



HAL
open science

Modifications des conduites à potentiel addictif induites par le confinement lors de la 1ère vague COVID-19 à La Réunion : Enquête en population générale via les réseaux sociaux

Ian Poulhalec

► **To cite this version:**

Ian Poulhalec. Modifications des conduites à potentiel addictif induites par le confinement lors de la 1ère vague COVID-19 à La Réunion : Enquête en population générale via les réseaux sociaux. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04064495

HAL Id: dumas-04064495

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04064495>

Submitted on 11 Apr 2023

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

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

**UNIVERSITE DE LA REUNION
FACULTE DE SANTE**

Année : 2023

N° :

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Modifications des conduites à potentiel addictif induites par le confinement
lors de la 1^{ère} vague COVID-19 à La Réunion :
Enquête en population générale via les réseaux sociaux**

Présentée et soutenue publiquement le 02/03/2023 à 17h00
à La Réunion

Par **Monsieur POULHALEC Ian**

JURY

Président :

Madame le Professeur DORAY Bérénice

Assesseurs :

Madame le Professeur MARIMOUTOU Catherine

Monsieur le Professeur FRANCO Jean-Marc

Madame le Docteur VINCENT Pauline

Directeurs de thèse : Monsieur le Professeur FRANCO Jean-Marc

Table des matières

I. Introduction :	5
A. Préambule	5
B. Contextualisation de la pandémie COVID-19	5
C. Hypothèse de l'impact du confinement sur la psyché et les addictions	6
D. Différents ITEMS abordés	7
1. Le tabac.....	7
2. L'alcool.....	8
3. Substances et addictions comportementales.....	9
E. Question de recherche et objectifs	10
II. Matériel et Méthode	11
A. Caractéristiques de l'étude et modalités de recrutement	11
1. Population cible.....	11
2. Type d'étude et modalités de recrutement.....	11
B. Questionnaire	12
C. Critères de jugement et interprétation des tables	12
D. Analyse statistique	14
E. Réglementation	14
III. Résultats	15
A. Diagramme de flux	15
B. Données sociodémographiques de la population étudiée (Cf. Tableau 1)	15
C. Études de l'évolution des consommations lors du premier confinement	19
1. Généralités sur les consommations de produits.....	19
2. Modifications des consommations d'alcool.....	20
3. Modifications des consommations de tabac.....	22
4. Modification des consommations de cannabis.....	23
5. Modification des consommations de Médicaments.....	24
6. Modification d'utilisation des écrans.....	29
7. Évolution des consommations alimentaires et de l'activité physique pendant le confinement.....	31
IV. Discussion	35
A. Principaux résultats	35
B. Discussion de la méthode	38
1. Choix de la méthode : l'analyse quantitative.....	38
2. Forces de l'étude.....	39
3. Limites de l'étude.....	40
C. Discussion des résultats	42
1. Comparaison avec les résultats de la littérature.....	42
2. Perspectives.....	45
V. Conclusion	46
VI. Annexes	47
A. Tableaux annexes	47

B. Questionnaire.....	61
VII. Références Bibliographiques.....	78
VIII. Résumé.....	83

Liste des abréviations

- SARS-Cov-2 : Sévère Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
- IRC : Insuffisance Rénale Chronique
- SDRA : Syndrome de Détresse Respiratoire Aigue
- SRAS : Syndrome Respiratoire Aigu Sévère
- TUA : Trouble de l'Usage d'Alcool
- TUS : Trouble de l'Usage de Substances
- BZD : Benzodiazépine
- SSPT : Syndrome de Stress Post Traumatique
- SUD : Substance Use Disorder
- TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

Liste des tableaux et des figures

1. Liste des tableaux

Tableau 1: Table de description des populations	17
Tableau 2 : Table des évolutions des fréquences de consommation des différents produits... 27	27
Tableau 3 : Table descriptive aux habitudes et à l'évolution du temps passé devant les écrans.	30
Tableau 4 : Table descriptive relative à l'évolution de l'alimentation et du poids pendant le confinement.....	32
Tableau 5 : Table descriptive relative à l'évolution de l'activité physique pendant le confinement.....	34
Tableau annexe 1 : Études de facteurs relatif à la consommation d'alcool	47
Tableau annexe 2 : Études de facteurs relatif à la consommation de tabac	48
Tableau annexe 3 : Études de facteurs relatif à la consommation de cannabis.....	50
Tableau annexe 4 : Études des facteurs relatifs à la consommation d'hypnotique / Benzodiazépines.....	52
Tableau annexe 5 : Études des facteurs relatifs à la consommation de médicaments hors prescription.....	53
Tableau annexe 6 : Études des facteurs relatifs au temps d'utilisation des écrans	55
Tableau annexe 7 : Études des facteurs relatifs à la variation de poids	57
Tableau annexe 8 : Études des facteurs relatifs à la variation du temps d'activité physique... 59	59

2. Liste des figures

Figure 1: Diagramme de flux des patients inclus.....	15
Figure 2: Diagramme représentant le vécu général du confinement par la population.....	17
Figure 3: : Diagramme représentant l'inquiétude ressentie face à d'éventuelles modifications de consommation	20
Figure 4: Diagramme de l'évolution des deltas de score individuel de fréquence de consommation d'alcool.....	21
Figure 5: Diagramme de l'évolution des deltas de score individuel de fréquence de consommation de tabac	22
Figure 6: Diagramme de l'évolution des deltas de score individuel de fréquences de consommation de cannabis.....	24
Figure 7: Diagramme de l'évolution des deltas de score individuel de fréquence de consommation d'hypnotique et benzodiazépine.....	25
Figure 8: Diagramme de l'évolution des deltas de score individuel de fréquence de consommation de médicaments hors prescription	27
Figure 9 : Diagramme représentant les évolutions des consommations des produits addictifs entre les périodes "avant et "pendant" le confinement à la réunion	29

I. Introduction :

A. Préambule

Le SARS-CoV-2 ou COVID-19 est l'agent infectieux responsable de ce qui sera qualifié le 11 mars 2020 de « Pandémie » par l'OMS. Ce même jour, l'ARS Réunion annonce que le premier cas de COVID-19 a été diagnostiqué sur le territoire réunionnais, motivant dès le 16 mars les autorités à instaurer des mesures de restrictions sanitaires. L'une de ces mesures est le confinement des populations. Ce premier « confinement » a ainsi été mis en place par les autorités du 16 mars 2020 au 11 mai 2020.

Cette période d'isolement social est accompagnée de stress et d'anxiété (1). Ces facteurs sont susceptibles d'influencer certaines pratiques et consommations dans le domaine des addictions (2). Ceci pose la question de l'impact du confinement sur les conduites addictives.(3)

A ce jour, l'impact du premier confinement sur ces pratiques reste insuffisamment étudié. Cette étude de recherche intitulée « COVICTION » a donc vu le jour pour tenter d'approfondir les connaissances dans le domaine de l'addictologie sur le territoire réunionnais.

Ce travail s'intéresse donc aux modifications des consommations d'alcool, de tabac, et de diverses substances licites ou illicites ainsi qu'à certaines conduites addictives.

B. Contextualisation de la pandémie COVID-19

La pandémie à SARS-Cov-2 a débuté en 2019 en Chine dans la province de l'Hubei.

La ville de Wuhan est alors devenue l'épicentre d'une épidémie de pneumonie d'origine méconnue ; elle a suscité une forte attention non seulement en Chine mais à l'échelle internationale. Le 11 mars 2020, l'OMS déclare l'état de pandémie de « SARS-CoV-2 » et le 16 mars 2020 un confinement national est instauré.

Pour faire face à cette situation sanitaire exceptionnelle, le gouvernement en place décide d'instaurer « l'état d'urgence » sur l'entièreté du territoire français (4).

Très tôt en 2020, des études voient le jour et sous-tendent que la transmission interhumaine est probablement secondaire à la notion de contact étroit entre individus (5). Cette dernière se fait

principalement via des gouttelettes respiratoires propulsées lors des expectorations et des étternuements des personnes infectées (6). Ces deux théories sont très rapidement validées.

La progression de cet agent infectieux appartenant à la classe des coronavirus est particulièrement rapide, les 1000 premiers cas sont détectés en 48 jours sur le sol français. Diverses facteurs de vulnérabilité ont été identifiés. L'âge, le sexe et la présence de certaines pathologies chroniques (l'hypertension, l'obésité, le diabète ou l'IRC) ont été identifiés comme représentant des comorbidités au virus du SARS-Cov-2 (7).

Des atteintes multi-organiques sont donc possibles, avec des atteintes préférentielles pour les voies aériennes et une possible évolution vers le SDRA.(8).

Diverses stratégies ont été mises en place afin de réduire la prévalence des contaminations au COVID-19 et de contrôler l'épidémie (9). De nombreuses mesures sont adoptées telles que la distanciation sociale, le couvre-feu, la détection précoce et l'isolement des cas positifs, le télétravail, le port du masque, la mise en quarantaine des cas contacts etc. Devant l'incertitude de l'évolution des vagues épidémiques, de nombreux pays instaurent un confinement sanitaire (9).

Cette mesure inédite par son intensité et son ampleur a donc profondément bouleversé la vie quotidienne d'une grande majorité de la population mondiale.

C. Hypothèse de l'impact du confinement sur la psyché et les addictions

Les effets psychopathologiques de l'isolement et de la réduction des contacts sociaux ont déjà été décrits dans la littérature en amont de l'apparition du COVID-19. En effet, certains articles abordent la notion d'isolement social et ses conséquences à travers des expéditions polaires, le système carcéral ou encore l'épidémie de SRAS (10)(11)(12). Ces derniers apportent des renseignements précieux, mais ne permettent pas de prédire l'impact sur l'homme d'un confinement. La durée et l'ampleur d'une telle situation reste à ce jour inédite.

Il a donc été démontré à de nombreuses reprises que l'isolement social et la notion de confinement n'est pas sans conséquences (13).

L'épidémie de COVID-19 a directement et indirectement généré un phénomène de stress psychosocial important (14) ; Ce phénomène de stress psychosocial est donc secondaire à l'isolement et ses carences sociales, aux problématiques financières ainsi qu'au caractère incertain du futur. Pour exemple, des niveaux accrus de stress psychologique ont été mis en évidence chez plus d'un tiers de la population générale chinoise (15)

Les conséquences de telles restrictions sur la santé mentale sont potentiellement nombreuses : trouble du sommeil, anxiété, dépression, conduites addictives, ainsi que des violences au sein des foyers. (13)(16)

Dès les premiers mois du confinement, certains articles posent clairement la question des répercussions de ce confinement sur les conduites addictives (2)(17)

A ce jour, plusieurs études réalisées dans de nombreux pays à travers le monde montrent une tendance à la modification des consommations type alcool et/ou de drogue et plus largement des conduites addictives. Ces changements sont positivement corrélés avec ce sentiment de stress, de solitude et d'isolement social. (18)(19).

Il semble, par ailleurs, important de rappeler que l'incrémentation de certaines conduites addictives peuvent affaiblir davantage le système immunitaire et ainsi augmenter la vulnérabilité au COVID-19 (20)(21).

D. Différents ITEMS abordés

1. Le tabac

Avec 75000 décès par an en France, le tabac est la première cause de mort évitable ; La COVID-19 ayant un tropisme préférentiel pour les voies respiratoires (6), il semblerait nécessaire de s'intéresser à l'évolution des consommations de tabac en lien avec cette période de restriction.

Une étude anglaise rapporte que la détérioration de la santé mentale et du bien-être psychosocial sont positivement corrélés à l'augmentation du tabagisme (22).

Il semble ainsi logique de se questionner sur l'impact que pourrait avoir le tabac sur la prévalence de la COVID-19 et de la représentation potentiellement négative du tabac sur la consommation des fumeurs. Une étude américaine rapporte que 63,7% des patients fumant des

cigarettes et 56,1% des vapoteurs estimaient qu'ils étaient exposés à un surrisque de maladie virale par rapport aux non-fumeurs.

Ainsi dans le groupe fumeur, 24% des usagers ont vu leur consommation augmenter tandis que 28% des usagers ont vu leur consommation diminuer depuis le début de la pandémie. (23)

L'impact du tabac sur la santé est important ; or en raison d'une altération du parenchyme pulmonaire secondaire à l'usage du tabac, il paraîtrait probable que ce dernier puisse être un facteur de risque de la COVID-19 ainsi qu'une comorbidité importante (24)(25).

De plus, la majorité des études confirment qu'un tabagisme ancien ou actuel semble avoir un impact négatif à la fois sur la prévalence et la gravité COVID-19 du fait des pathologies chroniques secondaires au tabagisme.(26)(27)

2. L'alcool

La consommation d'alcool est quant à elle la seconde cause de mort évitable dans le monde avec environ 41 000 décès par an en France.

Nous savons désormais que la notion de confinement et d'isolement rebattent les cartes sur le plan des habitudes de consommation de produits. (28)(29)(30)

Comme cité précédemment, de nombreuses études ont montré que l'isolement social était pourvoyeur d'anxiété, de dépression.

