Homme	96	67	
Age moyen	45,4	[20 - 77]	
Statut marital			
• En couple/marié/pacsé	54	37,5	
• Célibataire	68	47,2	
• Divorcé (non en couple)	18	12,5	
• Veuf (non en couple)	4	2,8	
Catégorie socioprofessionnelle			
• Salarié	50	34,72	
• Indépendant	12	8,33	
• Retraité	10	6,94	
• Autres sans activité	Chômeur	26	18,06
	Étudiant	1	0,69
	Autres	45	31,25
Conditions de travail			
• Inactifs et chômeurs	81	56,25	
• Actifs en télétravail	13	9,02	
• Actifs extérieur du domicile	20	13,88	
• Actifs en télétravail/extérieur	1	0,694	
• Actifs en chômage partiel	20	13,89	
• Actifs en arrêt de travail	9	6,25	
Aides sociales			
• Oui	39	27,09	
• Non	105	72,91	
Type de logement			
• Maison avec extérieur	17	11,80	
• Maison sans extérieur	6	4,17	
• Appartement avec balcon ou terrasse	81	56,25	
• Appartement sans balcon ni terrasse	39	27,08	
• Autres	1	0,694	
Promiscuité dans le logement			
• Seul	51	35,41	
• Plusieurs	93	64,58	

Tableau 1 – Caractéristiques des patients

Concernant les modifications du poste de travail, elles étaient statistiquement corrélées à l'âge ($p < 0,01$), avec une part plus importante des patients les plus âgés en télétravail ou en chômage partiel.

Évaluation des conséquences du confinement

a) Sur les addictions

Dans notre échantillon, l'alcool et le tabac apparaissent comme les principales addictions suivies dans le centre étudié avec respectivement 95 et 76 patients.

Les participants ont décrit une diminution modérée (34%) de leurs addictions totales, mais la majorité décrit une stabilité (48%). La variation moyenne des addictions était à 2,8 sur une échelle de Likert allant de un (arrêt total) à cinq (augmentation de la consommation difficile à contrôler) avec un écart type à 1,02.

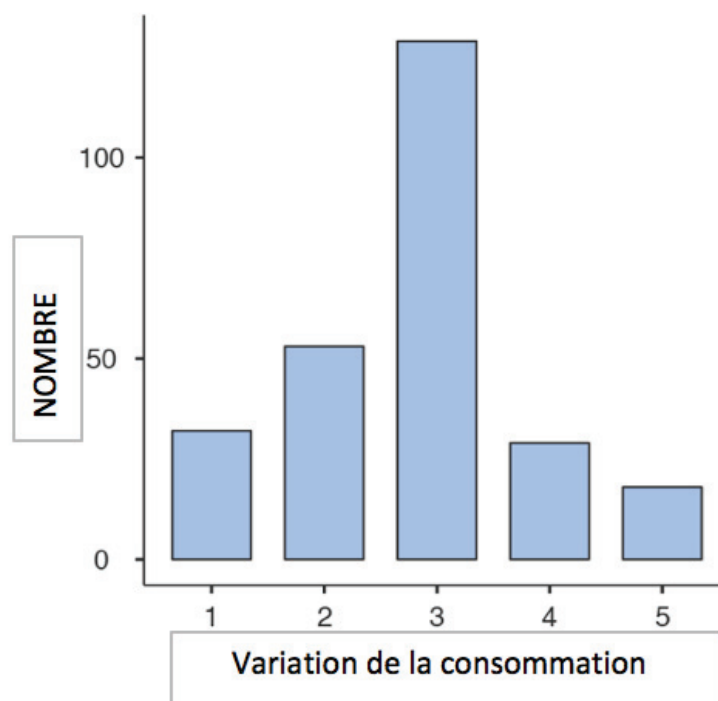


Figure 2- Variation moyenne des addictions

Le 1 représentant l'arrêt pendant le confinement, **2** la diminution, **3** la stabilité, **4** une augmentation raisonnable modérée et **5** une augmentation difficile à contrôler.

L'évolution de chaque addiction est présentée ci-dessous dans le **tableau 2**.

EVOLUTION DES ADDICTIONS	Arrêt avant le confinement et absence de reprise	Stable	Augmentation raisonnable modérée	Augmentation difficile à contrôler	Diminution	Arrêt pendant le confinement
Alcool (N=95)	19 (20%)	19 (20%)	12 (12,63%)	9 (9,47%)	24 (25,26%)	12 (12,63%)
Tabac (N=76)	6 (7,89%)	40 (52,63%)	9 (11,84%)	3 (3,95%)	14 (18,42%)	4 (5,26%)
Cannabis (N=31)	1 (3,23%)	10 (32,26%)	5 (16,13%)	4 (12,9%)	6 (19,35%)	5 (16,13%)
Opiacés (N=21)	1 (4,76%)	15 (71,43%)	1 (4,76%)	0	4 (19,04%)	0
Anxiolytiques (N=12)	2 (16,67%)	6 (50%)	1 (8,33%)	0	2 (16,67%)	1 (8,33%)
Autres addictions (cocaïne N= 11)	3 (27,27%)	1 (9,09%)	1 (9,09%)	2 (18,18%)	3 (27,27%)	1 (9,09%)
Jeux d'argent (N=7)	0	0	0	0	2 (28,57%)	5 (71,43%)
Autres addictions sans substance (N=3)	0	1 (sexe) (33,33%)	0	0	0	2 (shopping) (66,67%)
TCA (N=5)	0	1 (20%)	0	0	1 (20%)	3 (60%)

Tableau 2 – Évolution des addictions durant le confinement

Parmi ceux déclarant avoir eu une augmentation de leurs addictions difficiles à contrôler, il y avait douze hommes et six femmes, avec un âge moyen de 46 ans.

Les hommes ont statistiquement plus diminué leur consommation totale que les femmes ($p = 0.03$) et ils ont statistiquement plus diminué l'alcool ($p < 0.05$).

Contrairement à la littérature²², nous n'avons pas montré d'association entre les variations des addictions totales et les modifications des conditions de travail ($p = 0,2$). (**Tableau 3**). L'analyse en sous-groupe pour chaque addiction ne retrouve pas non plus d'association significative. (**Tableau 4**)

Variation des addictions totales	Conditions de travail	
	1 (modifiés)	2 (non modifiés)
Arrêt pendant le confinement	17	16
Diminution	9	47
Stable	39	86
Augmentation raisonnable et modérée	9	20
Augmentation difficile à contrôler	4	14

1 : Chômage partiel, Arrêt travail, Télétravail

2 : Inactif, Chômeur chronique, Travail à l'extérieur

Tableau 3 - Variation des addictions totales selon les modifications des conditions de travail

Modification des addictions	Modification des conditions de travail
ALCOOL	p=0,370
TABAC	p=0,911
CANNABIS	p= 0,968
MÉDICAMENTS (opiacés et anxiolytiques)	p=0,710
AUTRES SANS ADDICTION	p=0,390
TOTAL	p=0,241

Tableau 4 – Corrélation entre modifications des addictions et conditions de travail

b) Sur la santé mentale

L'autoévaluation du moral et de l'anxiété pendant le confinement (**figure 3**), a divisé nos patients. Pour certains le confinement a amélioré leur qualité de vie, pour d'autres cette période a eu un fort impact négatif sur ces deux indicateurs de santé mentale.

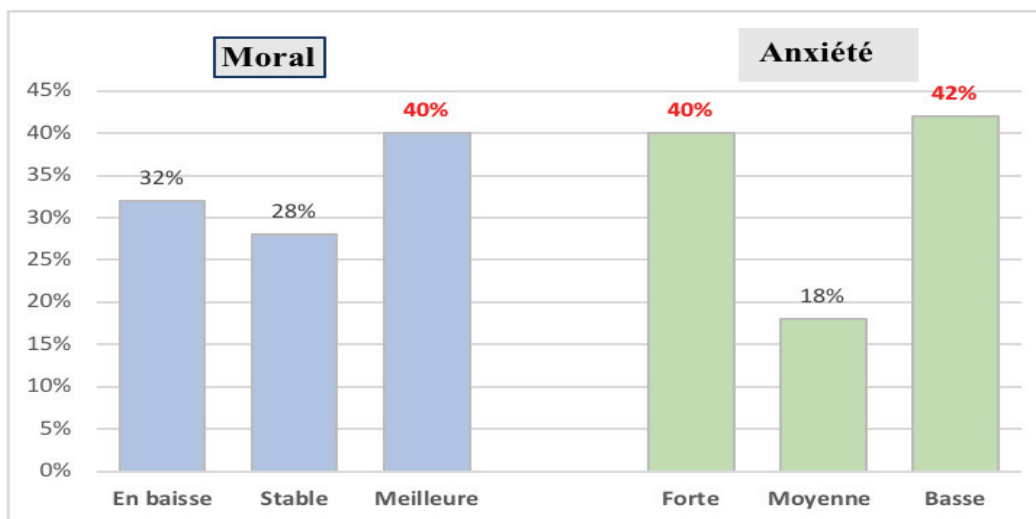


Figure 3 – Autoévaluation du moral et de l'anxiété

L'autoévaluation de la qualité du sommeil comparativement à la période avant confinement, a montré que deux tiers des patients déclarent ne pas avoir ressenti de troubles du sommeil ou ont noté une amélioration. (**figure 4**)

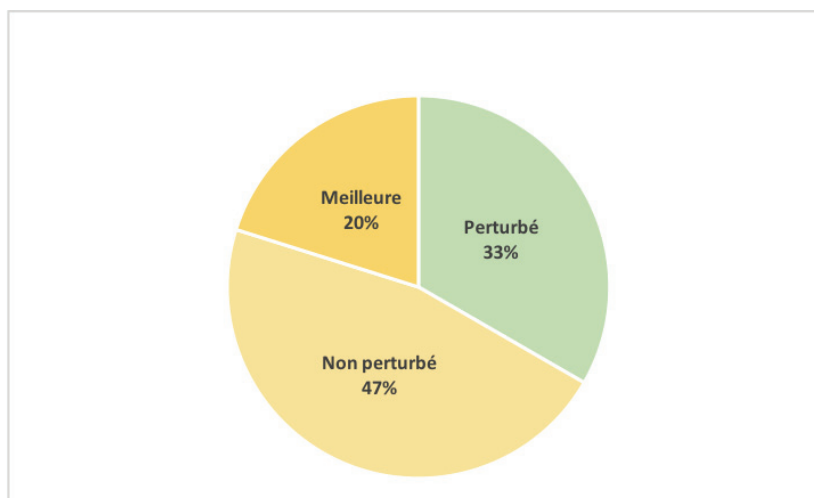


Figure 4 – Autoévaluation de la qualité du sommeil

c) Sur les relations interhumaines

Parmi les 51 patients qui ont déclaré habiter seul durant le confinement, 65% (N=33) déclaraient ne pas avoir souffert de la solitude.

De plus quinze patients disent avoir eu plus de contacts avec leurs proches, grâce à la plus grande disponibilité de ces derniers pour des appels téléphoniques ou des appels en visioconférences.

