



HAL
open science

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

Camille Tréhu

► To cite this version:

Camille Tréhu. Pandémie de COVID-19 : l'impact des mesures de confinement sur les conduites addictives, une étude transversale de la population générale du Finistère Nord. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03884424

HAL Id: dumas-03884424

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03884424v1>

Submitted on 5 Dec 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 TREHU Camille

Née le 15/11/1994 à Rennes (35)

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 générale 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	Ophthalmologie
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 2ème 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

THUILLIER 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 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

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	10
REMERCIEMENTS.....	12
RESUME (FRANÇAIS).....	15
ABSTRACT (ENGLISH)	16
LISTE DES ABREVIATIONS.....	17
INTRODUCTION	18
METHODE.....	20
I- POPULATION ETUDIEE	20
II- TYPE D'ETUDE.....	20
III- OBJECTIFS	20
IV- DESCRIPTION DU QUESTIONNAIRE	20
V- DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE	21
VI- ANALYSE STATISTIQUE.....	22
RESULTATS	24
I- FLOW-CHART	24
II- CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION.....	25
III- HABITUDES DE VIE ET ETAT DE SANTE DE LA POPULATION.....	25
A. <i>Modifications des habitudes de vie des participants</i>	25
1. Impact sur la situation professionnelle.....	25
2. Situation familiale	26
3. Relations sociales.....	26
B. <i>Proximité des participants avec le virus</i>	27
C. <i>État de santé de la population générale</i>	27
1. Santé physique.....	28
2. Santé psychologique.....	29
D. <i>Consommation de substances psychoactives</i>	30
1. Tabac.....	30
2. Alcool	31
3. Substances illicites	33
4. Pratique des jeux de hasard et d'argent	34
5. Temps d'écran	34
DISCUSSION.....	37
I- SYNTHESE DES RESULTATS	37
II- FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	37
A. <i>Forces de l'étude</i>	37
B. <i>Biais de l'étude</i>	37
III- ANALYSE DE LA LITTERATURE	38
A. <i>Alcool</i>	38
B. <i>Tabac</i>	40
C. <i>Substances illicites</i>	41
D. <i>Pratique des jeux de hasard et d'argent</i>	42
E. <i>Temps passé devant les écrans</i>	42
F. <i>Santé psychologique, vécu des confinements</i>	43

<i>G. Les dispositifs d'aide aux consommateurs pendant la pandémie</i>	<i>44</i>
CONCLUSION	45
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	46
BIBLIOGRAPHIE	47
ANNEXE I - QUESTIONNAIRE	51
ANNEXE II – QUESTIONNAIRE AUDIT (ALCOHOL USE DISORDERS TEST).....	58
ANNEXE III – MEMENTO DES STRUCTURES D'ADDICTOLOGIE BRESTOISES	60
ANNEXE IV – AFFICHE ET QR CODE.....	61

RESUME (Français)

Introduction

La pandémie de COVID-19 a considérablement perturbé les habitudes de vie des populations à travers le monde, notamment avec la mise en place de périodes de confinement au cours de l'année 2020.

Concernant de précédentes épidémies ou traumatismes collectifs, la littérature fait état de conséquences psychologiques importantes avec une augmentation des consommations de substances addictives.

L'objectif de cette étude était d'évaluer la prévalence des conduites addictives dans la population générale du Finistère Nord, un an après le début de la pandémie de Covid-19 et des mesures restrictives, ainsi que de mesurer les évolutions perçues des répondants sur leurs consommations de substances et leurs comportements éventuellement addictifs.

Méthode

Il s'agissait d'une étude épidémiologique transversale descriptive et analytique, réalisée au moyen d'un questionnaire diffusé en ligne et en version papier du 18 janvier 2021 au 9 mars 2021 dans le Finistère Nord.

Le questionnaire abordait successivement les caractéristiques sociodémographiques des participants, leur état de santé globale, puis les conduites addictives suivantes : consommation d'alcool, de tabac, de substances illicites, leur pratique de jeux de hasard et d'argent et leur temps d'écran.

Les données ont ensuite été divisées en deux populations, soignante et non soignante. Ces données font l'objet de deux thèses différentes.

La population étudiée dans cette thèse était la population générale majeure, non soignante, du Finistère Nord. 1363 personnes ont participé à l'étude.

Résultats

L'étude a permis de mettre en évidence une augmentation des consommations d'alcool, de tabac et de temps d'écran associée à une dégradation de l'état de santé psychologique des participants depuis les confinements. Aucune augmentation notable de la consommation de substances illicites et de la pratique des jeux de hasard et d'argent n'a été mise en évidence dans l'étude.

Discussion

Les résultats de cette étude concordent avec la littérature nationale et internationale, qui rapporte des taux d'augmentation des consommations de substances addictives à différents degrés. Cette étude reste une des rares études à faire un état des lieux des conduites addictives à un an du début de la pandémie et des mesures restrictives.

ABSTRACT (English)

Introduction

The COVID-19 pandemic has significantly changed people's lifestyle around the world, particularly during the lockdown periods of the year 2020.

Regarding previous epidemics or collective traumas, the literature reports significant psychological consequences with an increased consumption of addictive substances.

The aim of this study was to assess the prevalence of addictive behaviours in the general population of North Finistere, one year after the beginning of the COVID-19 pandemic and of restrictive measures, as well as measuring the perceived changes in people's substance use and potentially addictive behaviours.

Method

It was a descriptive and analytical cross-sectional epidemiological study, realized with a questionnaire distributed online and in paper form from 18 January 2021 to 9 March 2021 in North Finistere.

The questionnaire dealt successively with the socio-demographic characteristics of the participants, their overall health, and then the following addictive behaviours : alcohol, tobacco, illicit substances, their practice of gambling and their time spent on screens.

The data were divided into two populations : healthcare workers and non-healthcare workers. They are the subjects of two different theses.

The population studied in this thesis was the adult non-healthcare working population of the North Finistere. 1363 people took part in the study.

Results

The study has shown an increase in alcohol, tobacco and screen time consumption associated with a deterioration in the participants' psychological health since the lockdowns. No significant increase in illicit substance use and gambling was found in the study.

Discussion

The results of this study are consistent with national and international literature, which report rates of increased use of addictive substances to varying degrees. This study remains one of the rare studies to make an inventory of addictive behaviours a year from the beginning of the pandemic and restrictive measures.

LISTE DES ABREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Sars-CoV-2 : Severe acute respiratory syndrome Coronavirus

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

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

CJC : Consultations Jeunes Consommateurs

CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues

TSO : Traitement de Substitution des Opiacés

INTRODUCTION

En décembre 2019, le premier cas d'infection humaine au Sars-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome *Coronavirus 2*) est détecté en Chine. Le virus provoque essentiellement des symptômes respiratoires de gravité variable pouvant aller jusqu'au décès. L'épidémie de COVID-19 (maladie due au Sars-CoV-2) est officiellement déclarée comme une pandémie par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) le 11 mars 2020 (1), au moment où 110 000 contaminations sont déjà répertoriées (2).

Rapidement, des mesures de distanciation sociale pour contenir la pandémie sont prises par les gouvernements des différents pays touchés (gestes barrières, couvre-feu, confinements) (3).

Historiquement, la notion de confinement est apparue pour la première fois en 1127 à Venise lors de la lutte contre l'épidémie de lèpre (4), puis réapparaît plusieurs fois par la suite lors des grandes épidémies de peste, de choléra. Plus récemment, des périodes de confinement avaient été imposées en Chine et au Canada en 2003 pendant l'épidémie de SRAS (Syndrome Respiratoire Aigu Sévère) (5), ainsi qu'en 2014 dans plusieurs pays d'Afrique de l'Est sous la menace de l'épidémie d'Ebola.

En France, la déclaration de l'état d'urgence sanitaire a permis la mise en place de ces mesures et un premier confinement strict a eu lieu entre les mois de mars et mai 2020, puis un deuxième au mois de novembre 2020, moins contraignant, pour un mois.

Durant ces périodes de confinement, de nombreux lieux publics et culturels ont été fermés, ainsi que les écoles, certains commerces, et la circulation des individus a été limitée et réglementée afin d'enrayer la propagation du virus.

Il a déjà été rapporté dans la littérature que les épidémies, les catastrophes (environnementales, terroristes...) entraînaient des conséquences psychologiques importantes dans les populations avec notamment une majoration des syndromes post-traumatiques (6), du stress de façon générale et des conduites addictives (7).

On note par exemple qu'à un mois des attaques du 11 septembre 2001, 30,8% des New Yorkais rapportaient une majoration de leur consommation de cigarettes, d'alcool ou de marijuana, et 27,3% à six mois (8), (9).

De la même façon, l'épidémie de SRAS en 2002 a eu pour conséquence une augmentation des syndromes post-traumatiques et des symptômes dépressifs chez quasiment 30% des habitants de Toronto (10). Des études ont également montré une plus forte probabilité de consommation excessive d'alcool et des symptômes de dépendance trois ans après cette épidémie, associés en particulier aux périodes de confinement (11).

Concernant la pandémie actuelle, une étude chinoise rapportait déjà 29% de symptômes anxieux modérés à sévères en population générale en février 2020 et 54% des participants qualifiaient l'impact psychologique de modéré ou grave (12). Une revue de la littérature de février 2020 rapportait également une majoration de l'anxiété et des symptômes de stress post-

traumatique (13). Aux États-Unis en juin 2020, une étude retrouvait une prévalence de troubles dépressifs multipliés par 4 par rapport à 2019, ainsi qu'une majoration des idées suicidaires passant de 4,3% en 2018 à 10,7% au moment de l'étude (14). En France, l'étude « Coviprev » qui s'intéressait notamment à la santé mentale de la population, faisait état d'une majoration des symptômes anxieux et dépressifs lors du premier confinement avec une prévalence qui restait élevée un an plus tard en février 2021 (15).

Une des hypothèses consiste donc à penser que les confinements et la pandémie ont pu avoir des conséquences psychologiques importantes avec aggravation des troubles anxieux et dépressifs, ce qui a déjà été montré dans plusieurs études, et indirectement une majoration des risques de conduites addictives puisque ces troubles sont corrélés (16), (17).

Le développement d'une conduite addictive en lien avec une dégradation de l'état psychologique est expliqué par des mécanismes biologiques, avec notamment la libération de cortisol liée aux stress répétés ou prolongés, qui agit sur le système de récompense et induit des phénomènes de « craving » (besoin irrésistible de consommer un produit psychoactif) en réponse au stress, précipitant l'entrée dans une addiction ou pérennisant une addiction déjà présente (18).