Or, ces facteurs sont connus pour être corrélés à l'incrémentation des consommations notamment en alcoologie, et ce, chez les hommes comme chez les femmes.(31)

Dans une étude française similaire à l'étude COVICTION, ayant pour objectif de décrire l'évolution des consommations de tabac et d'alcool, il ressort que chez les consommateurs d'alcool, 10,7 % avaient augmenté leur consommation et 24,4 % signalaient une diminution, alors qu'elle était restée stable pour 64,8 % des sujets. L'augmentation de la consommation d'alcool était associée à un groupe âgé de 18 à 49 ans, vivant dans des villes de plus de 100 000 habitants, ayant une catégorie socio-professionnelle élevée et une humeur dépressive.(32)

Différents profils de consommateurs se démarquent en alcoologie. Comme la consommation d'autres substances, le trouble de l'usage d'alcool (TUA) peut entraîner une fragilité organique ; or, ces fragilités organiques sont des facteurs de risques de développer une forme grave de COVID-19. De surcroît, la consommation d'alcool ne favoriserait pas les mesures de freinage de l'épidémie telle que la distanciation sociale instaurée par nos gouvernements.(33) (34)

Les données d'une étude anglaise suggèrent que des proportions équivalentes de population (25%) ont augmenté mais aussi diminué leur consommation d'alcool pendant la même période. (35)

Il paraît donc important de déterminer les différents groupes à risque afin de mieux cibler les populations vulnérables sur le territoire réunionnais.

3. Substances et addictions comportementales

Le confinement issu de cette période épidémique majeure le risque de troubles liés à l'usage de substances (TUS). Les populations atteintes de toxicomanies présentent un risque plus élevé de morbidités multiples et de mortalités pendant l'épidémie de COVID-19.(36)

Les personnes atteintes de TUS constituent une population vulnérable, particulièrement à risque de pronostics négatifs au cours de cette pandémie en raison de nombreux facteurs de risque, comme notamment des comorbidités psychiatriques et somatiques, des réponses immunitaires affaiblies, des comportements à risque et des obstacles à l'accès aux soins.(37)

L'anxiété, la tristesse, le stress étant maintenant connus comme étant des répercussions négatives des confinements, elles peuvent être également pourvoyeuses de rechute, de consommation, ou de sevrage sauvage.(38)

Faire participer les patients souffrants de troubles liés à l'utilisation de stimulants à une prise en charge régulière est devenu encore plus complexe pendant cette pandémie, ce qui a entraîné de nombreuses interruptions dans les programmes de soins addictologiques.(38)

Les différents points évoqués sont des arguments forts qui incitent à se poser question sur les modifications de consommations de produits en population générale tel que les cannabis, et certains médicaments à potentiel addictif.

Par ailleurs notre étude s'intéresse également aux conduites addictives relatives aux écrans, à l'alimentation et à l'activité physique. Ces modifications de tendances ont un peuvent avoir un impact fort sur l'état moral et psychique des populations et ainsi être pourvoyeuses problématiques addictologiques. (39)(40) Les modifications d'habitudes alimentaires, de poids et la souffrance psychique sont des facteurs de risque connus comme pouvant être à l'origine de TCA ; l'exacerbation et l'augmentation des pratiques sportives peuvent être pourvoyeuses

de troubles comme la bigorexie ; l'isolement social, la souffrance psychique et la surexposition aux écrans sont également connus pour être pourvoyeurs de dépendance aux écrans.(41)(42) Pour toutes ces raisons nous avons choisi de réaliser un état des lieux de ces tendances sur le territoire réunionnais.

E. Question de recherche et objectifs

Il s'agit ici, d'une étude quantitative, observationnelle, descriptive visant à recueillir des données répondant à la question de recherche précise : quelles sont les variations de fréquence de consommation de produits à potentiel addictif induit par le premier confinement inhérent au COVID-19 sur le territoire réunionnais ?

Ce travail a été réalisé avec comme hypothèse initiale qu'il existe une influence du confinement sur ces conduites addictives. A l'heure actuelle, cette hypothèse est validée par plusieurs études. Les champs étudiés par l'étude COVICTION concernent l'alcool, le tabac, les stupéfiants et les conduites addictives relatives aux écrans, à l'alimentation et à l'activité physique.

De nombreuses études à travers le monde ont étayé cette hypothèse initiale, mais presque aucune ne nous donne des informations relatives au territoire réunionnais.

L'objectif principal de l'étude est de mesurer les variations de fréquence de consommation de produits à potentiel addictif avant et pendant le confinement lié à la 1^{ère} vague de COVID-19 à La Réunion.

Les objectifs secondaires ont pour but de :

- Définir les facteurs socioéconomiques, médicaux ou environnementaux qui sont associés aux modifications des pratiques de consommation de produits à potentiel addictif ;
- Décrire les modifications de pratiques en termes d'exposition aux écrans ;
- Décrire les variations de poids et les changements de pratiques en termes d'alimentation et d'activité physique.

II. Matériel et Méthode

A. Caractéristiques de l'étude et modalités de recrutement

1. Population cible

L'étude a été effectuée en population générale. Les personnes ont été contactées via les réseaux sociaux.

Les critères d'inclusion étaient :

- Les personnes adultes âgées de 18 ans et plus ;
- Les personnes vivant sur le territoire réunionnais pendant le confinement lié à la 1^{ère} vague COVID-19 ;
- Les personnes ayant une consommation de produits à potentiel addictif

Les critères d'exclusion étaient :

- Les personnes de moins de 18 ans
- Les personnes n'ayant pas vécu à La Réunion pendant la période du confinement liée à la 1^{ère} vague COVID-19 ;
- Les personnes n'ayant pas déclaré de consommation de produits à potentiel addictif (tabac, alcool, cannabis, traitement psychotrope, consommation de traitement médicamenteux hors prescription).

2. Type d'étude et modalités de recrutement

Nous avons réalisé une étude observationnelle transversale à La Réunion par questionnaire auto-administré.

La diffusion a débuté le 30 juin 2020 et les réponses ont été clôturées le 9 novembre 2020, soit une période recueil de 133 jours.

La diffusion du questionnaire a été réalisée selon différents canaux de communication :

- Groupes Facebook :
 - La DRIM (direction régionale des internes en médecine) (6 500 membres)
 - Annexe DRIM (22 000 membres - population générale)

- RésO #restPrudent (21 203 membres)
- Médias sur internet (via des affichages sur sites internet et demande de partage sur leur page Facebook)
 - Free Dom (196 754 abonnés : locaux et expat')
 - clicanoo.re (42 800 abonnés : locaux et expat')
 - Zinfo974 (136 000 abonnés : locaux et expat')

La diffusion du questionnaire s'est également faite de bouche à oreille (propagation orale ou de bouche à oreille électronique) et par sollicitation de l'entourage réunionnais du chercheur pour partager le questionnaire à leurs collègues / amis / famille sur le territoire réunionnais.

B. Questionnaire

Le questionnaire diffusé a été élaboré à partir de données de la littérature avec le soutien méthodologique du CIC (Centre d'Investigation Clinique) du CHU Sud (M. Adrian Fianu et Melle Casimir Anne-Françoise). Ce questionnaire comprenait des questions d'ordre sociodémographique, en rapport avec l'évolution des consommations de produits (alcool, tabac, cannabis, tranquillisants, médicaments hors prescription, cocaïne, opioïdes, amphétamines et cannabinoïdes) et d'écrans, d'activités physiques et d'alimentations. Pour chacune de ces habitudes étaient proposés des facteurs ressentis comme aggravant ou améliorant ces habitudes. Ce questionnaire est disponible en Annexe B.

Le questionnaire a été mis en ligne via Google Form®.

C. Critères de jugement et interprétation des tables

Les critères de jugement principaux et secondaires étaient respectivement l'évolution de fréquence des consommations des différents produits, du temps d'exposition aux écrans, l'évolution du poids et du temps passé à pratiquer une activité physique avant/ pendant le confinement.

Ces évolutions ont été quantifiées de la façon suivante :

- Les données de consommation de produits « avant » et « pendant » confinement ont été numérisées selon des scores allant de 0 à 6 (« jamais consommé » à « tous les jours » dans le questionnaire) pour l'alcool, le tabac, le cannabis, les médicaments avec et hors

prescription. Sept fréquences sont donc été prises en compte pour le calcul de ces scores (0,1,2,3,4,5,6). L'évolution des consommations pour chaque produit étudié résultait du delta entre le score « pendant confinement » et celui « avant confinement »; par exemple un score de 2/6 avant le confinement et 5/6 pendant le confinement nous rapporte une évolution de +3 points.

- L'évolution de consommation des écrans a été mesurée en delta d'heures quotidiennes pendant/avant confinement.
- L'évolution du poids était mesurée en delta de kilogrammes pendant/avant confinement.
- L'évolution de l'activité physique correspondait au delta d'heures hebdomadaires consacrées à l'activité physique pendant/avant confinement.

Concernant les analyses multivariées :

Pour les variables **binaires** (exemple table Annexe B : possession d'un jardin), on peut considérer que la beta équivaut à l'évolution moyenne du score chez ceux ayant un balcon. Dans cet exemple beta vaut +0,42 on peut donc dire qu'en moyenne les sujets ayant un balcon ont un delta de score supérieur de 0,42 par rapport à ceux qui n'en avaient pas.

Pour les variables **multifactorielles** comme la situation maritale, les coefficients sont donnés par rapport à une situation de référence (noté **référence** dans la colonne beta). Par exemple on peut dire que, par rapport aux célibataires, les sujets mariés ou en couple ont un delta de score supérieur de +0,0938 (exemple cité ici non significatif dans la table Annexe B)

Pour les quelques variables **quantitatives**, le coefficient est à raccrocher à l'unité du facteur. Pour l'âge beta vaut +0,00444. Cela veut dire qu'en moyenne pour chaque année de vie supplémentaire, les sujets ont un delta de score augmenté de 0,00444. La différence par année de vie étant très faible, on peut exprimer dans les résultats le phénomène pour 10, 15, 20 années de vie par exemple (en multipliant le coefficient Beta par 10, 15, 20 etc.). Exemple : Pour 20 années de vie supplémentaires le delta de score augmentait en moyenne de $0,00444 \times 20$ soit 0,0888.

On peut donc dire que les coefficients beta positifs sont des facteurs augmentant la consommation (et inversement pour les beta négatifs), sous réserve de leur significativité (p-values en gras lorsque c'est le cas).

Les coefficients β cités dans le paragraphe en lien avec le temps passé devant les écrans correspondent ici à un delta d'heures. Ainsi on peut dire qu'un Beta de +1,5 signifie que le facteur était associé en moyenne à une consommation d'écran de +1,5h/jour pendant le confinement.

Les coefficients β cités dans le paragraphe en lien avec le poids correspondent ici à un delta de poids. Ainsi on peut dire qu'un Beta de +1,5 signifie que le facteur était associé en moyenne à une prise de poids de 1,5 kg pendant le confinement.

A nouveau, concernant l'activité physique il ne s'agit plus de delta de score mais de delta de volume horaire. Un Beta de +1,5 signifie que le facteur est associé en moyenne à une augmentation de l'activité physique de 1,5 heure/semaine pendant le confinement.

D. Analyse statistique

Les données ont été décrites à l'aide de moyennes, écarts-types, médianes et intervalles pour les variables quantitatives, et via effectifs et proportions pour les variables qualitatives.

Les temps consacrés à l'activité physique et aux écrans, ainsi que l'évolution de poids étaient recueillis sous forme de classes au sein du questionnaire. Pour leur analyse, la valeur médiane de ces classes a été considérée (ex : pour la classe « 1 à 3 heures » nous avons considéré la valeur « 2 heures »).

L'analyse des facteurs liés aux consommations a fait l'objet de régressions linéaires simples dont les résultats ont été exprimés par coefficients Beta et leurs intervalles de confiance à 95%, ainsi que leurs p-values.

L'ensemble des analyses a été réalisé sous le logiciel R version 4.0.1 avec un seuil de significativité fixé à 5%.

E. Réglementation

Cette étude a fait l'objet d'un dépôt sur le registre du Health Data Hub et s'est engagée à respecter la méthodologie de recherche MR004. Aucune donnée directement identifiante n'a été collectée. La participation à cette étude était sur base du volontariat. Les participants ont été

informés des fins de réutilisations de leurs données dans le cadre de cette étude via une information en en-tête du questionnaire.

III. Résultats

A. Diagramme de flux

Sur les 295 réponses au questionnaire COVICTION, 232 patients ont été inclus. Un patient a été exclu en raison de son âge inférieur à 18 ans, 11 patients ont été exclus en raison de leur situation géographique extra territorial réunionnaise, 19 patients ont été exclus car ils ne déclaraient aucune consommation et 32 patients ont également été exclus car n'ayant pas finalisé le questionnaire.

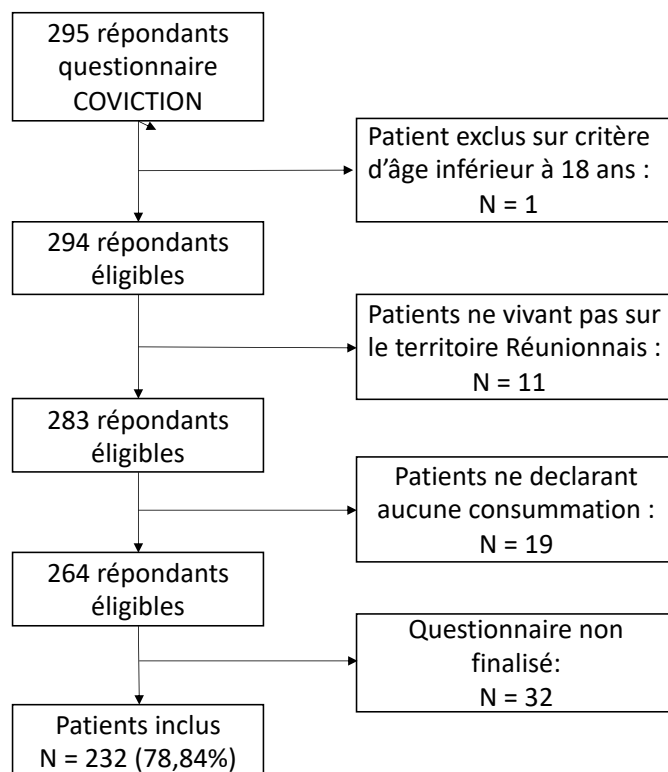


Figure 1: Diagramme de flux des patients inclus.