Parmi les 93 autres patients qui ont vécu à plusieurs, 21,5 % (N=20) déclarent avoir ressenti une détérioration des relations dans le foyer durant le confinement. Trois patients ont subi des violences morales et cinq des violences physiques et morales.

Évaluation des services proposées par le CSAPA par les patients

Concernant l'organisation du service durant la période de confinement, 136 soit 94% des patients interrogés ont dit être satisfaits des mesures prises par le service et des activités proposées.

La consultation à distance lors de cette période a convenu à 90% de nos patients.

DISCUSSION

Notre étude porte sur l'évolution des addictions ainsi que sur la santé mentale d'une population spécifique suivie en centre d'addictologie durant le confinement imposé par la Covid19. Nous avons comparé les résultats de notre étude aux études réalisées sur la population générale en France durant cette même période. Une enquête « COVIPREV »⁶ de l'agence santé publique France (SPF), dès le début de confinement a étudié en plusieurs vagues la population générale pour connaître l'impact de celui-ci sur les consommations de tabac et d'alcool ainsi que sur la santé mentale.

Alcool et tabac

La consommation d'alcool dans notre population semble avoir été plus instable. En effet 65% de la population SPF a gardé une consommation stable, contre 25% dans notre population. Ce changement de consommation est en faveur d'une diminution chez nos patients (47%) par rapport à la population générale (24%). Plus de la moitié de nos deux populations (55% population SPF versus 57% ANPAA06) a stabilisé sa consommation de tabac. Vingt-cinq pour cent de notre population ont diminué leur consommation contre seulement 19% dans la population SPF. Parmi les 17% de nos patients ayant augmenté leur consommation, 13% déclarent l'avoir fait de façon raisonnable et modérée. **(Annexe 2)**

Cannabis

L'enquête « Cannavid »²³ a publié des résultats préliminaires montrant une tendance à la hausse de la consommation des français. En effet, 35% des personnes interrogées affirment avoir augmenté leur consommation et 29% l'avoir stabilisée. Ces chiffres sont comparables à nos résultats. On note cependant que 17% de nos patients ont arrêté contre 7% dans cette enquête. **(Annexe 3)**

Anxiolytiques

Lors des deux premières semaines de confinement, la prescription d'anxiolytiques dans la population générale a été plus importante par rapport aux années 2018 et 2019 (S12 ;+18,5%, S13 ; +18,6%), ainsi que sur la période proche du déconfinement (S17 ;+5,1% et S18 ;+5,1%)

²⁴. La moitié de nos patients déclarent avoir stabilisé leur consommation. Seulement un d'entre eux déclare en avoir pris plus que d'habitude de façon raisonnable et modérée. (**Annexe 4 et 5**)

Autres addictions

Produits illicites

Vingt et un patients, tous déjà substitués aux opiacés et suivis dans notre service ont consulté durant cette période. La majorité d'entre eux (71%), n'ont pas ressenti le besoin de modifier leur substitution. Quatre patients ont même continué leur décroissance. Les mesures gouvernementales ont permis le renouvellement des prescriptions de méthadone (gélules ou sirop) et de buprénorphine, pour les patients bénéficiant déjà d'un traitement substitutif depuis au moins trois mois, sur présentation d'une ordonnance expirée et après accord du prescripteur²⁵. La méthadone et la buprénorphine figurent sur la liste OMS des médicaments essentiels²⁶. Cette disposition vise à éviter toute interruption de traitement préjudiciable à la santé du patient¹⁰. Pour répondre à la demande de ces patients, nous avons organisé des consultations téléphoniques et présentiels, si l'état clinique le nécessitait. Cette organisation a permis de poursuivre un suivi adapté, de limiter les sevrages, ainsi que les surdosages potentiellement mortels²⁷.

Concernant l'addiction à la cocaïne, nos chiffres sont à la hausse avec plus de 27% d'augmentation. La plupart de ces patients sont des polyaddicts et ont évoqué comme raison à cette modification de consommation, l'anxiété concernant la disponibilité du produit les amenant à faire des « stocks », ainsi que les tensions familiales amplifiées durant cette période.

Addictions sans substance

Parmi les 15 patients se déclarant addicts sans substance, une tendance marquée se dessine vers la diminution (20%) et l'arrêt (67%) durant le confinement. Cette modification des comportements a été facilitée par la fermeture des casinos et des magasins ainsi que la diminution des paris sportifs. Les deux patientes addicts au shopping n'ont pas vu en cette période la possibilité de se tourner vers l'e-shopping.

Additions et modifications du poste de travail

Les résultats d'une enquête sur le télétravail durant le confinement et les comportements addictifs²⁸ montre une hausse de la consommation d'alcool et de tabac notamment pour les catégories socio professionnelles élevées. Cette augmentation a été favorisée par la perte de repères, l'inquiétude sur l'avenir professionnel, la surcharge de travail ainsi que l'organisation d'apéros virtuels. Une étude réalisée en Chine durant le confinement, retrouvait une satisfaction de vie moins importante chez les personnes confinées habituellement très actives et soudain contraintes à la sédentarité pouvant être responsable de l'augmentation des consommations²⁹.

Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé d'association entre les modifications du poste de travail et les variations de consommations (totale, autres addictions, médicaments, cannabis, tabac et alcool). Pour montrer une différence de 0,5 points sur une échelle de Likert en cinq points avec un écart type de 1,02 en bilatéral (Risque alpha: 5% , Puissance: 90%), le recueil de 176 observations était nécessaire. Notre étude sur 261 observations avait donc une puissance suffisante. L'absence d'association pourrait s'expliquer car seuls 42 patients (31%) ont eu des modifications de leurs conditions de travail et plus de la moitié de nos patients (56%) sont inactifs.

Les facteurs modificateurs de consommation

En 1990, le psychiatre Aviel Goodman définit l'addiction comme un « Processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives »⁽²⁸⁾. Les patients « addict », fragilisés par une béance narcissique, ont très peu confiance en eux, se sous-estiment ou ne s'apprécient pas. Les conduites addictives constituent alors la voie la plus courte pour éteindre toute douleur psychique. J. McDougall définit les objets addictifs comme « Objets transitoires »⁴⁰ plutôt qu'objets transitionnels⁴¹. Ils sont utilisés comme objets de substitution, toujours disponibles, réalisant ainsi un état idéal de satisfaction donnée à soi-même. Le confinement a pu aggraver les troubles addictifs de certains patients souffrant de vide narcissique et se retrouvant alors confrontés à eux-mêmes. Ces patients ont d'ailleurs identifié les situations ayant favorisé leur consommation : ennui, troubles

du sommeil, anxiété, tensions familiales, augmentation du temps de travail au domicile. D'autres patients ont vu en cette période une situation propice au contrôle de leur consommation, avec la possibilité de « se retrouver » et l'occasion de prendre soin de leur santé. Ils évoquent un environnement favorable (moins de pression au travail) et moins propice à la consommation (limitation d'accès aux sites et aux produits, moins de sorties entre consommateurs). Parmi ces patients souffrant habituellement de pathologie du lien humain, ils se voient « normaliser », et « être comme tout le monde ».

La santé mentale

Les problèmes de santé mentale émergents liés à l'isolement d'une population peuvent évoluer vers des pathologies durables^{30 31}. Il a été montré que des niveaux de stress accrus jouent un rôle clé dans l'abus de substance³²³³ et la rechute de la toxicomanie³⁴. L'évaluation de la santé mentale durant un confinement est un enjeu important. L'Agence Santé Publique France lors de son étude⁶ par vagues durant le confinement a mis en évidence une amélioration de la satisfaction de vie des français. Cette satisfaction était aussi présente dans l'auto-évaluation du moral de nos patients. Dans la population générale, les problèmes de sommeil n'ont globalement pas évolué lors du confinement et se sont maintenus à un niveau élevé (supérieur à 60% vs. 49% dans le Baromètre Santé publique France de 2017³⁵). Ce pourcentage est pratiquement divisé de moitié chez nos patients, soit 33%. La solitude n'a pas été vécue comme une souffrance pour la majeure partie de nos patients (65%), qui considèrent être déjà seuls en dehors du confinement ou dans des conditions de désocialisation²². L'augmentation des échanges internet a été possible grâce à une plus grande disponibilité de leurs proches « actifs » se retrouvant en télétravail ou en chômage partiel. Nos résultats sont comparables à ceux de l'enquête²¹ menée par l'ANPAA au niveau national auprès des usagers des CSAPA. Les profils de population avec une santé mentale plus dégradée, étudiés par l'Agence Santé Publique France⁶, étaient fortement représentés dans notre population. Pour autant nos chiffres marqueurs de la santé mentale ne sont pas moins bons, voire meilleurs, notamment pour les troubles du sommeil.

Réorganisation du système de santé

La majeure partie de nos patients a mis en exergue l'importance d'un suivi au cours de cette période. L'importance de la télésanté dans le suivi des patients fragiles a également été retrouvée dans la littérature³⁶.

Des freins ont été émis par une dizaine de patients sur la consultation à distance avec notamment l'impossibilité de se faire ausculter et le besoin d'avoir un contact direct. Tout ceci engendrait le sentiment d'être moins bien pris en charge. La grande majorité de nos patients (94%) ont malgré tout été satisfaits de cette organisation, qui permet d'éviter les situations à risque de transmission telles que la promiscuité dans les transports, l'attente dans le service. Elle permet aussi une plus grande disponibilité de rendez-vous que la normale et de garder le contact avec les patients les plus éloignés. L'Agence Régionale de Santé a permis à la structure de se doter d'un médecin supplémentaire durant les quatre dernières semaines de confinement, augmentant d'autant plus les disponibilités.

Des axes d'amélioration ont été suggérés par nos patients notamment la visioconférence plutôt que l'appel téléphonique, des appels spontanés et réguliers pour les personnes jugées à risques et la création d'un questionnaire en ligne sécurisé permettant un meilleur suivi. L'étude de l'ANPAA²¹ au niveau national sur les usagers des CSAPA, montre qu'une grande majorité des usagers répondants (71%) a sollicité le CSAPA pendant la période de confinement. Si ils ne l'avaient pas fait plusieurs motifs avaient été abordés, « ne souhaitaient pas d'autre moyen de consultation », « peur d'embêter le service », « pensaient que c'était fermé » et une grande majorité « n'ont pas ressenti le besoin ». La satisfaction globale était de 92% et 98% pour la consultation téléphonique, comparable à nos résultats. Après le déconfinement près de la moitié des usagers interrogés souhaitent poursuivre la télésanté.

La télésanté basée sur la vidéo-consultation représente un acteur majeur et est demandée par une grande partie de nos patients. Mais la rapidité des restrictions imposées à notre service n'a pas permis d'avoir l'équipement et la formation nécessaire. La consultation par téléphone semble avoir une efficacité mais les patients se sentent moins soutenus et pensent avoir plus de difficultés à se livrer. Concernant l'arrêt des activités de groupe, nous n'avons pas l'équipement nécessaire et le logiciel sécurisé pour mettre en place une télépsychiatrie basée sur le groupe bien qu'une étude ait montré son efficacité clinique similaire à celles de groupes traditionnels³⁷. Ces solutions, bien que bénéfiques pour beaucoup, peuvent marginaliser davantage les patients sans accès à un téléphone ou à une plate-forme vidéo³⁸. Un autre défi est lié à la cohabitation et la difficulté de se retrouver seul alors que les troubles addictifs ne sont pas connus de tous les membres du foyer. Les cliniciens doivent être conscients de la nature sensible de ces réunions et élaborer des stratégies à l'avance avec les patients pour éviter au mieux les conséquences potentielles des visites virtuelles.