Par ailleurs, des recherches ont déjà montré que l'isolement social en lui-même était un facteur de risque de majoration des conduites addictives (19), (11), (20).

Ce travail de recherche s'inscrit dans ce contexte marqué par un cumul de changements environnementaux avec des restrictions de circulations, de relations sociales, d'accès aux activités professionnelles et de loisirs, mais également des facteurs de stress liés à la pandémie en elle-même. Il a été évoqué l'hypothèse d'une majoration des consommations de substances psychoactives, d'utilisation d'écrans et de la pratique des jeux de hasard et d'argent, d'autant plus que les niveaux de consommation de substances psychoactives sont déjà particulièrement élevés en Bretagne (21). L'objectif de l'étude suivante était donc d'évaluer la prévalence des conduites addictives dans la population générale du Finistère Nord, un an après le début de la pandémie de Covid-19 et des mesures restrictives, ainsi que de mesurer les évolutions perçues des répondants sur leurs consommations de substances et leurs comportements éventuellement addictifs.

METHODE

I- Population étudiée

La population étudiée dans ce travail était la population générale non soignante, majeure (≥ 18 ans), du Finistère Nord.

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. Le questionnaire 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 générale, la deuxième sur les conduites addictives de la population soignante (Olga Lyonnard) et la troisième s'est intéressée à la sédentarité (Youen Le Glas).

III- Objectifs

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la prévalence des conduites addictives auto-rapportées dans la population cible après près d'un an de pandémie et de mesures restrictives. Un des objectifs secondaires de l'étude était de faire un état des lieux de l'évolution des consommations rapportées avant et après ces périodes de confinement. Un autre des objectifs secondaires était d'identifier des variables associées à ces évolutions.

IV- Description du questionnaire

Les données de l'étude ont été recueillies au moyen d'un questionnaire construit en décembre 2020 par le comité de pilotage de l'étude, constitué de méthodologistes, de chercheurs et de cliniciens en addictologie.

Le questionnaire 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.

Une version papier a également été générée à partir du document Word, à destination d'un public plus précaire n'ayant pas accès à internet.

Une phase de pré-test avait été réalisée auprès de 5 internes, permettant d'évaluer le temps de réponse à 10-15mn.

Le questionnaire est consultable en ANNEXE I.

L'introduction présentait l'objectif de l'étude, les partenaires impliqués et les travaux de thèses qui allaient en découler. Elle assurait aux participants l'anonymat ainsi que la confidentialité des informations recueillies.

La première partie du questionnaire intitulée « Qui êtes-vous ? » s'intéressait aux caractéristiques des participants (sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle, situation familiale), ainsi qu'à l'effet des confinements sur les relations intra et extra-familiales et à leur proximité avec le virus. Elle a également permis de scinder la population du Finistère Nord en population soignante et non soignante.

La deuxième partie intitulée « Concernant votre santé », s'attardait sur le ressenti physique et psychologique des mesures de confinements ainsi que le recours des participants au corps médical et paramédical. Il était proposé aux participants de noter le ressenti de leur santé physique et psychologique sur une échelle arbitraire allant de 1 à 10 (1 = très très mauvais et 10 = le meilleur possible).

Elle abordait également l'activité physique et la sédentarité en recueillant la taille et le poids des participants 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.

Ensuite, la troisième partie intitulée « Concernant vos habitudes de consommation » abordait plus particulièrement les conduites addictives des participants : type de consommation et quantité consommée, fréquence de consommation et son évolution ou non depuis les confinements, pour le tabac, l'alcool et les substances illicites. Une partie sur les jeux de hasard et d'argent faisait un point sur le mode de pratique et l'évolution potentielle depuis les confinements. Le temps d'écran avant et après les confinements était également recueilli auprès des participants, ces données seront traitées dans la partie sédentarité mais également dans cette thèse puisque l'usage d'écran peut également faire partie des conduites à risque d'addictions. Les questions liées à la consommation d'alcool ont été créées en se basant sur les critères du questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), consultable en ANNEXE II.

La dernière partie du questionnaire comportait une question unique et plus générale. Il était demandé aux participants si les confinements avaient dégradé leur qualité de vie. Il leur était proposé de noter ce ressenti sur une échelle allant de 1 à 10 (1 = très très mauvais et 10 = le meilleur possible).

En fin de questionnaire se trouvaient des liens vers des associations d'aides aux consommateurs présentant des conduites addictives. La version papier proposait un memento détachable avec les coordonnées des structures d'addictologie brestoises. Il est consultable en ANNEXE III.

V- Diffusion du questionnaire

Le canal de diffusion principal du questionnaire était numérique. La diffusion a été possible grâce à de nombreux acteurs : la ville de Brest via ses réseaux sociaux (Facebook, LinkedIn, Twitter) et 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.

Un lien menant au questionnaire a également été partagé sur les réseaux sociaux des internes, envoyé sur les boîtes mails professionnelles de tous les employés du CHRU, au réseau

d'addictologie, au service de santé au travail du CHRU de Brest, à l'UCPS BO (Université Citoyenne de Prévention en Santé de Bretagne Occidentale).

Le DUMG (Département Universitaire de Médecine Générale) s'est chargé de diffuser le questionnaire aux cabinets de médecine générale.

Une affiche avec un QR code (Quick Response Code) généré via le site Unitag.io. et menant au lien de l'enquête a été élaborée et mise en évidence dans plusieurs salles d'attente de médecins généralistes du département, ainsi que dans les salles d'attente de soins premiers en addictologie (réseau addictologique du Finistère Nord) et dans les salles d'attente des urgences. L'affiche est consultable en ANNEXE IV.

La presse locale a permis de relayer l'enquête au moyen d'un article journalistique dans le Télégramme (22) et Ouest France (23) le 25 janvier 2021 via le QR code.

Des questionnaires papier ont été déposés aux urgences adultes du CHRU de Brest. 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.

L'évènement du « Dry January » (évènement d'origine anglo-saxonne, incitant à stopper sa consommation d'alcool durant le mois de janvier) a été l'occasion de lancer cette enquête auprès de la population finistérienne le 18 janvier 2021, en profitant du message de prévention véhiculé pour faire un point concernant les habitudes de vie et les conduites addictives de la population générale. L'enquête s'est clôturée le 9 mars 2021.

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 ($p > 0,2$) 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 (Odds ratio) avec intervalle de confiance à 95%. Une régression linéaire a été réalisée sur les variables quantitatives, permettant l'obtention d'un risque β avec un intervalle de confiance à 95%.

RESULTATS

I- Flow-chart

Le recueil des données via les questionnaires s'est déroulé du 18 janvier au 9 mars 2021. Les questionnaires ont ensuite été traités de la façon suivante :

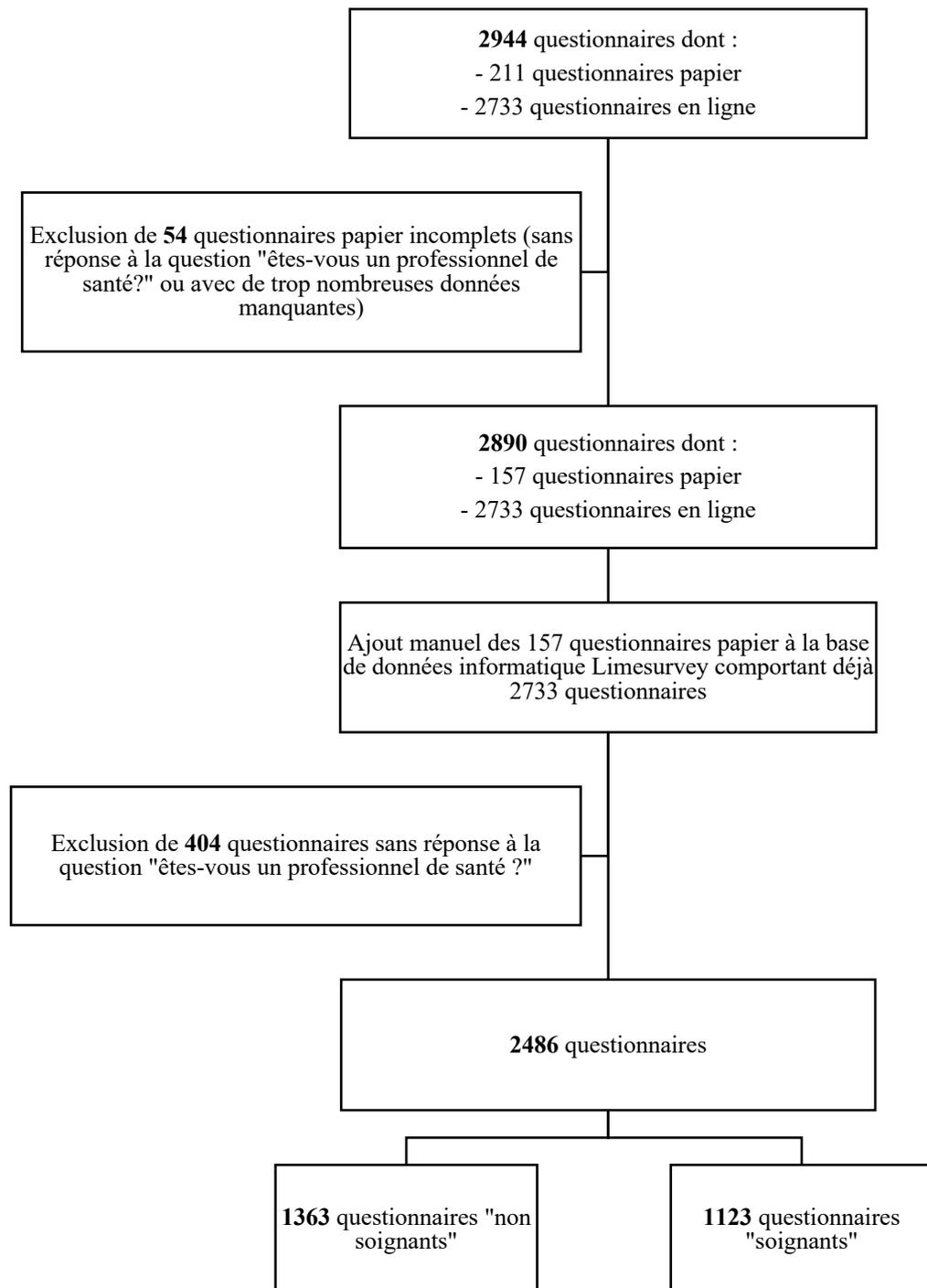


Figure 1- Flow-chart

II- Caractéristiques sociodémographiques de la population

La première partie du questionnaire s'attachait à établir les caractéristiques des participants. Les données recueillies sont présentées dans le tableau ci-dessous.