B. Données sociodémographiques de la population étudiée (Cf. Tableau 1)

La population étudiée était composée d'un effectif majoritaire de femmes (81,5 % n=189). L'âge moyen des répondants était de 38,4 ans avec un écart type de 11,4 ans.

Le niveau d'étude de la population étudiée était majoritairement élevé avec une majorité des répondants (87,1% n=202) avec un niveau d'étude supérieur ou équivalent au BAC.

Différentes catégories socio professionnelles étaient représentées dans l'échantillon avec une majorité de cadres et professions intellectuelles supérieures (31,5% n=73) et d'employés (26,7% n=62).

Cinquante-neuf pour cent (n=137) des répondants ont travaillé pendant le confinement (dont 20,7% (n=48) en télétravail) tandis que 40,9% (n=95) n'ont pas travaillé. Une perte de revenus a concerné 22,8% (n=53) de l'effectif, cependant, 15,1% (n=35) ont déclaré avoir connu des difficultés financières.

Concernant la situation conjugale de la population étudiée, 66,4% (n=154) des patients étaient marié(e)s ou en couple ; 18,5% (n=43) ont vécu ce premier confinement seul.

Concernant le logement : une part plus importante des répondants vivait dans les bas de La Réunion (63,8% n=148) et 59,9% (n=139) vivait en maison individuelle en dur contre 25,7% (n=59) en appartement privé. Par ailleurs, une part importante des répondants (93,6% n=217) jugeaient leur logement suffisamment grand pendant le confinement.

Un peu plus de la moitié de l'effectif (52,2% n=121) était concerné par un suivi médical régulier et 6% (n=14) d'entre eux ont déclaré un antécédent de dépression ou de trouble psychiatrique.

Concernant le vécu qualitatif global du confinement, le delta moyen de score était de 2,47 avec des données ayant été numérisées selon un score de 0 à 4 (0 étant « très bien » et 4 étant « très mal »). 34,4% (n=79) des répondants ont donc considéré leur vécu du confinement comme passable et 17% (n=39) des patients ont vécu leur confinement « mal » ou « très mal ». Cf figure 2.

Enfin, 4,3% (n=10) ont eu recours à un dispositif de soutien médico-psychologique en rapport avec une ou plusieurs conduites addictives.

Vécu du confinement par la population

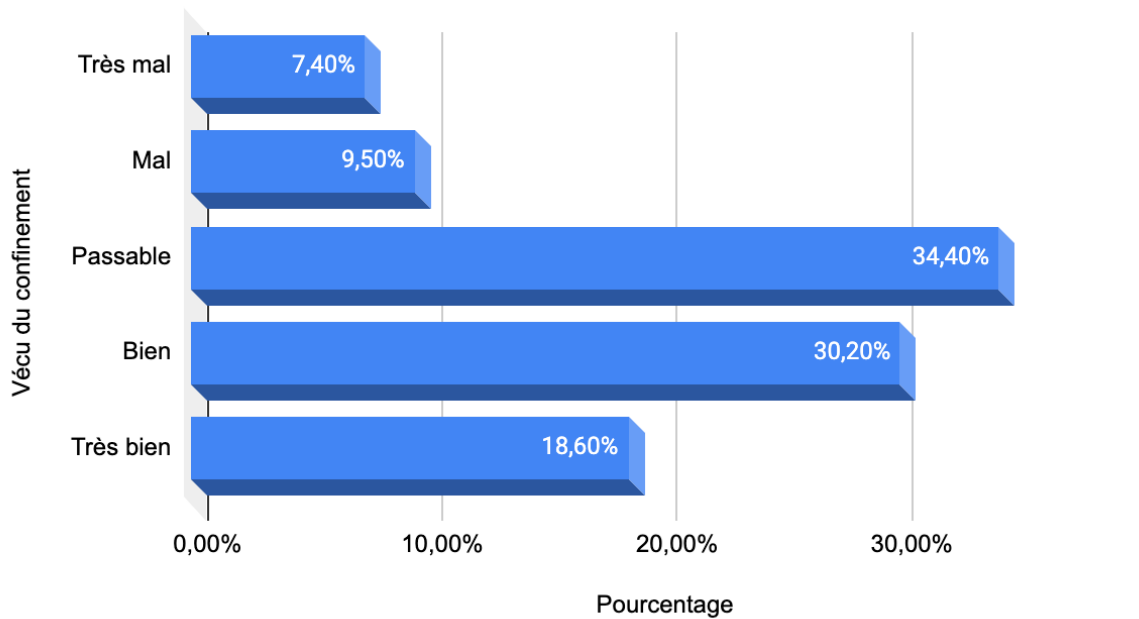


Figure 2: Diagramme représentant le vécu général du confinement par la population

Tableau 1: Table de description des populations

	Effectif (N=232)
Sexe	
Hommes	43 (18.5%)
Femmes	189 (81.5%)
Age	38.4 (11.4)
Niveau d'étude	
Aucun diplôme	7 (3.0%)
Brevet des collèges	2 (0.9%)
CAP / BEP	17 (7.3%)
BAC ou BAC professionnel	41 (17.7%)
Licence (BAC +3)	62 (26.7%)
Master Doctorat (BAC +5 et plus)	99 (42.7%)
Autre formation ou qualification (ex: secourisme etc...)	4 (1.7%)
Profession	
Personne n'ayant jamais travaillé (étudiant, chômeur n'ayant jamais travaillé etc...)	15 (6.5%)
Inactif ayant déjà travaillé	33 (14.2%)
Ouvrier	3 (1.3%)

	Effectif (N=232)
Employé	62 (26.7%)
Profession intermédiaire (Professeur, travailleur social etc...)	35 (15.1%)
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	9 (3.9%)
Agriculteur exploitant	2 (0.9%)
Cadre et profession intellectuelle supérieure	73 (31.5%)
Appartenance au corps médical ou paramédical	88 (37.9%)
Travail pendant le confinement	
Non	95 (40.9%)
Oui, en télétravail	48 (20.7%)
Oui, sur site	89 (38.4%)
Perte de revenus pendant le confinement	53 (22.8%)
Difficultés financières pendant le confinement	35 (15.1%)
Situation maritale	
Célibataire	63 (27.2%)
Marié(e) ou en couple	154 (66.4%)
Divorcé(e) ou séparé(e)	12 (5.2%)
Veuf ou Veuve	3 (1.3%)
Vivant seul avant le confinement	46 (19.8%)
Vivant seul pendant le confinement	43 (18.5%)
Nombre de personnes dans le même logement pendant le confinement	5.44 (36.3)
Logement	
Dans les hauts	84 (36.2%)
Dans les bas	148 (63.8%)
Type de logement pendant le confinement	
En maison individuelle en dur	139 (59.9%)
En appartement privé	59 (25.4%)
Kaz en parpaing / bois / tôle	9 (3.9%)
En appartement (location avec bailleur social)	25 (10.8%)
Logement jugé suffisant grand pendant le confinement	217 (93.5%)
Equipement du logement	
Présence d'un balcon	77 (33.2%)
Présence d'une terrasse	129 (55.6%)
Présence d'un jardin	163 (70.3%)
Présence d'équipements sportifs (dans le logement ou à moins d'1 km)	58 (25.0%)
Présence d'une piscine	56 (24.1%)
Suivi médical régulier	121 (52.2%)
Antécédents	
Dépression ou trouble psychiatrique	14 (6.0%)

	Effectif (N=232)
Diabète	5 (2.2%)
Obésité	8 (3.4%)
Maladie inflammatoire chronique	4 (1.7%)
Sorties pour motif dérogatoire	220 (94.8%)
Sorties en dehors des motifs dérogatoires	51 (22.0%)
Vécu (score / 4)	2.47 (1.09)
Recours à un dispositif de soutien médico-psychologique pour conduites addictives	10 (4.3%)

C. Études de l'évolution des consommations lors du premier confinement

1. Généralités sur les consommations de produits

Après sondage auprès de l'échantillon il apparaît plusieurs éléments importants.

A la question « diriez-vous que le confinement a influencé vos consommations ? (Un ou plusieurs produits) », 63,5% (n=147) de la population estimaient que non contre 36,5 % qui estimaient que oui (n= 85).

Concernant le contexte de consommation, 53,4% (n=124) de l'effectif déclarait avoir consommé « chez moi, avec les membres de mon foyer », tandis que 24,4% (n=59) déclaraient une consommation en lien avec les réseau sociaux (apéro skype etc.).

La consommation de produit était en solitaire pour 19,4% (n=45) des répondant tandis que 1,7% (n=4) consommaient « en dehors de chez moi, à la boutique avec les camarades »).

Par ailleurs 10,2% (n=24) indiquent être inquiets de leurs modifications de consommations de différentes substances. 43,2% (n=100) des consommateurs indiquent cependant ne pas se sentir inquiets des modifications de consommations induites par ce confinement.

Êtes vous inquiet de la modification de vos consommations ?

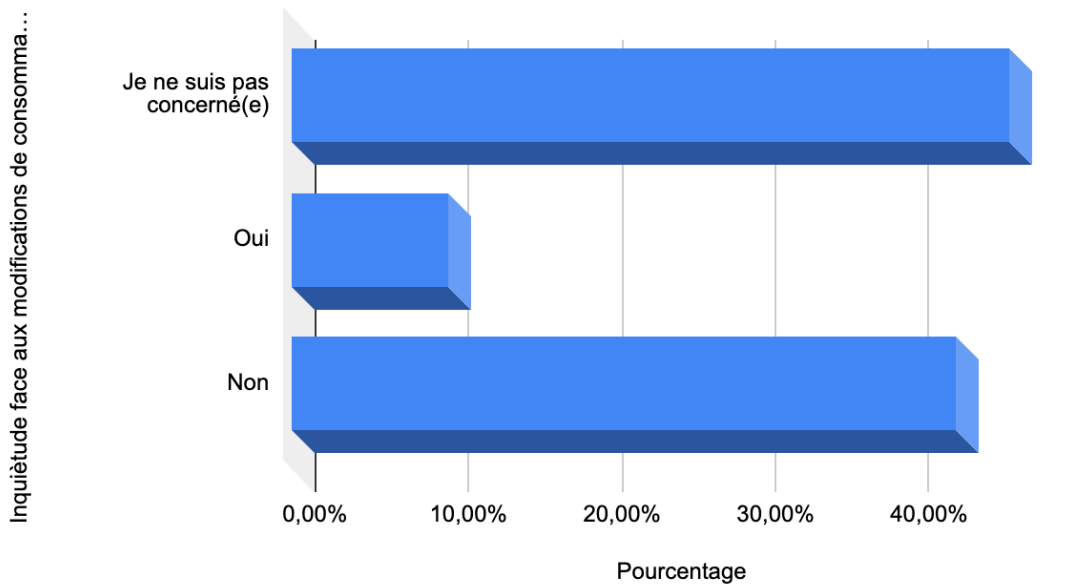


Figure 3: : Diagramme représentant Inquiétude ressentie face à d'éventuelles modifications de consommation

Concernant le vécu d'un état de sevrage pendant le confinement, 6,7% (n=16) de l'effectif étudié indiquent avoir vécu des symptômes évoquant un manque d'une substance (sueurs, palpitations, anxiété, douleurs, tremblements etc...)

2. Modifications des consommations d'alcool

La différence de score moyenne de fréquence entre avant et pendant le confinement est de - 0,0819. La tendance globale de fréquence de consommation avait donc peu baissé sur l'échantillon étudié.

Concernant la prévalence : 94,4 % (n=219) des patients déclaraient avoir consommé de l'alcool avant le confinement contre 80,6% (n=187) pendant le confinement.

Concernant les évolutions de consommation d'alcool chez les 219 consommateurs d'alcool

avant le confinement : 6,5% (n=14) ont déclaré avoir baissé leur fréquence de consommation et 16,5% (n=36) ont arrêté totalement cette même consommation pendant la période de confinement.

Par ailleurs 18% (n=39) ont augmenté leur consommation et 63,4% (n=139) ont présenté une consommation identique entre les deux périodes.

Le diagramme en bâton suivant représente l'évolution des deltas de fréquences de consommation d'alcool par individu. La proportion d'individus ayant diminué est plus importante que la proportion d'individus ayant augmenté leur fréquence de consommation. Les deltas de score des patients ayant diminué leur fréquence de consommation est plus importante que les deltas de score des patients ayant augmenté leur fréquence de consommation.

