



HAL
open science

Pandémie de COVID-19 : l'impact des mesures de confinement sur les conduites addictives, une étude transversale de la population soignante du Finistère Nord

Olga Lyonnard

► **To cite this version:**

Olga Lyonnard. Pandémie de COVID-19 : l'impact des mesures de confinement sur les conduites addictives, une étude transversale de la population soignante du Finistère Nord. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03727489

HAL Id: dumas-03727489

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03727489v1>

Submitted on 19 Jul 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITÉ de BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTÉ DE MÉDECINE de BREST

ANNÉE 2022

N°

THÈSE D'EXERCICE

Pour le
DOCTORAT DE MÉDECINE
DE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Par
Mme LYONNARD Olga

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 30 JUIN 2022

**Pandémie de COVID-19 : l'impact des mesures de confinement
sur les conduites addictives, une étude transversale de la
population soignante du Finistère Nord**

Président : Pr LE FLOC'H Bernard

Membres du Jury :
Dr GUILLOU Morgane
Dr LEMOINE Agnès

**UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MÉDECINE ET
DES SCIENCES DE LA SANTÉ DE BREST**

Doyens honoraires

FLOCH Hervé (†)

LE MENN Gabriel (†)

SENECAIL Bernard

BOLES Jean-Michel

BIZAIS Yves (†)

DE BRAEKELEER Marc (†)

BERTHOU Christian (†)

Doyenne

COCHENER-LAMARD Béatrice

Professeurs émérites

BOLES Jean-Michel

Réanimation

BOTBOL Michel

Pédopsychiatrie

CENAC Arnaud

Médecine interne

COLLET Michel

Gynécologie obstétrique

FEREC Claude

Génétique

JOUQUAN Jean

Médecine interne

LEFEVRE Christian

Anatomie

LEHN Pierre

Biologie cellulaire

MOTTIER Dominique

Thérapeutique

OZIER Yves

Anesthésiologie-réanimation

YOUINOU Pierre

Immunologie

Professeur des Universités – Praticien hospitalier en surnombre

GOUNY Pierre

Chirurgie vasculaire

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

BERTHOU Christian

Hématologie

BRESSOLLETTE Luc

Médecine vasculaire

COCHENER-LAMARD Béatrice

Ophtalmologie

DEWITTE Jean-Dominique

Médecine et santé au travail

DUBRANA Frédéric

Chirurgie orthopédique et traumatologique

FOURNIER Georges

Urologie

GENTRIC Armelle

Gériatrie et biologie du vieillissement

GILARD Martine

Cardiologie

KERLAN Véronique

Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

LE MEUR Yannick

Néphrologie

LE NEN Dominique

Chirurgie orthopédique et traumatologique

LEROYER Christophe

Pneumologie

MANSOURATI Jacques

Cardiologie

MERVIEL Philippe

Gynécologie obstétrique

MISERY Laurent

Dermato-vénérologie

NONENT Michel

Radiologie et imagerie médicale

REMY-NERIS Olivier

Médecine physique et réadaptation

ROBASZKIEWICZ Michel

Gastroentérologie

SALAUN Pierre Yves

Biophysique et médecine nucléaire

SARAUX Alain

Rhumatologie

TIMSIT Serge

Neurologie

WALTER Michel

Psychiatrie d'adultes

Professeur des Universités – Praticiens hospitaliers de 1^{ère} Classe

AUBRON Cécile	Réanimation
BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive
BEN SALEM Douraied	Radiologie et imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BEZON Éric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
CARRE Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
COUTURAUD Francis	Pneumologie
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUEYMES Maryvonne	Immunologie
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HU Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
HUET Olivier	Anesthésiologie-réanimation
L'HER Erwan	Réanimation
MARIANOWSKI Rémi	Oto-rhino-laryngologie
MONTIER Tristan	Biologie cellulaire
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie et mycologie
PAYAN Christopher	Bactériologie-virologie
PRADIER Olivier	Cancérologie
SEIZEUR Romuald	Anatomie
STINDEL Éric	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
VALERI Antoine	Urologie

Professeur des Universités – Praticiens hospitaliers de 2^{ème} Classe

ABRGRAL Ronan	Biophysique et médecine nucléaire
ANSART Séverine	Maladies infectieuses
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation
BRONSARD Guillaume	Pédopsychiatrie
CORNEC Divi	Rhumatologie
CORNEC-LE GALL Emilie	Néphrologie
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
GENTRIC Jean-Christophe	Radiologie et imagerie médicale
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie-virologie
IANOTTO Jean-Christophe	Hématologie
LE BERRE Rozenn	Thérapeutique
LE GAC Gérald	Génétique
LE MARECHAL Cédric	Génétique
LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
LE VEN Florent	Cardiologie
LIPPERT Éric	Hématologie
MAGRO Elsa	Neurochirurgie
SCHICK Ulrike	Cancérologie-Radiothérapie
TALAGAS Matthieu	Histologie, embryologie et cytogénétique
THEREAUX Jérémie	Chirurgie digestive
TROADEC Marie-Bérengère	Génétique
UGUEN Arnaud	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens hospitaliers Hors Classe

JAMIN Christophe	Immunologie
MOREL Frédéric	Biologie et médecine du développement et de la reproduction

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens hospitaliers de 1^{ère} Classe

BERROUIGUET Sofian	Psychiatrie d'adultes
BRENAUT Emilie	Dermato-vénérologie
DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
GUILLOU Morgane	Addictologie
HILLION Sophie	Immunologie
LE GAL Solène	Parasitologie et mycologie
LODDE Brice	Médecine et santé au travail
MIALON Philippe	Physiologie
PERRIN Aurore	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et biologie moléculaire
QUERELLOU Solène	Biophysique et médecine nucléaire
ROBIN Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
VALLET Sophie	Bactériologie-virologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens hospitaliers de 2^{ème} Classe

POUGNET Richard	Médecine et Santé au travail
ROPARS Juliette	Pédiatrie
ROUE Jean-Michel	Pédiatrie
SALIOU Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TROMEUR Cécile	Pneumologie

Professeurs des Universités de Médecine Générale

LE FLOC'H Bernard

LE RESTE Jean-Yves

Maîtres de Conférences de Médecine Générale

BARAIS Marie

NABBE Patrice

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BEAURUELLE Clémence

Bactériologie virologie

BAGACEAN Cristina

Hématologie

THULLIER Philippe

Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

Professeurs des Universités Associés

LE MOIGNE Emmanuelle

Médecine interne

METGES Jean-Philippe

Cancérologie

QUERELLOU Emgan

Médecine d'urgence

SUPLY Benoît

Médecine légale

Maîtres de Conférences des Universités Associés

GURIEC Nathalie

Nutrition

LAVENNE-COLLOT Nathalie

Pédopsychiatrie

Professeurs des Universités Associés de Médecine Générale

BARRAINE Pierre

CHIRON Benoît

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

BEURTON-COURAUD Lucas

DERRIENNIC Jérémy

FONSECA Jérôme

PUSZKAREK Thibault

VIALA Jeanlin

Professeurs des Universités

BORDRON Anne

Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités

BERNARD Delphine

Biochimie et biologie moléculaire

DANY Antoine

Epidémiologie et santé publique

LE CORNEC Anne-Hélène

Psychologie

LANCIEN Frédéric

Physiologie

LE CORRE Rozenn

Biologie cellulaire

MIGNEN Olivier

Physiologie

MORIN Vincent

Electronique et informatique

Maître de Conférence des Universités Contractuel LRU

MESQUITA Mirka

Psychologie

Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche

GHANEM Rosy

Biochimie et biologie moléculaire

Professeurs Certifiés / Agrégés du second degré

MONOT Alain

Français

RIOU Morgan

Anglais

Professeurs Agrégés du Val-de-Grâce (Ministère des Armées)

DULOU Renaud

Neurochirurgie

Maîtres de Stages Universitaires – Référents (Ministère des Armées)

LE COAT Anne

Médecine Générale/Urgence

SCELLOS Olivia

Médecine Générale

TABLES DES MATIERES

TABLES DES MATIERES	10
RESUME (FRANÇAIS)	12
ABSTRACT (ENGLISH)	13
LISTE DES ABBREVIATIONS	14
INTRODUCTION	15
I. ELEMENTS DE CONTEXTE.....	15
II. CONSEQUENCES DE LA PANDEMIE.....	15
III. CONDUITES ADDICTIVES HORS PANDEMIE EN FRANCE ET EN BRETAGNE.....	16
A. <i>Conduites addictives des soignants</i>	17
B. <i>Facteurs de risque des conduites addictives</i>	18
IV. COVID-19 DANS LE DEPARTEMENT DU FINISTERE	18
MATERIELS ET METHODE	19
I. POPULATION ETUDIEE	19
II. TYPE D'ETUDE	19
III. OBJECTIF PRINCIPAL ET OBJECTIFS SECONDAIRES	19
IV. REALISATION DU QUESTIONNAIRE	19
V. DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE.....	20
VI. ANALYSE STATISTIQUE.....	21
RESULTATS	22
I. FLOW-CHART	22
II. CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION SOIGNANTE.....	23
A. <i>Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée</i>	23
B. <i>SARS-CoV-2 et soignants du Finistère</i>	24
C. <i>Modification de la situation socio-professionnelle liée aux confinements</i>	24
D. <i>Situation familiale</i>	24
E. <i>Relations sociales</i>	24
III. ETAT DE SANTE DE LA POPULATION SOIGNANTE	25
A. <i>Santé physique</i>	25
B. <i>Santé psychologique</i>	26
IV. HABITUDES DE CONSOMMATION DE LA POPULATION SOIGNANTE	27
A. <i>Tabac</i>	27
B. <i>Alcool</i>	28
C. <i>Substances illicites</i>	29
D. <i>Jeux d'argent et de hasard</i>	30
E. <i>Temps d'écran</i>	30
V. QUALITE DE VIE DES SOIGNANTS DEPUIS LES CONFINEMENTS.....	31
DISCUSSION	32
I. SYNTHESE DES RESULTATS	32
II. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	32
A. <i>Forces de l'étude</i>	32
B. <i>Biais de l'étude</i>	32

III. ANALYSE DE LA LITTÉRATURE	33
A. <i>Impact des mesures de confinement sur les conduites addictives</i>	33
B. <i>Vécu des soignants en période de crise sanitaire</i>	35
IV. PERSPECTIVES.....	37
CONCLUSION	38
BIBLIOGRAPHIE	39
SERMENT D’HIPPOCRATE	43
ANNEXE I - QUESTIONNAIRE	44
ANNEXE II – MEMENTO DES STRUCTURES D’ADDICTOLOGIE BRESTOISES	53
ANNEXE III – AFFICHE ET QR CODE	54
ANNEXE IV – QUESTIONNAIRE AUDIT (ALCOHOL USE DISORDERS TEST)	55

RESUME (FRANÇAIS)

Introduction

La pandémie de COVID-19 a modifié les habitudes de vie de la population mondiale avec notamment des mesures strictes de confinement pour endiguer la propagation du virus. Dans le Finistère, le taux d'incidence du coronavirus était faible en comparaison avec le reste du territoire français, néanmoins les mesures de confinement étaient identiques.

Parmi les populations les plus touchées, les soignants ont été en première ligne de cette maladie, faisant face quotidiennement à de hauts niveaux de stress. Dans ce contexte de vulnérabilité psychique et environnementale, une augmentation de la consommation d'alcool et de tabac est attendue.

Dans cette étude, l'objectif était donc d'évaluer la prévalence des conduites addictives autorapportées dans la population soignante du Finistère à un an du début de la pandémie, après deux confinements.

Méthode

Il s'agissait d'une étude épidémiologique transversale descriptive et analytique réalisée à partir de données déclaratives via un questionnaire anonyme en ligne. Les données ont été recueillies auprès des soignants majeurs (≥ 18 ans) du Finistère du 18 janvier au 9 mars 2021.

Le questionnaire se composait de quatre catégories permettant de recueillir les caractéristiques sociodémographiques des participants, leur ressenti sur leur santé physique, psychique et sur leur qualité de vie, ainsi que leurs habitudes de consommation (alcool, tabac, substances illicites, écrans et jeux d'argent et de hasard).

Plusieurs variables associées à une modification des conduites ont été testées en utilisant une régression logistique sur les variables qualitatives (OR avec intervalle de confiance à 95%) et une régression linéaire sur les variables quantitatives (risque Beta avec un intervalle de confiance à 95%).

Résultats

Au total, 1123 soignants ont participé à l'étude (83,53% de femmes). Les participants ont rapporté une augmentation de leur consommation d'alcool, de tabac et du temps passé devant les écrans depuis les confinements.

Discussion

Les résultats de cette étude rejoignent de nombreux travaux réalisés dans plusieurs pays. Elle reste une des rares études à faire un état des lieux des conduites addictives à un an de la pandémie.

Elle a permis de mettre en évidence une augmentation non négligeable de la consommation d'alcool, de tabac et du temps passé devant les écrans, associée à une altération de la qualité de vie et de la santé mentale des soignants.

ABSTRACT (ENGLISH)

Introduction

The COVID-19 pandemic has changed world's population life habits, including strict lockdowns to contain the spread of the virus. In Finistère, the incidence rate of coronavirus was low compared to the rest of France, but the containment measures were identical. Among the most affected populations, healthcare workers have been on the front lines of this disease, cope with high levels of stress on a daily basis. In this context of psychological and environmental vulnerability, an increase in alcohol and tobacco consumption is expected. In this study, the objective was to assess the prevalence of self-reported addictive behaviours in the Finistère health care population one year after the pandemic's start, after two lockdowns.