	Effectif	Pourcentage
Sexe (n=1363)		
Masculin	438	32,13%
Féminin	925	67,87%
Age (n=1363)		
18-25 ans	190	13,94%
26-44 ans	603	44,24%
45-65 ans	510	37,42%
>65 ans	60	4,4%
Statuts professionnels (n=1358)		
Étudiants	121	8,8%
Salariés	849	62,29%
Indépendants/chefs d'entreprise, libéraux, commerçants	49	3,6%
Enseignants	70	5,14%
Agriculteurs/artisans	4	0,29%
Sans emploi	99	7,26%
Retraités	109	8%
Autre	102	7,48%

Tableau 1 – Caractéristiques sociodémographiques de la population

65% des participants déclaraient vivre à moins de 20km de Brest.

III- Habitudes de vie et état de santé de la population

A. Modifications des habitudes de vie des participants

1. Impact sur la situation professionnelle

66,08% des participants déclaraient avoir vu leur situation professionnelle être modifiée par les deux périodes de confinements (n=900/1362).

- 187 participants (13,72%) déclaraient participer à des cours en distanciel
- 522 (38,3%) avoir pratiqué le télétravail
- 134 (9,83%) avoir été en chômage partiel
- 59 (4,33%) avoir perdu leur emploi
- 231 (16,95%) notaient une augmentation de la charge de travail
- 84 (6,16%) ne déclaraient pas d'impact sur leur situation professionnelle

2. Situation familiale

Deux questions portaient sur le modèle familial ainsi que sur l'évolution des relations intra-familiales depuis les périodes de confinement. Les réponses à ces deux questions sont présentées dans le tableau ci-dessous.

	Effectif	Pourcentage
Conditions de vie (n=1362)		
Vit seul(e)	284	20,85%
Vit seul(e) avec enfant(s)	81	5,95%
Vit en couple	346	25,4%
Vit avec conjoint et enfant(s)	526	38,62%
En colocation ou vit avec d'autres membres de la famille	100	7,34%
Autre situation	25	1,84%
Effet des confinements sur la situation familiale (n=1360)		
Augmentation des conflits intra-familiaux	165	12,13%
Renforcement des liens intra-familiaux	376	27,65%
Séparation ou divorce précipité par le contexte	36	2,65%
Absence de changement de la situation familiale	564	41,47%
Non concerné(e)s par la question, vit seul(e)	179	13,16%
Autre	40	2,94%

Tableau 2- Situation familiale

3. Relations sociales

Ensuite, l'étude s'intéressait au ressenti concernant les relations familiales élargies et relations amicales et aux adaptations utilisées pour pallier un éventuel sentiment d'isolement.

	Effectif	Pourcentage
Relations sociales extra-familiales (n=1360)		
Sentiment d'isolement depuis les confinements	809	59,49%
Maintien des relations sociales	458	33,68%
Amélioration de la qualité des relations sociales	54	3,97%
Autre	39	2,87%

Tableau 3 - Données concernant les relations sociales extra-familiales

Parmi les 39 participants ayant répondu « autre » avec réponse libre, il ressort une notion de « sélection positive » dans les relations sociales chez 5 d'entre elles.

Les adaptations mises en œuvre pour pallier le manque de relations sociales pendant les confinements sont les suivantes (n=1363) :

- 68,53% déclaraient avoir eu recours aux appels téléphoniques pour communiquer
- 55,25% avoir eu recours au SMS

- 13,57% avoir eu recours aux mails
- 63,39% disaient avoir fait usage des outils de visioconférence
- 7,92% déclaraient ne pas être concernés par ces adaptations
- Parmi les 5,06% ayant répondu « autre » avec réponse libre, l'utilisation des réseaux sociaux comme Messenger et Whatsapp ressortait chez 45 participants

B. Proximité des participants avec le virus

	Effectif	Pourcentage
Proximité avec le virus (n=1363)		
Personnellement touché(e)	44	3,23%
Entourage proche touché	325	23,84%
Décès dans l'entourage	33	2,42%
Non touché(e) personnellement ni dans l'entourage	972	71,31%
Autre (réponses libres)	20	1,47%

Tableau 4 - Proximité avec le virus

C. État de santé de la population générale

La deuxième partie du questionnaire abordait la santé des participants.

	Effectif	Pourcentage
Problème de santé médical avec suivi et/ou traitement (n=1234)		
Oui	410	33,23%
Non	824	66,77%
Problème de santé psychiatrique ou addictologique avec suivi et/ou traitement médical (n=1235)		
Oui	110	8,91%
Non	1125	91,09%
Poursuite des suivis pendant les confinements (n=581)		
Oui	433	74,53%
Non	148	25,47%

Tableau 5 - Problèmes de santé de la population

Une des questions portait plus précisément sur les problèmes de santé pendant les périodes de confinement, pendant lesquels 37,06% des participants rapportaient avoir souffert de problèmes de santé physique ou psychologique.

Seulement 62,67% d'entre eux déclaraient avoir pu consulter des professionnels de santé à cette occasion.

1. Santé physique

Une des questions proposait aux participants de noter leur santé physique avant et après les confinements sur une échelle de 1 à 10, échelle proposée de façon arbitraire comme allant de « très très mauvaise » à « la meilleure possible ».

(n =1363)	Avant les confinements	Actuellement
Minimum	1	1
Q 25	7	5
Moyenne	7,732	6,542
Médiane	8	7
Écart-type	1,559	2,002
Q 75	9	8
Maximum	10	10

Tableau 6 – Analyse descriptive - Santé physique

L'analyse comparative univariée de ces réponses a été réalisée avec un test statistiquement significatif ($p < 0,001$). De cette analyse ressortait une moyenne de 7,732/10 avant les confinements et de 6,542/10 après les confinements. Ainsi, le ressenti des participants sur l'évolution de leur santé physique depuis les confinements s'était dégradé avec une perte de 1,19 point sur 10.

Une analyse multivariée a ensuite été réalisée afin de mettre en évidence des variables potentiellement corrélées à cette dégradation, via une régression linéaire et calcul du risque β avec un intervalle de confiance à 95%.

Plusieurs variables ont été retirées car considérées non significatives ($p > 0,2$) : il s'agissait du sexe, de la pratique du télétravail, de l'âge, de la fréquence de consommation d'alcool ainsi que de la quantité d'alcool consommée.

Variables	β	2,5%	97,5%
Problème psychiatrique ou addictologique	-1,2	-2,04	-0,359
État de santé psychologique avant les confinements	-0,241	-0,306	-0,177
Vécu d'une situation de chômage partiel ou total	-0,459	-0,76	-0,159

Tableau 7 - Variables associées de façon significative à la santé physique de la population

Ainsi, l'analyse mettait en évidence que le fait d'avoir déclaré un problème psychiatrique ou addictologique ($p \leq 0,01$), un mauvais état de santé psychologique avant les confinements ($p \leq 0,001$) ainsi que le fait d'avoir vécu un changement de situation professionnelle avec chômage partiel ou total ($p \leq 0,01$), étaient des facteurs associés à une moins bonne santé physique après les périodes de confinement.

2. Santé psychologique

De façon similaire, la santé psychologique des sondés a été étudiée avec une échelle arbitraire allant de 1 à 10, de « très très mauvaise » à « la meilleure possible ».

(n=1363)	Avant les confinements	Actuellement
Minimum	1	1
Q 25	7	5
Moyenne	7,888	6,019
Médiane	8	6
Écart-type	1,662	2,111
Q 75	9	8
Maximum	10	10

Tableau 8 – Analyses descriptives – Santé psychologique

Une analyse univariée des réponses obtenues a été réalisée avec un test statistiquement significatif ($p < 0,001$), qui retrouvait une moyenne de 7,888/10 avant les confinements et de 6,019/10 depuis les confinements, mettant ainsi en exergue une perte de 1,869 point sur l'échelle proposée.

Une analyse multivariée a ensuite été réalisée afin de mettre en évidence des variables potentiellement corrélées à cette dégradation, via une régression linéaire avec calcul du risque β et un intervalle de confiance à 95%.

Plusieurs variables ont été retirées car considérées non significatives ($p > 0,2$) : il s'agissait du sexe, de l'âge, du vécu d'une situation de chômage partiel ou total.

Variables	β	2,5%	97,5%
Fréquence de consommation d'alcool : 2 à 4 fois par mois	0,405	0,0264	0,783
Nombre de verres d'alcool par occasion : 7 verres ou +	-0,953	-1,57	-0,336
État de santé psychologique avant les confinements	-0,587	-0,668	-0,506
Problème psychiatrique ou addictologique	-1,7	-2,65	-0,752
Poursuite des suivis psychologiques ou addictologiques	1,33	0,257	2,39
Situation familiale : vit seul(e)	-0,501	-0,824	-0,178

Tableau 9 - Variables associées de façon significative à la santé psychologique de la population

Deux facteurs étaient associés de façon positive à la santé psychologique : il s'agissait du fait d'avoir poursuivi des suivis psychologiques ou addictologiques ($p \leq 0,05$) ainsi que le fait d'avoir une fréquence de consommation d'alcool de 2 à 4 fois par mois ($p \leq 0,05$).

A l'inverse, plusieurs facteurs étaient associés de façon négative à la santé psychologique des participants : il s'agissait du fait de vivre seul ($p \leq 0,01$), d'avoir un mauvais état psychologique avant les confinements ($p \leq 0,001$), d'avoir un problème de santé psychiatrique ou

addictologique ($p \leq 0,001$) mais également de consommer 7 verres ou plus par occasion de boire ($p \leq 0,01$).

De façon plus générale, 76,66% des sondés déclaraient que les confinements avaient dégradé leur qualité de vie.

D. Consommation de substances psychoactives

1. Tabac

31,1% des participants déclaraient fumer au moment de l'enquête, tous types confondus (cigarettes classiques, roulées, cigarette électronique avec ou sans nicotine, cigare et pipe).