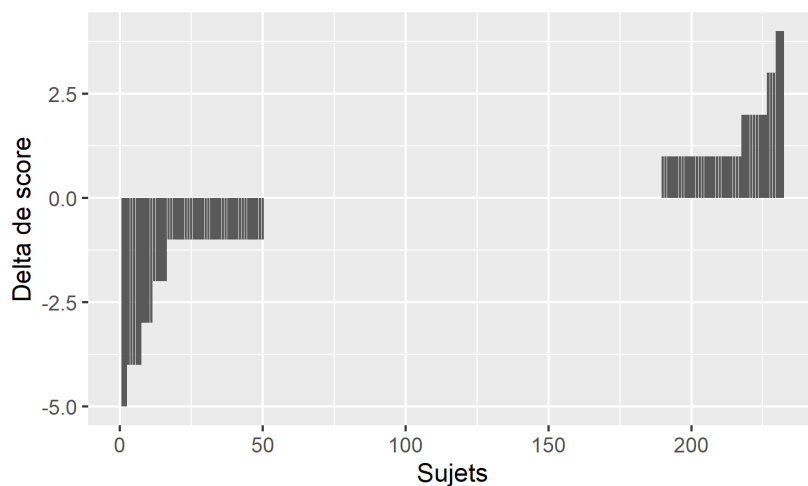


Figure 4: Diagramme de l'évolution des deltas de score individuel de fréquence de consommation d'alcool

Les facteurs significativement associés à une augmentation de la consommation d'alcool pendant le confinement étaient la présence d'un jardin dans le logement ($\beta = 0,420$), l'antécédent de dépression ou trouble psychiatrique ($\beta = 0,847$), la consommation sociale / festive ($\beta = 0,891$), l'anxiété / stress induits par le confinement ($\beta = 0,876$), manque d'activité / ennui ($\beta = 0,952$), influence de l'entourage ($\beta = 0,755$), le fait de consommer avec les membres de son foyer ($\beta = 0,579$) ou en solitaire ($\beta = 0,610$). L'isolement social / solitude était significativement lié à une diminution de la consommation ($\beta = -1,440$).

3. Modifications des consommations de tabac

La différence de score moyenne entre avant et pendant le confinement est de -0,0431. La tendance globale de fréquence de consommation avait donc peu baissé sur l'échantillon étudié.

Concernant la prévalence : 40,5% (n=94) des patients déclaraient être consommateur de tabac occasionnel ou régulier avant le confinement contre 34% (n=79) pendant le confinement.

Concernant les évolutions de consommation de tabac chez les 94 consommateurs occasionnel ou régulier avant le confinement : 5,3% (n=5) ont déclaré avoir baissé leur fréquence de consommation et 18% (n=17) ont arrêté totalement cette même consommation pendant la période de confinement.

Par ailleurs 12,7% (n=12) ont augmenté leur consommation et 63,8% (n=60) ont présenté une consommation identique entre les deux périodes.

Le diagramme en bâton suivant représente l'évolution des deltas de fréquences de consommation de tabac par individu. La proportion d'individus ayant diminué leur fréquence de consommation est plus importante que la proportion d'individus ayant augmenté cette dernière. Les deltas de score des patients ayant diminué leur fréquence de consommation est plus importante que les deltas de score des patients ayant augmenté leur fréquence de consommation.

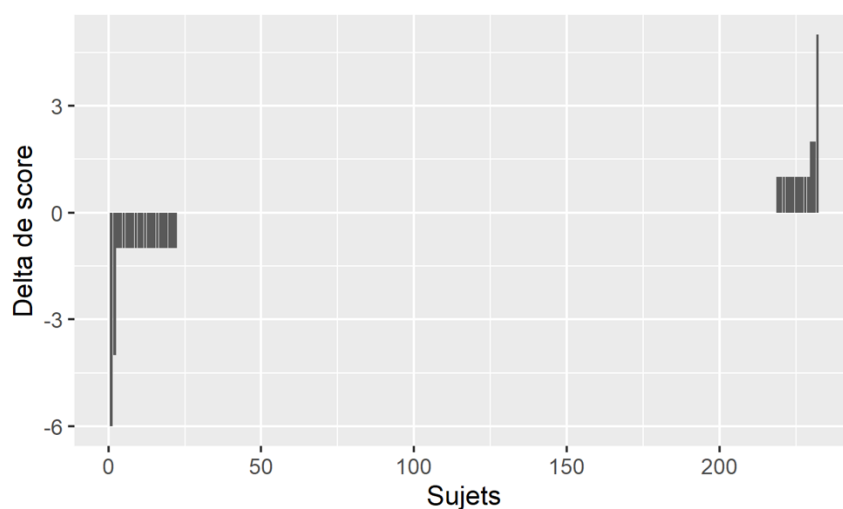


Figure 5: Diagramme de l'évolution des deltas de score individuel de fréquence de consommation de tabac

Les facteurs significativement associés à une augmentation de la consommation de tabac pendant le confinement étaient d'être divorcé ou séparé (par rapport au célibat $\beta = 0,563$), le fait de vivre seul avant ($\beta = 0,298$) ou pendant le confinement ($\beta = 0,281$), l'antécédent d'obésité ($\beta = 0,692$), le recours à un soutien médico-psychologique ($\beta = 0,463$), l'anxiété d'altérer son état de santé ($\beta = 0,738$), la consommation sociale et festive ($\beta = 0,854$), l'anxiété et stress induits par le confinement ($\beta = 0,395$), l'influence / présence de l'entourage ($\beta = 0,618$), la consommation en dehors de chez soi (boutique, camarades) ($\beta = 0,657$).

La volonté de diminuer sa consommation ($\beta = -0,239$) et l'isolement social / solitude ($\beta = -0,713$) étaient des facteurs significativement associés à une diminution de la consommation de tabac.

4. Modification des consommations de cannabis

La différence moyenne de score entre avant et pendant le confinement est de $-0,0431$ avec un écart type de $0,648$. La tendance globale de fréquence de consommation avait donc baissé sur l'échantillon étudié.

Parmi les 37 patients consommateurs de cannabis avant le confinement 21,4% ($n=8$) ont vu leur consommation augmentée tandis 51% ($n=19$) ont vu leur consommation arrêtée. Par ailleurs 27% ($n=10$) ont maintenu leur consommation à l'identique.

Concernant la prévalence : 15,9% ($n=37$) des patients déclaraient être consommateur de cannabis occasionnel ou régulier avant le confinement contre 9,5% ($n=22$) pendant le confinement.

Le diagramme en bâton suivant représente l'évolution des deltas de fréquences de consommation de cannabis par individu. La proportion d'individus ayant diminué leur fréquence de consommation est plus importante que la proportion d'individus ayant augmenté cette dernière. Parmi les patients ayant augmenté leur consommation, certains ont vu leur delta de fréquences de consommation augmenter de $+2$ à $+6$, ce qui indique une exacerbation importante de la consommation de certains individus.

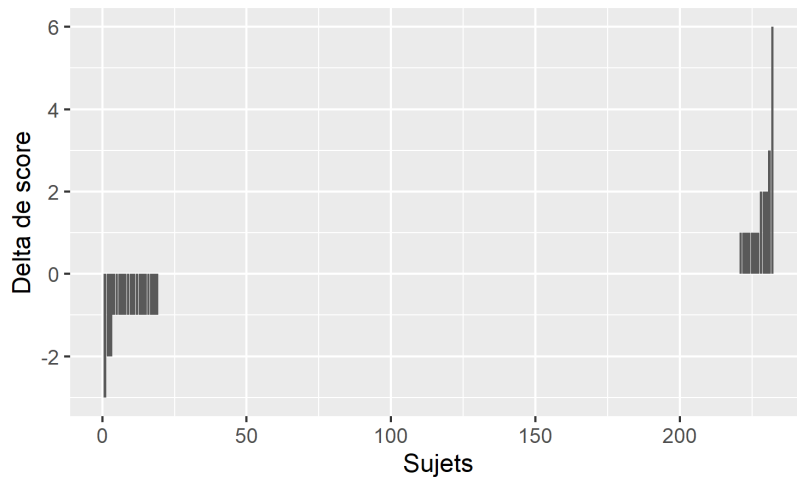


Figure 6: Diagramme de l'évolution des deltas de score individuel de fréquences de consommation de cannabis

Les facteurs significativement associés à une augmentation de la consommation de cannabis pendant le confinement étaient le fait de vivre en appartement privé (par rapport aux maisons individuelles, $\beta = 0,203$), la présence de piscine dans le logement ($\beta = 0,218$), le suivi médical régulier ($\beta = 0,182$), les sorties en dehors des motifs dérogatoires ($\beta = 0,0058$), la volonté de diminuer sa consommation ($\beta = 0,252$), l'influence / présence de l'entourage ($\beta = 1,39$), la consommation chez soi sur les réseaux sociaux ($\beta = 0,206$).

L'isolement social / solitude était significativement associé à une diminution des consommations ($\beta = -1,35$).

5. Modification des consommations de Médicaments

Les médicaments avaient pour l'analyse statistique été regroupé en deux sous catégories.

La première était la consommation de Somnifère (Immovane ®, Stillnox®) et de Benzodiazépine (Valium ®, Seresta ® ...)

La seconde quant à elle était relative aux médicaments consommés **hors prescription** (Codéine, Artane, Rivotril, valium ...).

Concernant la consommation de somnifère et benzodiazépine sur prescription médicale, la différence de score de fréquence moyenne de consommation entre avant et pendant le confinement était de +0,052 avec un écart type de 0,707. La tendance globale de fréquence de consommation moyenne avait donc peu augmenté sur l'échantillon de population étudié.

Concernant la prévalence : 12,9% (n=30) des patients déclaraient être consommateur de somnifère ou de BZD occasionnel ou régulier avant le confinement contre 9,9% (n=23) pendant le confinement.

Concernant les évolutions de consommation de somnifère et benzodiazépine chez les 30 patients consommateurs avant le confinement : 43,3% (n=13) ont déclaré avoir arrêté totalement cette consommation pendant la période de confinement.

Par ailleurs 20% (n=6) ont augmenté leur consommation et 36% (n=11) ont présenté une consommation identique entre les deux périodes.

A noter que 6 patients initialement non consommateur avant le confinement se sont vu consommé un somnifère ou une benzodiazépine pour la première fois.

Une part plus importante de patients ont donc diminué leur fréquence de consommation. Nous pouvons donc en déduire que les patients ayant augmenté leur consommation ont plus fortement augmenté leur intensité / fréquence de consommation pendant le confinement que ceux qui ont baissé ou arrêté leur consommation.

Le diagramme suivant illustre bien le propos ci-dessus.

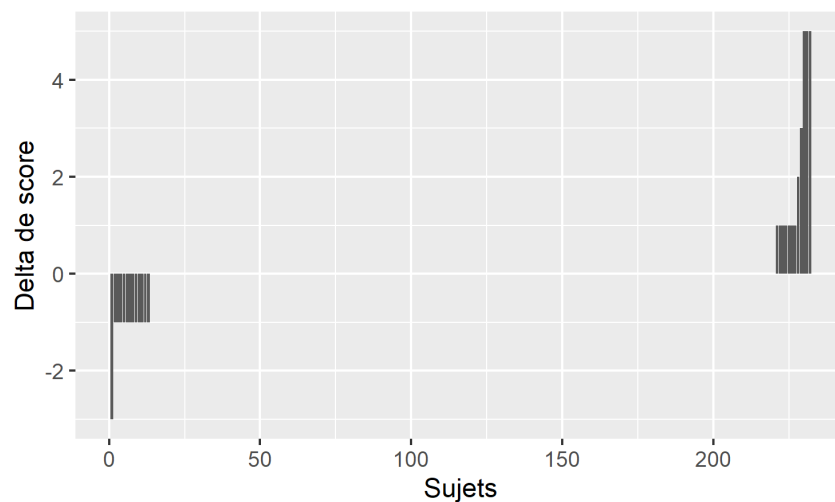


Figure 7: Diagramme de l'évolution des deltas de score individuel de fréquence de consommation d'hypnotique et benzodiazépine

Les facteurs significativement associés à une augmentation de la consommation de tranquillisants pendant le confinement étaient le télétravail (par rapport à l'absence de travail, $\beta = 0,271$), le fait d'être divorcé ou séparé (par rapport au célibat, $\beta = 0,206$), l'antécédent de

dépression ou trouble psychiatrique ($\beta = 0,705$), le recours à un soutien médico-psychologique ($\beta = 0,573$), l'anxiété d'altérer son état de santé ($\beta = 0,614$), l'isolement social / tristesse / solitude ($\beta = 1,10$), l'anxiété / stress induits par le confinement ($\beta = 1,35$), le manque d'activité / ennui ($\beta = 2,47$), la consommation en solitaire ($\beta = 0,255$) et l'expérience d'états de sevrage ($\beta = 0,657$).

Un score de vécu plus élevé ($\beta = -0,147$) était significativement associé à une réduction de la consommation.

Concernant la consommation de médicaments hors prescription, la différence de score moyenne entre avant et pendant le confinement est de $+0,0043$ avec un écart type de $0,316$. La tendance globale de fréquence de consommation avait donc peu augmenté sur l'échantillon étudié.

Concernant la prévalence : $5,17\%$ ($n=12$) des patients déclaraient être consommateur de médicaments hors prescription occasionnel ou régulier avant le confinement contre $5,6\%$ ($n=13$) pendant le confinement.

Concernant les évolutions de consommation de somnifère et benzodiazépine chez les 12 patients consommateurs avant le confinement : 50% ($n=6$) ont déclaré avoir arrêté totalement cette consommation pendant la période de confinement.

Par ailleurs 50% ($n=6$) ont présenté une consommation identique entre les deux périodes. Il n'y a peu eu d'augmentation de consommation dans la population étudiée.