Method

This was a descriptive and analytical cross-sectional epidemiological study, which uses declarative data via an anonymous online questionnaire. Data were collected from the Finistère adult healthcare workers (≥ 18 years old) from January 18 to March 9, 2021.

The questionnaire is divided into four sections to collect the socio-demographic characteristics of the participants, their feelings about their physical, psychological and quality of life, as well as their consumption habits (alcohol, tobacco, illicit substances, screens and gambling). Several variables associated with a conduct modification were tested using logistic regression on qualitative variables (OR with 95% confidence interval) and linear regression on quantitative variables (Beta risk with 95% confidence interval).

Results

A total of 1,123 healthcare workers participated in the study (83.53% women). Participants reported an increase in their alcohol, tobacco and screen time since lockdowns.

Discussion

The results of this study were consistent with many others carried out in several countries. This study remains one of the few which make an inventory of addictive behaviors one year after of the pandemic's start.

It highlighted a significant increase in alcohol, tobacco and screen time, combined with a deterioration in the quality of life and mental health of healthcare workers.

LISTE DES ABBREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Sars-CoV-2 : severe acute respiratory syndrome coronavirus 2

SRAS : Syndrome Respiratoire Aigu Sévère

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CHRU : Centre Hospitalier Régional et Universitaire

UCPS BO : Université Citoyenne de Prévention en Santé de Bretagne Occidentale

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

QR Code : Quick Response Code

p : p-value

OR : Odds Ratio

ASSIST : Alcohol, smoking and substance involvement screening test

CUMP : cellule d'urgence médico-psychologique

INTRODUCTION

I. Eléments de contexte

En janvier 2020, l'émergence d'un nouveau coronavirus, le Sars-CoV-2 (*severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*), a bouleversé la dynamique mondiale. Les premiers cas ont été identifiés à Wuhan en Chine et l'épidémie s'est ensuite propagée à l'internationale en moins de trois mois. Le 11 mars 2020, l'OMS qualifiait la COVID-19, maladie due au Sars-Cov-2, de pandémie (1).

Cette maladie peut provoquer, dans sa forme la plus grave, un syndrome de détresse respiratoire aiguë ou SDRA pouvant conduire au décès du patient. En mars 2022, le nombre total de décès dus à la COVID-19 était estimé à 6 018 050 dont 140 642 en France (2).

II. Conséquences de la pandémie

Le terme de pandémie fait écho à d'autres catastrophes biologiques qui ont marqué l'humanité à travers l'Histoire : pestes, choléra, grippe espagnole ou encore SIDA. Des exemples parmi tant d'autres mais connus de tous car traumatisants pour les populations, et dont l'impact psychologique et physique peut être, par exemple, comparé aux attentats. Une revue de la littérature (4) a montré des similarités entre la pandémie de COVID-19 et la menace terroriste, notamment les sentiments de peur (perte d'un proche), d'insécurité et d'incertitude.

Les restrictions et les mesures de confinement sont aussi communes à ces deux événements. L'objectif des mesures de confinement est de réduire l'exposition de la population à un danger pouvant avoir des conséquences néfastes. La population est donc amenée à rester chez elle et à limiter les déplacements aux besoins essentiels (courses, travail, soins), sous peine de sanctions. En France, pendant les trois confinements sanitaires, le non-respect de ses mesures correspondait à une contravention de 4^e classe, entraînant une amende d'un montant de 135 euros (5).

La pandémie de Sars-cov-2 a donc modifié le quotidien de la population mondiale : gestes barrières, port du masque, mesures de confinement, fermeture des restaurants et des lieux de loisirs et de culture. Ces restrictions et cette incertitude face à la maladie ont pu engendrer un taux de stress important avec potentiellement des conséquences sur la santé physique et mentale.

Une étude sur la population générale italienne a montré une majoration des difficultés de concentration et d'attention ainsi qu'une majoration de l'inquiétude, en comparaison avec les mois précédant la pandémie. Les participants rapportaient également la sensation d'être moins heureux et de moins bonne humeur. Chez les soignants s'ajoutait une majoration de la fatigue et du sentiment de solitude (6).

En France, l'enquête CoviPrev (7) lancée depuis le 23 mars 2020, a montré une altération de la santé mentale de la population générale, notamment une majoration des états anxieux, dépressifs et des troubles du sommeil depuis le premier confinement de 2020.

Parmi la population générale, les soignants ont été en première ligne de cette pandémie. Selon une étude américaine, 40 % des soignants ont rapporté des symptômes psychiatriques (anxiété, symptômes dépressifs) et notamment des idées suicidaires pendant la pandémie (8).

III. Conduites addictives hors pandémie en France et en Bretagne

En Bretagne, la consommation quotidienne d'alcool des 18-75 ans est comparable à la moyenne française (10,7% versus 10,0%). Cependant, elle se démarque par une consommation hebdomadaire des 18-30 ans beaucoup plus importante que dans les autres régions (43,5% versus 32,5%). La prévalence des API (alcoolisations ponctuelles importantes, au moins 6 verres d'alcool en une occasion) chez les 18-75 ans est également supérieure à la moyenne française (20,5% versus 16,2%).

Ces chiffres n'ont pas évolués entre 2017 et 2020 (9).

Concernant le tabac, la prévalence de consommation des bretons âgés de 18 à 75 ans est comparable à la moyenne française (26,5% versus 26,9%) avec une tendance à la diminution chez les hommes et à l'augmentation chez les femmes (10).

La consommation de substances illicites en Bretagne, quant à elle, se distingue par un taux plus élevé d'expérimentation pour le cannabis, le poppers, l'ecstasy/MDMA et le crack par rapport aux autres régions de France métropolitaine (11).

Usages de produits psychoactifs à l'âge adulte (18-75 ans pour l'alcool et le tabac, 18-64 ans pour les autres produits) en 2017 dans la région Bretagne et en France métropolitaine (%)

		Région Bretagne			France métropolitaine		
		H (n=676)	F (n=752)	Ens. (n=1428)	H (n=11596)	F (n=13723)	Ens. (n=25319)
Alcool	Expérimentation	98	97*	97*	96,1	93,1	94,6
	Usage régulier (≥ 10 usages dans le mois)	36*	10	23*	28,4	9,7	18,8
	Usage quotidien (≥ 30 usages dans le mois)	19	4	11	16,1	5,4	10,6
Alcoolisation ponctuelle importante (API)	Dans le mois (≥ 1 fois)	32*	9	21*	25,2	7,6	16,2
Tabac	Expérimentation	83	71	77	81,2	70,5	75,7
	Quotidien (≥ 1 cigarette/jour)	28	25	27	29,8	24,2	27,0
	Intensif (≥ 10 cigarettes/jour)	14	10	12	15,7	10,2	12,8
Cannabis	Expérimentation	58*	40	49*	52,7	37,2	44,8
	Usage dans l'année	16	7	11	15,1	7,1	11,0
	Usage régulier (≥ 10 usages dans le mois)	5	2	4	5,4	1,8	3,6
Poppers	Expérimentation	14	9*	11*	11,7	5,8	8,7
Cocaïne	Expérimentation	10	4	7	8,0	3,2	5,6
MDMA/ecstasy	Expérimentation	10*	4	7*	7,3	2,7	5,0
Champignons hallucinogènes	Expérimentation	10	4	7	8,0	2,7	5,3
LSD	Expérimentation	5	2	4	4,0	1,4	2,7
Amphétamines	Expérimentation	4	1	3	3,2	1,2	2,2
Héroïne	Expérimentation	3	1	2	2,1	0,5	1,3
Crack	Expérimentation	3*	<0,5	2*	1,1	0,3	0,7

Source : Baromètre Santé 2017, SPF

Note : Les prévalences régionales sont arrondies à l'unité près pour des raisons d'effectif.

Note de lecture : 36* signifie que l'usage régulier d'alcool des hommes dans la région est supérieur (test de Chi2 au seuil 0,05) à celui de leurs homologues du reste de la France.

Figure 1 : usages de produits psychoactifs à l'âge adulte en 2017 dans la région Bretagne et en France métropolitaine (%)

Les conduites addictives ne concernent pas uniquement la consommation de substances psychoactives mais aussi les addictions à des comportements.

En 2019, 47,2% des adultes âgés de 18 à 75 ans ont déclaré avoir joué à un jeu d'argent ou de hasard dont 28,6% au moins une fois par semaine et 1,2% de manière quotidienne. Malgré ces

chiffres, les pratiques à risque restent modérées (4,4% de joueurs à risque modéré et 1,6% de joueurs excessifs) (12).

Le temps passé devant les écrans (ordinateur, smartphone, télévision, jeux vidéo) peut également s'intégrer dans l'étude des comportements potentiellement addictifs. Les chiffres français de 2015 montrent que la population adulte passe en moyenne 5 heures et 7 minutes par jour devant un écran, hors usage professionnel, en particulier les 18-39 ans (5 heures et 34 minutes versus 4 heures et 45 minutes chez les 40-54 ans) (13).

A. Conduites addictives des soignants

Il existe peu d'études décrivant les conduites addictives des soignants hors pandémie. 85% des soignants d'une étude française (14) déclaraient avoir consommé de l'alcool dans l'année, dont 1,9% étaient à risque de dépendance.

Concernant le tabac, une revue de la littérature (15) regroupant des études de 63 pays entre 2000 et 2016 montrait que 21% des soignants consommaient du tabac, majoritairement des hommes. En Europe en 2002 (16), ce taux était de 24,3% pour les fumeurs réguliers. Dans une étude française (14) n'incluant pas les médecins, le taux de fumeurs de tabac était de 28,7% et de cannabis de 4,8%. Au sujet des médecins, les généralistes français (17) seraient 26% à fumer du tabac contre 22,7% pour les anesthésistes-réanimateurs (18).

Ces pourcentages sont, pour la plupart, inférieurs à ceux de la population générale.

Néanmoins, les résultats du Baromètre de Santé Publique France de 2017 mettaient en évidence une consommation d'alcool certes moins importante chez les hommes en emploi dans le secteur de la santé humaine et action sociale (secteur d'activité correspondant aux soignants) mais des consommations de tabac, cannabis et autres substances illicites identiques aux autres secteurs d'activité (19).

	Tabac		Alcool				Cannabis				Autres illicites			
	Quotidien		Quotidien		API mensuelles		Expérimentation		Année		Exp. Cocaine		Exp. Amph. Ecs. MDMA	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Agriculture			+		+		-	-						
Indus. manif.														
Elec. Gaz			-				+							-
Eau déchets														
Construction	+		+		+									
Commerce														
Transport														
Héberg. restau.	+	+			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Info. comm.	-		-				+						+	
Finance ass.														
Immobilier	+		+											
Act. spé.	-						+							
Service adm.														
Adm. publique	-						-		-					
Enseignement	-	-			-									
Santé hum.			-											
Arts, spec.					+		+	+	+		+	+	+	+
Autres act.							-							
Ménages								-		-				

Les cellules contenant « - » indiquent un indicateur significativement inférieur à la moyenne ; les cellules contenant « + » indiquent un indicateur significativement supérieur à la moyenne ; les cellules grisées indiquent un indicateur non-significativement différent de la moyenne.

Figure 2 : consommation de substances psychoactives et milieu professionnel (18)

B. Facteurs de risque des conduites addictives

Le développement d'une addiction peut être le fruit de prédispositions génétiques mais aussi d'une vulnérabilité psychologique ou psychiatrique. En effet, les troubles anxieux, dépressifs et de l'attention avec hyperactivité favorisent le mésusage de substances.

Des facteurs environnementaux, tels que des événements traumatiques, peuvent également être à l'origine de conduites addictives : décès d'un proche, vulnérabilité économique, pathologie somatique(20).

Dans le contexte de la pandémie, les conséquences du confinement sur la santé mentale pourraient donc avoir un impact sur les conduites addictives.

IV. COVID-19 dans le département du Finistère

Le taux d'incidence de la COVID-19 dans le Finistère a été l'un des plus bas de France lors des confinements (figure 3). Néanmoins, les mesures de confinement se sont appliquées de manière identique. Au moment de l'étude, les soignants du Finistère avaient déjà été confrontés à deux confinements.