305 personnes ont répondu à la question concernant la quantité fumée par jour :

- 56,72% fumaient 0 à 10 unités (cigarettes/cigares/pipes) par jour
- 30,16% fumaient 10 à 20 unités par jour
- 13,11 % fumaient plus de 20 unités par jour.

	Effectif	Pourcentage
Modification de la consommation depuis les confinements (n=420)		
Oui	248	59,05%
Non	172	40,95%
Type de modification (n=261)		
Augmentation	181	69,35%
Diminution	34	13,03%
Passage à la cigarette électronique	21	8,05%
Arrêt de la consommation	25	9,58%

Tableau 10 - Modification de la consommation de tabac

De façon globale, il se dégageait plutôt une tendance à l'augmentation de la consommation de tabac chez ceux déclarant avoir modifié leur consommation (69,35%).

Il a donc été décidé d'analyser via une analyse multivariée, les facteurs qui pouvaient être en lien avec cette augmentation de consommation, via une régression logistique avec intervalle de confiance à 95%.

Des variables ont été retirées par un algorithme d'élimination à rebours car non significatives ($p > 0,2$) : état de santé psychologique avant les confinements, poursuite des suivis médicaux, quantité d'alcool consommée par occasion, sexe, chômage partiel ou total, télétravail, situation familiale, fréquence de consommation d'alcool.

Variables	OR	2,5%	97,5%
Problème de santé psychiatrique ou addictologique	2,24	1,23	4,14

Tableau 11 – Variable significativement associée à l'augmentation de consommation tabagique

L'analyse mettait en évidence qu'une seule variable était corrélée à l'augmentation de la consommation de tabac suite aux périodes de confinement : il s'agissait du fait d'avoir un problème de santé psychiatrique ou addictologique ($p \leq 0,01$).

2. Alcool

Après avoir abordé la consommation de tabac, le questionnaire s'intéressait à la consommation d'alcool des participants, notamment en termes de fréquence et de quantité.

Les résultats des analyses descriptives sont présentés dans le tableau ci-dessous :

	Effectif	Pourcentage
Fréquence de consommation d'alcool (n=1179)		
Jamais	205	17,39%
1 fois par mois	181	15,35%
2 à 4 fois par mois	357	30,28%
2 à 3 fois par semaine	293	24,85%
Au moins 4 fois par semaine	143	12,13%
Nombre de verres d'alcool consommés au cours d'une journée typique de consommation (n=893)		
1 ou 2 verres	543	60,81 %
3 ou 4 verres	246	27,55%
5 ou 6 verres	65	7,28%
7 à 9 verres	26	2,91%
10 verres ou +	13	1,46%
Consommation de 6 verres ou + au cours d'une même occasion (n=996)		
Jamais	454	45,58%
Moins de 1 fois par mois	291	29,22%
1 fois par mois	136	13,65%
1 fois par semaine	102	10,24%
Tous les jours ou presque	13	1,31%

Tableau 12 - Caractéristiques de la consommation d'alcool

Par ailleurs, 35,85% des participants déclaraient avoir déjà eu l'impression que leur consommation d'alcool était trop importante et 20,36% déclaraient avoir déjà eu du mal à contrôler leur consommation.

La suite du questionnaire s'intéressait à l'évolution de la consommation d'alcool depuis les confinements :

Évolution de la consommation d'alcool depuis les confinements (n=1180)	Effectif	Pourcentage
Augmentation de la consommation	357	30,25 %
Diminution de la consommation	179	15,17%
Arrêt de la consommation	47	3,98%
Absence de modification de la consommation	601	50,93 %

Tableau 13 - Modification de la consommation d'alcool

Il se dégageait de ces résultats descriptifs une tendance à la stabilité de la consommation d'alcool chez 50,93% des sondés mais l'augmentation de la consommation restait tout de même notifiée chez 30,25% des participants.

Une analyse multivariée a donc été réalisée pour tenter d'expliquer cette augmentation de la consommation d'alcool auto-déclarée depuis les confinements, via une régression logistique avec un intervalle de confiance à 95%.

Les patients ayant rapporté une consommation d'alcool absente ont été retirés de l'analyse car ils ont quasiment tous rapporté une variation nulle de cette consommation.

Plusieurs variables ont été retirées par un algorithme d'élimination à rebours car non significatives ($p > 0,2$) : état de santé psychologique avant les confinements, pratique du télétravail, chômage partiel ou total, poursuite des suivis psychiatriques ou addictologiques.

Les variables suivantes ont été exploitées pour tenter d'expliquer l'augmentation de la consommation d'alcool : âge, sexe, antécédents psychiatriques ou addictologiques (vulnérabilités individuelles), mode de consommation (vulnérabilité liée à l'alcool), situation familiale (vulnérabilité environnementale).

Variables	OR	2,5%	97,5%
Fréquence de consommation d'alcool : ≥ 4 fois par semaine	19,8	10,3	40,1
Fréquence de consommation d'alcool : 2 à 3 fois par semaine	6,72	3,84	12,4
Fréquence de consommation d'alcool : 2 à 4 fois par mois	2,45	1,4	4,51
Age 26-44 ans	4,44	1,85	11,3
Nombre de verres d'alcool par occasion : 7 verres ou +	2,58	1,19	5,72
Nombre de verres d'alcool par occasion : 3 ou 4 verres	1,48	1,04	2,1

Tableau 14 - Variables significativement associées à l'augmentation de la consommation d'alcool

Les analyses ont montré de manière très significative ($p \leq 0,001$) que le fait de consommer de l'alcool au moins 4 fois par semaine et 2 à 3 fois par semaine était associé au fait d'avoir augmenté sa consommation d'alcool depuis les confinements.

De manière toujours significative ($p \leq 0,01$), le fait de déclarer consommer 2 à 4 fois par mois et d'avoir entre 26 et 44 ans était également associé à l'augmentation de la consommation.

Une plus grande quantité d'alcool consommée (3 ou 4 verres par occasion et au moins 7 verres par occasion) était aussi un facteur lié de façon significative ($p \leq 0,05$) à l'augmentation de la consommation d'alcool.

3. Substances illicites

La première question de cette partie portait sur le type de consommation de substances illicites par participants, les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous. Il s'agissait d'une question à choix multiples.

Type de substances illicites consommées (n =1180)	Effectif	Pourcentage
Cannabis	114	9,66%
Cocaïne	18	1,53%
Héroïne	3	0,25%
Méthamphétamines	6	0,51%
Autres	2	0,15%

Tableau 15- Type de substances illicites consommées

Ensuite, le questionnaire établissait une comparaison entre la consommation pré et post confinements.

Fréquence de consommation de substances illicites(n=1170)	Avant les confinements	Depuis les confinements
Jamais	1061 (90,68%)	1069 (91,37%)
1 fois par mois	47 (4,02%)	33 (2,82%)
2 à 4 fois par mois	17 (1,45%)	20 (1,71%)
2 à 3 fois par semaine	12 (1,03%)	9 (0,77%)
Au moins 4 fois par semaine	33 (2,82%)	39 (3,33%)

Tableau 16- Comparaison des fréquences de consommation de substances illicites avant et après les confinements

Aucune analyse multivariée n'a pu être réalisée devant des variations trop peu importantes, chez un nombre de personnes concernées trop faible.

4. Pratique des jeux de hasard et d'argent

L'étude s'est aussi intéressée à la pratique des jeux de hasard et d'argent, pratique essentiellement non problématique mais rentrant potentiellement dans le champ des addictions comportementales chez certains individus.

	Effectif	Pourcentage
Pratique des jeux de hasard et d'argent (n=1178)		
Oui	305	25,89%
Non	873	74,11%
Type de pratique (n=294)		
En lieu de jeux	196	66,67%
En ligne	66	22,45%
Les deux	32	10,88%
Évolution de la pratique pendant les confinements (n=298)		
Pratique augmentée	40	13,42%
Pratique réduite	35	11,74%
Pratique stable	197	66,11%
Pratique stoppée	26	8,72%

Tableau 17 – État des lieux et évolutions des pratiques de jeux de hasard et d'argent

Aucune analyse statistique n'a pu être réalisée devant des variations trop peu importantes.

5. Temps d'écran

De la même façon que les jeux de hasard et d'argent, le temps passé devant les écrans rentre dans le champ des comportements potentiellement addictifs, bien que non problématique chez la plupart des individus.

Les résultats des analyses descriptives concernant le temps passé devant les écrans sont présentés dans le tableau ci-dessous :

	Avant les confinements	Depuis les confinements
Temps passé devant les écrans (n=1178)		
Moins de 2h	162 (13,75%)	67 (5,69%)
De 2 à 4h	387 (32,85%)	196 (16,65%)
De 4 à 6h	207 (17,57%)	274 (23,28%)
De 6 à 8h	215 (18,25%)	257 (21,84%)
Plus de 8h	207 (17,57%)	383 (32,54%)

Tableau 18 - Évolution du temps passé devant les écrans depuis les confinements

a. Type d'usage privilégié

Parmi ceux estimant passer plus de temps devant les écrans, plusieurs types d'usage ont été privilégiés :

- Usage professionnel (télétravail) : 43,9%
- Réseaux sociaux : 47,71%
- Loisirs (films, séries, jeux vidéo) : 58,56%
- Usage autre : 2,64%. Il ressortait notamment de ces réponses libres la consultation des informations, et les visioconférences entre amis.

b. Évolution du temps moyen passé devant les écrans

Une analyse univariée du temps passé devant les écrans et de son évolution depuis les confinements a été réalisée, avec un test statistiquement significatif ($p < 0,01$).

Le temps d'écran étant présenté par tranche d'heure, c'est la moyenne de la borne inférieure et de la borne supérieure qui a été utilisée pour réaliser cette analyse.

Ainsi pour la tranche 2 à 4h, il a été retenu le chiffre de 3h, la tranche 4 à 6h a été analysée comme étant 5h, 6h à 8h via 7h, la tranche plus de 8h a été considérée comme un temps de 9h et la tranche moins de 2h comme un temps de 1h devant les écrans.

La moyenne du temps passé devant les écrans avant les confinements était mesurée à 4,859 heures, et la moyenne du temps passé devant les écrans depuis les confinements était de 6,178 heures, soit une augmentation du temps moyen de 1,319 heures par jour depuis les confinements.