Rôle des médecins généralistes et des structures spécialisées

En France, selon la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives⁴², la consommation de produits touche des millions de Français. La médecine générale, représentant habituellement un acteur privilégié⁴³, a vu son activité chuter de 40 % lors de cette période selon la Caisse d'Assurance Maladie⁴⁴. Les premiers résultats montrent qu'elle a aussi bien concerné les soins ponctuels que les soins chroniques ou urgents⁴⁴. Cette diminution peut s'expliquer par à un renoncement aux soins en lien avec la crainte d'être contaminé et à des difficultés à se repérer dans un système de soins modifié par la crise. Cette constatation montre l'importance du médecin généraliste à veiller plus activement au suivi de ses patients « addict » non suivis en centre spécialisé ou perdus de vue, lors de période à risque d'isolement. Les patients de notre population n'ayant pas réussi à contrôler leurs addictions ont tout de même considéré notre suivi comme bénéfique. La comparaison de nos résultats à ceux de la population générale suggère qu'un suivi élargi pourrait permettre de mieux contrôler les addictions des français.

Forces et limites

Un questionnaire probatoire sur trente patients a été réalisé préalablement à notre inclusion permettant d'améliorer la pertinence, la compréhension et la cohérence des questions. Les appels téléphoniques ont été réalisés par un seul investigateur auprès de chaque patient évitant un biais de formulation des questions et d'interprétation des réponses.

Notre étude est basée sur des données auto-déclaratives pouvant induire un biais d'information. Bien que notre échantillon soit comparable à notre population cible, nous avons eu un taux de non réponse de 50%. Ceci a pu entraîner un biais de sélection. Cependant, la puissance nécessaire à la recherche d'une association était suffisante dans notre étude.

Notre étude se limite à la population « addict » qui a fait la démarche de demander une consultation et qui a donc bénéficié de notre suivi. Ces données ne sont pas représentatives de tous les patients car nous avons eu un nombre non négligeable de perdus de vue durant cette période.

Elle se limite à la période du confinement, une étude post confinement supplémentaire serait intéressante afin d'évaluer si les changements de consommations ont perduré dans le temps.

CONCLUSION

Cette étude menée durant le confinement sur des patients suivis en CSAPA, a permis de souligner l'importance d'un suivi adapté afin d'améliorer le vécu de cette période et de limiter les changements de comportement addictifs. Le maintien d'un contact médical permet l'accès continu à un traitement et réduit le risque de sevrage.

Ces résultats mettent en avant, la stabilisation des addictions et un vécu moins difficile que ce qu'on aurait pu prédire^{22 46}, avec des chiffres parfois meilleurs que dans la population générale. Il serait intéressant, d'étudier le vécu post confinement de ces patients, pour qui, de nouveaux changements peuvent être responsables d'un « dur retour à la réalité ».

Le nombre de perdus de vue n'ayant pas contacté le centre durant le confinement impose la recherche d'un moyen simple et adapté pour rendre le contact plus facile et ainsi accompagner un plus grand nombre de patients, si une telle expérience devait se reproduire.

Ces données confirment encore une fois le rôle central du médecin généraliste si un prochain confinement était décidé afin de cibler les patients « addict » fragiles, pour veiller à leur suivi ou les diriger vers un centre spécialisé.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

1. Données épidémiologiques:

Sexe, âge

Statut marital: En couple/Marié - Célibataire - Divorcé - Veuf - Pacsé

Situation professionnelle: Travaillez-vous en ce moment ? En présentiel ou en télétravail ?

Percevez-vous des aides sociales (AAH, Chômage, RSA,...) ?

Type de logement : Maison avec extérieur - Maison sans extérieur - Appartement avec balcon ou terrasse - Appartement sans balcon ni terrasse - Autres

2. Pour quelle(s) addiction(s) êtes-vous suivi(e) ?

	Classement par priorité du produit (si consommé)	Si consommé, préciser si suivi ou non
Alcool		
Tabac		
Cannabis		
Opiacés		
Anxiolytiques		
Autres produits:		
Jeux d'argent		
Autres addictions sans substance:		
TCA		

3. Depuis la mise en place du confinement, quelle a été l'évolution de vos addictions ?

	ARRET AVANT CONFINEMENT ET ABSENCE DE REPRISE	STABLE	AUGMENTATION RAISONNABLE MODERÉE	AUGMENTATION DIFFICILE A CONTROLLER	DIMINUTION	ARRET
Alcool						
Tabac						
Cannabis						
Opiacés						
Anxiolytiques						
Autres produits:						
Jeux d'argent						
Autres addictions sans substance:						
TCA						

4. Si il y a une modification de vos consommations, avez-vous identifié des raisons à cela?
5. Avant la mise en place du confinement, sur une échelle de 0 à 10 à combien évaluez-vous votre moral ? (Sachant que l'échelle démarre de 0: ça ne va pas du tout, à 10: je vais très bien)
6. Pendant le confinement (durant les 7 derniers jours), sur une échelle de 0 à 10 à combien évaluez-vous votre moral? (Sachant que l'échelle démarre de 0: ça ne va pas du tout, à 10: je vais très bien)
7. Pendant le confinement (durant les 7 derniers jours), sur une échelle de 0 à 10 à combien évaluez-vous votre anxiété? (Sachant que l'échelle démarre de 0: absence d'anxiété, à 10: je ressens une très forte anxiété)
8. Pendant le confinement avez-vous eu des troubles du sommeil ?
9. Vivez-vous seul ou à plusieurs ?
 - a. Si vous habitez **seul**, est ce que le confinement a majoré votre impression de solitude ?
 - b. Si vous habitez à **plusieurs**, avec qui partagez-vous le logement ? Conjoint - Enfants – Amis – Autres membres de la famille – Autres
10. De plus,
 - a. Comment évaluez-vous les relations avec vos proches depuis le confinement? Stables (non modifiées) – Meilleures - Détériorées
 - b. y a t-il eu des violences ? Physiques – Morales - Les deux
11. Avez-vous été satisfait de l'organisation du suivi au CSAPA lors cette période ?
12. Avez-vous apprécié le suivi par téléconsultation ou par appel téléphonique ?
13. Bonus :Avez-vous des remarques ou des propositions à nous suggérer afin de nous améliorer ? Avez-vous des remarques sur le vécu de votre confinement de manière générale ?

Annexe 2 : Comparaison de l'évolution des addictions entre les patients ANPAA 06 et l'échantillon de l'enquête menée par Santé Publique France durant le confinement.

EVOLUTION DES ADDICTIONS	STABILITÉ		AUGMENTATION		DIMINUTION			
	ANPAA 06	SPF	ANPAA 06	SPF	ANPAA 06	SPF		
ADDICTIONS (N=(ANPAA 06))			ARM ₁	ADC ₂		D ₃	A ₄	
			15,79% (N=12)	11,84% (N=9)		31,78% (N=24)	15,79 (N=12)	
Alcool (N=76)	25% (N=19)	65%	= 27,63% (N= 21)		11%	= 47,37% (N= 36)		24%
Tabac (N=70)			ARM	ADC		D	A	
			12,86% (N=9)	4,29% (N=3)		20% (N=14)	5,71% (N=4)	
	57,14% (N=40)	55%	= 17,15% (N=12)		27%	= 25,71 % (N=18)		19%

1 **ARM** : Augmentation Raisonnée Modérée

2 **ADC** : Augmentation Difficile à contrôler

3 **D** : Diminution

4 **A** : Arrêt pendant le confinement

Annexe 3 : Comparaison de l'évolution des addictions entre les patients ANPAA 06 et l'échantillon de l'enquête « Cannavid ».

EVOLUTION DES ADDICTIONS	STABILITÉ		AUGMENTATION		DIMINUTION		ARRÊT		
	ANPAA06	CANNAVID	ANPAA06	CANNAVID	ANPAA06	CANNAVID	ANPAA06	CANNAVID	
ADDICTIONS (N=(ANPAA06))			ARM ₁	ADC ₂					
			16,67% N=5	13,33% N=4					
Cannabis (N=30)	33,33% (N=10)	29%	30% (N=9)		35%	20% (N=6)	28%	16,67% (N=5)	7%

1 ARM : Augmentation Raisonnée Modérée

2 ADC : Augmentation Difficile à contrôler

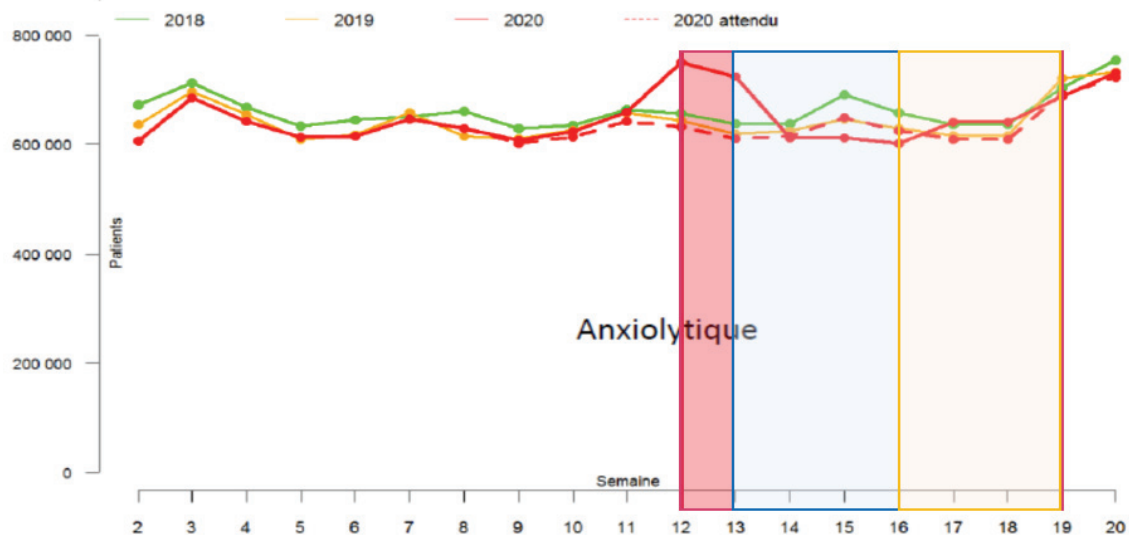
Annexe 4 : Consommations médicamenteuses du 2 mars au 17 avril : comparaisons entre le nombre d'utilisateurs observés et attendus

Source : rapport EPI-PHARE Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19 – point de situation après les 8 semaines de confinement et une semaine de post-confinement (jusqu'au 17 mai 2020)