A noter que 7 patients initialement non consommateur avant le confinement se sont vu consommé des médicaments hors prescription pour la première fois

Le diagramme en bâton, ci-dessous, représente l'évolution des deltas de fréquences de consommation de médicaments consommés hors prescription médicale. La proportion d'individus ayant diminué leur fréquence de consommation est comparable à la proportion d'individus ayant augmenté cette dernière. Les deltas de score des patients ayant augmenté leur fréquence de consommation est plus importante que les deltas de score des patients ayant augmenté leur fréquence de consommation.

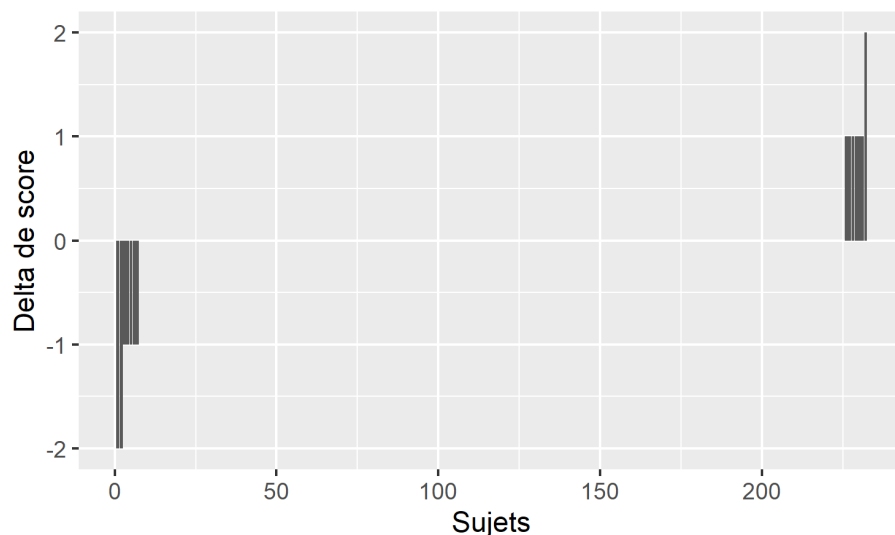


Figure 8: Diagramme de l'évolution des deltas de score individuel de fréquence de consommation de médicaments hors prescription

Le fait d'être divorcé ou séparé (par rapport au célibat, $\beta = 0,214$) était significativement associé à une plus grande consommation de médicaments hors prescription pendant le confinement.

Les facteurs significativement associés à une diminution de la consommation étaient un nombre plus important de personnes dans le même logement ; facteur significativement associé à une moindre consommation ($\beta = -0,00178$ par personne dans le logement, la présence de balcon dans le logement ($\beta = -0,110$), le recours à un soutien médico-psychologique ($\beta = -0,205$), un score de consommation de médicaments avant confinement plus important ($\beta = -0,678$ par point obtenu au score), une difficulté à se procurer le produit ($\beta = -0,500$), l'influence / présence de l'entourage ($\beta = -0,500$).

Tableau 2 : Table des évolutions des fréquences de consommation des différents produits.

	Alcool (N=232)	Tabac (N=232)	Cannabis (N=232)	Somnifères et BZD (N=232)	Médicaments hors prescription (N=232)
Consommation avant le confinement (Score /6)					
Moyenne (écart type)	2.08 (1.67)	1.29 (2.15)	0.336 (1.03)	0.17 (0.536)	0.065 (0.309)
Médiane [min ; max]	1.00 [0 ; 6.00]	0.00 [0.00 ; 6.00]	0.00 [0.00 ; 6.00]	0.00 [0.00 ; 5.00]	0.00 [0.00 ; 3.00]
Consommation pendant le confinement (Score /6)					
Moyenne (écart type)	2.00 (1.99)	1.25 (2.23)	0.332 (1.22)	0.22 (0.857)	0.060 (0.256)
Médiane [min ; max]	1.00 [0 ; 6.00]	0.00 [0.00 ; 6.00]	0.00 [0.00 ; 6.00]	0.00 [0.00 ; 6.00]	0.00 [0.00 ; 2.00]
Différence de score					
Moyenne (écart type)	-0.0819 (1.24)	-0.0431 (0.707)	-0.00431 (0.648)	0.052 (0.707)	0.0043 (0.316)
Médiane [min ; max]	0 [-5.00 ; 4.00]	0 [-5.00 ; 6.00]	0 [-3.00 ; 6.00]	0 [-3.00, 5.00]	0 [-2.00, 2.00]
Évolution					
Augmentation de la consommation	43 (18.5%)	14 (6,0%)	12 (5.2%)	12 (5.2%)	7 (3%)
Consommation identique	139 (59.9%)	196 (84.5%)	201 (86.6%)	207 (89.2%)	218 (94%)
Diminution de la consommation	50 (21.6%)	22 (9.5%)	19 (8.2%)	13 (5.6%)	7 (3%)
A commencé la consommation	4 (1.72%)	2 (0.86%)	4 (1.72%)	6 (2.59%)	7 (3.02%)
A arrêté la consommation	36 (15.5%)	17 (7.32%)	19 (8.19%)	13 (5.60%)	6 (2.59%)
Ne consommait pas du tout (avant/pendant)	9 (3.88%)	136 (58.6%)	191 (82.3%)	196 (84.4%)	213 (91.8%)

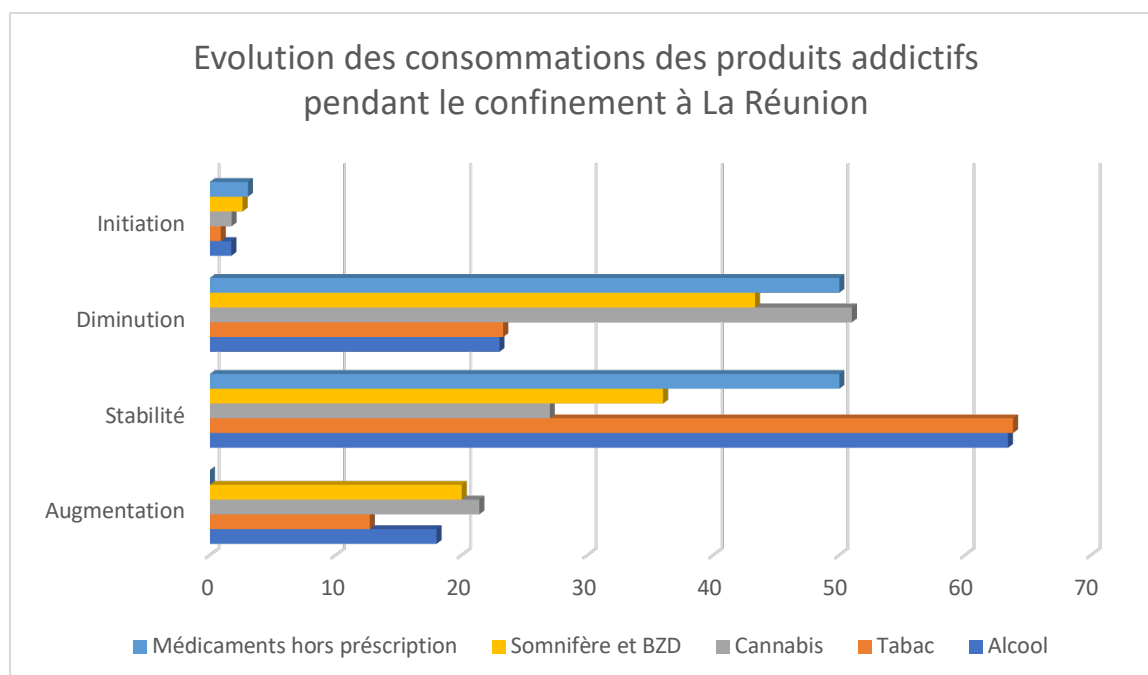


Figure 9 : Diagramme représentant les évolutions des consommations des produits addictifs entre les périodes "avant et "pendant" le confinement à la réunion

6. Modification d'utilisation des écrans

Concernant l'utilisation des écrans, toute période confondue, les sondés indiquaient utiliser majoritairement comme support le téléphone à 93,5% (n=217), l'ordinateur à 80,2% (n=188) et la télévision à 68,5% (n=159).

Avant le confinement, le temps moyen passé devant un écran était de 3,20 heures / jour avec un écart type de 2,13 heures / jour.

Pendant le confinement, les sondés rapportent une augmentation de cette consommation à une moyenne de 5,39 heures / jour avec un écart type de 2,62 heures / jour.

Le delta moyen d'augmentation de temps constaté entre avant et pendant le confinement est donc de 2,19 heures / jour (écart type de 2,07 heures / jour).

En effet, 71,6% (n=166) des sondés rapportaient avoir augmenté leur temps quotidien devant un écran contre une seulement 1,7% (n=4) qui rapportaient une baisse de cette consommation.

Pendant le confinement les trois supports majoritairement utilisés par les répondants étaient les réseaux sociaux à 61,2% (n=142), les plateformes de film / série (Netflix ...) à 56,9% (n=132) et la navigation internet à 55,6% (n=129)

13,3% (n=31) des sondés ont par ailleurs affirmé présenter une inquiétude concernant leur modification d'habitude en termes d'utilisation d'écran.

Les facteurs significativement associés à une augmentation du temps passé devant les écrans pendant le confinement étaient le fait d'utiliser un téléphone ($\beta = 1,23$), de vouloir se divertir ($\beta = 0,853$), un manque d'activité / ennui ($\beta = 0,929$), désir de créer du lien social et de communiquer ($\beta = 0,853$), le télétravail ($\beta = 0,684$), le fait de regarder des films / séries ($\beta = 0,572$), l'inquiétude vis-à-vis des modifications d'habitudes en termes d'utilisation des écrans ($\beta = 0,892$).

Les facteurs significativement associés à une diminution du temps passé devant les écrans étaient le fait de travailler sur site ($\beta = -0,728$), le fait d'être marié ou en couple ($\beta = -0,807$) et une consommation d'écran faible avant confinement ($\beta = -0,213$ par heure quotidienne en moins avant confinement).

Tableau 3 : Table descriptive aux habitudes et à l'évolution du temps passé devant les écrans.

	Effectif (N=232)
Types d'écrans utilisés	
Téléphone	217 (93.5%)
Ordinateur	186 (80.2%)
Console de jeu	36 (15.5%)
Tablette	72 (31.0%)
Télévision	159 (68.5%)
Temps quotidien passé sur écran avant le confinement (heures/jour)	
Moyenne (écart type)	3.20 (2.13)
Médiane [min ; max]	3.50 [0.500 ; 10.0]
Temps quotidien passé sur écran pendant le confinement (heures/jour)	
Moyenne (écart type)	5.39 (2.62)
Médiane [min ; max]	5.50 [0.500 ; 10.0]
Différence (heures/jour)	
Moyenne (écart type)	2.19 (2.07)
Médiane [min ; max]	2.00 [-2.00 ; 9.50]

	Effectif (N=232)
Evolutions	
Augmentation de la consommation	166 (71.6%)
Consommation identique	62 (26.7%)
Diminution de la consommation	4 (1.7%)
A commencé la consommation	0 (0%)
A arrêté la consommation	0 (0%)
Ne consommait pas du tout (avant/pendant)	0 (0%)
Supports	
Jeux vidéo	27 (11.6%)
Jeux en ligne	20 (8.6%)
Réseaux sociaux (Facebook, Instagram, Snapchat...)	142 (61.2%)
Chat / Discussion en ligne	44 (19.0%)
Télévision	96 (41.4%)
Film / série (Netflix ...)	132 (56.9%)
Navigation internet	129 (55.6%)
Mails	2 (0.9%)
Formations en ligne	2 (0.9%)
Aviez-vous un cadre ou une limite temporelle quotidienne d'exposition aux écrans	
Avant confinement	73 (31.5%)
Pendant confinement	50 (21.6%)
Inquiétude vis-à-vis des modifications d'habitudes en termes d'utilisation des écrans	
	29 (12.5%)

7. Évolution des consommations alimentaires et de l'activité physique pendant le confinement.

- Aliments :

La moyenne d'évolution du poids en kg entre avant et pendant le confinement était d'environ 1,11 kg avec un écart type de 3,22 kg.

Pendant le confinement 43,5% (n=101) des sondés rapportait une augmentation de leur poids, 42,7% (n=99) rapportait un poids identique contre 13,8% (n=32) qui rapportait une diminution du poids.

Concernant l'évolution des habitudes alimentaires, les caractéristiques qui pouvait expliquer cette variation de poids sont les suivantes :

- 33,6% (n=78) des sondés estimaient manger plus souvent contre 6,0% (n=14) moins souvent.
- 25,9% (n=60) des sondés estimaient manger en plus grande quantité contre 7,3% (n=17) qui estimaient manger en moins grande quantité.

Une inquiétude vis-à-vis des modifications d'habitudes alimentaires touchaient 18,1% (n=42) de la population étudiée.

Les facteurs significativement associés à une prise de poids pendant le confinement étaient le fait d'avoir un diplôme, d'être artisan, commerçant ou chef d'entreprise ($\beta = 4,06$) par rapport à la référence qui n'as jamais travaillé, la présence de difficultés financières pendant le confinement ($\beta = 2,56$), un nombre plus important de personnes dans le logement ($\beta = 0,0212$ par personne supplémentaire), un logement jugé insuffisamment grand ($\beta = 2,02$), un antécédent d'obésité ($\beta = 4,03$), une consommation jugée influencée par le confinement ($\beta = 1,32$), un indice de masse corporelle avant confinement plus important ($\beta = 0,00912$ pour chaque point d'IMC supplémentaire), le fait de déclarer manger moins sain ($\beta = 2,40$), en plus grande quantité ($\beta = 2,28$) et plus souvent ($\beta = 2,49$), ainsi que l'expression d'inquiétudes vis-à-vis de modifications des habitudes alimentaires ($\beta = 2,74$).