Une analyse multivariée a ensuite été réalisée afin de mettre en évidence des variables potentiellement corrélées à cette augmentation, via une régression linéaire et le calcul du risque β avec un intervalle de confiance à 95%.

Certaines variables ont été retirées par un algorithme d'élimination à rebours car considérées comme non significatives ($p > 0,2$) : pratique du télétravail, quantité et fréquence de consommation d'alcool, état de santé psychologique avant les confinements.

Les variables explicatives utilisées étaient les suivantes : le sexe, la modification de la situation professionnelle avec passage au chômage partiel ou total, la situation familiale, les problèmes de santé psychiatriques ou addictologiques, la poursuite ou non des suivis psychiatriques et/ou addictologiques, ainsi que l'âge des participants.

Variables	β	2,5%	97,5%
Problème de santé psychiatrique ou addictologique	1,02	0,228	1,81
Vécu d'une situation de chômage partiel ou total	0,662	0,368	0,956
Situation familiale : vit seul(e)	0,305	0,0528	0,556
Age 18-25 ans	0,671	0,101	1,24
Sexe masculin	-0,384	-0,595	-0,173

Tableau 19 - Variables associées au temps passé devant les écrans

Ainsi, il apparaissait que le fait d'avoir un problème de santé psychiatrique ou addictologique ($p \leq 0,05$), le fait d'avoir vécu une situation de chômage partiel ou total ($p \leq 0,001$), le fait de vivre seul ($p \leq 0,05$), et d'avoir entre 18 et 25 ans ($p \leq 0,05$), était corrélé de façon positive à l'augmentation du temps passé devant les écrans depuis les confinements.

Seul le fait d'être un homme était corrélé à une diminution du temps passé devant les écrans ($p \leq 0,001$).

DISCUSSION

I- Synthèse des résultats

L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux des conduites addictives en population générale, un an après le début de la pandémie et des mesures restrictives.

La population de cette étude (n = 1363) était majoritairement originaire de Brest et ses alentours. Il s'agissait essentiellement de femmes, actives, chez qui la tranche d'âge la plus représentée était celle des 26-44 ans.

La plupart des participants ont rapporté une dégradation de leur santé physique et mentale et de leur qualité de vie depuis les confinements.

Cette étude confirme l'hypothèse d'une augmentation de la consommation d'alcool et de tabac chez une proportion importante de la population, ainsi qu'une augmentation du temps passé devant les écrans. Elle ne met pas en évidence d'augmentation significative des consommations de substances illicites et de la pratique des jeux de hasard et d'argent.

Ces résultats sont d'autant plus marquants qu'ils sont confirmés dans une population plutôt féminine, jeune et active, un profil qui habituellement présente le moins de conduites addictives problématiques, et vivant dans un département très peu touché par la pandémie. De ce fait, les causes à incriminer semblent bien être liées plutôt aux mesures de restrictions et à leurs conséquences psychologiques qu'à la pandémie en elle-même.

II- Forces et limites de l'étude

A. Forces de l'étude

Plusieurs points forts de cette étude sont à mettre en évidence : tout d'abord le nombre important de réponses recueillies en peu de temps, permettant d'obtenir une base de données conséquente qui témoigne d'une population s'interrogeant sur sa santé. Par ailleurs, de nombreuses conduites addictives sont abordées, permettant d'avoir une vision globale des consommations, par rapport à de nombreuses études se focalisant uniquement sur une seule addiction.

Il s'agissait finalement de l'une des premières études à proposer un état des lieux des consommations à presque un an du début de la pandémie. En effet, la plupart des travaux publiés ayant été réalisés au début du premier confinement, ils ne permettent pas de mesurer l'ancrage de ces modifications de comportements dans le temps.

B. Biais de l'étude

Biais de sélection

Il s'agissait d'une population essentiellement féminine, active, non représentative de la population française. Par ailleurs, le recrutement ayant été principalement fait en ligne, l'enquête a pu mettre de côté une partie de la population plus âgée ou non insérée, n'ayant pas

accès à internet. Le fait que l'étude soit basée sur le volontariat écartait également une partie de la population, il s'agit d'un biais d'auto-sélection.

Biais de classement

Une erreur a été faite au moment de la création du questionnaire papier sur Word, une question qui devait être attribuée à la consommation d'alcool a été attribuée à la consommation de tabac. Il s'agissait de la question portant sur les motifs d'augmentation ou de diminution. Ces données n'ont donc pas été analysées.

Il s'agissait également d'une étude transversale basée sur des données déclaratives ayant pu conduire à une sous-estimation des consommations entraînant un biais de déclaration.

Il existe également un biais de mémorisation puisque l'étude a démarré presque un an après le début de la pandémie et les questions revenaient sur les consommations pré-pandémiques.

III- Analyse de la littérature

A. Alcool

Une augmentation de la consommation d'alcool depuis les confinements a été notifiée par quasiment un tiers de la population interrogée à ce sujet (30%). Il s'agissait d'individus qui présentaient des vulnérabilités liées à l'alcool (ils déclaraient consommer plus fréquemment et en plus grande quantité au moment de l'étude) et individuelles (il s'agissait d'individus ayant majoritairement entre 26 et 44 ans).

A l'échelle nationale et internationale, les études étaient discordantes concernant l'évolution de la consommation d'alcool après les périodes de confinements.

L'enquête « Coviprev » réalisée en mars 2020 en France montrait une augmentation de la consommation d'alcool chez 11% de la population interrogée, une diminution chez 24% et une consommation stable chez 65%. L'augmentation de la consommation d'alcool était plus fréquemment rapportée par les <50 ans, les individus vivant dans une ville de plus de 100 000 habitants, et les parents d'enfants de moins de 16 ans (15).

Une enquête réalisée au début de la pandémie dans 21 pays européens et auprès de plus de 30 000 participants retrouvait une diminution globale de la consommation d'alcool de façon significative, excepté en Irlande et au Royaume Uni (24).

Une étude rétrospective réalisée en Chine entre mai et août 2020 montrait une légère diminution de la consommation d'alcool depuis le début de la pandémie, dans ce pays touché de plein fouet par le virus. Ainsi, la proximité avec le virus ne semblait pas être un déterminant de la consommation d'alcool pendant et depuis les confinements. Cependant ceci est à nuancer puisque la population chinoise est une population qui a génétiquement une moins bonne tolérance à l'alcool et ne présente pas les mêmes consommations que les européens (25).

Au niveau international, une revue systématique de la littérature publiée jusqu'en mars 2021 portant sur 53 articles, montrait un nombre similaire d'articles rapportant une augmentation et une diminution de la consommation d'alcool pendant la pandémie (26).

Une autre étude réalisée en janvier 2021 en population francophone sur 2871 adultes mettait en évidence une augmentation de 26,4% de la consommation d'alcool dans la population étudiée. Cette modification de comportement touchait essentiellement une population plus âgée, qui pratiquait le télétravail, consommait plus fréquemment de l'alcool et en plus grande quantité, ayant eu une plus grande proximité avec le virus, ainsi qu'un plus haut niveau d'anxiété et de dépression (27).

L'enquête « BVA-Addictions France » menée en février 2021 chez 2001 individus de plus de 15 ans, rapportait une augmentation de consommation d'alcool chez 21% d'entre eux et chez 45% des polyconsommateurs depuis le début de la pandémie (28).

Les taux d'augmentation de la consommation d'alcool mis en évidence dans ces deux dernières enquêtes se rapprochent de ceux de la présente étude, mais restent tout de même inférieurs, et contrastent globalement avec les premiers résultats des études réalisées au début des confinements. Il semblerait que l'augmentation de la consommation d'alcool soit intervenue à distance des premières mesures restrictives.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette augmentation importante de la consommation d'alcool dans notre étude par rapport aux populations des études précédemment citées. Il s'agit tout d'abord d'une population très exposée aux problèmes liés à l'alcool par rapport aux populations des autres départements français. La Bretagne est la seule région où la prévalence des alcoolisations ponctuelles importantes (>6 verres par occasion de boire) est significativement supérieure à la prévalence nationale. Par ailleurs, 43,5% des 18-30 ans consomment de l'alcool toutes les semaines contre 32,5 % au niveau national (21). De plus, si les confinements ont eu pour conséquence une diminution des opportunités de consommation d'alcool, il faut prendre en compte l'essor de nouvelles façons de consommer comme les apéritifs en visioconférence qui ont pu participer à ces modifications de comportements. Un des facteurs favorisant a également été le maintien de l'accessibilité à l'alcool, contrairement à d'autres drogues, puisque l'alcool a été considéré comme un produit « essentiel » pendant les confinements avec un maintien de l'ouverture des cavistes et autres magasins de distribution. L'accès aux soins, déjà problématique chez les individus ayant un trouble de l'usage de l'alcool, puisque seulement 10 à 20% d'entre eux demandent de l'aide, a été particulièrement limité pendant la pandémie (structures fermées, accès limité, crainte du covid, limitations liées au pass sanitaire etc.) et a ainsi favorisé le développement d'usage problématique de l'alcool.

Concernant le profil des individus ayant augmenté leur consommation d'alcool, ce sont essentiellement des individus qui déclaraient consommer plus fréquemment et en plus grande quantité que les autres au moment de l'enquête (pour rappel la variable « consommation d'alcool >4fois par semaine » était associée de façon très significative à l'augmentation de la consommation d'alcool depuis les confinements avec une p value $\leq 0,001$ et un OR à 19,8), alors que les individus rapportant une consommation nulle n'avaient pas modifié leur usage.

Ces résultats sont préoccupants puisqu'ils traduisent une modification de comportement qui perdure à presque un an du début des mesures restrictives.

B. Tabac

L'étude rapporte une consommation de tabac auto-déclarée chez presque un tiers de la population interrogée (31,5%), c'est une proportion légèrement supérieure à la consommation habituellement mesurée en Bretagne (26,5%) et en France (26,9%) (29).

Les données recueillies concernant la consommation de tabac depuis les confinements mettent en évidence une augmentation de la consommation globale. Parmi les 60% de la population interrogée qui déclaraient avoir modifié sa consommation de tabac, 70% d'entre eux rapportaient une augmentation. Le fait d'avoir un problème de santé psychiatrique ou addictologique était associé à une majoration de la consommation de tabac depuis les confinements.

Dans la littérature, peu d'études ont été menées sur l'évolution de la consommation de tabac à distance des périodes de confinements, et les résultats des études publiées sur ce sujet étaient plutôt discordants.