Classe de médicaments	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	Ecart nbre patients (observés - attendus) S12 à S19	S20
	(2-8 mars 2020)	(9-15 mars 2020)	(16-22 mars 2020)	(23-29 mars 2020)	(30 m-5 avril 2020)	(6-12 avril 2020)	(13-19 avril 2020)	(20-26 avril 2020)	(27 a- 3 mai 2020)	(4-10 mai 2020)		(11-17 mai 2020)
Médicaments cardiovasculaires/diabète												
Antihypertenseurs	+4,0%	+4,0%	+30,9%	+25,3%	-3,9%	-11,1%	-7,6%	+0,8%	+0,8%	-2,1%	(+609 228)	+0,4%
IEC	+2,5%	+3,4%	+31,0%	+26,9%	-3,8%	-11,0%	-7,7%	+0,7%	+0,7%	-1,5%	(+192 783)	+1,5%
Sartans	+5,8%	+5,1%	+34,5%	+28,1%	-3,2%	-11,3%	-7,7%	+2,5%	+2,5%	+0,1%	(+287 927)	+3,1%
Bétabloquants	+4,0%	+3,9%	+32,4%	+26,5%	-3,3%	-10,5%	-6,8%	+0,1%	+0,1%	-2,7%	(+280 187)	-0,1%
Antidiabétiques	+4,0%	+3,2%	+31,8%	+25,1%	-4,9%	-11,0%	-6,8%	-2,7%	-2,7%	-7,6%	(+134 893)	-6,0%
Insuline	+7,7%	+4,2%	+42,0%	+35,0%	+0,8%	-6,8%	-4,1%	-2,5%	-2,5%	-8,6%	(+81 293)	-7,1%
Antidiabétiques non insuliniques	+3,5%	+3,0%	+29,8%	+24,0%	-5,3%	-11,3%	-7,0%	-2,5%	-2,5%	-7,4%	(+99 478)	-5,6%
Statines	+3,6%	+4,2%	+32,4%	+28,0%	-3,2%	-10,7%	-7,3%	-0,0%	-0,0%	-3,5%	(+276 578)	-1,5%
Furosémide	+1,3%	+1,7%	+19,3%	+20,9%	-0,9%	-8,6%	-6,6%	-1,7%	-1,7%	-6,7%	(+31 591)	-4,4%
Antithrombotiques	+2,2%	+2,2%	+25,5%	+19,1%	-6,6%	-12,5%	-8,4%	-4,6%	-4,6%	-7,8%	(-26 193)	-5,8%
Antiagrégants plaquettaires (AAP)	+2,1%	+2,1%	+27,1%	+21,3%	-5,4%	-11,3%	-6,7%	-2,9%	-2,9%	-6,1%	(+97 375)	-4,1%
Antithrombotiques sauf AAP	+2,3%	+2,3%	+22,3%	+15,1%	-8,6%	-14,4%	-11,5%	-7,9%	-7,9%	-11,1%	(-117 002)	-9,2%
Méd. des tr. mentaux / dépendances												
Antidépresseurs	+1,1%	+2,6%	+21,6%	+17,6%	-5,6%	-11,6%	-7,3%	-1,7%	-1,7%	-6,1%	(+29 447)	-4,8%
Antipsychotiques	-0,6%	+1,9%	+16,5%	+21,5%	-0,1%	-7,2%	-4,6%	+0,7%	+0,7%	-5,0%	(+50 018)	-2,9%
Anxiolytiques	+1,8%	+2,8%	+18,5%	+18,6%	-0,4%	-5,8%	-3,8%	+5,1%	+5,1%	-0,5%	(+292 752)	+1,2%
Hypnotiques	+1,5%	+4,9%	+11,9%	+11,7%	-2,3%	-7,2%	-3,0%	+8,0%	+8,0%	+4,7%	(+96 513)	+6,9%
Trait dépendance aux opiacés	-2,4%	+0,5%	+4,3%	+12,2%	-3,6%	-5,2%	+0,3%	-1,5%	-1,5%	-2,1%	(+1 090)	-1,4%
Traitements dépendance alcool	+1,8%	+3,7%	+11,0%	+17,9%	-6,8%	-13,5%	-11,8%	-4,5%	-4,5%	-8,2%	(-2 914)	-7,8%
Substituts nicotiniques	-3,8%	-2,5%	+8,3%	-5,7%	-29,2%	-30,7%	-27,4%	-17,8%	-17,8%	-25,2%	(-103 477)	-22,0%

Annexe 5 : Effectif par semaine des patients ayant eu une délivrance sur ordonnance d'anxiolytiques durant les 20 premières semaines de 2018, 2019 et 2020 (données régime général stricto sensu) – comparaison observé sur attendu.

Source : rapport EPI-PHARE Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19 – point de situation après les 8 semaines de confinement et une semaine de post-confinement (jusqu'au 17 mai 2020)



FORMAT ARTICLE EN ANGLAIS

INTRODUCTION

In early December 2019, a new SARS-CoV-2 coronavirus was discovered(1) in Wuhan, China, quickly spreading to most countries around the world (2). On January 30th, 2020, the Director-General of the World Health Organization declared a state of public health emergency of international concern in the face of this pandemic. In France, at noon on March 17th, 2020, a general lockdown of the population was put into effect. Numerous studies were set up to answer the questions raised by this new pathology. While no curative treatment or vaccine was known, one of them showed a correlation between the slowdown of the spread of the virus and the lockdown of the population.

Throughout history, the French have faced several constraints similar to a lockdown, but none had imposed such strict measures on the general population. It was therefore difficult to predict the public's reactions to this situation (5).

At this time, an investigation conducted by the national public health agency (“santé publique France”) has highlighted psychological disorders, including the anxiety of the French population in the face of a lockdown.

Because of their clinical, social and psychological condition, patients with addiction are more vulnerable to this virus and the consequences associated to it.

The severity and mortality risk associated with COVID19 increase with certain comorbidities, such as chronic respiratory diseases, diabetes, high blood pressure, immunodepression (9). Several studies have shown a higher proportion of such co-infections in these patients, compared to the general population (10), (11), (12) (13).

In addition, promiscuity, residential instability, and transportation difficulties that facilitate disease transmission (14) are also often found in these patients (15).

A large-scale survey conducted in the United States, the NESARC study, explored their psychological fragility. Focusing on the addictive and psychiatric state, it shows a sharp increase in anxiety disorders among alcohol-dependents and drug addicts (16),(17).

The decision to lockdown the population could thus have a heavy psychological impact, likely to favor, or even intensify, their addictions.

By removing these fragile and vulnerable populations from places of care, a lockdown can be detrimental to them (18). It represents a major barrier to access for treatment during withdrawal, which can increase mortality in this population (19).

The CSAPA "centers of care, support and prevention in addictology", are multidisciplinary structures, whose mission is to ensure prevention initiatives and care for people with addiction. During this pandemic, the protective measures have posed significant challenges in the delivery of their services and the reorganization of the health care system. Patients had to be informed of the measures taken, including the implementation of remote consultation and the cancellation of group activities necessary to reduce the feeling of isolation in these patients.

The objective of our study was to assess the consequences of the COVID19 lockdown in patients who received follow-up at the CSAPA Odyssey Addiction Centre, ANPAA 06, as well as how they felt about remote consultation.

MATERIALS AND METHODS:

Type of study

A quantitative, multi-center, descriptive observational epidemiological survey was conducted via a telephone questionnaire.

Study population

The patients included were all of the patients aged 18 and over, having had at least one follow-up consultation (by telephone, videoconference, or face-to-face) with a health professional (doctor, social worker, state graduate nurse, psychologist) belonging to the CSAPA Odyssey structure in Nice, Menton or Antibes. The consultation date had to have taken place during the lockdown period established in France, namely, from noon on March 17, 2020 to 6 p.m. on May 7, 2020.

Patients followed at the center for strictly judicial obligations, as well as patients unable to provide or refuse consent, were excluded from the study.

How the study unfolded

The data collection was conducted via a telephone questionnaire during the final week of the lockdown, from May 4 to May 7, 2020.

Phone calls were made randomly on the active line of the period in question. At the end of the week, all patients were contacted, and a message was left on their answering machine if they hadn't picked up.

Regulatory aspects

Anonymity was guaranteed with a number assigned to each patient. Oral consent was obtained by telephone after informing the patient of the purpose of the study, its scope and its anonymity. If consent was not collected, the patient was then excluded from the study. They were informed of their right to withdraw from the study at any time. An agreement to comply with the CNIL's MR-004 reference methodology benchmark was obtained.

Developing the questionnaire

The questionnaire was constructed in five parts in the form of thirteen questions (Annex 1):

The **first part** covers the socio-professional characteristics of our population: sex, age, marital status, current employment status, welfare benefits, as well as a description of the patient's accommodations during the lockdown.

The **second part**, which includes questions two, three and four, deals with the patient's addiction: the type of addiction for which s/he is followed in our center, but also those for which s/he is not followed, a self-assessment of the evolution of his/her addiction since the beginning of the lockdown, as well as an open answer on the possible reasons for this change.

Consumption variations were classified using a five-degree Likert scale, with one representing a complete stop during the lockdown; two, a decrease; three, stability; four, a reasonable moderate increase; and five, an increase that was difficult to control.

The **third part**, which includes questions five, six, seven and eight, focuses on patient well-being: self-assessment of morale, anxiety and quality of sleep.

The **fourth part**, comprised of questions nine and ten, provides an overview of human relationships and the experience of loneliness during the lockdown.

The **fifth part**, which includes questions eleven and twelve, evaluates the experience of remote consultation and how the patients felt about the reorganization of the department.

A final question was incorporated so that the patient could provide a more general overview of his/her experience during the lockdown.

Statistical analysis

The primary and secondary outcomes will be described as an average (or a percentage, for qualitative variables), a standard deviation, as well as a median and quartile, in order to clearly specify the observed prevalence. A Student test was used to compare the quantitative measures of two groups.

After collecting the data on Microsoft Excel[®], the statistical analysis consisted of a matrix of correlations made with JASP[®]. (JASP[®] Team 2019, Version 0.11.1)

Results

During the lockdown period from noon on March 17, 2020 to 6 p.m. on May 7, 2020, 474 patients had at least one follow-up consultation at the ANPAA center in Antibes, Menton or Nice. There were 330 patients excluded from the study, 241 of whom did not answer the phone call. Our final sample size was 144 patients, representing an inclusion rate of 30.4%.