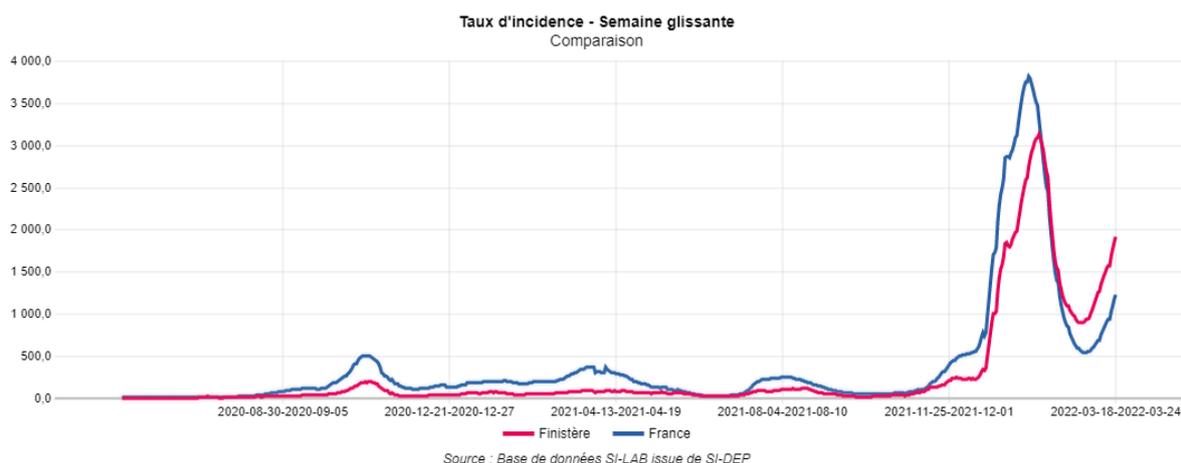


Figure 3 : taux d'incidence de la COVID-19 dans le Finistère

Dans ce contexte, l'étude suivante avait pour objectif d'évaluer la prévalence des conduites addictives dans la population soignante du Finistère, un an après le début de la pandémie de COVID-19. Les hypothèses principales étaient d'observer une augmentation de la consommation d'alcool et de tabac depuis les confinements.

MATERIELS ET METHODE

I. Population étudiée

La population cible correspondait aux soignants majeurs (≥ 18 ans) du Finistère Nord, en exercice ou à la retraite, toutes professions médicales et paramédicales confondues.

II. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique transversale descriptive et analytique réalisée à partir de données déclaratives via un questionnaire anonyme. Il s'adressait à la population majeure (≥ 18 ans) du Finistère, en particulier du Finistère Nord. Il a permis la réalisation de trois thèses de médecine générale. Leur objectif commun était d'étudier l'impact des mesures de confinement dans différents domaines. Cette thèse s'est penchée sur les conduites addictives de la population soignante, la deuxième sur les conduites addictives de la population générale (Camille Tréhu) et la troisième s'est intéressée à la sédentarité (Youen Le Glas).

III. Objectif principal et objectifs secondaires

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la prévalence des conduites addictives auto-rapportées dans la population soignante à un an du début de la pandémie.

Les objectifs secondaires étaient de faire un état de lieux de l'évolution de ces conduites rapportées avant et après le confinement puis d'identifier les variables associées à ces modifications.

IV. Réalisation du questionnaire

Le questionnaire (*annexe I*) utilisé pour cette étude a été développé en décembre 2020 par un comité de pilotage constitué de méthodologistes, de chercheurs et de cliniciens en addictologie. Il a été élaboré dans un premier temps sur le logiciel de traitement de texte Word puis retranscrit sur LimeSurvey, un logiciel d'enquête statistique, permettant de créer un formulaire en ligne. La version Word a également permis d'imprimer le questionnaire en version papier, à destination d'un public plus précaire qui n'avait pas accès à internet.

Sur la première page, l'introduction informait les participants sur l'objectif de l'étude, les partenaires impliqués et sur les travaux de thèse qui allaient en découler. Elle garantissait également l'anonymat des participants.

Une phase de pré-test auprès de 5 internes avait permis d'évaluer le temps de réponse à 10-15 minutes.

Le questionnaire s'articulait en plusieurs catégories. La première, intitulée « Qui êtes-vous ? », avait pour but de caractériser l'échantillon de population (sexe, âge, catégorie socio-professionnelle, situation familiale). Elle a également permis de scinder la population du Finistère en population soignante et non soignante. Une question s'intéressait aussi à l'effet des confinements sur les relations intra et extra-familiales et sur la proximité avec le virus.

La deuxième catégorie, intitulée « Concernant votre santé », s'est intéressée particulièrement au ressenti physique et psychique des mesures de confinement, noté de 1 (très très mauvais) à 10 (le meilleur possible), ainsi qu'au recours au corps médical et paramédical.

Elle abordait également l'activité physique et la sédentarité en recueillant la taille et le poids des participant et en utilisant les intitulés du questionnaire de Ricci et Gagnon. Les données concernant l'activité physique et la sédentarité ne sont pas traitées dans cette thèse.

La troisième catégorie, intitulée « Concernant vos habitudes de consommation », s'est penchée sur les conduites addictives de la population interrogée : alcool, tabac, drogues, écrans et jeux de hasard. Les participants étaient interrogés sur le type, la quantité, la fréquence des consommations d'alcool, tabac et drogues, sur le mode de jeux, sur l'utilisation des écrans ainsi que sur l'évolution de ces conduites depuis le confinement. Les items concernant l'alcool ont été créés en se basant sur les critères du questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) (*annexe IV*).

Enfin, la dernière partie, intitulée « Enfin de manière plus générale... », se composait d'une seule question à propos du ressenti des mesures de confinement sur la qualité de vie, noté de 1 à 10 également.

Sur la dernière page, les participant pouvaient retrouver différents liens et numéros utiles vers des associations d'aide concernant les conduites addictives. La version papier permettait d'en proposer une version détachable (*annexe II*).

V. Diffusion du questionnaire

De nombreux acteurs ont permis la diffusion du questionnaire en ligne : la ville de Brest via ses partenaires (CCAS (centre communal d'action sociale), réseaux jeunesse et développement social dans les quartiers, point H) ainsi que le CHRU (Centre Hospitalier Régional et Universitaire) de Brest via ses réseaux sociaux (Facebook, Twitter et LinkedIn). Un lien menant au questionnaire a également été envoyé sur les boîtes mail professionnelles de tous les employés du CHRU, au réseau addictologie, au service santé travail de Brest et à l'UCPS BO (Université citoyenne de prévention en santé de Bretagne occidentale).

Le département universitaire de médecine générale (DUMG) s'est chargé de diffuser le questionnaire aux cabinets de médecine générale.

Deux articles publiés le 25 janvier 2020 (2021) dans le Ouest France (21) et le Télégramme (22) ont aussi relayé ce projet de thèse.

Des questionnaires en version papier ont été déposés aux urgences adultes du CHRU de Brest par les internes. Le Réseau Alcool-Toxiques du Ponant s'est chargé du dépôt aux urgences de Morlaix, Carhaix et Landerneau. Au total, 211 questionnaires papier ont été recueillis et 157 questionnaires complets ont été ajoutés en ligne manuellement.

Une affiche comprenant un QR code généré via le site Unitag.io et menant au lien de l'enquête, a été élaborée (*annexe III*) pour faciliter l'accessibilité à l'enquête. Elle a été déposée dans les cabinets de médecine générale ayant donné leur accord, dans les salles d'attente de soins premiers en addictologie (réseau addictologique du Finistère Nord) et dans les salles d'attente des urgences de Brest, Morlaix, Landerneau et Carhaix.

L'enquête a débuté le 18 janvier 2021 à l'occasion du Dry January (événement d'origine anglo-saxonne, incitant à stopper sa consommation d'alcool durant le mois de janvier) et s'est clôturée le 9 mars 2021, permettant le recueil de 2945 questionnaires. Parmi eux, 1123 questionnaires correspondaient à la population soignante et ont été utilisés pour réaliser cette thèse.

VI. Analyse statistique

Les données ont été extraites du logiciel Limesurvey puis exportées vers un fichier Excel, et ont ensuite été traitées par un statisticien via le logiciel R. Un nettoyage de la base de données a été effectué afin de permettre la correction des erreurs et rendre les données exploitables. Une première analyse descriptive a permis de décrire l'échantillon de population et de répondre aux hypothèses formulées.

L'étude analytique a permis par la suite de réaliser des analyses statistiques comparatives univariées, puis des analyses multivariées afin de définir des facteurs associés aux résultats observés.

Concernant les analyses comparatives univariées (santé physique, santé psychologique, temps d'écran), le Shapiro-Wilk normality test a montré qu'au moins une des deux distributions était statistiquement différente d'une loi normale, ce qui a permis d'utiliser le test non paramétrique de Wilcoxon. Les tests de rang sur échantillons appariés de Wilcoxon ont ensuite permis de montrer que les moyennes étaient statistiquement différentes ($p < 0,001$), avec une taille d'effet variable.

Des analyses multivariées ont été menées sur des variables qualitatives (variations de la consommation d'alcool, de tabac, de substances illicites, de jeux d'argent) et quantitatives (variations des moyennes de santé physique, santé psychologique et de temps d'écran). Les variables non significatives ($p > 20\%$), ont été éliminées par un algorithme d'élimination à rebours. Une régression logistique a été réalisée sur les variables qualitatives permettant l'obtention d'un OR avec intervalle de confiance à 95%. Une régression linéaire a été réalisée sur les variables quantitatives, permettant l'obtention d'un risque Beta avec un intervalle de confiance à 95%.

RESULTATS

I. Flow-chart

Les données ont été recueillies du 18 janvier au 9 mars 2021.

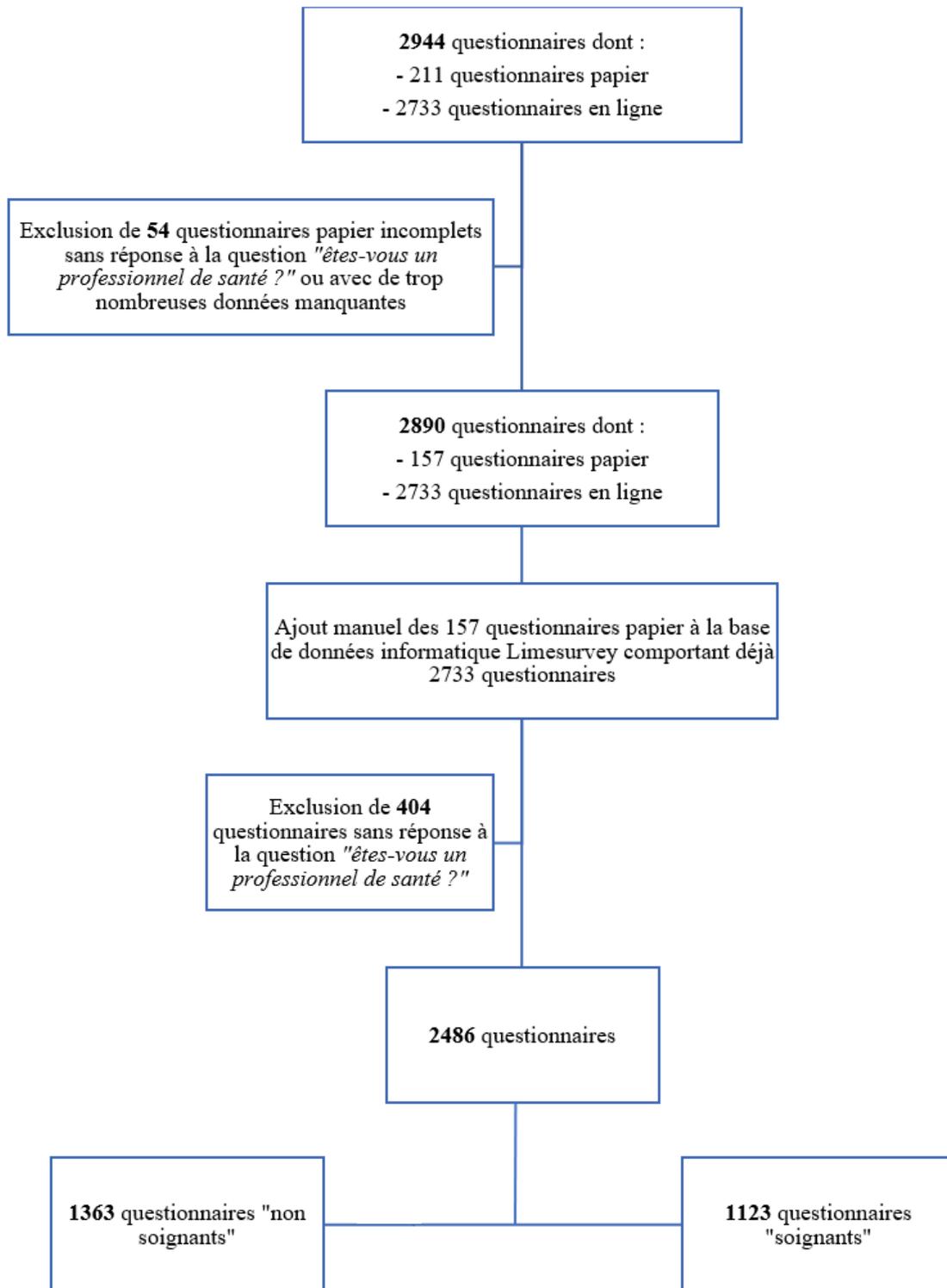


Figure 4 : Flow-chart

II. Caractéristiques générales de la population soignante

A. Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

1123 soignants ont répondu au questionnaire, en majorité des femmes. Une question filtre au début du questionnaire a permis de séparer la population en « soignants » et « non soignants ». La majorité des soignants interrogés étaient salariés (83,53%).

Caractéristiques (n = 1123)	Effectifs	Pourcentage
Sexe		
Femme	938	83,53%
Homme	185	16,47%
Âge		
18-25 ans	133	11,84%
26-44 ans	614	54,67%
45-65 ans	369	32,86%
> 65 ans	7	0,62%
Statut professionnel		
Salarié(e)	938	83,53%
Etudiant(e)	107	9,53%
Indépendant(e)*	59	5,25%
Retraité(e)	13	1,16%
Enseignant(e)	12	1,07%
Sans emploi	3	0,27%
Autre	48	4,27%

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques de la population soignante du Finistère

*commerçant(e), libéral(e), chef(fe) d'entreprise..