L'enquête « Coviprev » réalisée au début du premier confinement en France rapportait une consommation augmentée chez 27% des fumeurs, stable chez 55%, et diminuée chez 19% d'entre eux. La population la plus représentée parmi ceux ayant augmenté leur consommation était les 25-34 ans (41%), les actifs travaillant à la maison (37%) et les femmes (31%) (15).

En Allemagne, une étude réalisée à la même période mettait en évidence une augmentation de la consommation de tabac chez 45,8% des participants, phénomène associé à un plus grand stress dû à la pandémie (30).

Une étude réalisée en ligne en Belgique au début de la pandémie retrouvait une augmentation de consommation de cigarettes chez 7,4% des participants, et une diminution chez 2,5%. Le fait de fumer plus de cigarettes était associé à un âge plus jeune, un moindre niveau d'éducation, au fait de vivre seul et d'être au chômage pendant le confinement (31).

Une enquête en ligne lancée en Italie au début du 1^{er} confinement retrouvait cependant une légère diminution de la consommation de tabac chez les fumeurs (32).

Plus récemment, l'enquête « BVA-Addictions France » réalisée en février 2021 mettait en évidence une augmentation chez 35% des 2001 individus interrogés (28). Ces résultats concordent avec ceux de la présente étude, réalisée au même moment.

Ces données discordantes peuvent être expliquées par les effets ambivalents des confinements sur la consommation tabagique. En effet il a pu y avoir un impact positif à court terme notamment pour les fumeurs ayant une consommation « sociale » lors des sorties ou lors des pauses au travail. Cependant ces mesures ont probablement poussé une autre part de la population à majorer sa consommation notamment du fait de journées moins structurées, pour des individus pratiquant le télétravail ou ayant vécu des périodes de chômage.

Les quelques études publiées sur le sujet ont surtout été réalisées au début de la pandémie, ainsi les résultats de la présente étude sont difficilement comparables. Mais ils se rapprochent de ceux de l'étude « BVA-Addictions France » réalisée à la même période, et suggèrent une augmentation de consommation de tabac qui s'est inscrite dans la durée, favorisée par le deuxième confinement au mois de novembre 2021. Ces résultats sont d'autant plus alarmants.

C. Substances illicites

Interrogée sur son usage de substances illicites, 90% de la population finistérienne rapporte une absence de consommation et les résultats révèlent une globale stabilité chez les consommateurs. En termes de prévalence hors pandémie, la Bretagne est une région dans laquelle un plus fort taux d'expérimentation est retrouvé pour l'ecstasy, le crack, le cannabis et le poppers, en comparaison aux chiffres nationaux (33).

Peu d'études ont étudié ces changements de comportements depuis les confinements.

L'enquête « Cannabis online » menée par l'OFDT en septembre 2020 montrait une augmentation de consommation chez 27% des usagers occasionnels alors qu'aucune modification n'avait été mise en évidence chez les usagers réguliers pendant le confinement. Cependant les circonstances de consommation ont été substantiellement modifiées par les confinements : la prévalence de la consommation en solitaire (pratique considérée comme un indicateur d'usage problématique de cannabis) est passée de 6% avant les confinements à 39% pendant les confinements (34).

Une revue systématique de la littérature rapportait un changement de consommation de cannabis dans 4 études sur 53 à des niveaux tout à fait différents. En France, une étude montrait que 60,5% des consommateurs habituels de cannabis avaient modifié leur consommation, avec une majoration modérée chez presque un quart d'entre eux et une majoration difficilement contrôlable chez 6,9% d'entre eux. Une étude belge rapportait une augmentation chez 2,1% de la population, quand une étude canadienne rapportait une augmentation de la consommation de cannabis chez 29% de la population. Concernant les autres substances, elles sont étudiées de façon moins précises mais il est rapporté une majoration de consommation dans certaines études, allant de 1 à 18% (26).

L'enquête « BVA-Addictions France » menée en février 2021 chez 2001 individus de plus de 15 ans retrouvait une augmentation de la consommation de cannabis chez 33% des sondés (28).

Les effets psychologiques des confinements auraient pu mener à une augmentation de la consommation de ces substances également dans le Finistère, cependant plusieurs facteurs limitants sont identifiables. D'une part, certaines drogues comme la cocaïne ont tout simplement disparu du marché européen durant les périodes de confinements puisque les liaisons maritimes et aériennes avec le continent sud-américain (premier producteur) ont été interrompues. Le cannabis, drogue illicite la plus consommée en France, est restée disponible mais les confinements ont rendu la distribution plus complexe pour les revendeurs, les points de deals étant plus facilement identifiables par les forces de l'ordre lors de ces périodes où les rues étaient désertes (35).

La population interrogée était une population insérée, connectée, et même si les usagers de substances illicites sont plus insérés dans la société, il demeure qu'une partie d'entre eux n'a pu être atteinte par l'enquête. Par ailleurs, il existait un biais de sélection qui a pu participer à minimiser les consommations de substances illicites et leur évolution puisque l'enquête laissait de côté une partie de la population qui ne souhaitait pas se soumettre à un état des lieux de sa consommation.

Ainsi, si les chiffres dans le Finistère Nord n'étaient pas alarmants concernant la fréquence de consommation de substances illicites depuis les confinements par rapport aux autres données de la littérature, les circonstances de consommation pourraient avoir été modifiées et constituer un véritable problème sur le long terme avec l'entrée dans un nouveau mode de consommation en solitaire.

D. Pratique des jeux de hasard et d'argent

Seulement un quart des sondés déclaraient jouer aux jeux de hasard et d'argent. Ces données n'étaient pas forcément attendues puisque la pratique des jeux de hasard et d'argent concernait près de la moitié des Français âgés de 11 à 75 ans, selon le Baromètre Santé Publique France de 2019. Parmi eux, 4,4% avaient une pratique considérée comme étant à risque modéré et 1,6% étaient des joueurs excessifs (36).

Les données recueillies concernant l'évolution de la pratique des jeux de hasard et d'argent mettaient en évidence une pratique globalement stable, chez 66% des usagers, et une proportion égale de diminution et d'augmentation, entre 11 et 13%.

L'essentiel des usagers pratiquait les jeux de hasard et d'argent dans des lieux de jeux (66,67%).

La période des confinements en France a été marquée par un essor majeur des jeux d'argent en ligne et notamment du poker en ligne avec une augmentation de 74 % des comptes de joueurs actifs chez les 18-24 ans et 73% chez les 25-34 ans, et ce malgré le recul global de la pratique des jeux de hasard et d'argent dû à l'arrêt des paris sportifs (34). Cependant, une revue systématique de la littérature publiée en mars 2021 ne confirmait pas cette hypothèse au niveau international. Elle retenait 9 études concernant les jeux d'argent en ligne, en Suède, Australie, Canada, Chine et USA. Aucune augmentation des jeux d'argent en ligne n'était mise en évidence, probablement freinée par un avenir financier incertain et l'envie de passer du temps de qualité avec l'entourage pendant le confinement (37). Nos résultats de faible participation aux pratiques des jeux de hasard et d'argent, dans un contexte d'augmentation des comptes de joueurs en ligne peut s'expliquer probablement par un biais de sélection dans l'étude puisque la population interrogée est essentiellement féminine, or c'est une pratique qui concerne majoritairement les hommes notamment quand elle est en ligne.

E. Temps passé devant les écrans

Le temps moyen passé devant les écrans avant les confinements était de 4,859h contre 6,178h depuis les confinements. La présente étude montrait donc une nette majoration du temps passé devant les écrans depuis les confinements, de 1,319h en moyenne. La proportion d'utilisateurs passant plus de 8h devant les écrans avait presque doublé depuis les confinements, quand celle d'utilisateurs passant moins de 2h devant les écrans avait été divisée par deux.

En France en 2015, le temps moyen passé devant les écrans était de 5,07h par jour, chiffre discrètement plus important que ceux rapportés dans l'étude et 80% des adultes déclaraient passer plus de 3h par jour sur un écran (38).

Cette augmentation du temps d'écran est à interpréter dans le contexte d'une population qui a expérimenté le télétravail pour 38% d'entre elle. Cependant les usages déclarés étaient divers : loisirs (58,56%), travail (43%), réseaux sociaux (47,71%). Il s'agissait essentiellement d'individus déclarant un problème de santé psychiatrique ou addictologique au moment de l'enquête, ayant vécu une situation de chômage partiel ou total, vivant seuls, et ayant entre 18 et 25 ans.

Dans l'enquête « Coviprev » réalisée au début du premier confinement, le temps d'écran déclaré était de 5h par jour, et 23% des individus déclaraient y passer 7h ou plus par jour. Il s'agissait plus fréquemment d'individus âgés de 18 à 24 ans, les moins diplômés, ne travaillant pas pendant les confinements. Une augmentation du temps passé devant les écrans pendant le temps libre était notifiée chez 59% des sondés (15).

L'étude « BVA-Addictions France » réalisée en février 2021 rapportait une augmentation du temps d'écran chez 60% des 2001 individus interrogés (28).

L'augmentation du temps passé devant les écrans a pu s'inscrire dans la durée notamment car des jours de télétravail sont maintenant imposés dans de nombreuses entreprises mais également parce que des habitudes ont pu être prises comme le visionnage de séries et films sur les plateformes de streaming, le fait de consulter les informations par ce biais. Cependant cela ne constitue pas en soi un critère d'usage problématique des écrans. Pour cela, plusieurs critères doivent être présents, comme décrit dans les travaux de Young en 1998 (39).

Ces résultats seront discutés de façon plus précise sous un autre angle, dans la thèse qui s'intéressera aux problèmes de sédentarité engendrés par les confinements.

F. Santé psychologique, vécu des confinements

Les données recueillies faisaient état d'une détresse psychologique chez un certain nombre de participants avec la notification d'une dégradation de la santé psychologique chez la majorité d'entre eux et un sentiment d'isolement depuis les confinements chez 59,9%. Une dégradation de la qualité de vie était notifiée chez plus de trois quarts de la population interrogée.

Les participants rapportant une dégradation de leur santé psychologique étaient caractérisés par le fait d'avoir un mauvais état psychologique préexistant aux confinements, d'avoir un problème de santé psychiatrique ou addictologique. Le fait de vivre seul était également un facteur de dégradation de la santé psychologique après les confinements ainsi que le fait de consommer une quantité plus importante d'alcool à chaque occasion de boire.