Les facteurs significativement associés à une perte de poids étaient le fait de déclarer manger plus sain ($\beta = -1,34$), en moindre quantité ($\beta = -2,94$) et moins souvent ($\beta = -2,32$).

Tableau 4 : Table descriptive relative à l'évolution de l'alimentation et du poids pendant le confinement.

	Effectif (N=232)
Taille (en cm)	
Moyenne (écart type)	165 (14.4)
Médiane [min ; max]	165 [4.00 ; 191]
Valeurs manquantes	2 (0.9%)
Poids avant confinement (en kg)	
Moyenne (écart type)	67.8 (38.1)
Médiane [min ; max]	62.0 [0 ; 582]
Valeurs manquantes	3 (1.3%)
Indice de masse corporelle (kg/m²)	
Moyenne (écart type)	30.0 (82.0)
Médiane [min ; max]	23.1 [0 ; 1250]

	Effectif (N=232)
Valeurs manquantes	3 (1.3%)
Evolution du poids (en kg)	
Moyenne (écart type)	1.11 (3.22)
Médiane [min ; max]	0 [-7.50 ; 12.5]
Evolutions	
Augmentation du poids	101 (43.5%)
Poids identique	99 (42.7%)
Diminution du poids	32 (13.8%)
Modification de l'alimentation	
Moins saine	61 (26.3%)
Plus saine	67 (28.9%)
Moins grande quantité	17 (7.3%)
Plus grande quantité	60 (25.9%)
Plus souvent	78 (33.6%)
Moins souvent	14 (6.0%)
Inquiétude vis-à-vis des modifications d'habitudes alimentaires	42 (18.1%)

- Activité physique :

Concernant l'évolution du temps passé à pratiquer une activité physique entre /pendant et avant le confinement, l'évolution moyenne a été de -0,384 heure / semaine.

35,3% (n=82) des patients rapportaient une diminution de leur activité physique, 43,5% rapportaient quant à eux, une activité physique identique et 21,1% (n=49) une augmentation du temps hebdomadaire alloué à leurs activités physiques.

Par ailleurs, 19,8% (n=46) des répondants ont arrêté toute activité physique pendant le confinement.

Les facteurs significativement associés à une augmentation du volume horaire hebdomadaire alloué à l'activité physique étaient le fait d'être en télétravail ($\beta = 1,20$), un nombre plus élevé de personnes dans le logement ($\beta = 0,0161$ par personne supplémentaire), un score de vécu plus élevé ($\beta = 0,487$ par point supplémentaire).

Les facteurs significativement associés à une diminution du volume horaire étaient un âge plus élevé ($\beta = -0,0423$ par année de vie supplémentaire), le fait d'être inactif ayant déjà

travaillé (par rapport à une personne n'ayant jamais travaillé, $\beta = -1,62$), un volume horaire hebdomadaire d'activités physiques faible avant confinement ($\beta = -0,515$ par heure supplémentaire), une inquiétude vis-à-vis des modifications d'habitudes en termes d'activités physiques ($\beta = -1,91$).

Tableau 5 : Table descriptive relative à l'évolution de l'activité physique pendant le confinement.

	Effectif (N=232)
Évolution de l'activité physique	
Augmentation de l'activité	49 (21.1%)
Activité identique	101 (43.5%)
Diminution de l'activité	82 (35.3%)
Arrêt de toute activité pendant le confinement	46 (19.8%)
Initiation d'une activité pendant le confinement	9 (3.9%)
Temps hebdomadaire consacré à l'activité physique avant confinement (en heures)	
Moyenne (écart type)	2.67 (2.36)
Médiane [min ; max]	2.00 [0 ; 10.5]
Temps hebdomadaire consacré à l'activité physique pendant confinement (en heures)	
Moyenne (écart type)	2.28 (2.43)
Médiane [min ; max]	2.00 [0 ; 10.5]
Différence	
Moyenne (écart type)	-0.384 (2.47)
Médiane [min ; max]	0 [-6.50 ; 8.50]
Inquiétude vis-à-vis des modifications en termes d'activités physiques	61 (26.3%)

IV. Discussion

A. Principaux résultats

L'étude COVICTION nous a permis de collecter une quantité importante de données relatives à l'évolution des fréquences de consommation lors du premier confinement sur l'île de la Réunion. Ainsi, il est possible de décrire les modifications comportementales et certains ressentis dans notre population. L'hypothèse initiale qui a motivé la réalisation de ce travail était qu'il existait une influence du confinement sur les conduites addictives.

C'est pourquoi, l'objectif principal de notre étude était de mesurer les variations de fréquence de consommation de différents produits et comportements à potentiel addictif avant et pendant l'épisode de confinement a bien été réalisé. Il apparaît dans nos résultats plusieurs tendances selon les produits étudiés.

Le vécu du confinement a été hétérogène selon les patients ; 83 % de l'effectif ont vécu cette expérience de « passable » à « très bien » tandis que 17 % ont vécu ce confinement « mal » à « très mal ». Un pool de 36,5% de patients sondés a déclaré ressentir une influence du confinement sur leur propre consommation (tout produit confondu). Il faut également noter qu'un sentiment d'inquiétude, face aux modifications des consommations, a visé plus de 10% des patients sondés.

Concernant l'objectif principal de notre étude qui était de mesurer la variation de fréquence de consommation moyenne au sein de la population étudiée, nous pouvons noter un recul global très modéré de la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis ainsi qu'une faible augmentation concernant la consommation de médicaments avec et hors prescription médicale. Étant donné les faibles variations de delta de score entre les deux périodes, il est difficile de conclure uniquement sur ces chiffres. Cependant, il faut bien noter la prévalence de consommateurs entre « avant » et « pendant » le confinement avait diminué pour tous les produits étudiés et respectivement de 14 et 6 % pour l'alcool et le tabac.

Parmi les consommateurs d'alcool et de tabac avant le confinement, deux tiers des patients déclaraient une consommation similaire entre les deux périodes. Environ un quart de l'effectif déclarait avoir diminué ou arrêté sa consommation et environ 15 % déclaraient une augmentation de la fréquence de consommation. L'alcool a été identifié comme étant le produit

étudié, dont les modifications de fréquence de consommation ont concerné le plus de patients soit environ 41% de notre échantillon.

La consommation de cannabis a quant à elle été complètement arrêté chez 51% des consommateurs antérieur au confinement. Environ 21 % des consommateurs déclarait par ailleurs avoir augmenté leur consommation basale de cannabis, un chiffre plus important que pour les autres produits étudiés.

L'augmentation des écarts type associée aux consommations moyennes entre les périodes « avant » et « pendant » le confinement est remarquable. Cette augmentation de l'écart type pendant le confinement traduit le fait que (malgré une tendance globale en diminution des fréquences de consommation moyenne de ces trois produits) certains usagers ont fortement augmenté ou diminué leur propre consommation pendant la période de confinement. Il est possible de constater l'hétérogénéité des évolutions des fréquences de consommation sur les diagrammes relatifs à chaque produit. Ce dernier nous indique qu'une partie des consommateurs a ainsi fortement augmenté voir été décompensé sa consommation, notamment pour le cannabis, les hypnotiques et les BZD. Par ailleurs un nombre non négligeable (plus de 16% de chaque effectifs) de sondés consommateurs occasionnel ou régulier avant le confinement déclaraient un arrêt total du produit (alcool, tabac et cannabis) pendant le confinement

Au-delà de ces tendances globales, Il y a donc une évolution des fréquences de consommation individuelle induite par cette expérience de confinement.

Après réalisation d'analyses multivariés, les facteurs communs principaux associés à l'augmentation des consommations (alcool, tabac et cannabis) étaient de deux natures différentes :

- L'isolement social associé à une tristesse de l'humeur et / ou des antécédents psychiatriques étaient chez certains patients un facteur d'augmentation important des consommations.
- Le caractère social et collectifs des consommations ayant été préservé dans certains foyer (ex : collocation), a également influencé positivement certaines consommations.

Le principal facteur associé à la diminution de consommation était l'isolement social et la solitude. Ce dernier était un facteur protecteur important des consommations d'alcool de tabac et de cannabis.

Concernant les consommations de médicaments, nos résultats ont montré une tendance à l'augmentation très modérée de la fréquence de consommation moyenne de ces produits. Le

delta moyen de fréquence de consommation de médicaments avec et hors prescription constaté a donc augmenté. Paradoxalement 43 % des consommateurs occasionnels ou régulier de médicament type somnifère ou BZD ont stoppé leur consommation et seulement 20% de l'effectif déclaraient avoir augmenté cette dernière.

Tout comme l'alcool, le tabac et le cannabis, une augmentation de l'écart type associé aux consommations moyennes entre les périodes « avant » et « pendant » nous oriente vers une évolution importante de la fréquence de consommation de certains usagers. Ainsi nous avons pu constater que la population ayant consommé des somnifères et BZD pendant le confinement, a considérablement augmenté sa fréquence de consommation avec certain delta de score allant jusqu'à +5. Les facteurs principaux issus de l'analyse multivariée associés à une augmentation de consommation sont nombreux. Ceux retrouvés avec un coefficient β plus élevé sont principalement orientés sur la carence en contact social : ainsi, « le manque d'activité / ennui », « l'anxiété / stress induits par le confinement » et « l'isolement social / tristesse / solitude » semblaient être les plus pourvoyeurs d'incrémentation de consommation.

Concernant les objectifs secondaires, les modifications de pratiques en termes d'exposition aux écrans ont ici été décrites. Ainsi une augmentation massive de l'exposition aux écrans est ici avancée. Une augmentation moyenne de 2,2 heures supplémentaires par jour rapportant la moyenne des sondés à une exposition de 5,4 heures quotidienne pendant le confinement. Environ 72% de l'effectif était concerné par l'augmentation du temps passé devant les écrans. Le type d'écran le plus plébiscité par les usagers était le smartphone. Les facteurs principaux associés à l'augmentation importante de temps passé devant un écran étaient « l'ennui » et « le fait de posséder un smartphone ». Il faut noter qu'une part non négligeable des sondés (13,3%) indiquaient être inquiets de ce changement d'habitude relatif à leur exposition aux écrans.

Pendant ce premier confinement, la moyenne d'évolution du poids en kg entre avant et pendant le confinement était d'environ 1,11 kg ; 43,5% de l'effectif sondé était ainsi concerné par une prise de poids. Cette évolution du poids moyen pouvait s'expliquer par le fait qu'un quart des sondés mangeait en plus grande quantité et moins sainement et également par le fait qu'un tiers de la population estimait manger plus souvent qu'avant le confinement. L'analyse multivariée a révélé qu'être diplômé, artisan, commerçant ou chef d'entreprise, ou avoir présenté des difficultés financières pendant le confinement ou encore avoir un antécédent d'obésité, un facteur de risque corrélé de prise de poids supérieur ou égal à 2,5 kg.

Une inquiétude vis-à-vis des modifications d'habitudes alimentaires touchait 18,1% de la population étudiée.

Concernant l'évolution du temps passé à pratiquer une activité physique, entre pendant et avant le confinement, l'évolution moyenne a été de -0,384 heures / semaine. Environ 35,3% des patients rapportaient une diminution de leur activité physique, 43,5% rapportaient une activité physique identique. Par ailleurs 19,8% des répondants ont arrêté toute activité physique pendant le confinement.

Une sédentarisation effective est bien mise en avant par les résultats précédents. L'inquiétude vis-à-vis des modifications de consommation est présente chez de nombreux patients et doit impérativement alerter.

B. Discussion de la méthode

1. Choix de la méthode : l'analyse quantitative

Le modèle « bio-psycho-social » de la médecine générale implique d'avoir diverses méthodes de recherche et de recueil des données. Le modèle de recherche quantitatif est connu pour être le modèle qui permet le mieux de tester des hypothèses et des théories. En nous appuyant sur une littérature certes maigre mais pertinente, nous avons embrassé les courants dominants hypothético-déductifs et ainsi élaboré un modèle sur une base de recherche quantitative. (43)

Concernant notre étude, il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive. Cette étude visait à recueillir une quantité de données répondant à une question de recherche précise : quelles sont les variations de fréquence de consommation de produits à potentiel addictif induites par le premier confinement inhérent au COVID-19 sur le territoire réunionnais ? Le modèle quantitatif permettant une étude plus large avec un plus grand nombre de sujets était, là encore, le plus adapté pour répondre à notre question de recherche.

Dans le cadre d'un recueil de données rétrospectif portant sur les modifications de consommation induites par le confinement, la méthode quantitative était la plus pertinente, car

permettant de mesurer plus précisément et rigoureusement les variables utilisées. Lors de l'élaboration de notre stratégie méthodologique nous nous sommes appuyés sur les méthodologies utilisées dans plusieurs études similaires.(35)(32)(44)

Notre but initial était donc d'évaluer, de mesurer et d'obtenir des données chiffrées concernant les éventuelles modifications de conduites addictives induites par le confinement sur territoire réunionnais. En effet, de nombreux auteurs à travers l'Europe et le monde entier se sont rapidement penchés sur les problématiques touchant aux champs des addictions, de la psychologie et des tendances de consommation en rapport avec le confinement. (3)(17)(45) Notre enquête a également cherché à évaluer une série de facteurs (critère de jugement secondaire), notamment concernant les données sociodémographiques, de santé, ainsi que certains comportements et attitudes liés à l'isolement induit par cette expérience de confinement.