Une question ouverte permettait de renseigner le lieu de vie. Les villes où le taux de réponse était > 2,7% ont été renseignées dans le tableau ci-dessous. Les villes ou communes présentant un taux de réponse < 2,7% ont été classées arbitrairement selon leur distance par rapport à Brest.

Villes (n = 1122)	Effectifs	Pourcentage
Finistère		
Brest	438	39,04%
Morlaix	68	6,06%
Landerneau	31	2,76%
< 20 km de Brest*	245	21,84%
20-30 km de Brest*	85	7,58%
30-40 km de Brest*	36	3,21%
> 40 km de Brest*	85	7,58%
Hors Finistère		
Bretagne	7	0,62%
Hors Bretagne	8	0,71%
Autres (non interprétables)	119	10,61%

Tableau 2 : Répartition géographique de l'échantillon

*Hors Morlaix, Landerneau et Brest

B. SARS-CoV-2 et soignants du Finistère

Concernant le SARS-CoV-2, 65,63% des soignants n'ont pas été concernés par le virus dans leur vie personnelle. En revanche, 26,27% ont eu un proche touché, 5,61% ont été personnellement touché et 2,32% ont eu un proche décédé de la COVID-19.

C. Modification de la situation socio-professionnelle liée aux confinements

55,3 % de la population soignante a vu sa situation professionnelle modifiée par les mesures de confinement. A la question « Si oui, de quelle manière ? », les réponses étaient variées :

- 365 personnes (32,5%) ont vu leur charge de travail augmenter
- 139 personnes (12,38%) ont eu des cours en distanciel
- 130 personnes (11,58%) ont eu recours au télétravail
- 15 personnes (1,34%) se sont retrouvées au chômage partiel
- 13 personnes (1,16%) ont perdu leur emploi
- 156 personnes (13,89%) ont répondu « Autres »

D. Situation familiale

Situation familiale à domicile (n = 1123)	Effectifs	Pourcentage
Conjoint et enfant(s)	491	43,72%
En couple	297	26,45%
Seul(e)	184	16,38%
Seul(e) avec enfant(s)	78	6,95%
Colocation ou avec d'autres membres de la famille	64	5,7%
Autres	9	0,8 %

Tableau 3 : Situation familiale des soignants

Lors de périodes de confinement, 45,24% des soignants n'ont pas vu de changement de leur situation familiale et 9,44% ne se sentaient pas concernés ou vivaient seuls. 27,96% ont constaté un renforcement des liens intra-familiaux, tandis que 11,84% ont noté une majoration des conflits dans leur famille. 1,87% ont vécu une séparation ou un divorce précipité selon eux par les confinements.

E. Relations sociales

Pour certains, les mesures de confinement ont aussi impacté leurs relations sociales. 61,62% se sont sentis plus isolés depuis les confinements alors que 33,57% ont trouvé que leurs relations s'étaient maintenues en l'état. 3,83% ont même noté une amélioration de leurs relations en termes de qualité. Pour faciliter les échanges, des adaptations ont été nécessaires.

Moyens de communication (n = 1123)	Effectifs	Pourcentage
Appels téléphoniques	769	68,48%
Outils de visioconférence	736	65,54%
SMS	665	59,22%
Mails	125	11,13%
Autres	42	3,74%
Non concerné	67	5,97%

Tableau 4 : Moyens de communication utilisés par les soignants pendant les confinements

III. Etat de santé de la population soignante

26,65% des soignants présentaient un problème médical avec suivi et/ou traitement médical et 3,65% présentaient un problème psychiatrique ou addictologique. 27,84% des soignants ont également déclaré avoir eu des problèmes de santé physique ou psychologique pendant les confinements.

75,31 % des soignants ont déclaré avoir poursuivi leurs suivis (médicaux, psychiatriques ou addictologiques) pendant les confinements.

A. Santé physique

La taille moyenne des soignants était de 167,317 cm. Le poids moyen était de 67,928 kg. 56,42 % ont noté une variation de poids depuis les confinements. Parmi eux, 566 ont répondu à la question interrogeant sur le type de variation. 25,62 % ont perdu du poids et 74,38% ont pris du poids. Le tableau 5 présente les variations de poids observées.

Poids (n = 572)	Effectifs	Pourcentage
< 3 kg	298	52,1%
4 à 6 kg	189	33,04%
6 à 10 kg	57	9,97%
> 10 kg	28	4,9 %

Tableau 5 : Variation de poids observée chez les soignants

Sur une échelle de 1 à 10 (1 : très très mauvais et 10 : le meilleur possible), les soignants (n = 1012) ont estimé que leur état de santé physique était moins bon après les confinements. Avant les confinements, la moyenne était de 7,973. Après les confinements, cette moyenne est descendue à 6,909. D'après le test des rangs sur échantillons appariés de Wilcoxon, ces moyennes étaient significativement différentes l'une de l'autre ($p < 0,001$).

n = 1123	Avant les confinements	Actuellement
Minimum	1	1
Q25	7	6
Moyenne	7,973	6,909
Médiane	8	7
Ecart-type	1,395	1,79
Q75	9	8
Maximum	10	10

Tableau 6 : Analyse descriptive – Santé physique

Santé physique et état psychologique des soignants

L'analyse multivariée a montré qu'un état psychologique jugé mauvais avant les confinements était corrélé à une dégradation de l'état de santé physique après les confinements ($\beta = -0,103$; $2,5\% = -0,17$; $97,5\% = -0,0368$).

B. Santé psychologique

Sur une échelle de 1 à 10 (1 : très très mauvais et 10 : le meilleur possible), les soignants (n = 1012) ont estimé que leur état de santé psychique était moins bon après les confinements. Avant les confinements, la moyenne était de 8,147. Après les confinements, cette moyenne est descendue à 6,556. D'après le test des rangs sur échantillons appariés de Wilcoxon, ces moyennes étaient significativement différentes l'une de l'autre ($p < 0,001$).

n = 1123	Avant les confinements	Actuellement
Minimum	1	1
Q25	8	5
Moyenne	8,147	6,556
Médiane	8	7
Ecart-type	1,414	1,839
Q75	9	8
Maximum	10	10

Tableau 7 : Analyse descriptive – Santé psychologique

Facteurs liés à l'état de santé psychologique ressenti

Variables	β	2,5 %	97,5 %
Soignants âgés de 18-25 ans	-1,41	-2,68	-0,144
Poursuite des suivis médicaux	-1,15	-1,77	-0,53
Etat psychologique avant confinements	-0,485	-0,558	-0,412

Tableau 8 : Variables associées à la variation de l'état de santé psychologique

Les analyses multivariées ont montré que les soignants âgés de 18 à 25 ans avaient tendance à avoir un moins bon état de santé psychologique après les confinements que les soignants âgés de plus de 65 ans ($p \leq 5\%$).

De plus, continuer son suivi médical et/ou psychologique et/ou addictologique était associé à une dégradation de l'état psychologique après les confinements ($p \leq 1\%$).

Enfin, un état psychologique jugé mauvais avant confinement était corrélé à une dégradation de l'état de santé psychologique des soignants après confinement ($p \leq 1\%$).

IV. Habitudes de consommation de la population soignante

A. Tabac

Consommation de la population soignante

23,53% des soignants déclaraient fumer au moment de l'enquête, tous types confondus (cigarettes classiques, roulées, cigarette électronique avec ou sans nicotine, cigare et pipe).

163 personnes ont répondu à la question de la quantité fumée par jour :

- 69,33 % fumaient 0 à 10 cigarettes/cigare/pipe par jour
- 25,15% fumaient 10 à 20 cigarettes/cigare/pipe par jour
- 5,52% fumaient > 20 cigarettes/cigare/pipe par jour

49,45 % des soignants ont vu leur consommation de tabac évoluer depuis les confinements.

Evolution de la consommation de tabac (n = 141)	Effectifs	Pourcentage
Augmentation	96	68,09%
Diminution	16	11,35%
Passage à la CE	17	12,06%
Arrêt	12	8,51%

Tableau 9 : Variation de la consommation de tabac depuis les confinements (n = 141)

Facteurs liés à l'augmentation de la consommation de tabac

Certaines variables ont été retirées par un algorithme d'élimination à rebours car non significatives ($p > 20\%$) : problème psychiatrique ou addictologique, télétravail, état psychologique avant les confinements, âge, nombre de verres d'alcool par jour, sexe, fréquence de consommation d'alcool, situation familiale.

Variabes	OR	2,5 %	95 %
Chômage partiel	4,15	1,07	20
Poursuite des suivis médicaux	4,15	1,27	15,9

Tableau 10 : Variables associées à l'augmentation de la consommation de tabac chez les soignants

L'étude a mis en évidence que les soignants au chômage partiel du aux confinements ($p \leq 5\%$) et ceux ayant poursuivi leur suivi psychologique ou addictologique ($p \leq 5\%$) ont eu tendance à augmenter leur consommation de tabac.

B. Alcool

Consommation d'alcool de la population soignante

Le tableau 11 suivant montre les données recueillies auprès des soignants.

	Effectifs	Pourcentage
<i>Fréquence de consommation d'alcool (n = 968)</i>		
1 fois par mois	148	15,29 %
2 à 4 fois par mois	403	41,63 %
2 à 3 par semaine	225	23,24 %
Au moins 4 fois par semaine	64	6,61 %
Jamais	128	13,22 %
<i>Nombre de verres aux cours d'une journée typique de consommation d'alcool (n = 780)</i>		
1 ou 2	545	69,87 %
3 ou 4	180	23,08 %
5 ou 6	43	5,51 %
7 ou 9	9	1,15 %
10 ou plus	3	0,38 %
<i>Fréquence de consommation de 6 verres ou plus au cours de la même occasion (n = 826)</i>		
Jamais	419	50,73 %
Moins de 1 fois par mois	271	32,81 %
1 fois par mois	95	11,5 %
1 fois par semaine	39	4,72 %
Tous les jours ou presque	2	0,24 %

Tableau 11 : Consommation d'alcool chez les soignants du Finistère

Sur 833 soignants, 26,41 % avaient déjà eu l'impression que leur consommation d'alcool était trop importante.

Sur 830 soignants, 10,12 % avaient déjà eu l'impression d'avoir du mal à contrôler leur consommation d'alcool.

Sur 969 soignants, 24,77 % ont noté une augmentation de leur consommation d'alcool avec les périodes de confinement alors que 15,17 % ont noté une diminution. 4,33 % ont stoppé leur consommation et 56,76 % n'ont pas vu de modification.

Facteurs liés à l'augmentation de la consommation d'alcool

Les soignants ayant choisi la modalité « Jamais » concernant leur consommation d'alcool ont été retirés car ils ont quasiment tous rapporté une variation nulle de cette consommation.

Certaines variables ont été retirées par un algorithme d'élimination à rebours car non significatives ($p > 20\%$) : âge, sexe, état psychologique avant les confinements, problème psychiatrique ou addictologique, télétravail, nombre de verre d'alcool par jour.

Variables	OR	2,5 %	95 %
Consommation d'alcool au moins 4 fois/ semaine	29,4	13,2	70,9
Consommation d'alcool 2 à 3 fois/semaine	9,73	5,14	20,1
Poursuite des suivis médicaux	3,11	1,17	8,65
Consommation d'alcool 2 à 4 fois/mois	2,81	1,49	5,78
Chômage partiel ou total	2,72	1,01	7,19

Tableau 12 : Variables associées à l'augmentation de la consommation d'alcool chez les soignants

Les analyses ont montré que plusieurs variables étaient associées à l'augmentation de la consommation d'alcool :

- Fréquence de consommation : au moins 4 fois par semaine ($p \leq 1 \%$), 2 à 3 fois par semaine ($p \leq 1 \%$) et 2 à 4 fois par mois ($p \leq 1 \%$)
- Variable liée aux vulnérabilités individuelles : le fait d'avoir poursuivi un suivi médical pendant le confinement ($p \leq 5 \%$)
- Variable liée à l'environnement : chômage partiel ou total dû aux confinements ($p \leq 5 \%$)

C. Substances illicites

93,49 % des soignants ont déclaré ne pas consommer de substances illicites.

70 consommaient occasionnellement ces substances, les résultats sont décrits dans le tableau 11.

	Effectifs	Pourcentage
Consommation de substances illicites (n = 969)		
Cannabis	46	4,75 %
Cocaïne	12	1,24 %
Héroïne	1	0,1%
Métamphétamines	5	0,52 %
Autres	6	0,53 %
Pas de consommation	905	93,49 %
Consommation avant les confinements (n = 962)		
Jamais	917	95,32 %
1 fois par mois	30	3,12 %
2 à 4 fois par mois	3	0,31 %
2 à 3 fois par semaine	0	0
Au moins 4 fois par semaine	12	1,25 %
Consommation depuis les confinements (n = 961)		
Jamais	929	96,67 %
1 fois par mois	12	1,25 %
2 à 4 fois par mois	6	0,62 %
2 à 3 fois par semaine	3	0,31 %
Au moins 4 fois par semaine	11	1,14 %

Tableau 13 : Consommation de substances illicites chez les soignants

Le nombre insuffisant de données n'a pas permis de réaliser une analyse statistique pour conclure à une éventuelle variation liée aux confinements.