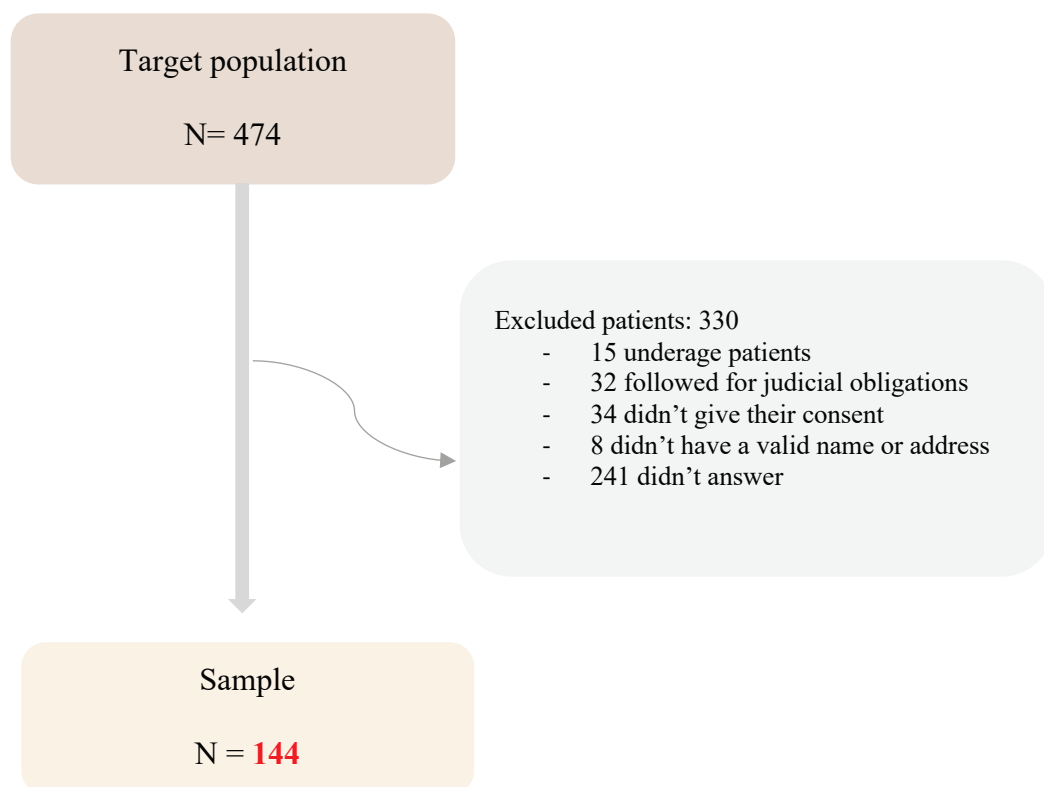


Figure 1 - Flow Chart

Characteristics of the population

Our sample was comparable to our target population. The male/female distribution was 67%/33%, respectively, compared to 68%/32% in the target population. The ages were not statistically different ($p=0.3921$), with an average age of our sample at 45.4 (IC95%[43,3-47,5]). In our sample, men were statistically younger than women ($p < 0.05$). The average ages were 43.9 and 48.2, respectively. The social and professional characteristics of patients are presented in **Table 1**.

Characteristics	Population (N=144)	Percentage
Sex		
• Female	48	33
• Male	96	67
Average age	45,4	[20 - 77]
Marital status		
• Couple/married/civil partner	54	37,5
• Single	68	47,2
• Divorced	18	12,5
• Widowed	4	2,8
Socio-professional category		
• Paid employee	50	34 ,72
• Freelancer	12	8,33
• Retired	10	6,94
• No activity	26	18,06
Unemployed	1	0,69
Student	45	31,25
Other		
Working conditions		
• Not working and unemployed	81	56,25
• Working remotely	13	9,02
• Working outside the home	20	13,88
• Working remotely/outside the home	1	0,694
• Partial unemployment	20	13,89
• Sick leave	9	6,25
Social assistance		
• Yes	39	27,09
• No	105	72,91
Accommodation type		
• House with exterior	17	11,80
• House without exterior	6	4,17
• Apartment with balcony or terrace	81	56,25
• Apartment without balcony or terrace	39	27,08
• Other	1	0,694
Promiscuity in housing		
• Alone	51	35,41
• With others	93	64,58

Table 1 - Patient Characteristics

Regarding the changes in job location, they were statistically correlated with age ($p < 0.01$), with a larger proportion of older patients working remotely or under partial unemployment.

Assessing the consequences of the lockdown

a) On addictions

In our sample, alcohol and tobacco appeared as the main addictions in the center, studied with 95 and 76 patients respectively.

Participants described a moderate decrease (34%) of their total addictions, but the majority described stability (48%). The average consumption variation was 2.8 on a Likert scale, ranging from one (total stop) to five (increase that was difficult to control) with a standard deviation at 1.02.

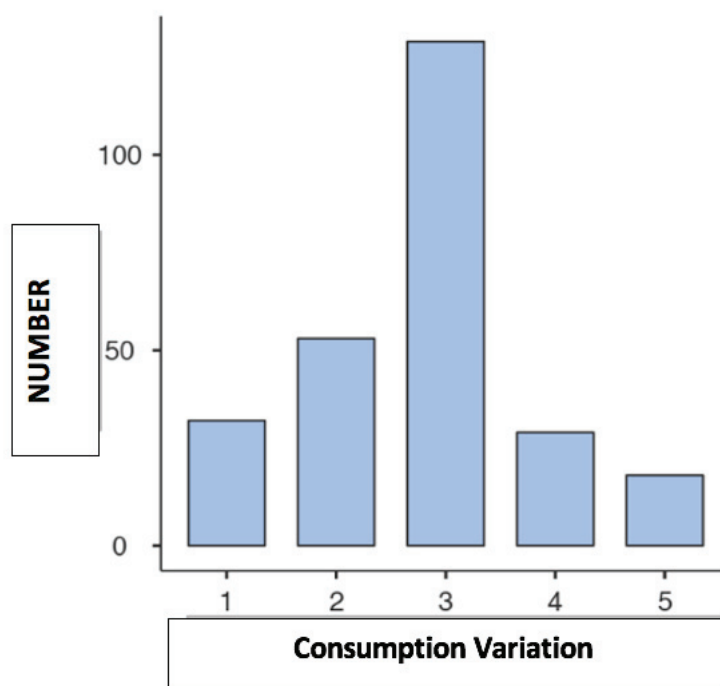


Figure 2- Average change in addictions

1 representing a complete stop during the lockdown, **2** a decrease, **3** stability, **4** a reasonable moderate increase and **5** an increase that was difficult to control.

The evolution of each addiction is shown below in **Table 2**.

EVOLUTION OF ADDICTIONS	Stopped before the lockdown and did not resume	Stable	Reasonable and moderate increase	Increase that was difficult to control	Decrease	Stop during the lockdown
Alcohol (N=95)	19 (20%)	19 (20%)	12 (12,63%)	9 (9,47%)	24 (25,26%)	12 (12,63%)
Tobacco (N=76)	6 (7,89%)	40 (52,63%)	9 (11,84%)	3 (3,95%)	14 (18,42%)	4 (5,26%)
Cannabis (N=31)	1 (3,23%)	10 (32,26%)	5 (16,13%)	4 (12,9%)	6 (19,35%)	5 (16,13%)
Opiates (N=21)	1 (4,76%)	15 (71,43%)	1 (4,76%)	0	4 (19,04%)	0
Anxiolytics (N=12)	2 (16,67%)	6 (50%)	1 (8,33%)	0	2 (16,67%)	1 (8,33%)
Other addictions (cocaïne N= 11)	3 (27,27%)	1 (9,09%)	1 (9,09%)	2 (18,18%)	3 (27,27%)	1 (9,09%)
Gambling (N=7)	0	0	0	0	2 (28,57%)	5 (71,43%)
Other non- substance-based addictions (N=3)	0	1 (sexe) (33,33%)	0	0	0	2 (shopping) (66,67%)
Eating disorders (N=5)	0	1 (20%)	0	0	1 (20%)	3 (60%)

Table 2- Evolution of addictions during the lockdown

Among those who reported an increase in their addictions that was hard to control were twelve men and six women, with an average age of 46.

Men statistically decreased their total consumption more than women ($p = 0.03$), and they statistically decreased alcohol more ($p < 0.05$).

Contrary to some literature (22), we have not shown any association between variations in total addictions and changes in working conditions ($p = 0.2$). (**Table 3**). The subgroup analysis for each addiction also does not find a significant association. (**Table 4**)

Variations in total addictions	Working conditions	
	1 (modified)	2 (non modified)
Stop during the lockdown	17	16
Decrease	9	47
Stable	39	86
Reasonable and moderate increase	9	20
Increase that was difficult to control	4	14

Table 3 - Variation of total addictions according to changes in working conditions

1 : Partial unemployment, sick leave, remote work

2 : Not working, unemployed, working outside the home

Modification of addictions	Changes in working conditions
ALCOHOL	p=0,370
TOBACCO	p=0,911
CANNABIS	p= 0,968
MEDICINE (opiates and anxiolytics)	p=0,710
OTHERS WITHOUT ADDICTION	p=0,390
TOTAL	p=0,241

Table 4 - Correlation between changes in addictions and working conditions

b) On mental health

Self-assessment of morale and anxiety during the lockdown (**Figure 3**) divided our patients. For some, the lockdown improved their quality of life; for others, this period had a strong negative impact on these two indicators of mental health.

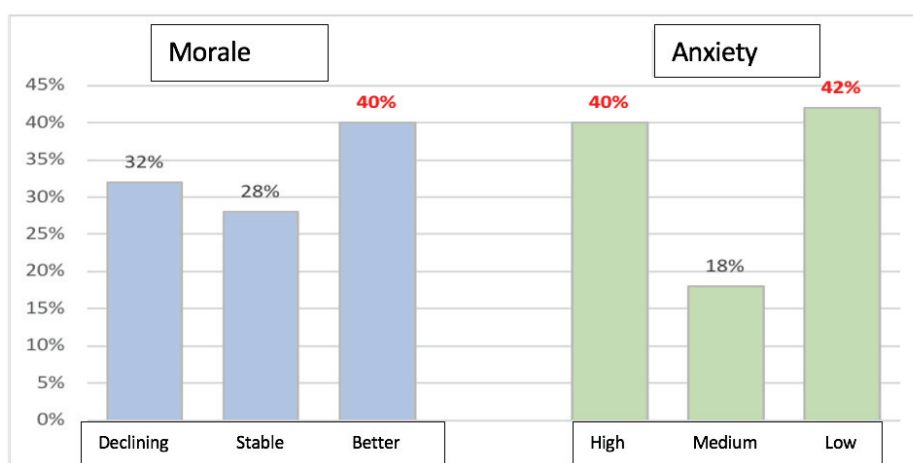


Figure 3 - Self-assessment of morale and anxiety

Self-assessment of sleep quality, compared to the pre-lockdown period, showed that two-thirds of patients reported not experiencing any sleep disturbances or noticed an improvement. (Figure 4)

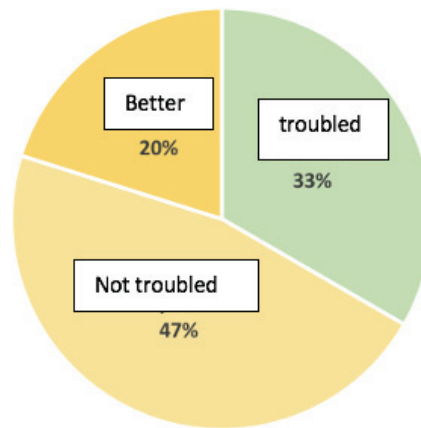


Figure 4 - Self-assessment of sleep quality

c) On human relationships

Of the 51 patients who reported living alone during the lockdown period, 65% (N=33) declared not having suffered from loneliness.