D'autres études ont opté pour des méthodologies différentes et plus objectives grâce par exemple à l'exploration des taux d'EtG (Ethylglucoronide) capillaires dans une population contrôlée afin d'évaluer l'impact du confinement sur les consommations d'alcool. Ce type d'étude a bien entendu nécessité des ressources et moyens importants.(46)

2. Forces de l'étude

Tout d'abord, s'il existait plusieurs travaux et études au niveau mondial sur le champ des addictions, peu de données relatives aux thématiques confinement et addiction existaient sur le territoire réunionnais. L'étude CONFINAOU dirigée par le CHU Sud Réunion s'est de son côté intéressée au vécu du confinement et ses conséquences sur la vie quotidienne ; nous ne disposons actuellement pas des données pour comparer nos résultats. Une des principales forces de cette étude est donc son originalité.

Par ailleurs, la taille de l'échantillon avec 295 répondants et 232 patients inclus représente une force certaine de notre étude. Ce panel important de patients nous permet donc d'augmenter la validité externe de notre étude.

Comme stipulé dans les paragraphes précédents, la méthodologie utilisée s'appuie sur les principes de l'étude quantitative. Cette dernière a été choisie et élaborée après une revue non

exhaustive de la littérature ainsi qu'après avis auprès du CIC (Centre d'Investigation Clinique de la réunion). Ceci nous permet donc d'augmenter la validité interne. Cette méthodologie nous a permis d'obtenir des données brutes et concrètes sur la thématique abordée et représente l'une des forces de notre étude.

L'étude COVICTION rapporte une analyse globale et individuelle des consommations et de l'influence du confinement sur certaines habitudes de vie. Il s'agit là aussi d'un des points forts du travail ici présenté.

L'un des atouts de notre travail est que cette dernière s'intéresse à un spectre de données relativement large (alcool, tabac, cannabis, médicaments, alimentation, écran et activité physique) et permet ainsi d'obtenir des tendances sur l'influence de ce confinement inédit sur la vie des réunionnais.

La comparaison des données ici obtenue avec le travail d'autres chercheurs nous permet d'augmenter la validité externe de l'étude. Les résultats obtenus suivent les tendances globales décrites dans de nombreux pays avec quelques spécificités territoriales.

3. Limites de l'étude

Concernant les limites de notre travail, plusieurs éléments sont notables.

Notre étude COVICTION a été réalisée avec un panel de 295 répondants. Cette dernière a été publiée sur les réseaux sociaux à travers plusieurs groupes cumulant plusieurs milliers de répondants potentiels. Pour exemple le questionnaire a été publié sur la page « Free Dom » d'un réseau social qui totalisait 196 754 abonnés. En regard du nombre de répondants potentiels le nombre de patient inclus dans l'étude peut paraître assez faible.

Notre étude a été réalisée en population générale via un auto-questionnaire mis en ligne sur internet ; cette dernière avait pour objectif, d'avoir une bonne validité externe et ainsi de pouvoir généraliser au mieux les résultats à la population générale réunionnaise. Plusieurs éléments ont malgré tout occasionné la présence de biais de sélection :

- Les sondages en ligne sont moins accessibles à une certaine catégorie de population ; ce type de recueil peut ainsi être à l'origine d'un biais de sélection.

- Dans notre population, 81,5% (n=189) des répondants étaient des femmes et leur niveau d'étude était « élevé » car 69,4% détenaient un niveau d'étude supérieur ou égal à une licence (BAC +3). Pour exemple sur le territoire réunionnais en 2017, en population générale, la prévalence de consommation quotidienne d'alcool chez les 18-75 ans était 2,7% chez les femmes et de 9% chez les hommes. Par ailleurs en 2014, à La Réunion, le diplôme et le niveau de revenu n'étaient pas associés à la consommation quotidienne d'alcool, contrairement à l'âge et au sexe pour lesquels il y avait une association significative indépendamment d'autres variables.(47). Nous pouvons également imaginer que ce biais de sélection peut être consécutif à un recrutement par cooptation professionnelle ou relationnelle du chercheur. Ce biais de sélection avec une surreprésentation féminine conduit probablement à une minimisation de l'estimation des consommations ; de fait il influencerait ainsi sur la qualité des données et diminuerait la validité externe de nos résultats.

Concernant ce biais de sélection, il est également probable que certains répondants se démarquent des sujets n'ayant pas répondu de par leurs caractéristiques ; nous pouvons imaginer que les patients les plus impactés par le confinement étaient plus à même de répondre et intéressés par le sujet (sur estimation possible des consommations) ou inversement, que les plus touchés n'aient pas souhaité répondre (sous-estimation possible).

Du fait d'une carence d'expérience dans le domaine de la recherche quantitative, un risque de biais d'investigation ne peut être exclu de ce travail. En effet, un recueil d'informations insuffisant ou incomplet ou encore des questions mal formulées au sein du questionnaire brut peuvent exister. Ce manque d'expérience a ainsi pu avoir des répercussions sur la qualité des données, des interprétations et a posteriori sur le travail de thèse. En effet, nous avons limité ce biais d'investigation grâce à l'expérience du Centre d'Investigation Clinique du CHU Sud Réunion, également grâce à l'aide d'un biostatisticien Docteur en Santé Publique, ainsi qu'à la lecture d'ouvrages divers portant sur le sujet.

Ce biais d'investigation cité dans le paragraphe précédent a, a posteriori, occasionné la présence de biais de confusion au sein de notre étude. La formulation de certaines propositions au sein du questionnaire ne se prêtait pas toujours bien à la recherche de facteurs influençant les consommations. Nous avons par exemple, proposé dans notre questionnaire des facteurs

augmentant ou diminuant les consommations. Dans les résultats, nous retrouvons des items dans la section "facteurs augmentant les consommations" qui sont en réalité, associés à une diminution des consommations et inversement. Cela est probablement dû à un biais de confusion : les sujets par exemple ont pu cocher "ma volonté" dans la section "facteurs réduisant" mais au final seuls ceux qui ont constaté une augmentation de leur consommation ont "nécessité" une volonté de réduire leurs habitudes. Paradoxalement la volonté de réduire est donc associée à une hausse des consommations.

L'enquête réalisée était rétrospective ; il peut donc y avoir un biais de mémorisation ou bien encore un biais de déclaration.

Dernier point qui constitue une des limites de notre travail, est que l'évaluation des consommations s'est principalement intéressée aux fréquences de consommation et non aux quantités de produits ingérés par les patients. Ceci constitue un point discutable sur l'évaluation des modifications de consommation de substance.

C. Discussion des résultats

1. Comparaison avec les résultats de la littérature

Nos résultats et les tendances propres à chaque produit ont déjà été décrits dans les paragraphes précédents. Une comparaison avec les données de la littérature a désormais toute son importance. En préambule de la comparaison de nos résultats avec ceux de la littérature, il semble important de rappeler brièvement les éléments de réflexion directeurs qui nous ont amenés à formuler les hypothèses initiales ayant servi de support à notre travail. En effet il est désormais admis que l'isolement prolongé est pourvoyeur de différents symptômes (SSPT, anxiété, trouble du sommeil etc.) pouvant occasionner une altération de la santé mentale. (10)(12)(14)(48) Ces différents troubles pouvant être induits par le vecteur d'expérience de confinement sont, quant à eux, reconnus comme étant des facteurs de risque de SUD. (48)(49)(2).

Concernant le vécu de confinement : une étude quantitative Espagnol s'est intéressée à examiner l'évolution de l'état psychologique de la population générale à travers un effectif de 1933 patients résidant au nord de l'Espagne. L'analyse des données sociodémographiques et psychologiques recueillis rapporte que plus d'un quart des participants a signalé des symptômes de dépression (27,5%), d'anxiété (26,9%) et de stress (26,6%).(16)

Une autre étude quantitative chinoise, s'intéressant au vécu du confinement par leur population rapporte que plus de la moitié de l'effectif des sondés qualifiait l'impact psychologique du confinement de modéré à sévère.(3) Les résultats des deux études citées précédemment orientent, aux même titre que nos résultats, vers l'idée que le confinement strict peut altérer la santé mentale des patients. Concernant notre étude réunionnaise, nous avons élaboré un score afin d'évaluer le vécu moyen du confinement. Pour mémoire le score obtenu était de 2,47 (2 = passable, 3 = Mal), ce qui semble aller dans le même sens que la littérature.

Concernant les modifications de consommation d'alcool secondaire aux notions de confinement et de pandémie, plusieurs études dans de nombreux pays à travers le monde ont tenté d'évaluer et de chiffrer ses changements. La tendance globale baissière décrite pour le territoire réunionnais semble être une réalité pour presque tous les pays au niveau mondiale. (50) Une étude transversale européenne rapporte une diminution modéré au cours des premiers mois de pandémie dans 20 des 21 pays étudiés (45).

Une étude française portant sur le premier confinement nous donne une orientation similaire sur l'évolution des consommations d'alcool : 10,7% ont déclaré une augmentation de leur consommation d'alcool depuis le confinement et 24,4% ont signalé une diminution. (32)

D'autres études orientent également vers une diminution globale minime de la consommation d'alcool.(35)(31). Dans la revue de littérature réalisée, les facteurs principaux associés à une augmentation de consommation étaient la tranche d'âge de 18 à 45 ans et les patients associés à des troubles psychiques ou une précarité économique. (44)(32)(29)(30)

L'atteinte pulmonaire étant une des principales causes de mortalité de la COVID -19, la relation entre tabac et COVID-19 a été de ce fait largement étudiée et a suscité de nombreuses interrogations.(51)(27)

Concernant l'évolution des consommations de tabac, comme d'autres études, nous avons enregistré un recul de la fréquence de consommation sur le territoire réunionnais.(23)

Cependant les résultats de certains papiers sont plus contrastés.(50)

Dans une enquête transversale en ligne réalisée en France, un nombre plus important de sondés indiquait une augmentation de leur consommation (26,7% d'augmentation contre 18,6% de diminution)(32). La détérioration de la santé mentale et du bien-être psychosocial étaient liés à l'augmentation du tabagisme.(22)

Concernant la consommation de cannabis et son évolution, la littérature est moins abondante que pour la question du tabac et de l'alcool. La tendance sur l'ensemble de la population était sur le territoire réunionnais à la stabilité voir à la baisse avec cependant une profonde variabilité interindividuelle. Par ailleurs, comme nous le suggère une étude transversale canadienne, parmi ceux qui ont consommé du cannabis, la moitié de l'effectif a augmenté sa consommation de cannabis par rapport à l'avant pandémie.(52) (53) Ainsi, concernant les fumeurs de cannabis, la question de réduction des risques doit clairement se poser, du fait du risque de l'augmentation de la consommation des fumeurs réguliers.

Concernant le confinement et son impact, des modifications des conduites alimentaires et ces répercussions ont été évalué par une étude quantitative italienne. Cette dernière rapportait des résultats concordants avec notre étude COVICTION. En effet 33,5% des répondants déclarent une influence de la période pandémique sur les pratiques nutritionnelles, 58,8 % ont signalaient une modification positive du poids et la réduction de l'activité physique était signalée pour 70,5 % des répondants.(39) Les modification régime alimentaires, de fréquence de consommation alimentaire et d'activité physique lié au confinement ont présenté une corrélation positive sur le poids des patients.(40) Il s'agit ici d'une forme de sédentarisation de la population. De nombreuses études convergent sur les mêmes résultats ; Ainsi la population générale a présenté une tendance à l'augmentation des apports caloriques, une diminution du temps alloué aux activités physiques et une augmentation du temps passé devant les écrans.(40)(54)

L'addiction à internet et aux écrans est un trouble nouvellement émergent. Cette dépendance est associé à une large variété de trouble psychiatrique.(41). La solitude est corrélé positivement aux utilisation d'écran et d'internet (55). Il semblait donc essentiel dans ce travail d'évaluer l'utilisation et le temps passé les écrans. Comme nous l'avons constaté une augmentation du temps passé devant les écrans été également effective sur le territoire réunionnais ; en moyenne notre échantillon passait 2,19 heures / jours de plus devant les écrans. Il s'agit là d'une probable

stratégie d'adaptation à un évènement particulier. Cependant comme le décrit certains articles, une partie de la population ne retrouve pas l'utilisation antérieure « d'avant confinement ».(56)

2. Perspectives

Il est urgent de cibler ces populations et de mettre en place des stratégies de prévention adaptées à d'éventuelles futures crises impliquant une forme de confinement. (57) L'implication des pouvoirs publics et des ARS en matière de prévention doit rester totale. Les facteurs de risque d'augmentation des consommations rapportés dans notre étude doivent permettre d'améliorer la prévention primaire et secondaire auprès des populations à risques. La médecine générale a donc un rôle fondamental et doit se saisir au mieux de ces tendances afin de mieux suivre et protéger les populations les plus vulnérables.

Une approche complémentaire dans certains domaines comme l'alimentation et l'utilisation des écrans ou bien l'évolution du jeu et de sa dépendance, serait nécessaire afin de parfaire et mieux comprendre les tendances résultantes. (54)

V. Conclusion

La pandémie COVID-19 a largement montré qu'elle avait modifié les habitudes de vie quotidiennes et bouleversées les habitudes de consommation de produits licites et illicites. En moyenne, la consommation d'alcool, tabac et de cannabis semble avoir stagnée voire diminuée sur le territoire réunionnais pendant le premier épisode de confinement. Cependant force est de constater, qu'un cinquième des sondés a vu la fréquence de sa consommation d'alcool augmenter. Les facteurs associés aux majorations de consommation de différents produits étudiés étaient connexes : vulnérabilité aux symptômes signant une souffrance mentale et un isolement social semblaient être des dénominateurs communs.