D. Jeux d'argent et de hasard

Sur 967 soignants, 25,03% déclaraient jouer aux jeux d'argent et de hasard au moment de l'enquête.

	Effectifs	Pourcentage
Localisation (n = 236)		
En lieux de jeux	162	68,64 %
En ligne	51	21,61 %
Les deux	23	9,75 %
Evolution de la pratique de jeux pendant les confinements (n =246)		
Augmentée	42	17,07 %
Réduite	23	9,35 %
Stable	163	66,26 %
Stoppée	18	7,32 %

Tableau 14 : Evolution de la pratique des jeux de hasard pendant les confinements

17 % des soignants ont augmenté leur pratique des jeux de hasard pendant les confinements. Le nombre insuffisant de données n'a pas permis de réaliser une analyse statistique des facteurs associés à cette augmentation.

E. Temps d'écran

Temps d'écran de la population soignante

Avec l'informatisation des données, les soignants sont amenés à utiliser les écrans de plus en plus régulièrement. Une étude du temps passé devant les écrans dans le contexte des confinements a donc été réalisée, les résultats sont montrés dans le tableau 15.

	Effectifs	Pourcentage
Temps passé devant les écrans/j avant les confinements (n = 967)		
Moins de 2h	196	20,27 %
2 à 4h	385	39,81 %
4 à 6h	188	19,44 %
6 à 8h	113	11,69 %
Plus de 8h	85	8,79 %
Temps passé devant les écrans/j depuis les confinements (n = 966)		
Moins de 2h	101	10,46 %
2 à 4h	292	30,23 %
4 à 6h	260	26,92 %
6 à 8h	171	17,7 %
Plus de 8h	142	14,7 %

Tableau 15 : Temps d'écran avant et depuis les confinements

Variation du temps d'écran depuis les confinements

Le temps moyen passé devant les écrans était de 3,973 heures/jour avant les confinements, contre 4,919 heures/jour après les confinements.

A noter que les moyennes ont été réalisées en considérant qu'un temps d'écran inférieur à 2h équivalait à 1h, 2 à 4h équivalait à 3h, 4 à 6h équivalait à 5h, 6 à 8h équivalait à 7h et > 8h équivalait à un temps de 9h. D'après les résultats du test des rangs sur échantillons appariés de Wilcoxon, les moyennes sont significativement différentes l'une de l'autre ($p < 0,001$). Les soignants ont donc augmenté leur temps passé devant les écrans depuis les confinements.

Utilisation des écrans

Les soignants (n = 969) estimant passer plus de temps devant les écrans depuis les confinements ont favorisé différents types d'usage :

- 41,49 % déclaraient un usage tourné vers les réseaux sociaux
- 54,59 % déclaraient un usage de loisirs (films, séries, jeux vidéo)
- 22,29 % déclaraient un usage professionnel (télétravail)
- 2,23 % déclaraient un usage autre comme la pratique du sport en visioconférence

Facteurs liés à la variation du temps d'écran

Plusieurs variables ont été testées pour expliquer l'augmentation du temps d'écran (tableau 14).

Variables	β	2,5 %	97,5 %
Aucune consommation d'alcool	-1,81	-3,14	-0,47
Télétravail	0,343	0,117	0,568

Tableau 16 : Variables associées à la variation du temps d'écran

Les soignants ne consommant pas d'alcool ont eu tendance à diminuer leur temps passé devant les écrans ($p \leq 1 \%$). Les soignants exerçant en télétravail ont eu tendance à augmenter leur temps passé devant les écrans ($p \leq 1 \%$). Les autres variables testées n'ont pas montré d'effet significatif sur le temps d'écran.

V. Qualité de vie des soignants depuis les confinements

80,14 % des soignants ont déclaré que les confinements avaient dégradé leur qualité de vie. Pour quantifier le degré de dégradation, une échelle de notation a été utilisée, de 1 (= quasiment pas de dégradation) à 10 (= dégradation de façon importante). La moyenne des réponses était de 5,804 avec une médiane à 6.

DISCUSSION

I. Synthèse des résultats

L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux des conduites addictives des soignants un an après le début de la pandémie.

Les soignants de cette étude (n = 1123) étaient majoritairement brestois, la tranche d'âge la plus représentée était celle des 26-44 ans avec une majorité de femmes et de salariés.

La majorité des soignants ont rapporté un sentiment d'isolement, une augmentation de leur charge de travail, une dégradation de leur qualité de vie, de leur santé physique et de leur santé psychique depuis les confinements.

A un an de la pandémie, cette étude a mis en évidence plusieurs modifications des conduites addictives des soignants. Les résultats confirment l'hypothèse d'une augmentation de la consommation d'alcool et de tabac pour un pourcentage non négligeable de soignants. Le temps passé devant les écrans a lui aussi significativement augmenté.

Les données recueillies étaient insuffisantes pour mettre en évidence une modification de la consommation de substances illicites et de la pratique des jeux d'argent et de hasard.

II. Forces et limites de l'étude

A. Forces de l'étude

Cette étude descriptive est une des seules à s'intéresser à l'état de santé des soignants un an après le début de la pandémie.

La diffusion du questionnaire en ligne et en version papier a permis d'élargir le panel de répondants, notamment aux soignants en situation de précarité. Le taux de réponse élevé augmente la fiabilité de cette étude.

B. Biais de l'étude

Biais de sélection

L'échantillon constitué était majoritairement constitué de femmes (84%), bien insérées. Dans l'étude en population générale de Camille Tréhu, l'échantillon est également majoritairement féminin (68%), suggérant un intérêt des femmes pour leur santé, surtout chez les soignantes. De plus, la participation à l'étude se faisait sur la base du volontariat, c'est un biais d'auto-sélection.

Biais de classement

Lors de la création du questionnaire papier, une erreur de question a été faite : la question sur les motifs d'augmentation ou de diminution de la consommation d'alcool sur le questionnaire en ligne a été attribuée à la consommation de tabac sur le questionnaire papier. C'est un biais de mesure. Pour limiter ce biais, ces données n'ont pas été analysées.

Les participants devaient répondre à des questions sur leurs conduites addictives avant le début de la pandémie. Ce mode de recueil des données peut aboutir à un biais de mémorisation. De plus, les sujets abordés (alcool, tabac, drogues) peuvent être difficiles à déclarer, notamment en cas de déni des consommations. C'est un biais de prévarication qui peut avoir entraîné une sous-estimation des conduites addictives.

III. Analyse de la littérature

A. Impact des mesures de confinement sur les conduites addictives

Les périodes de pandémie et de confinement ont amené les populations à trouver des stratégies pour s'adapter à leur nouveau quotidien.

Des études ont montré que la consommation de substances psychoactives comme l'alcool et les drogues pouvaient faire partie de ces stratégies et donc avoir un impact sur les consommations (23) (24) (25) (26), à l'instar des troubles psychiatriques.

Alcool

L'augmentation de la consommation d'alcool observée chez une partie des soignants concorde avec les résultats de plusieurs études étrangères réalisées en début de pandémie.

Les travaux d'une étude canadienne (27) ont montré une augmentation chez 25,3% des travailleurs, soignants et non soignants, sans différence significative entre les deux groupes. Au contraire, une étude espagnole (25) a montré une augmentation significative de la consommation d'alcool chez les soignants par rapport à la population générale, notamment chez les médecins et les internes. Une étude brésilienne (28) sur les soignants travaillant dans une unité de soins intensifs pendant la pandémie a utilisé l'outil de dépistage ASSIST pour évaluer la consommation d'alcool. 24,7% des soignants avaient un score suggérant un mésusage. Dans cette thèse, des signes pouvant suggérer un mésusage ont aussi été mis en évidence : 26% des soignants déclaraient, hors contexte de confinement, avoir l'impression d'une consommation trop importante et 10% déclaraient avoir du mal à contrôler leur consommation.

Dans la littérature, plusieurs facteurs favorisant l'augmentation de la consommation ont été mis en évidence : le sexe masculin, le fait de travailler en première ligne face à la COVID-19, l'exposition directe à des patients infectés et des antécédents de maladies psychiatriques (25) (28).

Dans la présente étude, l'augmentation de la consommation était liée à la fréquence de consommation et non à la quantité, à des critères de vulnérabilité individuelle (poursuite de suivis psychiatriques et/ou addictologiques), suggérant l'existence de troubles sous-jacents, mais aussi à des critères environnementaux (chômage), contrairement aux études sus-citées. Ces résultats permettent de définir un « profil » de consommateur à risque de majorer sa consommation d'alcool, facilement décelable en consultation de médecine générale, notamment en débutant par la question de la fréquence de consommation.

Les études précédentes s'intéressaient au début de la pandémie. L'état des lieux a un an de la pandémie montre une modification à moyen terme des consommations.

Ces résultats font aussi écho aux travaux de *Wu et al* (26) réalisés en 2006, trois ans après l'épidémie de SARS en Chine portant sur les symptômes d'abus et de dépendance à l'alcool chez les soignants exposés. L'étude a montré que le confinement et le travail dans des services à haut risque étaient significativement associés à l'apparition secondaire de ces symptômes. Ces données suggèrent qu'une étude des consommations plusieurs années après la pandémie de 2019 pourrait être intéressante pour décrire l'impact à long terme de cette crise sanitaire.

Tabac

A un an de la pandémie, un quart des soignants se déclaraient fumeurs, un taux similaire à la consommation de la population générale bretonne (10). *Cousin et al* et *Mounir et al* ont montré, au contraire, des taux inférieurs à la population générale française, en région parisienne (21,4%) et dans le sud de la France (20,7%) respectivement, lors d'études (29) (30) réalisées pendant ou après le premier confinement. A l'inverse, les soignants turcs (31) étaient 31,1% à déclarer fumer en 2020. Ces disparités de résultats pourraient s'expliquer par la période de recueil des données : dans les premiers mois de la pandémie versus à un an de la pandémie pour cette thèse. D'autre part, une différence de ressources pourraient aussi avoir un impact sur les résultats : les soignants hommes des pays à haut revenus auraient tendance à moins fumer que les hommes non soignants (15).

La moitié des soignants du Finistère a aussi déclaré avoir modifié sa consommation, majoritairement en faveur d'une augmentation. Ces résultats concordent avec la littérature, notamment pendant la première vague de COVID-19 (32) et pour les soignants travaillant de nuit (29). Une étude française (30) a également montré une augmentation de la dépendance à la nicotine de 24%, suggérant une augmentation de la consommation de tabac ou du moins une modification de son mode de consommation.

Dans cette thèse les soignants ayant été forcés au chômage partiel dû aux confinements et les soignants ayant poursuivi leur suivi psychologique ou addictologique pendant le confinement ont eu tendance à majorer leur consommation de tabac. Ce dernier point suggère l'existence de troubles psychiatriques ou addictologiques chez ces soignants mais aucune corrélation n'a été mise en évidence chez les soignants déclarant des antécédents de troubles psychiatriques ou addictologiques. *Mounir et al* (30) ont également montré que les soignants ayant des revenus faibles et éprouvant une baisse de motivation ainsi qu'une majoration du sentiment de tristesse étaient à risque d'augmenter leur consommation. Les soignants vivant seuls et consommant de l'alcool étaient également plus à risque.

Dans cette thèse, aucune différence significative n'a été démontrée selon la consommation d'alcool, la situation familiale, le sexe ou l'âge.

Temps d'écran

Cette thèse a mis en évidence une augmentation significative du temps d'écran quotidien chez les soignants à un an du début de la pandémie.

Ces résultats concordent avec une étude américaine (33), notamment sur le temps d'écran lors du coucher, surtout chez les soignants confinés travaillant de leur domicile. Dans cette thèse, l'augmentation du temps était également associée au télétravail mais la majorité du temps d'écran était dédiée aux réseaux sociaux et aux loisirs.

Dans la population générale, une augmentation du temps d'écran pendant le temps libre a aussi été constatée depuis la pandémie (7).

Il serait intéressant de voir si ces changements persistent à long terme car une augmentation du temps d'écran dédié aux loisirs suggère une augmentation de la sédentarité avec un impact négatif sur la santé des soignants.

Le et al (34) a montré que, chez les soignants, l'augmentation du temps d'écran pouvait entraîner des troubles du sommeil et de l'anxiété mais que le temps d'écran en lui-même n'était pas associé à une détérioration de la santé mentale. Dans cette thèse, les non-consommateurs d'alcool avaient diminué leur temps d'écran par rapport aux consommateurs d'alcool.

Substances illicites

Dans cette étude, la très grande majorité des soignants du Finistère (93%) ne consommait pas de substances illicites. Ce taux est resté sensiblement le même depuis les confinements. La substance la plus consommée était le cannabis et correspondait à 5% des soignants. Chez les soignants travaillant de nuit en région parisienne, 1% consommaient quotidiennement du cannabis pendant la première vague de COVID-19 mais 11,7% étaient consommateurs d'opioïdes (substances naturelles ou synthétiques dérivés du pavot : méthadone, héroïne, codéine) (29).

Dans cette thèse, l'analyse des substances opioïdes licites n'a pas été réalisée, pouvant expliquer les différences de résultats.

Les données recueillies n'étaient pas suffisantes pour conclure à une modification des consommations et il existe peu d'études sur la consommation de substances illicites chez les soignants pendant la pandémie. Les données de la littérature ont montré une augmentation de la consommation de cannabis chez les soignants canadiens (35) alors que d'autres n'ont pas montré de modification de leur consommation (29).