Further, fifteen patients reported having had more contact with their loved ones, as they were more available for phone calls or videoconferences.

For the 93 other patients who lived with other people, 21.5% (N=20) reported experiencing a deterioration in the household relationships during the lockdown. Three patients suffered from psychological violence and five from physical and emotional abuse.

Evaluation of the services offered by CSAPA by the patients:

Regarding the organization of the department during the lockdown period, 136, or 94% of the patients surveyed, said they were satisfied with the measures taken by the department and the activities that were offered.

Remote consultation during this period suited 90% of our patients.

DISCUSSION

Our study examines the evolution of addictions, as well as the mental health, of a specific population followed in addiction centers during the lockdown period imposed by Covid19. We compared the results of our study with studies carried out on the general population in France during the same period. A survey "COVIPREV" (6) of the national public health agency "Santé Publique France" (SPF), from the beginning of the lockdown, studied the general population in several waves to understand its impact on tobacco and alcohol consumption, as well as on mental health.

ALCOHOL AND TABACCO

Alcohol consumption in our population appears to have been more volatile. As it were, 65% of the SPF population has kept consumption stable, compared to 25% in our population. This change in consumption supports a decrease in our patients (47%), relative to the general population (24%). More than half of our two populations (55% SPF population versus 57% ANPAA06) have stabilized their tobacco consumption. Twenty-five per cent of our population decreased their consumption, compared to only 19% in the SPF population. For the 17% of our patients who increased their consumption, 13% declared having done so in a reasonable and moderate manner. (**Annex 2**)

CANNABIS

The "Cannavid" survey (23) published preliminary results showing an upward trend in French consumption. In fact, 35% of respondents declared an increase in consumption, and 29% say they kept it stable. These figures are comparable to our results. We did note, however, that 17% of our patients stopped, compared to 7% in this survey. (**Annex 3**)

ANXIOLYTICS

In the first two weeks of the lockdown, the prescription of anxiolytics in the general population was higher, compared to 2018 and 2019 (S12;-18.5%, S13; -18.6%), as well as during the period right before the lockdown ended (S17;-5.1% and S18; -5.1%) (24). Half of our patients (50%)

report having stabilized their intake. Only one of them declared consuming more than usual, in a reasonable and moderate way. (Annex 4 and 5)

OTHER ADDICTIONS

Illicit products

Twenty-one patients, all of whom had already been substituted for opiates and were being followed in our department, consulted during this period. The majority (71%) did not feel the need to change their substitution. Four patients even continued their decline. Government measures allowed for the renewal of methadone (capsule or syrup) and buprenorphine prescriptions for patients who were already following a substitute treatment for at least three months, upon presentation of an expired prescription and following the prescriber's consent. Methadone and buprenorphine are on the WHO model list of essential medicines. This measure aims to avoid any interruption of treatment that could be detrimental to the patient's health (10). To meet the demand of these patients, we arranged telephone and face-to-face consultations, if clinical status required it. This allowed for further follow-ups and limited withdrawals, as well as potentially fatal overdoses.

Regarding cocaine addiction, our figures are on the rise, with more than a 27% increase. Most of these patients are polydrug addicts and cited anxiety about the availability of the product as the reason for this change in consumption, as well as increased family tensions during this period.

Substance-free addictions

Among the 15 patients who report substance-free addictions, there is a marked trend towards decreasing (20%) and stopping (67%) during the lockdown period. This change in behavior was facilitated by the closure of casinos and shops, as well as the decrease in sports betting. The two patients addicted to shopping did not see this period as an opportunity to turn to online shopping.

ADDICTIONS AND CHANGES TO THE WORKPLACE

The results of a survey on remote work during the lockdown and addictive behaviors (28) show an increase in alcohol and tobacco consumption, particularly for high socio-occupational categories. This increase was driven by a loss of benchmarks, concern about the professional future, an overload of work and the organization of virtual happy hours. A study conducted in China during the lockdown found a lower sense of life satisfaction in people who were usually very active and who were suddenly forced to be sedentary, which could be responsible for the increase in consumption.

In our study, we found no association between changes to the workplace and variations in consumption (total, other addictions, drugs, cannabis, tobacco and alcohol). To show a difference of 0.5 points on a five-point Likert scale with a standard deviation of 1.02 in bilateral (Alpha Risk: 5%, Power: 90%), the collection of 176 observations was required. Our study of 261 observations, therefore, had sufficient power. The lack of association can be explained because only 42 patients (31%) witnessed changes in their working conditions, and over half of our patients (56%) are inactive.

MENTAL HEALTH

Emerging mental health problems related to population isolation can evolve into long-term pathologies (30) (31). Increased stress levels have been shown to play a key role in substance abuse (32)(33) and relapse. The assessment of mental health during a lockdown is an important issue. The national public health agency "Santé Publique France" highlighted an improvement in the life satisfaction of the French population during its study (6) in waves conducted during the lockdown. This satisfaction was also present in the self-assessment of our patients' morale. In the general population, sleep problems generally did not change during the lockdown and remained at a high level (above 60% vs. 49% in the Public Health France Barometer of 2017 (35)). This percentage is almost halved among our patients, at 33%. A majority of our patients did not suffer from their loneliness (65%), as they consider themselves to already be alone, or living in social exclusion, outside of the lockdown period. The increase in online exchanges was possible thanks to the greater availability of their "active" relatives, who found themselves working remotely or partially unemployed. Our results are comparable to the national ANPAA survey of CSAPA users.(21). Population profiles in more deteriorated mental health, studied

by the “Agence Santé Publique France”(6), were strongly represented in our population. However, our mental health markers are no worse, if not better, especially for sleep disorders.

REORGANIZATION OF THE HEALTH CARE SYSTEM

Most of our patients highlighted the importance of follow-up during this period. The importance of telehealth in the follow-up of frail patients has also been found in the literature (36).

Brakes were issued by a dozen patients on remote consultations, due in part to the inability to get checked out and the need for direct contact. All this created the feeling of being less cared for. The vast majority of our patients (94%) were nevertheless satisfied with this organization, which avoids situations that risk transmission, such as promiscuity in public transportation, waiting rooms, etc. It also allows for a greater availability of appointments and a steadier follow-up of patients who live further away. The Regional Health Agency also allowed the structure to add an additional doctor during the last four weeks of the lockdown, further increasing availability.

Our patients have suggested several areas of improvement, including video conferencing instead of phone calls, regular spontaneous follow-up calls for those deemed at risk, and the creation of a secure online questionnaire for better follow-up. The national ANPAA(21) study of CSAPA users shows that a large majority of respondents (71%) sought out the CSAPA during the lockdown period. If they did not do so, several reasons were addressed, including "did not want any other means of consultation," "fear of bothering the service," "thought it was closed" and a large majority "did not feel the need." Overall satisfaction of phone consultations was 92% and 98%, comparable to our results. After the lockdown, almost half of the users surveyed wished to continue with telehealth.

Video-consultation-based telehealth is a major game-changer, requested by most of our patients. But the speed of the restrictions imposed on our service did not allow us to obtain the necessary equipment or training. Phone consultation seems to be effective, but patients feel less supported and have more difficulty engaging. To address the cancellation of group activities, we did not have the necessary equipment or the secure software to set up a group-based telepsychiatry program, although a study showed its clinical effectiveness was similar to that of traditional groups. These solutions, while beneficial to many, can marginalize patients without access to a phone or video platform. Another challenge is tied to cohabitation and the difficulty of finding some privacy when all members of the household aren't aware of the

addictive disorders. Clinicians need to be aware of the sensitive nature of these meetings and develop strategies in advance with their patients to avoid the potential consequences of virtual visits.

CONSUMER-MODIFYING FACTORS

In 1990, psychiatrist Aviel Goodman defined addiction as a "process by which a behavior, which can function both to produce pleasure and to eliminate or alleviate a feeling of internal discomfort, is used in a manner characterized by the repeated inability to control this behavior and the continuation of the behavior despite knowledge of its negative consequences." "Addict" patients, weakened by narcissistic gaping, have very little self-confidence, underestimate themselves or do not appreciate each other. Addictive behaviors are the shortest way to extinguish any psychological pain. J. McDougall defines addictive objects as "transient objects" (40) rather than transitional objects. They are used as substitute objects, always available, thus achieving an ideal state of self-satisfaction. The lockdown period may have exacerbated the addictive disorders of some patients suffering from narcissistic emptiness who found themselves confronted with themselves. These patients actually identified the situations that contributed to their consumption: boredom, sleep disturbances, anxiety, family tensions, increased at-home working time. Other patients saw this period as a an opportunity to control their consumption, using it as a time to "find themselves" and take care of their health. They reference a favorable environment (less pressure at work), less conducive to consumption (limited access to sites and products, fewer outings with other consumers). Among these patients usually suffering from human bond pathology, they are "normalized" and "like everyone else."

ROLE OF GENERAL PHYSICIANS AND SPECIALIZED STRUCTURES

In France, according to the Inter-ministerial Mission to Combat Drugs and Addictive Conduct (42), the consumption of products affects millions of French people. General medicine, usually representing a privileged player (43), saw its activity fall by 40% during this period, according to the Health Insurance Fund. The first results show that this concerned one-off care as well as chronic or urgent care. This decrease can be explained by patients renouncing to their healthcare, for fear of being infected and because it was difficult to find their way around a health care system altered by the crisis. This finding shows the importance of general physicians

more actively monitoring their "addict" patients who are not followed in specialized centers or who have disappeared from view during periods at risk of isolation. Patients in our population who were unable to control their addictions still considered our follow-up to be beneficial. Comparing our results with those of the general population suggests that a broader follow-up could help to better control French addictions.

STRENGTHS AND LIMITS:

A probationary questionnaire on thirty patients was carried out prior to our inclusion to improve the relevance, understanding and consistency of the questions. Phone calls were conducted by a single investigator with each patient, avoiding a bias in question formulation and the interpretation of answers.

Our study is based on self-declarative data that can induce information bias. Although our sample is comparable to our target population, we had a significant non-response rate (50%). This may have led to a selection bias. However, our study had sufficient power to find an association.

Our study is limited to the population of "addicts" who took the step of requesting a consultation and who therefore benefited from our follow-up. This data is not representative of all patients, as we had a significant number of patients we lost sight of during this period.

It is also limited to the lockdown period, an additional post-lockdown study would be interesting to assess whether changes in consumption have persisted over time.

CONCLUSION

This study, conducted during the lockdown on patients followed in the CSAPA, highlighted the importance of appropriate follow-up in order to improve the experience of this period and to limit addictive behavioral changes. Maintaining contact with the health care system allows for continued access to treatment and important health messages related to the pandemic, and reduces the risk of withdrawal.

These results highlight the stabilization of addictions and a better overall experience than we could have predicted (22) (46), with figures sometimes even better than what can be observed in the general population.

It would be wise to study the post-lockdown experience of these patients, for whom new changes may be responsible for a "hard return to reality".

The number of patients we lost sight of, who didn't contact the center during the lockdown, commands the search for a simple and suitable way to make contact easier, so that we may accompany more patients, should the situation happen again.