Ces résultats étaient comparables à ceux décrits dans l'enquête « Coviprev », qui, menée sous forme de plusieurs enquêtes transversales par « vagues », retrouvait des niveaux d'états anxieux encore importants au moment de notre étude (vague 22) (15). 22,7% d'états anxieux étaient notifiés en France en février 2021, contre habituellement 13,5%. La cinétique était comparable

pour les états dépressifs, mesurés à 22,7% contre 10% en temps normal en France selon le Baromètre Santé Publique France 2017 (40). La santé mentale de la population était notamment plus dégradée chez les individus ayant des antécédents de troubles psychologiques, une situation financière problématique, étant au chômage, ayant entre 25 et 34 ans et chez les femmes pour les états anxieux. Les sentiments de solitude et d'isolement étaient également associés à une moins bonne santé psychologique (15).

G. Les dispositifs d'aide aux consommateurs pendant la pandémie

Des dispositifs d'aide à distance étaient toujours en service en Bretagne durant les confinements. Les patients étaient encouragés à consulter leur médecin traitant, des téléconsultations pouvaient être proposées. L'offre médico-sociale sur le territoire breton était toujours disponible pendant les confinements : les CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), au nombre de 15, poursuivaient leurs activités avec organisation de permanences téléphoniques pour accueillir les nouveaux patients, ainsi que 27 CJC (Consultations Jeunes Consommateurs). Des permanences étaient également maintenues dans les 4 CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues) du territoire. Cependant l'offre de soins hospitalière en addictologie a été réaménagée pendant le premier confinement et son accès limité, avec un retour progressif à la normale durant l'année suivante (41).

Les activités des CSAPA et CAARUD s'étaient adaptées avec possibilité de poursuite de consultations individuelles en présentiel dans certains cas : comorbidités psychiatriques ou somatiques, aggravation des situations de précarité psychologique et/ou sociale, usagers sous TSO (Traitement de Substitution des Opiacés) non stabilisés, nouveaux usagers, demandes de prise en charge ayant été différées, poursuite de la prescription et de la délivrance des TSO, activités de groupes maintenues si possibilité d'assurer le respect des gestes barrières, mise en place de maraudes pour les populations marginalisées etc... (42).

Malgré une offre médico-sociale qui s'est adaptée durant la pandémie et les confinements, le recours aux soins a été diminué puisqu'un quart des sondés déclaraient avoir arrêté leurs suivis médicaux, et n'a pas suffi à endiguer le phénomène d'augmentation des conduites addictives mises en évidence dans l'étude.

CONCLUSION

Cette étude est une des rares à proposer un état des lieux des consommations de substances addictives à presque un an du début de la pandémie de Covid-19 et des mesures restrictives. Elle mettait en évidence un niveau d'augmentation important de la consommation d'alcool, de tabac et du temps passé devant les écrans dans la population générale du Finistère Nord et établissait des profils associés à ces modifications de comportement. Cette majoration des conduites addictives était associée à une dégradation de la santé psychologique et de la qualité de vie de la population interrogée.

Ces résultats doivent permettre la prise de conscience des pouvoirs publics et des professionnels de santé, en termes d'accompagnement médical et psychologique des patients sur les années à venir. Le médecin généraliste détient un rôle clé dans le dépistage et le suivi de ces troubles.

Il serait intéressant de réaliser d'autres travaux en comparant notamment les données recueillies en population générale et chez les soignants par le biais de la même enquête. De la même façon, il serait pertinent de réaliser des travaux similaires sur plusieurs années afin d'explorer l'ancrage dans le temps de ces modifications de comportement.

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. »

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 - 11 mars 2020 [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 31]. 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. OMS. Tableau de bord de l'OMS sur le coronavirus (covid-19) : nombre de cas [Internet]. [cited 2022 Mar 31]. Available from: <https://covid19.who.int/?mapFilter=cases>
3. OMS. Tableau de bord de l'OMS sur le coronavirus : les mesures [Internet]. [cited 2022 Mar 31]. Available from: <https://covid19.who.int/measures>
4. Newman KLS. Shutt Up: Bubonic plague and quarantine in early modern England. *Journal of Social History*. 2012 Mar 1;45(3):809–34.
5. Laura Hawryluck, Wayne L. Gold, Susan Robinson, Stephen Pogorski, Sandro Galea, and Rima Styra. Psychological Effects of Quarantine for SARS [Internet]. 2004. Available from: www.cdc.gov/eid
6. Neria Y, Nandi A, Galea S. Post-traumatic stress disorder following disasters: A systematic review. Vol. 38, *Psychological Medicine*. 2008. p. 467–80.
7. Baker TB, Piper ME, McCarthy DE, Majeskie MR, Fiore MC. Addiction Motivation Reformulated: An Affective Processing Model of Negative Reinforcement. *Psychological Review*. 2004 Jan;111(1):33–51.
8. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention. Vol. 180, *JAMA Internal Medicine*. American Medical Association; 2020. p. 817–8.
9. David Vlahov, Sandro Galea, Jennifer Ahern, Heidi Resnick, Dean Kilpatrick. Sustained Increased Consumption of Cigarettes, Alcohol, and Marijuana Among Manhattan Residents After September 11, 2001.
10. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS Control and Psychological Effects of Quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Disease*. 2004 Aug;10(7):1206–12.
11. Arora T, Grey I. Health behaviour changes during COVID-19 and the potential consequences: A mini-review. Vol. 25, *Journal of Health Psychology*. SAGE Publications Ltd; 2020. p. 1155–63.
12. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020 Mar 1;17(5).
13. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Vol. 395, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2020. p. 912–20.
14. Mark É. Czeisler, Rashon I. Lane, Emiko Petrosky, Joshua F. Wiley, Aleta Christensen, Rashid Njai, et al. Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic — United States, June 24–30, 2020. 2020;
15. Santé publique France. Coviprev [Internet]. 2021 [cited 2022 May 2]. 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-252159>
16. Lai HMX, Cleary M, Sitharthan T, Hunt GE. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic

- review and meta-analysis. Vol. 154, Drug and Alcohol Dependence. Elsevier Ireland Ltd; 2015. p. 1–13.
17. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse: Results From the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1990 Nov 21;264(19):2511–8.
 18. Clay JM, Parker MO. Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis? Vol. 5, *The Lancet Public Health*. Elsevier Ltd; 2020. p. 259.
 19. Fairbairn CE, Sayette MA. A social-attributional analysis of alcohol response. *Psychological Bulletin*. 2014;140(5):1361–82.
 20. Mcquade A, Gill P. The role of loneliness and self-control in predicting problem gambling behaviour. *Gambling Research: Journal of the National Association for Gambling Studies (Australia)*, 24 (1) *Gambling Research*. 2012;24(1):18–30.
 21. Santé Publique France. Bulletin de santé publique alcool en Bretagne. Janvier 2020. 2020 [cited 2022 May 26]; Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/bretagne/documents/bulletin-regional/2020/bulletin-de-sante-publique-alcool-en-bretagne.-janvier-2020>
 22. le Télégramme. À Brest, lancement d’une étude sur la consommation d’alcool pendant le confinement [Internet]. 2021 [cited 2022 May 26]. 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. Ouest France. Brest, Morlaix et Carhaix. Une étude sur la consommation d’alcool pendant le confinement [Internet]. 2021 [cited 2022 May 20]. Available from: <https://www.ouest-france.fr/bretagne/brest-29200/brest-une-etude-sur-la-consommation-d-alcool-pendant-le-confinement-7130593>
 24. Kilian C, Rehm J, Allebeck P, Braddick F, Gual A, Barták M, et al. Alcohol consumption during the COVID-19 pandemic in Europe: a large-scale cross-sectional study in 21 countries. *Addiction*. 2021 Dec 1;116(12):3369–80.
 25. Wang Y, Lu H, Hu M, Wu S, Chen J, Wang L, et al. Alcohol Consumption in China Before and During COVID-19: Preliminary Results From an Online Retrospective Survey. *Frontiers in Psychiatry*. 2020 Nov 25;11.
 26. Schmidt RA, Genois R, Jin J, Vigo D, Rehm J, Rush B. The early impact of COVID-19 on the incidence, prevalence, and severity of alcohol use and other drugs: A systematic review. Vol. 228, *Drug and Alcohol Dependence*. Elsevier Ireland Ltd; 2021.
 27. Schmits E, Glowacz F. Changes in Alcohol Use During the COVID-19 Pandemic: Impact of the Lockdown Conditions and Mental Health Factors. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2021;
 28. Addictions France. Etude BVA-Addictions France. 2021 Jan [cited 2022 May 2]; Available from: https://addictions-france.org/presse/la-crise-sanitaire-a-des-repercussions-sur-les-conduites-addictives-des-francais/#_ftn2
 29. Santé publique France. Bulletin de santé publique tabac en région Ouest. Janvier 2019. [Internet]. 2019 [cited 2022 May 26]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/bretagne/documents/bulletin-regional/2019/bulletin-de-sante-publique-tabac-en-region-ouest.-janvier-2019>
 30. Koopmann A, Georgiadou E, Reinhard I, Müller A, Lemenager T, Kiefer F, et al. The Effects of the Lockdown during the COVID-19 Pandemic on Alcohol and Tobacco Consumption Behavior in Germany. *European Addiction Research*. 2021 Jun 1;27(4):242–56.