Jeux d'argent et de hasard

Les données de la littérature sont pauvres concernant la pratique des jeux d'argent et de hasard chez les soignants. Dans cette thèse, un quart des soignants déclaraient jouer à un an de la pandémie, en majorité dans les lieux de jeux, ce qui est moitié moins que la prévalence en population générale (12). Cette pratique est restée stable pour la majorité des soignants depuis les confinements. Une étude (36) sur la pratique des jeux en ligne n'a pas montré de modification des conduites pendant le premier confinement mais rapportait une perte de contrôle chez 37,5% des joueurs.

B. Vécu des soignants en période de crise sanitaire

A un an du début de la pandémie, les soignants ont noté une dégradation de leur qualité de vie, ce qui avait aussi été observé dans la population générale dès les premières semaines de confinement en France (37).

Les soignants ont également exprimé une majoration du sentiment d'isolement, une dégradation de leur santé mentale ainsi qu'une majoration de leur charge de travail.

Ces résultats rejoignent ceux de plusieurs études (8) (38) (39) réalisées lors de l'épidémie de SARS de 2002-2004, où un confinement avait également été nécessaire pour contenir la propagation du virus. Les soignants exprimaient un sentiment de vulnérabilité et d'incertitude, se manifestant par des symptômes somatiques d'anxiété (39).

L'état psychologique des soignants depuis les confinements était corrélé à leur état psychologique avant la pandémie : un état psychologique jugé mauvais était associé à une dégradation de l'état de santé psychologique depuis les confinements. Les soignants âgés de 18-25 ans déclaraient également un moins bon état de santé psychologique par rapport aux soignants de plus de 65 ans, probablement car plus sensibles aux mesures de confinement (notamment par la rupture des liens sociaux avec arrêt des cours en présentiel et fermeture des lieux de rencontre).

Ces résultats se rapprochent de ceux de l'étude réalisée à Wuhan au début de la pandémie de COVID-19 (40) qui a montré que les soignants ayant des antécédents de troubles psychiatriques étaient plus susceptibles de développer des symptômes de stress, d'anxiété et de dépression.

A la différence de cette thèse, l'ancienneté (soignants travaillant depuis plus de 10 ans) était également un facteur de risque. Néanmoins, d'autres études, réalisées lors des épidémies de SARS en 2003 (41) et H1N1 en 2009 (42), ont montré que les jeunes soignants étaient en effet plus anxieux vis-à-vis du travail et du risque d'infection par rapport aux soignants plus âgés. A la différence d'autres études (40) (43), il n'a pas été montré de différence de perception selon le sexe.

IV. Perspectives

Ce travail de thèse a mis en évidence une altération de la qualité de vie et de la santé mentale des soignants du Finistère mais également des modifications à moyen-long terme des conduites addictives. Les confinements mais aussi la pandémie en elle-même ont contraint les soignants à repenser leur quotidien avec une réorganisation rapide, et parfois hasardeuse, des soins, générant un haut niveau de stress. A ceci, peut se rajouter la stigmatisation sociale des soignants (pouvant potentiellement contaminer la population générale) et l'isolement de certains pour protéger leurs proches.

Des dispositifs de soutien ont été mis en place : « maraudes » de professionnels de la santé mentale dans les services, plateformes d'écoute, CUMP (cellules d'urgence médico-psychologique) intervenant habituellement dans des contextes de catastrophes, ou encore centres régionaux du psychotraumatisme (aucun en Bretagne) (44). Ces mesures sont notamment utiles pour repérer les conduites addictives chez les soignants.

Néanmoins, ces structures sont peu sollicitées, en témoigne la difficulté à recenser de manière précise la prévalence des conduites addictives des soignants. Une revue de la littérature (45) a mis en évidence chez les médecins plusieurs freins à la demande d'aide : déni de la maladie, peur de la stigmatisation, comorbidités psychiatriques, défaut de connaissance et peur des conséquences familiales, sociales, professionnelles et économiques.

Une fois les troubles installés, il semble donc difficile de les dépister et de les prendre en charge correctement.

Conduites addictives post-pandémiques, quelles solutions ?

Pour prévenir ces troubles, des mesures concrètes et applicables dès les premières semaines de crise semblent nécessaires, notamment en s'inspirant des précédentes crises sanitaires.

Plusieurs études (6) (38) (43) (45) (46) ont proposé des stratégies intéressantes :

- Soutien précoce des soignants en les préparant correctement aux challenges de la crise et en délivrant une information franche, complète et actualisée sur les situations à affronter
- Modèle APD (Anticiper : information sur l'impact d'une crise ; Planifier : plan personnel de résilience ; Dissuader : apprendre quand utiliser le plan personnel)
- Augmentation des gratifications en période de crise
- Information sur le stress au travail et sur le mésusage lors d'entretiens de routine
- Surveillance et gestion des facteurs favorisant modifiables comme la fatigue ou l'isolement des soignants
- Implication des établissements de santé dans la mise en place de mesures de protection simples au moment opportun et basées sur des principes solides
- Stratégies de dépistage des troubles, notamment chez les soignants de première ligne, en début de pandémie mais également à distance
- Débriefing commun après la crise pour tirer des leçons d'une situation difficile et limiter le traumatisme qui peut en résulter
- En amont, formation des étudiants en santé sur les troubles mentaux et les conduites addictives, pour diminuer la stigmatisation et favoriser la compliance aux soins

Une communication claire et honnête semble donc être une des conditions essentielles pour prévenir la survenue de troubles psychiatriques ou addictologiques. Des études (6) (35) ont en effet montré que les soignants avaient une meilleure perception de leur santé mentale que la population générale, peut être en lien avec une meilleure connaissance de la situation sanitaire : un soignant informé est un soignant préparé.

CONCLUSION

L'objectif de cette thèse était de faire un état des lieux des conduites addictives des soignants du Finistère à un an du début de la pandémie. Elle a permis de mettre en évidence une augmentation non négligeable de la consommation d'alcool, de tabac et du temps passé devant les écrans, associée à une altération de la qualité de vie et de la santé mentale des soignants.

La population générale du Finistère a également rapporté des résultats similaires qu'ils seraient intéressants de comparer dans un autre travail.

Devant ces résultats préoccupants en terme d'addictologie, des mesures de santé publique à grande échelle semblent indispensables pour prévenir la survenue de troubles à long terme.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Allocution liminaire du Directeur général de l’OMS lors du point presse sur la COVID-19e [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 28]. Available from: <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
2. Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. Vol. 20, *The Lancet Infectious Diseases*. Lancet Publishing Group; 2020. p. 533–4.
3. Binoist M, Cochin M. DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DOULOUREUX [Internet]. [cited 2020 Sep 6]. Available from: <http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>
4. Shelef L, Schiff M, Pat-Horenczyk R, Dekel R. COVID-19 vs. terrorism: Contribution of the COR theory to the process of coping with invisible threats. Vol. 147, *Journal of Psychiatric Research*. Elsevier Ltd; 2022. p. 176–82.
5. Service-Public.fr. Couvre-feu et confinement : quelles sont les règles ? [Internet]. [cited 2022 Mar 28]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19#block-249162>
6. Mansueto G, Lopes FL, Grassi L, Cosci F. Impact of COVID-19 outbreak on Italian healthcare workers versus general population: Results from an online survey. *Clin Psychol Psychother*. 2021 Nov 1;28(6):1334–45.
7. Santé Publique France. Enquête CoviPrev [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 28]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19#block-249162>
8. Young KP, Kolcz DL, O’Sullivan DM, Ferrand J, Fried J, Robinson K. Health care workers’ mental health and quality of life during COVID-19: Results from a mid-pandemic, national survey. *Psychiatr Serv*. 2021 Feb 1;72(2):122–8.
9. Santé Publique France. Bulletin de Santé Publique Alcool, Bretagne, Janvier 2020. 2020;
10. Santé Publique France. Bulletin de santé publique Tabac, Bretagne, Janvier 2019. 2019.
11. Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT). Usages et conséquences liés aux produits psychoactifs - Bretagne. 2021;
12. Costes J-M, Richard J-B, Eroukmanoff V, Le Nézet O, Philippon A. Les Français et les jeux d’argent et de hasard - Résultats du Baromètre de Santé Publique France 2019. Tendances n°138 [Internet]. 2020; Available from: [https://www.economie.gouv.fr/observatoire-des-jeux/budget-et-](https://www.economie.gouv.fr/observatoire-des-jeux/budget-et)
13. Equipe de surveillance et d’épidémiologie nutritionnelle (Esen). Etude de santé sur l’environnement, la biosurveillance, l’activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016 [Internet]. Santé Publique France, editor. 2020. Available from: www.santepubliquefrance.fr
14. Orset C, Sarazin M, Grataloup S, Fontana L. Les conduites addictives parmi le personnel hospitalier : Enquête de prévalence par questionnaire chez 366 agents du centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne. *Arch des Mal Prof l’Environnement*. 2011 Apr;72(2):173–80.
15. Nilan K, McKeever TM, McNeill A, Raw M, Murray RL. Prevalence of tobacco use in healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2019 Jul

- 1;14(7).
16. Estryn-Behar M, Le Nezet O, Bonnet N, Gardeur P. Comportements de santé du personnel soignant Résultats de l'étude européenne Presst-Next Correspondance [Internet]. 2006. Available from: www.masson.fr/revues/pm
 17. Underner M, Ingrand P, Allouch A, Laforgue A V, Migeot V, Defossez G, et al. Influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac. 2006;
 18. Beaujouan L, Czernichow S, Pourriat JL, Bonnet F. Prevalence and risk factors for substance abuse and dependence among anaesthetists: A national survey. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2005;24(5):471–9.
 19. Santé Publique France. Consommation de substances psychoactives et milieu professionnel [Internet]. 2017. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/>
 20. Cadet-Taïrou A, Brisacier A-C. Addiction et usages problématiques : facteurs de risque, facteurs de protection. In: *Jeunes et addictions.* OFDT; 2016. p. 83–6.
 21. Ouest France. Brest, Morlaix et Carhaix. Une étude sur la consommation d'alcool pendant le confinement. 2021 Jan 25 [cited 2022 Mar 28]; Available from: https://quimper.maville.com/actu/actudet_-brest-morlaix-et-carhaix.-une-etude-sur-la-consommation-d-alcool-pendant-le-confinement_fil-4469094_actu.Htm?fbclid=IwAR2PeLDgKfV3TNr_IUqvNEFFIYDVxJDCV244o7_Jx4IbY0saFx-Q_xgDNe0
 22. Le Télégramme. À Brest, lancement d'une étude sur la consommation d'alcool pendant le confinement. 2021 Jan 25 [cited 2022 Mar 28]; Available from: <https://www.letelegramme.fr/finistere/brest/a-brest-lancement-d-une-etude-sur-la-consommation-d-alcool-pendant-le-confinement-25-01-2021-12693744.php>
 23. Bendau A, Viohl L, Petzold MB, Helbig J, Reiche S, Marek R, et al. No party, no drugs? Use of stimulants, dissociative drugs, and GHB/GBL during the early COVID-19 pandemic. *Int J Drug Policy.* 2022 Apr 1;102.
 24. Dodge KA, Skinner AT, Godwin J, Bai Y, Lansford JE, Copeland WE, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on substance use among adults without children, parents, and adolescents. *Addict Behav Reports.* 2021 Dec 1;14.
 25. Madoz-Gúrpide A, Leira-Sanmartín M, Ibáñez Á, Ochoa-Mangado E. Self-reported increase in alcohol and drugs intake as a coping strategy in hospital workers during COVID-19 outbreak: A cross-sectional study.
 26. Wu P, Liu X, Fang Y, Fan B, Fuller CJ, Guan Z, et al. Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol Alcohol.* 2008;43(6):706–12.
 27. Mongeau-Péresse V, Rizkallah E, Bruneau J, Chênevert D, Menvielle L, Jutras-Aswad D. Changes in Alcohol Habits Among Workers During the Confinement of COVID-19: Results of a Canadian Cross-Sectional Survey. *Subst Abus Res Treat.* 2021;15.
 28. Pestana DVS, Raglione D, Junior LD, de Souza Pereira Liberatti C, Braga EC, de Lima Ezequiel VA, et al. Stress and substance abuse among workers during the COVID-19 pandemic in an intensive care unit: A cross-sectional study. *PLoS One.* 2022 Feb 1;17(2 February).
 29. Cousin L, Di Beo V, Marcellin F, Coscas S, Mahé V, Chavignaud I, et al. Use of psychoactive substances by night-shift hospital healthcare workers during the first wave of the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study based in Parisian public hospitals (ALADDIN). *BMJ Open* [Internet]. 2022 Mar 4;12(3):e055699. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2021-055699>
 30. Mounir I, Menvielle L, Perlaza S, Chênevert D, Planchard JH, Fabre R, et al. Psychological Distress and Tobacco Use Among Hospital Workers During COVID-19.