This data confirms once again the pivotal role that general physicians play if another lockdown were to be put in place, in order to target fragile patients with addiction, to ensure their follow-up or to refer them to a specialized center.

ANNEXES

Annex 1: Questionnaire

1. Epidemiological data:

Sex, age

Marital status: Couple/Married - Single - Divorced - Widowed – Civil partner

Work situation: Are you working at the moment? Remotely?

Do you receive social assistance (AAH, Unemployment, RSA, etc.)?

Accommodation type: House with exterior - House without exterior - Apartment with balcony or terrace - Apartment without balcony or terrace - Other

2. What addiction(s) are you followed for?

	Product Priority Ranking	If consumed, specify whether followed or not
Alcohol		
Tobacco		
Cannabis		
Opiates		
Anxiolytics		
Other products		
Gambling		
Other non-substance addictions		
Eating disorders		

3. Since the beginning of the lockdown, what has been the evolution of your addiction(s)?

	Stopped before the lockdown and have not relapsed	Stable	Reasonable and moderate increase	Increase that has been difficult to control	Decrease	Stop
Alcohol						
Tobacco						
Cannabis						
Opiates						
Anxiolytics						
Other products						
Gambling						
Other non-substance addictions						
Eating disorders						

4. If there has been a change in your consumption, have you identified any reason(s) for this?

5. Before the lockdown was declared, on a scale of 0 to 10, how would you rate your morale? (Knowing that the scale starts at 0: not good at all, and goes to 10: I'm doing very well)

6. During the lockdown (in the last 7 days), on a scale of 0 to 10, how would you rate your morale? (Knowing that the scale starts at 0: not good at all, and goes to 10: I'm doing very well)

7. During the lockdown (in the last 7 days), on a scale of 0 to 10, how would you rate your anxiety? (Knowing that the scale starts at 0: no anxiety, and goes to 10: I feel very anxious)

8. During the lockdown, did you witness any sleep disturbances?

9. Do you live alone or with other people?

a. If you live alone, did the lockdown increase your feeling of loneliness?

b. If you live with other people, whom do you share your accommodations with? Wife - Children - Friends - Other Family Members - Other

10. In addition,

a. How would you evaluate your relationships with your loved ones since the lockdown ended? Stable (no change) - Better - Deteriorated

b. Was there violence? Physical - Emotional - Both

11. Were you satisfied with the follow-up organization at the CSAPA during this period?

12. Did you enjoy the phone or video consultations?

13. Bonus: Do you have any comments or suggestions to add to help us improve? Do you have any general comments about your lockdown experience?

Annex 2 : Comparison of the evolution of addictions between the ANPAA 06 and the sample of the study made by “Santé Publique France” during the lockdown.

EVOLUTION OF ADDICTIONS	STABILITY		INCREASE		DECREASE		
	ANPAA 06	SPF	ANPAA 06	SPF	ANPAA 06	SPF	
Alcohol (N=76)	25% (N=19)	65%	RMI₁ 15,79% (N=12)	DCI₂ 11,84% (N=9)	11%	D₃ 31,78% (N=24)	S₄ 15,79 (N=12)
			= 27,63% (N= 21)	= 47,37% (N= 36)		24%	
Tobacco (N=70)	57,14% (N=40)	55%	RMI 12,86% (N=9)	DCI 4,29% (N=3)	27%	D 20% (N=14)	S 5,71% (N=4)
			= 17,15% (N=12)	= 25,71 % (N=18)		19%	

¹ **RMI** : Reasonable and Moderate Increase

² **DCI** : Difficult to Control Increase

³ **D** : Decrease

⁴ **S** : Stop during the lockdown

Annex 3 : Comparison of the evolution of addictions between the ANPAA 06 and the sample of the study “CANNAVID”

EVOLUTION OF ADDICTIONS	STABILITY		INCREASE		DECREASE		STOP	
	ANPAA06	CANNAVID	ANPAA06	CANNAVID	ANPAA06	CANNAVID	ANPAA06	CANNAVID
ADDICTIONS (N=(ANPAA06))								
Cannabis (N=30)			RMI₁	DCI₂				
			16,67 % N=5	13,33 % N=4				
	33,33% (N=10)	29%	30% (N=9)		35%	20% (N=6)	28%	16,67% (N=5)
								7%

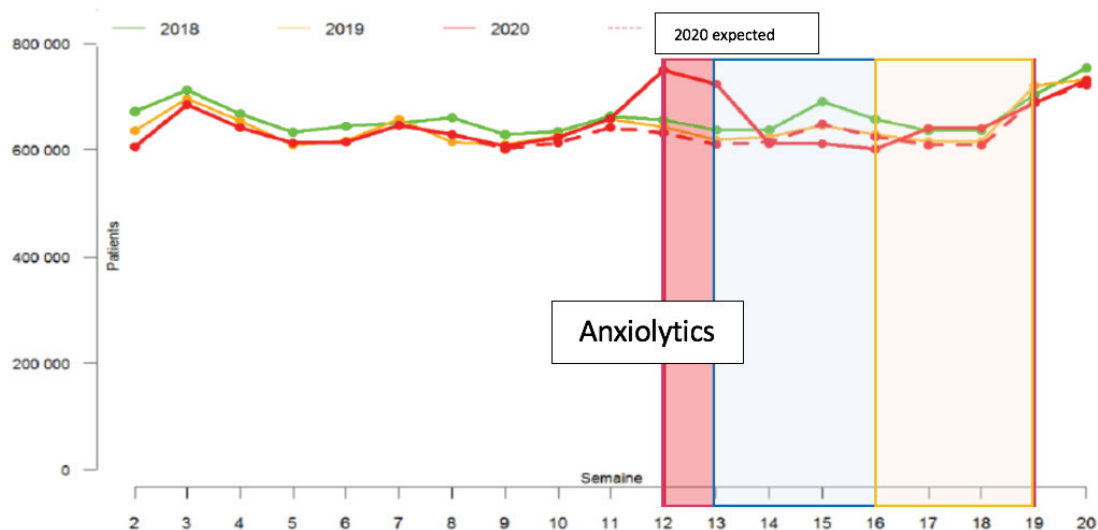
1 **RMI** : Reasonable and Moderate Increase

2 **DCI** : Difficult to Control Increase

Annex 4: Medicine consumption from March 2nd to April 17th comparison between the number of studied and expected users

Classe de médicaments	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	Ecart nbre patients (observés - attendus) S12 à S19	S20
	(2-8 mars 2020)	(9-15 mars 2020)	(16-22 mars 2020)	(23-29 mars 2020)	(30 m-5 avril 2020)	(6-12 avril 2020)	(13-19 avril 2020)	(20-26 avril 2020)	(27 a- 3 mai 2020)	(4-10 mai 2020)		(11-17 mai 2020)
Médicaments cardiovasculaires/diabète												
Antihypertenseurs	+4,0%	+4,0%	+30,9%	+25,3%	-3,9%	-11,1%	-7,6%	+0,8%	+0,8%	-2,1%	(+609 228)	+0,4%
IEC	+2,5%	+3,4%	+31,0%	+26,9%	-3,8%	-11,0%	-7,7%	+0,7%	+0,7%	-1,5%	(+192 783)	+1,5%
Sartans	+5,8%	+5,1%	+34,5%	+28,1%	-3,2%	-11,3%	-7,7%	+2,5%	+2,5%	+0,1%	(+287 927)	+3,1%
Bétabloquants	+4,0%	+3,9%	+32,4%	+26,5%	-3,3%	-10,5%	-6,8%	+0,1%	+0,1%	-2,7%	(+280 187)	-0,1%
Antidiabétiques	+4,0%	+3,2%	+31,8%	+25,1%	-4,9%	-11,0%	-6,8%	-2,7%	-2,7%	-7,6%	(+134 893)	-6,0%
Insuline	+7,7%	+4,2%	+42,0%	+35,0%	+0,8%	-6,8%	-4,1%	-2,5%	-2,5%	-8,6%	(+81 293)	-7,1%
Antidiabétiques non insuliniqes	+3,5%	+3,0%	+29,8%	+24,0%	-5,3%	-11,3%	-7,0%	-2,5%	-2,5%	-7,4%	(+99 478)	-5,6%
Statines	+3,6%	+4,2%	+32,4%	+28,0%	-3,2%	-10,7%	-7,3%	-0,0%	-0,0%	-3,5%	(+276 578)	-1,5%
Furosémide	+1,3%	+1,7%	+19,3%	+20,9%	-0,9%	-8,6%	-6,6%	-1,7%	-1,7%	-6,7%	(+31 591)	-4,4%
Antithrombotiques	+2,2%	+2,2%	+25,5%	+19,1%	-6,6%	-12,5%	-8,4%	-4,6%	-4,6%	-7,8%	(-26 193)	-5,8%
Antiagrégants plaquettaires (AAP)	+2,1%	+2,1%	+27,1%	+21,3%	-5,4%	-11,3%	-6,7%	-2,9%	-2,9%	-6,1%	(+97 375)	-4,1%
Antithrombotiques sauf AAP	+2,3%	+2,3%	+22,3%	+15,1%	-8,6%	-14,4%	-11,5%	-7,9%	-7,9%	-11,1%	(-117 002)	-9,2%
Méd. des tr. mentaux / dépendances												
Antidépresseurs	+1,1%	+2,6%	+21,6%	+17,6%	-5,6%	-11,6%	-7,3%	-1,7%	-1,7%	-6,1%	(+29 447)	-4,8%
Antipsychotiques	-0,6%	+1,9%	+16,5%	+21,5%	-0,1%	-7,2%	-4,6%	+0,7%	+0,7%	-5,0%	(+50 018)	-2,9%
Anxiolytiques	+1,8%	+2,8%	+18,5%	+18,6%	-0,4%	-5,8%	-3,8%	+5,1%	+5,1%	-0,5%	(+292 752)	+1,2%
Hypnotiques	+1,5%	+4,9%	+11,9%	+11,7%	-2,3%	-7,2%	-3,0%	+8,0%	+8,0%	+4,7%	(+96 513)	+6,9%
Trait dépendance aux opiacés	-2,4%	+0,5%	+4,3%	+12,2%	-3,6%	-5,2%	+0,3%	-1,5%	-1,5%	-2,1%	(+1 090)	-1,4%
Traitements dépendance alcool	+1,8%	+3,7%	+11,0%	+17,9%	-6,8%	-13,5%	-11,8%	-4,5%	-4,5%	-8,2%	(-2 914)	-7,8%
Substituts nicotiniques	-3,8%	-2,5%	+8,3%	-5,7%	-29,2%	-30,7%	-27,4%	-17,8%	-17,8%	-25,2%	(-103 477)	-22,0%

Annex 5: Number of patients by week with a prescription of anxiolytics during the first twenty weeks of 2018, 2019 and 2020 (data general system stricto sensu) – comparison studied on expected