31. Vanderbruggen N, Matthys F, van Laere S, Zeeuws D, Santermans L, van den Aemele S, et al. Self-Reported Alcohol, Tobacco, and Cannabis Use during COVID-19 Lockdown Measures: Results from a Web-Based Survey. Vol. 26, *European Addiction Research*. S. Karger AG; 2020. p. 309–15.
32. Caponnetto P, Inguscio L, Saitta C, Maglia M, Maglia M, Benfatto F, et al. Smoking behavior and psychological dynamics during covid-19 social distancing and stay-at-home policies: A survey. *Health Psychology Research*. 2020 May 1;8(1):68–73.
33. OFDT. Consommation de drogues en Bretagne, comparaison aux taux de consommation au niveau national [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 9]. Available from: <https://www.ofdt.fr/regions-et-territoires/acces-aux-donnees-par-regions/>
34. OFDT. Les addictions en France au temps du confinement. Le point sur la recherche en cours. *Tendances* [Internet]. 2020 Sep [cited 2022 May 26];139. Available from: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-addictions-en-france-au-temps-du-confinement/>
35. Basset B, Rigaud A, Savy M. Covid-19 et addictions L’impact du confinement. *Decryptages - Addictions France* [Internet]. 2020 [cited 2022 May 26];41. Available from: <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/01/Decryptage-n%C2%B041-Covid-19-et-addictions.pdf>
36. OFDT. Les Français et les jeux d’argent et de hasard - Résultats du Baromètre de Santé publique France 2019 [Internet]. *Tendances* n° 138. 2020 [cited 2022 May 21]. p. 6. Available from: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxjc2a6.pdf>
37. Masaeli N, Farhadi H. Prevalence of Internet-based addictive behaviors during COVID-19 pandemic: a systematic review. *Journal of Addictive Diseases*. 2021;39(4):468–88.
38. Santé Publique France. Étude de santé sur l’environnement, la biosurveillance, l’activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité. 2e édition [Internet]. 2020 [cited 2022 May 22]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/rapport-synthese/etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-esteban-2014-2016.-volet-nutrition.-chapitre-activite>
39. Ann Liebert M, Young KS. Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder. Vol. 1, *CyberPsychology & Behavior*. 1998.
40. Santé Publique France. Baromètre Santé Publique France 2017 [Internet]. 2017 [cited 2022 May 2]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2017>
41. ARS Bretagne. Communiqué de presse: “Covid 19 : face au contexte épidémique, les professionnels d’addictologie restent mobilisés.” [Internet]. 2020 [cited 2022 May 3]. Available from: <https://www.bretagne.ars.sante.fr/media/56721/download?inline>
42. Ministère des Solidarités et de la Santé. Continuité des activités des structures de prévention et de prise en charge qui accueillent du public [Internet]. 2021 [cited 2022 May 3]. Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_covid_structures_de_prevention_recommandations_reforcees_fevrier_2021.pdf

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.

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 distantiel (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 :

10. Avez-vous eu recours à des adaptations pour faciliter vos relations avec votre entourage pendant les confinements, tels que :

- Appels SMS Outils de visioconférence Mails Autres: Non

11. Avez-vous été concerné(e), vous et/ou votre entourage, par le virus ?

- J'ai été personnellement touché(e) par le virus
- Une personne de mon entourage proche a été touchée
- Une personne de mon entourage en est décédée
- Non concerné(e)
- Autre :

CONCERNANT VOTRE SANTE

12. Sur une échelle de 1 à 10, comment estimez-vous votre état de santé physique ? (1 = très très mauvais et 10 = le meilleur possible)

Avant les confinements : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Actuellement : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Sur une échelle de 1 à 10, comment estimez-vous votre état de santé psychologique ? (1 = très très mauvais et 10 = meilleur possible)

Avant les confinements : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Actuellement : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Quelle est votre taille ? Votre poids ?

15. Votre poids a-t-il varié depuis les confinements ?

- OUI NON

=> Si OUI

- Prise de poids
 Perte de poids

=> Si vous avez pris du poids, quelle a été la variation de poids observée ?

- < 3kg
 4 à 6 kg
 6 à 10 kg
 > 10 kg

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)
 Autre :

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

Si NON : pour quelle(s) raison(s) ?

- 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)
 Autre :

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...) ?

En dehors des périodes de confinement :

- Plus de 5h
 De 4 à 5h
 De 3 à 4h
 De 2 à 3h
 Moins de 2h

Pendant les périodes de confinement :

- Plus de 5h
 De 4 à 5h
 De 3 à 4h
 De 2 à 3h
 Moins de 2h

4

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 Cocaine 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 – 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

ANNEXE III – MEMENTO DES STRUCTURES D'ADDICTOLOGIE BRESTOISES



MÉMENDO des structures d'addictologie BRESTOISES

#planalcoobrestois Brest.fr

NUMEROS NATIONAUX

Alcool info service 0 980 980 930

Drogues info service 06 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

BESOIN D'ÉCOUTE ET DE SOUTIEN ? APPELEZ-NOUS !

Le groupe prévention des conduites à risque du Réseau isolément préconisé 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.

ÉCOUTE ET SOUTIEN  INFORMATION ET CONSULATIONS

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 l'Étrone 02 98 32 33 33
Centre Hospitalier de Brest
17 Rue de Brest - 29200 St Renan
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 Iroise 02 98 01 85 20
Hôpital Morvan - 29200 Brest
Hospitalisation libre et hospital de jour, sur prescription médicale.

SOINS ET CONSULTATIONS

Clinique Pen An Dalar 02 98 84 76 23
147, rue de Paris - 29490 Guipavas
Prise en charge thérapeutique avec suivi individualisé et aide au sevrage. Hospitalisation sur prescription médicale.

Lesage Unité Hospitalisation - CHRU Brest 02 98 01 50 42
Hôpital Bihars - 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 (MCO). Hospitalisation sur prescription d'un médecin addictologue.

Point H 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 spécialisée en alcoologie Fondation LDYS 02 98 02 11 36
Rue Alain Colas - 29218 Brest
Accompagnement suite à une dépendance aux produits psychoactifs, sur orientation médicale.

ÉCOUTE ET SOUTIEN

Al-Anon 09 63 69 24 56
6 rue Pen-ar-Creac'h - 29200 Brest
Réunions d'aide à l'entourage des malades alcooliques.

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

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

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

INFORMATION ET PREVENTION

ANPAA 29 02 98 44 15 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 Usagers de Drogues 02 98 80 41 27 / 06 34 55 29 06
16 rue Alexandre Ribot - 29200 Brest
Camud Aides Finistère - Structure médico-sociale gérée par AIDES, sans conditions d'accès. Accueil, information, distribution de matériels de réduction des risques, dépistage VIH et Hépatite C.

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

ADJ (Accueil Drogue Infirmiers) / CHRU Brest 02 98 22 36 00
CHRU de Brest Hôpital Morvan Bât 2 bis - 29200 Brest
Accueil, écoute, suivi et orientation. Centre de traitement de substitution. Centre de posture en accompagnement thérapeutique. Comprend le Pôle de Spécialisation Régional d'Addictions aux Jeux.

Centre familles 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 32 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'addictions.

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 !

Pour scanner, téléchargez l'App Uniqag
gratuite sur uniqag.fr/eq

enquête réalisée dans le cadre de recherche universitaire en partenariat :

VILLE DE Brest

ALCOOL
PRENONS
LA MESURE

CHRU BREST CENTRE HOSPITALIER
REGIONAL UNIVERSITAIRE

L'ANPAA devient
Association
Addictions
France

UCPS BO
UNIVERSITÉ CITOYENNE
DE PRÉVENTION EN SANTÉ
DE BRETAGNE OCCIDENTALE

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

RESUME

Introduction

La pandémie de COVID-19 a considérablement perturbé les habitudes de vie des populations à travers le monde, notamment avec la mise en place de périodes de confinement au cours de l'année 2020. Concernant de précédentes épidémies ou traumatismes collectifs, la littérature fait état de conséquences psychologiques importantes avec une augmentation des consommations de substances addictives. L'objectif de cette étude était d'évaluer la prévalence des conduites addictives dans la population générale du Finistère Nord, un an après le début de la pandémie de Covid-19 et des mesures restrictives, ainsi que de mesurer les évolutions perçues des répondants sur leurs consommations de substances et leurs comportements éventuellement addictifs.

Méthode

Il s'agissait d'une étude épidémiologique transversale descriptive et analytique, réalisée au moyen d'un questionnaire diffusé en ligne et en version papier du 18 janvier 2021 au 9 mars 2021 dans le Finistère Nord. Le questionnaire abordait successivement les caractéristiques sociodémographiques des participants, leur état de santé globale, puis les conduites addictives suivantes : consommation d'alcool, de tabac, de substances illicites, leur pratique de jeux de hasard et d'argent et leur temps d'écran. Les données ont ensuite été divisées en deux populations, soignante et non soignante. Ces données font l'objet de deux thèses différentes. La population étudiée dans cette thèse était la population générale majeure, non soignante, du Finistère Nord. 1363 personnes ont participé à l'étude.

Résultats

L'étude a permis de mettre en évidence une augmentation des consommations d'alcool, de tabac et de temps d'écran associée à une dégradation de l'état de santé psychologique des participants depuis les confinements. Aucune augmentation notable de la consommation de substances illicites et de la pratique des jeux de hasard et d'argent n'a été mise en évidence dans l'étude.

Discussion

Les résultats de cette étude concordent avec la littérature nationale et internationale, qui rapporte des taux d'augmentation des consommations de substances addictives à différents degrés. Cette étude reste une des rares études à faire un état des lieux des conduites addictives à un an du début de la pandémie et des mesures restrictives.

MOTS CLES :

CONDUITES ADDICTIVES
PANDEMIE DE COVID-19
FINISTERE

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

ABSTRACT

Introduction

The COVID-19 pandemic has significantly changed people's lifestyle around the world, particularly during the lockdown periods of the year 2020. Regarding previous epidemics or collective traumas, the literature reports significant psychological consequences with an increased consumption of addictive substances. The aim of this study was to assess the prevalence of addictive behaviours in the general population of North Finistere, one year after the beginning of the COVID-19 pandemic and of restrictive measures, as well as measuring the perceived changes in people's substance use and potentially addictive behaviours.

Method

It was a descriptive and analytical cross-sectional epidemiological study, realized with a questionnaire distributed online and in paper form from 18 January 2021 to 9 March 2021 in North Finistere. The questionnaire dealt successively with the socio-demographic characteristics of the participants, their overall health, and then the following addictive behaviours : alcohol, tobacco, illicit substances, their practice of gambling and their time spent on screens. The data were divided into two populations : healthcare workers and non-healthcare workers. They are the subjects of two different theses. The population studied in this thesis was the adult non-healthcare working population of the North Finistere. 1363 people took part in the study.

Results

The study has shown an increase in alcohol, tobacco and screen time consumption associated with a deterioration in the participants' psychological health since the lockdowns. No significant increase in illicit substance use and gambling was found in the study.

Discussion

The results of this study are consistent with national and international literature, which report rates of increased use of addictive substances to varying degrees. This study remains one of the rare studies to make an inventory of addictive behaviours a year from the beginning of the pandemic and restrictive measures.

KEYWORDS

ADDICTIVE BEHAVIOURS
COVID-19 PANDEMIC
FINISTERE

JURY

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

DATE DE SOUTENANCE : 30 juin 2022

ADRESSE DE L'AUTEUR : 29200 BREST