- Front Psychiatry. 2021 Jul 28;12.
31. Firat M, Demir Gökmen B, Karakurt P. An investigation of smoking habits and mental well-being in healthcare personnel during COVID-19. *Perspect Psychiatr Care*. 2022 Jan 1;58(1):108–13.
 32. Barré T, Ramier C, Mounir I, David R, Menvielle L, Marcellin F, et al. Mindfulness as a Protective Factor Against Increased Tobacco and Alcohol Use in Hospital Workers Following the First COVID-19-Related Lockdown: a Study in Southern France. *Int J Ment Health Addict*. 2022;
 33. Conroy DA, Hadler NL, Cho E, Moreira A, MacKenzie C, Swanson LM, et al. The effects of COVID-19 stay-at-home order on sleep, health, and working patterns: A survey study of US health care workers. *J Clin Sleep Med*. 2021 Feb 1;17(2):185–91.
 34. Le C, Khalid Z, Avramut C, Lam A, Ragina N, Zyzanski S. Psychological Effects of Screen Time in Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic. *Prim Care Companion CNS Disord* [Internet]. 2021 Aug 26 [cited 2022 Apr 8];23(5). Available from: <https://www.psychiatrist.com/pcc/covid-19/psychological-effects-screen-time-health-care-workers-during-covid-19-pandemic/>
 35. Turna J, Patterson B, Goldman Bergmann C, Lamberti N, Rahat M, Dwyer H, et al. Mental health during the first wave of COVID-19 in Canada, the USA, Brazil and Italy. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2021;
 36. Zamboni L, Carli S, Belleri M, Giordano R, Saretta G, Lugoboni F. COVID19 lockdown Impact on online gambling, online shopping, web navigation and online pornography.
 37. Bourdeau-Lepage L. Le confinement et ses effets sur le quotidien - Premiers résultats bruts des 2e & 3e semaines de confinement en France [Internet]. 2020. Available from: <https://t.co/0Rg19b8ADp?amp=1>
 38. Koh D, Kin Lim M, Eng Chia S, Meng Ko S, Qian F, Ng V, et al. Risk Perception and Impact of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) on Work and Personal Lives of Healthcare Workers in Singapore What Can We Learn? 2005.
 39. Chong MY, Wang WC, Hsieh WC, et al. Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. 2004.
 40. Zhu Z, Xu S, Wang H, Liu Z, Wu J, Li G, et al. COVID-19 in Wuhan: Sociodemographic characteristics and hospital support measures associated with the immediate psychological impact on healthcare workers. *EClinicalMedicine*. 2020 Jul 1;24.
 41. Tam CWC, Pang EPF, Lam LCW, Chiu HFK. Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hongkong in 2003: Stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychol Med*. 2004 Oct;34(7):1197–204.
 42. Matsuishi K, Kawazoe A, Imai H, Ito A, Mouri K, Kitamura N, et al. Psychological impact of the pandemic (H1N1) 2009 on general hospital workers in Kobe. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2012 Jun;66(4):353–60.
 43. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks? *Encephale*. 2020 Jun 1;46(3):S73–80.
 44. Ministère des solidarités et de la santé. Recommandations pour le soutien psychologique aux soignants et personnels en établissement sanitaire social et médico-social et aux soignants de ville. 2020;
 45. Vayr F, Herin F, Jullian B, Soulat JM, Franchitto N. Barriers to seeking help for physicians with substance use disorder: A review. Vol. 199, *Drug and Alcohol Dependence*. Elsevier Ireland Ltd; 2019. p. 116–21.
 46. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health

challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. Vol. 368, The BMJ. BMJ Publishing Group; 2020.

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 le 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. »

ANNEXE I - QUESTIONNAIRE



Confinement(s) : conduites addictives et sédentarité

Madame, Monsieur,

La **pandémie** et les mesures de confinement ont **impacté** les modes de vie de beaucoup d'entre nous et parfois de manière importante.

Le CHRU, en collaboration avec la ville de Brest, l'Université citoyenne de Prévention en Santé de Bretagne Occidentale, et avec l'association Addictions France, souhaite mieux connaître l'impact des mesures de confinement sur les **modes de vie** des habitants et habitantes de la région de Brest, de Morlaix et de Carhaix. Les réponses au questionnaire seront utilisées, entre autres, pour un travail de thèse de médecine générale et permettront d'établir des propositions d'adaptation de l'offre de soins sur le territoire finistérien.

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à notre travail.

Toutes les informations sont anonymes, les données seront gérées par le CHRU de Brest et resteront confidentielles.

Temps de réponse aux questions : 10-15 minutes

QUI ETES VOUS ?

1. Quel est votre âge?

- <18 ans
- 18-25 ans
- 26-44 ans
- 45 -65 ans
- Plus de 65 ans

2. Etes-vous un homme ou une femme ? Femme Homme

3. Dans quelle ville vivez-vous ?

4. Quel est votre statut professionnel ? (une ou plusieurs réponses)

- Etudiant(e)

- Salarié(e)
- Indépendant(e) (commerçant(e), libéral(e), chef(fe) d'entreprise...)
- Enseignant(e)
- Agriculteur(rice)/ artisan
- Retraité(e)
- Sans emploi
- Autre :

5. Êtes-vous un(e) professionnel(le) de santé ? OUI NON

6. Dans les derniers mois, votre situation professionnelle a-t-elle été modifiée par les deux périodes de confinement ? OUI NON

=> ***Si oui, de quelle manière : (une ou plusieurs réponses)***

- Cours en distanciel (visioconférence , e-learning...)
- Télétravail à 100%, 50%, 25%
- Chômage partiel
- Perte d'emploi
- Pas d'impact sur l'activité professionnelle
- Augmentation de la charge professionnelle
- Autre :

7. Comment vivez-vous ?

- Seul(e)
- En couple
- Avec conjoint(e) + enfant(s)
- Seul(e) avec enfant(s)
- Colocation ou avec d'autres membres de famille
- Autre :

8. Concernant votre situation familiale à la maison, avez-vous eu l'impression qu'elle a été impactée par les périodes de confinement ?

- J'ai l'impression que les liens intrafamiliaux se sont renforcés
- J'ai l'impression qu'il y a eu plus de conflits dans notre famille
- J'ai vécu une séparation ou un divorce précipité selon moi par le contexte de confinements
- Pas de changement de ma situation familiale
- Non concerné(e) (vit seul(e))

9. Concernant vos relations sociales (impliquant relations familiales élargies, relations amicales ou sociales) avez-vous eu l'impression qu'elles ont été impactées par les périodes de confinement ?

- J'ai l'impression de me sentir plus isolé(e) depuis les confinements
- J'ai l'impression que mes relations sociales se sont maintenues quand même
- J'ai l'impression que mes relations sociales se sont améliorées en qualité
- Autre :

16. Souffrez-vous d'un problème médical (avec suivi et/ou traitement médical) ?

- OUI NON

17. Souffrez-vous d'un problème psychiatrique ou addictologique (avec suivi et/ou traitement médical) ?

- OUI NON

=> Avez-vous poursuivi vos suivis (médicaux, psychiatriques ou addictologiques) pendant les confinements ?

- OUI NON

Si OUI, quel(s) type(s) de suivi ?

- Médecins généralistes
- Médecins spécialistes
- Suivi hospitalier
- Suivi paramédical (psychologue, kinésithérapeute, infirmier(e)...)
- Non concerné(e) (suivi interrompu ou pas de suivi médical)
- Autre :

Si NON : pour quelles raisons ?

- Consignes de ne pas aller à l'hôpital
- Peur d'être contaminé(e) par la COVID-19
- Moins de disponibilité des médecins
- Non concerné(e)

18. Avez-vous eu, PENDANT les périodes de confinement, des problèmes de santé physique ou psychologique ?

- OUI NON

Si OUI, avez-vous pu consulter/demander de l'aide à des professionnels à ce sujet pendant les confinements ?

- OUI NON

19. EN DEHORS des périodes de confinement, pratiquez-vous une activité physique régulière ? (Loisirs, sports...)

- OUI NON

=> Si OUI, à quelle fréquence ?

- 1-2 fois / mois
- 1 fois / semaine
- 2 fois / semaine
- 3 fois / semaine
- 4 fois / semaine

=> EN DEHORS des périodes de confinement, combien de temps consacrez-vous, en moyenne, à chaque séance d'activité physique ?

- Moins de 15 minutes
- De 16 à 30 minutes
- De 31 à 45 minutes
- De 46 à 60 minutes
- Plus de 60 minutes

=> EN DEHORS des périodes de confinement, comment percevez-vous votre effort lors de ces séances ? (De 1 = effort très facile à 5 = effort très difficile)

1 2 3 4 5

20. PENDANT les périodes de confinement, avez-vous pratiqué une activité physique régulière ? (Loisirs, sports...)

OUI NON

=> Si OUI, à quelle fréquence ?

- 1-2 fois / mois
- 1 fois / semaine
- 2 fois / semaine
- 3 fois / semaine
- 4 fois / semaine

=> PENDANT les périodes de confinement, combien de temps avez-vous consacré, en moyenne, à chaque séance d'activité physique ?

- Moins de 15 minutes
- De 16 à 30 minutes
- De 31 à 45 minutes
- De 46 à 60 minutes
- Plus de 60 minutes

=> PENDANT les périodes de confinement, comment avez-vous perçu votre effort lors de ces séances ? (De 1 = effort très facile à 5 = effort très difficile)

1 2 3 4 5

21. Combien de temps passez-vous en position assise par jour (loisirs, télévision, ordinateur, travail...)?

<u>En dehors des périodes de confinement :</u>	
<input type="checkbox"/>	Plus de 5h
<input type="checkbox"/>	De 4 à 5h
<input type="checkbox"/>	De 3 à 4h
<input type="checkbox"/>	De 2 à 3h
<input type="checkbox"/>	Moins de 2h

<u>Pendant les périodes de confinement :</u>	
<input type="checkbox"/>	Plus de 5h
<input type="checkbox"/>	De 4 à 5h
<input type="checkbox"/>	De 3 à 4h
<input type="checkbox"/>	De 2 à 3h
<input type="checkbox"/>	Moins de 2h

22. Quelle intensité physique votre activité professionnelle vous demande-t-elle ?

En dehors des périodes de confinement :

- Légère
- Modérée
- Moyenne
- Intense
- Très intense

Pendant les périodes de confinement :

- Légère
- Modérée
- Moyenne
- Intense
- Très intense

23. En dehors de votre travail régulier, combien de temps par semaine consacrez-vous à de travaux légers (ménage, bricolage, jardinage...) ?

En dehors des périodes de confinement :

- Moins de 2 heures
- 3 à 4 heures
- 5 à 6 heures
- 7 à 9 heures
- Plus de 10 heures

Pendant les périodes de confinement :

- Moins de 2 heures
- 3 à 4 heures
- 5 à 6 heures
- 7 à 9 heures
- Plus de 10 heures

24. Combien de minutes par jour consacrez-vous à la marche ?

En dehors des périodes de confinement :

- Moins de 15 minutes
- De 16 à 30 minutes
- De 31 à 45 minutes
- De 46 à 60 minutes
- Plus de 60 minutes

Pendant les périodes de confinement :

- Moins de 15 minutes
- De 16 à 30 minutes
- De 31 à 45 minutes
- De 46 à 60 minutes
- Plus de 60 minutes

25. Combien d'étage(s) montez-vous par jour, en moyenne ?

En dehors des périodes de confinement :

- Moins de 2
- 3 à 5
- 6 à 10
- 11 à 15
- Plus de 16

Pendant les périodes de confinement :

- Moins de 2
- 3 à 5
- 6 à 10
- 11 à 15
- Plus de 16

CONCERNANT VOS HABITUDES DE CONSOMMATION

26. Fumez-vous ?

OUI

NON

=> Si oui, vous fumez :

- Cigarettes classiques
- Cigarettes roulées
- Pipe
- Cigares
- Cigarettes électroniques avec nicotine / sans nicotine (entourer la réponse exacte)
- Autre :

=> Combien de cigarettes, de roulées, de pipes ou de cigares fumez-vous par jour ?

0 à 10

10 à 20

> 20

=> Votre consommation de tabac a-t-elle évolué depuis les périodes de confinement ?

OUI

NON

=> Si oui, votre consommation a :

- Augmenté
- Diminué
- Été modifiés avec passage à la cigarette électronique
- Été stoppée

Si votre consommation a augmenté, pour quels motifs ?

- Ennui
- Isolement
- Anxiété
- Humeur triste
- Autre :

Si votre consommation a diminué, pour quels motifs ?

- Fermeture des bars et des restaurants
- Moins de situations de repas ou de soirées festives
- Une envie de profiter du confinement pour baisser la consommation
- Autre :

27. A quelle fréquence consommez vous de l'alcool ?

- Jamais
- 1 fois par mois
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 3 fois par semaine
- Au moins 4 fois par semaine

=> Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous au cours d'une journée typique où vous buvez de l'alcool (en équivalents de verres de bars) ?

- 1 ou 2
- 3 ou 4
- 5 ou 6
- 7 à 9
- 10 ou plus

=> Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres ou plus ?

- Jamais
- Moins de 1 fois par mois
- 1 fois par mois
- 1 fois par semaine
- Tous les jours ou presque

=> Avez-vous déjà eu l'impression que votre consommation d'alcool est trop importante ?

- OUI
- NON

=> Avez vous déjà eu l'impression d'avoir du mal à contrôler votre consommation d'alcool?

- OUI
- NON

=> Avez vous eu l'impression que votre consommation d'alcool a évolué avec les confinements ? Si oui, comment ?

- Augmenté
- Diminué
- Stoppé
- Pas d'évolution

28. Consommez-vous, même occasionnellement, des substances illicites ?

- OUI
- NON

=> Si oui, la/lesquelles ?