BIBLIOGRAPHIE

1. Lu, H., Stratton, C. W. & Tang, Y.-W. Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle. *J. Med. Virol.* 92, 401–402 (2020).
2. Kar, S. K. *et al.* COVID-19 pandemic and addiction: Current problems and future concerns. *Asian J. Psychiatry* 51, 102064 (2020).
3. Mackenzie, J. S. & Smith, D. W. COVID-19: a novel zoonotic disease caused by a coronavirus from China: what we know and what we don't. *Microbiol. Aust.* 41, 45 (2020).
4. Zou, X. *et al.* [Evaluation of the emergency response strategies and measures on the epidemic of COVID-19 in Shenzhen, China]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi Zhonghua Liuxingbingxue Zazhi* 41, 1225–1230 (2020).
5. Rehm, J. *et al.* Alcohol use in times of the COVID 19: Implications for monitoring and policy. *Drug Alcohol Rev.* 39, 301–304 (2020).
6. Covid-19 : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie. /etudes-et-enquetes/covid-19-une-enquête-pour-suivre-l'évolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie.
7. Moraes Silva, D. R. & Mont'Alverne, C. Assessing vulnerable populations during the Covid-19 pandemic outbreak. *Surv. Res. Methods* 141-145 Pages (2020)
8. Dunlop, A. *et al.* Challenges in maintaining treatment services for people who use drugs during the COVID-19 pandemic. *Harm. Reduct. J.* 17, 26 (2020).
9. Cascella, M., Rajnik, M., Cuomo, A., Dulebohn, S. C. & Di Napoli, R. Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19). in *StatPearls* (StatPearls Publishing, 2020).
10. Volkow, N. D. Collision of the COVID-19 and Addiction Epidemics. *Ann. Intern. Med.* 173, 61–62 (2020).
11. Zhao, S. X., Kwong, C., Swaminathan, A., Gohil, A. & Crawford, M. H. Clinical Characteristics and Outcome of Methamphetamine-Associated Pulmonary Arterial Hypertension and Dilated Cardiomyopathy. *JACC Heart Fail.* 6, 209–218 (2018).
12. Olds, J. L. & Kabbani, N. Is nicotine exposure linked to cardiopulmonary vulnerability to COVID-19 in the general population? *Febs J.* (2020)
13. Lagisetty, P. A., Maust, D., Heisler, M. & Bohnert, A. Physical and Mental Health Comorbidities Associated with Primary Care Visits for Substance Use Disorders. *J. Addict. Med.* 11, 161–162 (2017).
14. Lima, N. N. R. *et al.* People experiencing homelessness: Their potential exposure to COVID-19. *Psychiatry Res.* 288, 112945 (2020).
15. Bowden-Jones, D. O. Advisory Council on the Misuse of Drugs. 57.
16. Grant, B. F. *et al.* Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder. *JAMA Psychiatry* 72, 757–766 (2015).
17. Grella, C. E., Karno, M. P., Warda, U. S., Niv, N. & Moore, A. A. Gender and Comorbidity Among Individuals with Opioid Use Disorders in the NESARC Study. *Addict. Behav.* 34, 498–504 (2009).
18. Arya, S. & Gupta, R. COVID-19 outbreak: Challenges for Addiction services in India. *Asian J. Psychiatry* 51, 102086 (2020).
19. Samuels, E. A. *et al.* Innovation During COVID-19: Improving Addiction Treatment Access. *J. Addict. Med.* (2020)
20. Columb, D., Hussain, R. & O'Gara, C. Addiction psychiatry and COVID-19: impact on patients and service provision. *Ir. J. Psychol. Med.* 1–5
21. ANPAA (2020,septembre). Les usagers et le confinement.
22. Mengin, A. *et al.* [Psychopathological consequences of confinement]. *L'Encephale* 46, S43–S52 (2020).
23. Addict aide (2020,mai).Les résultats préliminaires de l'étude Cannavid sont disponibles. <https://www.addictaide.fr/les-resultats-preliminaires-de-letude-cannavid-sont-disponibles/>.

24. Weill, D. A. *et al.* 1. EPIPHARE - Groupement d'intérêt scientifique (GIS) ANSM-CNAM. 218.
25. Véran, O. (2020, Mars). Arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire - Légifrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041746744>.
26. World health organization model list of essential medicines (2019). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325771/WHO-MVP-EMP-IAU-2019.06-eng.pdf>
27. Cousins, G. *et al.* Risk of mortality on and off methadone substitution treatment in primary care: a national cohort study. *Addiction* 111, 73–82 (2016).
28. GAE Conseil, (2020, Avril). Les pratiques addictives des français aggravées depuis le début du confinement. <http://www.odoxa.fr/wp-content/uploads/2020/04/CP-SONDAGE-ADDICTION-GAE-ODOXA-2020.pdf>
29. Zhang, S. X., Wang, Y., Rauch, A. & Wei, F. Unprecedented disruption of lives and work: Health, distress and life satisfaction of working adults in China one month into the COVID-19 outbreak. *Psychiatry Res.* 288, 112958 (2020).
30. Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M. & Ventriglio, A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health: *Int. J. Soc. Psychiatry* (2020)
31. Mak, I. W. C., Chu, C. M., Pan, P. C., Yiu, M. G. C. & Chan, V. L. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *Gen. Hosp. Psychiatry* 31, 318–326 (2009).
32. Brady, K. T. & Sonne, S. C. The Role of Stress in Alcohol Use, Alcoholism Treatment, and Relapse. *Alcohol Res. Health* 23, 263–271 (1999).
33. Sinha, R. *et al.* Enhanced Negative Emotion and Alcohol Craving, and Altered Physiological Responses Following Stress and Cue Exposure in Alcohol Dependent Individuals. *Neuropsychopharmacol. Off. Publ. Am. Coll. Neuropsychopharmacol.* 34, 1198–1208 (2009).
34. Sinha, R. How does stress increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology (Berl.)* 158, 343–359 (2001).
35. Léger, D. (2018, mai). Bulletin épidémiologique hebdomadaire. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/8-9/2019_8-9_1.html.
36. Vieta, E., Pérez, V. & Arango, C. Psychiatry in the aftermath of COVID-19. *Rev. Psiquiatr. Salud Ment.* 13, 105–110 (2020).
37. Chakrabarti, S. Usefulness of telepsychiatry: A critical evaluation of videoconferencing-based approaches. *World J. Psychiatry* 5, 286–304 (2015).
38. Leppla, I. E. & Gross, M. S. Optimizing Medication Treatment of Opioid Use Disorder During COVID-19 (SARS-CoV-2). *J. Addict. Med.* (2020)
39. Goodman, A. Neurobiology of addiction: An integrative review. *Biochem. Pharmacol.* 75, 266–322 (2008).
40. Chauvet, É. L'addiction à l'objet : une dépendance passionnelle. *Rev. Fr. Psychanal.* Vol. 68, 609–622 (2004).
41. Ducarre, C. L'alcool comme pseudo-objet transitionnel. *Cliniques* N° 7, 38–51 (2014).
42. MILD&CA(2019, octobre). Les consommations de substances psychoactives en population générale. <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/chiffres-cles/en-population-generale>.
43. Huhot, D (2005, mars). Documents de recherche en médecine générale. http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/445/fichier_dr6001ffc.pdf
44. Dubost, C.-L. (2020/juillet). Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19. 40. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd62.pdf>
45. Marsden, J. *et al.* Mitigating and learning from the impact of COVID-19 infection on addictive disorders. *Addiction* 115, 1007–1010 (2020).

RÉSUMÉ

CONSÉQUENCES DU CONFINEMENT LIÉ A LA COVID 19 CHEZ LES PATIENTS AYANT BÉNÉFICIÉ D'UN SUIVI AU CSAPA ODYSSEE, ANPAA 06

Introduction : En mars 2020, un confinement de la population générale débutait en France pour endiguer la propagation de la Covid19. Les premières études montraient une corrélation entre la gravité de l'atteinte somatique de ce virus et certaines comorbidités ainsi que l'impact psychologique lié au confinement. De par leur condition socio-psychologique les patients « addicte » sont plus vulnérables face à ce confinement engendré par la Covid19.

Objectifs : Évaluer les conséquences du confinement lié à la Covid19 chez les patients ayant bénéficié d'un suivi au centre d'addictologie CSAPA Odyssee, ainsi que leur ressenti sur la consultation à distance.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une enquête épidémiologique observationnelle multicentrique dans les Alpes Maritimes, lors de la dernière semaine de confinement. L'ensemble des patients inclus avait eu au moins une consultation de suivi du dix-sept mars au sept mai 2020 dans un de nos centres. Les données concernant l'évolution de leurs addictions et leur état psychologique ont été recueillies par le biais d'un questionnaire téléphonique.

Résultats : Parmi les 144 patients inclus, 34% ont décrit une diminution de leurs addictions totales et 48% une stabilité. Les hommes ont statistiquement plus diminué leur consommation totale que les femmes ($p=0,03$). Il n'y avait pas d'association entre les variations des addictions totales et les modifications des conditions de travail ($p= 0,2$). L'anxiété de nos patients est restée stable ou a diminué pour 60% d'entre eux. Pour deux tiers de notre population, il n'y a pas eu de perturbation du sommeil. La consultation téléphonique a convenu à 90 % de nos patients.

Conclusion : Durant cette période de confinement le suivi de nos patients a permis d'améliorer leur vécu et de limiter les conséquences sur leurs addictions. La consultation téléphonique a été un outil majeur dans leur prise en charge mais il semble intéressant de développer l'accès à une visioconférence. Le médecin généraliste a un rôle central dans le repérage des patients « addicts » en veillant à leur suivi ou en les orientant vers des centres spécialisés.

SUMMARY

CONSEQUENCES OF CONTAINMENT RELATED TO COVID 19 IN PATIENTS WHO BENEFITED FROM FOLLOW-UP AT CSAPA ODYSSEE, ANPAA 06

Introduction: In March 2020, confinement of the general population began in France to stem the spread of Covid19. The first studies showed a correlation between the severity of the somatic attack of this virus and certain comorbidities as well as the psychological impact of confinement. Due to their socio-psychological condition, “addicted” patients are more vulnerable to this confinement caused by Covid19.

Objectives: To assess the consequences of confinement linked to Covid19 in patients who received follow-up at the CSAPA Odyssée addictology center, as well as their feelings about the remote consultation.

Materials and methods: We carried out a multicenter observational epidemiological survey in the Alpes Maritimes, during the last week of confinement. All of the patients included had at least one follow-up consultation from March 17 to May 7, 2020 in one of our centers. Data on the development of their addictions and their psychological state were collected through a telephone questionnaire.

Results: Among the 144 patients included, 34% described a decrease in their total addictions and 48% a stability. Men have statistically reduced their total consumption more than women ($p = 0.03$). There was no association between changes in total addictions and changes in working conditions ($p = 0.2$). The anxiety of our patients has remained stable or decreased for 60% of them. For two-thirds of our population, there has been no sleep disturbance. The telephone consultation agreed to 90% of our patients.

Conclusion: During this period of confinement, monitoring our patients has improved their experience and limited the consequences on their addictions. Telephone consultation has been a major tool in their care, but it seems interesting to develop access to videoconferencing. The general practitioner has a central role in identifying "addicted" patients by ensuring their follow-up or by referring them to specialized centers.

SERMENT D'HIPPOCRATE

“Au moment d’être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j’y manque.”