- Cannabis
- Cocaïne
- Héroïne
- Métamphétamines
- Autre:

=> Comment évalueriez-vous votre consommation de substances illicites ?

AVANT les confinements :

- Jamais
- 1 fois par mois
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 3 fois par semaine
- Au moins 4 fois par semaine

DEPUIS les confinements :

- Jamais
- 1 fois par mois
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 3 fois par semaine
- Au moins 4 fois par semaine

29. Jouez vous aux jeux de hasard et d'argent (grattages, tirages, paris, pokers) ?

- OUI NON

Si OUI, de quelle façon?

En ligne
 En lieux de jeux
 Les deux

Si OUI, votre pratique de jeux de hasard et d'argent a t-elle évolué pendant les confinements ?

Stable
 Réduite
 Augmentée
 Stoppée

30. Combien de temps estimez vous passer devant les écrans (tv , ordinateur, tablette, console, smartphone..) ?

AVANT les confinements:

moins de 2 h
 de 2 à 4h
 de 4 à 6h
 de 6 à 8h
 plus de 8h

DEPUIS les confinements:

moins de 2 h
 de 2 à 4h
 de 4 à 6h
 de 6 à 8h
 plus de 8h

=> Si vous avez passé plus de temps devant les écrans depuis les confinements, quel(s) type(s) d'usage avez vous favorisé ?

- Usage professionnel (télétravail)
 Réseaux sociaux (maintien des relations sociales)
 Loisirs (films, séries, jeux vidéos)
 Autre :

ENFIN DE MANIERE PLUS GENERALE...

31. Avez vous l'impression que les confinements ont dégradé votre qualité de vie ?

- OUI NON

=> Si oui à quel degré ? (1 : quasiment pas, 10= de façon très importante)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Merci

ANNEXE II – MEMENTO DES STRUCTURES D'ADDICTOLOGIE BRESTOISES



Le groupe prévention des conduites à risque du Réseau Isolément Précarité de la ville de Brest a réalisé en partenariat avec le plan alcool un document d'information destiné aux intervenants professionnels et bénévoles du territoire et aux publics concernés.

Il vise à orienter et/ou accompagner les publics fragilisés concernés ou confrontés aux addictions dans une démarche d'écoute, d'information et/ou de soin.



MÉMENDO des structures d'addictologie BRESTOISES

#planalcoolbrestois Brest.fr

SOINS ET CONSULTATIONS

Médecin traitant
Le médecin traitant reste le premier interlocuteur pour la personne qui souhaite être orientée dans sa démarche de soins.

Centre de Soins en Addictologie (Estran).....02 98 32 33 33
Centre Hospitalier de la Jeune, 17 Rue de Brest - 29200 St Rémy
Accueil de personnes dépendantes à l'alcool et autres addictions qui souhaitent s'engager dans une démarche de sevrage et/ou de cure Hospitalisation sur prescription d'un médecin addictologue.

Centre de tabacologie - CHRU Brest.....02 29 02 02 02
Hôpital Morvan - Avenue Foch - 29200 Brest
Consultation tabacologique en vue de l'arrêt ou de la réduction du tabac.

Clinique Iratze.....02 98 01 85 20
Rue de Ploaer-Hennepin - 29820 Brest
Hospitalisation libre et hospital de jour, sur prescription médicale.

CSAPA Centre de Soins et d'Accompagnement de Prévention en Addictologie
ADI (Accueil Drogue Information) / CHRU Brest .. 02 98 22 36 00
CHRU de Brest Hôpital Morvan Bât 2 bis - 29200 Brest
Accueil, écoute, suivi et orientables. Centre de traitement de substitution. Centre de posture en accompagnement thérapeutique. Comprend le Pôle de Spécialisation Régional d'Addictions aux Jeux.

Centre Familial et addictions / CHRU Brest .. 02 98 44 88 08
16, rue Alexandre Ribot - 29200 Brest
Accueil, accompagnement et suivi médico-psychologique et infirmier de l'entourage.

Centre Menez / CHRU Brest .. 02 29 61 18 70
6 place du 17^e régiment d'infanterie - 29200 Brest
Accueil, écoute et suivi médico-psychologique, social, diététique et infirmier pour conduites addictives.

Consultation jeunes consommateurs et entourage / CHRU Brest .. 02 98 22 36 00
Hôpital Morvan, 2 avenue Foch - 29200 Brest
Sur rendez-vous, jeunes de 12 à 25 ans et/ou entourage, ayant un questionnement autour des problématiques d'addiction.

SOINS ET CONSULTATIONS

Clinique Pan An Dador.....02 98 84 74 25
147, rue de Paris - 29490 Garpavia
Prise en charge thérapeutique avec suivi individualisé et aide au sevrage. Hospitalisation sur prescription médicale.

Unité Hospitalisation - CHRU Brest .. 02 98 01 50 42
Hôpital Goleas - 29200 Brest
Accueil de personnes dépendantes à l'alcool et autres addictions qui souhaitent s'engager dans une démarche de sevrage et/ou de cure (ATCA). Hospitalisation sur prescription d'un médecin addictologue.

PainH.....02 98 44 63 11
16, rue Alexandre Ribot - 29200 Brest
Centre d'accueil médicalisé de soins gratuits pour les personnes en difficulté sociale.

Soins de Suite et de Réadaptation spécialisés en addictologie Fondation LDYS.....02 98 02 11 36
Rue Alan Colas - 29218 Brest
Accompagnement suite à une dépendance aux produits psychotrope, sur orientation médicale.

NUMÉROS NATIONAUX

Alcool info service.....0 980 980 930

Drogues info service.....08 00 23 13 13

Écoute cannabis.....0 980 980 940

Narcotiques anonymes.....01 43 72 12 72

Tabac info service.....3989
www.tabac-info-service.fr

ÉCOUTE ET SOUTIEN

Al-Anon.....09 63 69 24 56
6 rue Fernand-Clech - 29200 Brest
Réunions d'aide à l'entourage de malades alcooliques.

Alcooliques Anonymes.....09 69 39 40 20
22, rue Louis-Fabert - 29200 Brest
Association de soutien et d'aide.

Alcool Assistance 29.....06 10 03 53 72
21 rue de la Providence - 29200 Brest
Association de soutien et d'aide.

Vie libre.....02 98 44 44 53
33, rue du Château - 29200 Brest
Accompagnement de personnes dépendantes à l'alcool.

INFORMATION ET PRÉVENTION

ANPAA 29.....02 98 44 13 47
16, rue Alexandre Ribot - 29200 Brest / www.anpaa29.fr
Promouvoir et contribuer à une politique globale de prévention des risques et des conséquences des pratiques addictives pour tous.

CAARUD du Finistère (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usage de Drogues).....09 49 41 21 / 06 34 55 29 06
16, rue Alexandre Ribot - 29200 Brest
Centre d'Accueil Finistère. Service d'assistance et de prise en charge sans conditions d'accès. Accueil, information, distribution de matériels de réduction des risques, dépistage VIH et Hépatite C.

2020 : une pandémie,
deux confinements.
Et votre santé dans tout ça?

Enquête : 15 min pour évaluer l'impact
des confinements sur votre santé !

Scannez
et découvrez !

UCPS I30
UNIVERSITÉ CITOYENNE
DE PRÉVENTION EN SANTÉ
DE BRETAGNE OCCIDENTALE

VILLE DE
Brest

ALCOOL
PRENONS
LA MESURE

CHRU
CENTRE HOSPITALIER
REGIONAL UNIVERSITAIRE

L'ANPAA devient
Association
Addictions
France

enquête réalisée dans le cadre de recherche universitaire en partenariat :

ANNEXE IV – QUESTIONNAIRE AUDIT (Alcohol use disorders test)

1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?

Jamais

Une fois par mois ou moins

2 à 4 fois par mois

2 à 3 fois par semaines

Au moins 4 fois par semaine

2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?

3 ou 4

5 ou 6

7 ou 8

10 ou plus

3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?

Jamais

Moins d'une fois par mois

Une fois par mois

Une fois par semaine

Tous les jours ou presque

4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?

Jamais

Moins d'une fois par mois

Une fois par mois

Une fois par semaine

Tous les jours ou presque

5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?

Jamais

Moins d'une fois par mois

Une fois par mois

Une fois par semaine

Tous les jours ou presque

6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?

Jamais

Moins d'une fois par mois

Une fois par mois

Une fois par semaine

Tous les jours ou presque

7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?

Jamais

Moins d'une fois par mois

Une fois par mois

Une fois par semaine

Tous les jours ou presque

8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?

Jamais

Moins d'une fois par mois

Une fois par mois

Une fois par semaine

Tous les jours ou presque

9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?

Non

Oui, mais pas au cours de l'année écoulée

Oui, au cours de l'année

10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?

Non

Oui, mais pas au cours de l'année écoulée

Oui, au cours de l'année

LYONNARD Olga – Pandémie de COVID-19 : l'impact des mesures de confinement sur les conduites addictives, une étude transversale de la population soignante du Finistère Nord
Th. : Méd. : Brest 2022

RESUME :

Introduction

La pandémie de COVID-19 a modifié les habitudes de vie de la population mondiale avec notamment des mesures strictes de confinement pour endiguer la propagation du virus. Dans le Finistère, le taux d'incidence du coronavirus était faible en comparaison avec le reste du territoire français, néanmoins les mesures de confinement étaient identiques.

Parmi les populations les plus touchées, les soignants ont été en première ligne de cette maladie, faisant face quotidiennement à de hauts niveaux de stress. Dans ce contexte de vulnérabilité psychique et environnementale, une augmentation de la consommation d'alcool et de tabac est attendue.

Dans cette étude, l'objectif était donc d'évaluer la prévalence des conduites addictives autorapportées dans la population soignante du Finistère à 1 an du début de la pandémie, après deux confinements.

Méthode

Il s'agissait d'une étude épidémiologique transversale descriptive et analytique réalisée à partir de données déclaratives via un questionnaire anonyme en ligne. Les données ont été recueillies auprès des soignants majeurs (≥ 18 ans) du Finistère du 18 janvier au 9 mars 2021. Le questionnaire se composait de quatre catégories permettant de recueillir les caractéristiques socio-démographiques des participants, leur ressenti sur leur santé physique, psychique et sur leur qualité de vie, ainsi que leurs habitudes de consommation (alcool, tabac, substances illicites, écrans et jeux d'argent et de hasard).

Plusieurs variables associées à une modification des conduites ont été testées en utilisant une régression logistique sur les variables qualitatives (OR avec intervalle de confiance à 95%) et une régression linéaire sur les variables quantitatives (risque Beta avec un intervalle de confiance à 95%).

Résultats

Au total, 1123 soignants ont participé à l'étude (83,53% de femmes). Les participants ont rapporté une augmentation de leur consommation d'alcool, de tabac et du temps passé devant les écrans depuis les confinements.

Discussion

Les résultats de cette étude rejoignent de nombreux travaux réalisés dans plusieurs pays. Elle reste une des rares études à faire un état des lieux des conduites addictives à un an de la pandémie.

Elle a permis de mettre en évidence une augmentation non négligeable de la consommation d'alcool, de tabac et du temps passé devant les écrans, associée à une altération de la qualité de vie et de la santé mentale des soignants.

MOTS CLES :

SOIGNANTS

CONDUITES ADDICTIVES

PANDEMIE DE COVID-19

LYONNARD Olga – Pandémie de COVID-19 : l'impact des mesures de confinement sur les conduites addictives, une étude transversale de la population soignante du Finistère Nord
Th. : Méd. : Brest 2022

ABSTRACT :

Introduction

The COVID-19 pandemic has changed world's population life habits, including strict lockdowns to contain the spread of the virus. In Finistère, the incidence rate of coronavirus was low compared to the rest of France, but the containment measures were identical. Among the most affected populations, healthcare workers have been on the front lines of this disease, cope with high levels of stress on a daily basis. In this context of psychological and environmental vulnerability, an increase in alcohol and tobacco consumption is expected. In this study, the objective was to assess the prevalence of self-reported addictive behaviours in the Finistère health care population one year after the pandemic's start, after two lockdowns.

Method

This was a descriptive and analytical cross-sectional epidemiological study, which uses declarative data via an anonymous online questionnaire. Data were collected from the Finistère adult healthcare workers (≥ 18 years old) from January 18 to March 9, 2021. The questionnaire is divided into four sections to collect the socio-demographic characteristics of the participants, their feelings about their physical, psychological and quality of life, as well as their consumption habits (alcohol, tobacco, illicit substances, screens and gambling). Several variables associated with a conduct modification were tested using logistic regression on qualitative variables (OR with 95% confidence interval) and linear regression on quantitative variables (Beta risk with 95% confidence interval).

Results

A total of 1,123 healthcare workers participated in the study (83.53% women). Participants reported an increase in their alcohol, tobacco and screen time since lockdowns.

Discussion

The results of this study were consistent with many others carried out in several countries. This study remains one of the few which make an inventory of addictive behaviors one year after of the pandemic's start.

It highlighted a significant increase in alcohol, tobacco and screen time, combined with a deterioration in the quality of life and mental health of healthcare workers.

KEYWORDS :

CAREGIVERS
ADDICTIVE BEHAVIOR
COVID-19 PANDEMIC

JURY :

Président : Professeur LE FLOCH Bernard
Membres : Docteur GUILLOU Morgane
Docteur LEMOINE Agnès

DATE DE SOUTENANCE : 30 Juin 2022