Un tiers des sondés a affirmé que le confinement avait influencé leurs différentes consommations de produits et 10 % déclaraient être inquiets de ces modifications de consommation.

Face aux différents facteurs de stress psychosociaux induits par la crise sanitaire COVID-19 et le confinement vécu par la population réunionnaise, des stratégies d'adaptation des consommations ont émergé. Majoration du temps passé devant les écrans, augmentation des apports alimentaires et diminution de l'activité physique sont des éléments remarquables.

Face à ces modifications de tendances de consommation et à cette sédentarisation effective, il semble nécessaire d'agir et prévenir les usages excessifs, de mieux cibler les populations à risque et d'adapter les moyens sanitaires mis en œuvre pour prévenir et traiter les dommages induits. La médecine générale doit donc se saisir des données relatives aux facteurs de risque liés aux modifications de consommation de produits afin d'assurer et d'optimiser les stratégies et parcours de soins dans le domaine de l'addictologie.

Les communautés professionnelles territoires de santé ont vu leurs missions socles d'accès aux soins, de prévention et de parcours être élargies à celle de gérer des crises sanitaires sur leur territoire. Elles pourraient venir en soutien des professionnels de santé pour leur permettre d'améliorer le soutien et l'accompagnement de personnes à risque et notamment des personnes en situation de vulnérabilité.

VI. Annexes

A. Tableaux annexes

Tableau annexe 1 : Études de facteurs relatif à la consommation d'alcool

Facteurs	Coefficient Beta	P-value
Sexe féminin	-0,072 [-0,487 ; 0,343]	0,733
Age	0,00444 [-0,00973 ; 0,0186]	0,537
Niveau d'étude	Référence	
Aucun diplôme		
Brevet des collèges	0,143 [-1,84 ; 2,12]	0,887
CAP / BEP	0,084 [-1,03 ; 1,19]	0,882
BAC ou BAC professionnel	0,192 [-0,819 ; 1,2]	0,709
Licence (BAC +3)	0,159 [-0,827 ; 1,14]	0,751
Master Doctorat (BAC +5 et plus)	-0,0693 [-1,04 ; 0,897]	0,888
Autre formation ou qualification (ex: secourisme etc ...)	0,393 [-1,16 ; 1,94]	0,618
Profession	Référence	
Personne n'ayant jamais travaillé		
Inactif ayant déjà travaillé	0,17 [-0,603 ; 0,943]	0,666
Ouvrier	-0,133 [-1,7 ; 1,44]	0,867
Employé	0,216 [-0,498 ; 0,93]	0,552
Profession intermédiaire (Professeur, travailleur social etc ...)	0,114 [-0,652 ; 0,88]	0,769
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	0,311 [-0,735 ; 1,36]	0,559
Agriculteur exploitant	0,2 [-1,67 ; 2,07]	0,833
Cadre et profession intellectuelle supérieure	0,0219 [-0,682 ; 0,726]	0,951
Appartenance au corps médical ou paramédical	0,00379 [-0,329 ; 0,336]	0,982
Travail pendant le confinement		
Non	Référence	
Oui, en télétravail	-0,364 [-0,797 ; 0,0683]	0,0984
Oui, sur site	0,0105 [-0,35 ; 0,371]	0,954
Perte de revenus pendant le confinement	0,106 [-0,278 ; 0,49]	0,586
Difficultés financières pendant le confinement	0,197 [-0,252 ; 0,647]	0,388
Situation maritale	Référence	
Célibataire		
Marié(e) ou en couple	0,0938 [-0,275 ; 0,462]	0,617
Divorcé(e) ou séparé(e)	0,242 [-0,534 ; 1,02]	0,54
Veuf ou Veuve	0,159 [-1,3 ; 1,62]	0,83
Vivant seul avant le confinement	-0,0334 [-0,438 ; 0,371]	0,871
Vivant seul pendant le confinement	-0,0708 [-0,486 ; 0,344]	0,737
Nombre de personnes dans le même logement pendant le confinement	0,00222 [-0,00223 ; 0,00666]	0,327
Localisation du logement	Référence	
Dans les hauts		
Logement dans les bas	-0,222 [-0,556 ; 0,113]	0,193
Type de logement pendant le confinement	Référence	
En maison individuelle en dur		
En appartement privé	-0,317 [-0,696 ; 0,0616]	0,1
Kaz en parpaing / bois / tôle	0,577 [-0,262 ; 1,42]	0,177
En appartement (location avec bailleur social)	-0,0184 [-0,548 ; 0,511]	0,945
Logement jugé insuffisamment grand pendant le confinement	0,0876 [-0,568 ; 0,743]	0,793
Équipement du logement		
Balcon	0,0448 [-0,298 ; 0,387]	0,797
Terrasse	0,254 [-0,0686 ; 0,577]	0,122

Facteurs	Coefficient Beta	P-value
Jardin	0,420 [0,0712 ; 0,768]	0,0185
Equipement sportif	-0,00575 [-0,378 ; 0,367]	0,976
Piscine	0,179 [-0,198 ; 0,555]	0,351
Suivi médical régulier	-0,209 [-0,531 ; 0,113]	0,202
Antécédents		
Dépression ou trouble psychiatrique	0,847 [0,179 ; 1,52]	0,0132
Diabète	0,288 [-0,822 ; 1,4]	0,61
Obésité	-0,0446 [-0,928 ; 0,839]	0,921
Maladie inflammatoire chronique	0,592 [-0,644 ; 1,83]	0,346
Sorties pour motif dérogatoire	0,0894 [-0,639 ; 0,817]	0,809
Sorties en dehors des motifs dérogatoires	0,0296 [-0,36 ; 0,419]	0,881
Véçu (score / 4)	-0,0837 [-0,231 ; 0,0638]	0,265
Recours à un dispositif de soutien médico-psychologique pour conduites addictives	0,19 [-0,604 ; 0,984]	0,637
Consommations influencées par le confinement	0,548 [0,23 ; 0,866]	<0,001
Alcool avant le confinement (score /6)	-0,066 [-0,162 ; 0,0304]	0,179
Facteurs ayant diminué la consommation		
Ma volonté	0,0484 [-0,312 ; 0,409]	0,792
Anxiété d'altérer mon état de santé	1,52 [0,785 ; 2,25]	<0,001
Isolement social / Solitude	-1,44 [-1,94 ; -0,947]	<0,001
Difficulté à vous procurer le produit	-0,0629 [-1,01 ; 0,88]	0,896
Influence / présence de l'entourage	0,697 [-0,41 ; 1,8]	0,216
Augmentation du prix du produit	0,0823 [-2,38 ; 2,54]	0,948
Facteurs ayant augmenté la consommation		
Isolement social / solitude / tristesse	1,02 [0,508 ; 1,53]	<0,001
Consommation sociale / festive (apéro Skype etc ...)	0,891 [0,51 ; 1,27]	<0,001
Anxiété /stress induit par le confinement	0,876 [0,416 ; 1,34]	<0,001
Absence de contraintes professionnelles	0,596 [-0,0178 ; 1,21]	0,057
Manque d'activité / ennui	0,952 [0,524 ; 1,38]	<0,001
Influence / présence de l'entourage	0,755 [0,32 ; 1,19]	<0,001
Contexte de consommation		
Chez moi, avec les membres de mon foyer	0,579 [0,264 ; 0,894]	<0,001
Chez moi, sur les réseaux sociaux (apéro skype etc ...)	0,245 [-0,12 ; 0,609]	0,188
En solitaire	0,61 [0,216 ; 1]	0,00252
En dehors de chez moi, à la boutique, avec les camarades	0,0837 [-1,03 ; 1,19]	0,882
Inquiétude sur la modification des consommations	0,468 [-0,0215 ; 0,958]	0,0608
Etat(s) de sevrage depuis le début du confinement	0,0876 [-0,568 ; 0,743]	0,793

Tableau annexe 2 : Études de facteurs relatif à la consommation de tabac

Facteur	Beta	P-value
Sexe féminin	0,0327 [-0,203 ; 0,269]	0,785
Age	0,00691 [-0,0011 ; 0,0149]	0,0907
Niveau d'étude		
Aucun diplôme		1
Brevet des collèges	-8,43e-16 [-1,11 ; 1,11]	1
CAP / BEP	0,294 [-0,329 ; 0,918]	0,354
BAC ou BAC professionnel	0,0244 [-0,543 ; 0,592]	0,933
Licence (BAC +3)	-0,0161 [-0,57 ; 0,537]	0,954

Facteur	Beta	P-value
Master Doctorat (BAC +5 et plus)	-0,162 [-0,705 ; 0,381]	0,558
Autre formation ou qualification (ex: secourisme etc ...)	0,25 [-0,62 ; 1,12]	0,572
Profession		
Personne n'ayant jamais travaillé		
Inactif ayant déjà travaillé	0,285 [-0,15 ; 0,72]	0,199
Ouvrier	0,133 [-0,751 ; 1,02]	0,767
Employé	0,101 [-0,301 ; 0,503]	0,621
Profession intermédiaire (Professeur, travailleur social etc ...)	0,19 [-0,241 ; 0,622]	0,385
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	0,0222 [-0,567 ; 0,612]	0,941
Agriculteur exploitant	0,133 [-0,919 ; 1,19]	0,803
Cadre et profession intellectuelle supérieure	-0,0311 [-0,427 ; 0,365]	0,877
Appartenance au corps médical ou paramédical	-0,0953 [-0,284 ; 0,0932]	0,32
Travail pendant le confinement		
Non	Référence	
Oui, en télétravail	-0,0932 [-0,34 ; 0,154]	0,458
Oui, sur site	0,0751 [-0,131 ; 0,281]	0,473
Perte de revenus pendant le confinement	-0,042 [-0,26 ; 0,176]	0,705
Difficultés financières pendant le confinement	0,0508 [-0,205 ; 0,307]	0,697
Situation maritale		
Célibataire	Référence	
Marié(e) ou en couple	-0,0144 [-0,221 ; 0,192]	0,891
Divorcé(e) ou séparé(e)	0,563 [0,129 ; 0,998]	0,0113
Veuf ou Veuve	0,0635 [-0,752 ; 0,879]	0,878
Vivant seul avant le confinement	0,298 [0,0711 ; 0,525]	0,0103
Vivant seul pendant le confinement	0,281 [0,0482 ; 0,514]	0,0183
Nombre de personnes dans le même logement pendant le confinement	0,00186 [-0,000658 ; 0,00439]	0,147
Localisation du logement		
Dans les hauts	Référence	
Logement dans les bas	0,1 [-0,09 ; 0,291]	0,3
Type de logement pendant le confinement		
En maison individuelle en dur	Référence	
En appartement privé	0,12 [-0,097 ; 0,337]	0,277
Kaz en parpaing / bois / tôle	0,197 [-0,283 ; 0,678]	0,419
En appartement (location avec bailleur social)	0,0463 [-0,257 ; 0,35]	0,764
Logement jugé insuffisamment grand pendant le confinement	0,0461 [-0,327 ; 0,419]	0,808
Équipement du logement		
Balcon	0,0256 [-0,169 ; 0,22]	0,796
Terrasse	-0,0251 [-0,21 ; 0,159]	0,789
Jardin	0,000000100 [-0,2 ; 0,201]	0,996
Équipement sportif	-0,149 [-0,36 ; 0,0614]	0,164
Piscine	0,0804 [-0,134 ; 0,294]	0,46
Suivi médical régulier	0,142 [-0,0407 ; 0,325]	0,127
Antécédents		
Dépression ou trouble psychiatrique	0,274 [-0,11 ; 0,657]	0,161
Diabète	0,248 [-0,382 ; 0,879]	0,438
Obésité	0,692 [0,198 ; 1,19]	0,00629
Maladie inflammatoire chronique	0,0439 [-0,661 ; 0,748]	0,902
Sorties pour motif dérogatoire	-0,0455 [-0,459 ; 0,369]	0,829
Sorties en dehors des motifs dérogatoires	-0,0955 [-0,317 ; 0,126]	0,395
Vécu (score / 4)	-0,0446 [-0,129 ; 0,0393]	0,296
Recours à un dispositif de soutien médico-psychologique pour conduites addictives	0,463 [0,0156 ; 0,911]	0,0426
Consommations influencées par le confinement	0,0576 [-0,128 ; 0,243]	0,541
Tabac avant le confinement (score /6)	-0,016 [-0,0587 ; 0,0267]	0,461
Facteurs ayant diminué la consommation		

Facteur	Beta	P-value
Ma volonté	-0,239 [-0,465 ; -0,0134]	0,0379
Anxiété d'altérer mon état de santé	0,738 [0,273 ; 1,2]	0,00198
Isolement social / Solitude	-0,719 [-1,42 ; -0,0211]	0,0435
Difficulté à vous procurer le produit	0,0446 [-0,458 ; 0,547]	0,861
Influence / présence de l'entourage	0,553 [-0,148 ; 1,25]	0,122
Augmentation du prix du produit	0,0446 [-0,458 ; 0,547]	0,861
Facteurs ayant augmenté la consommation		
Isolement social / solitude / tristesse	0,141 [-0,29 ; 0,572]	0,521
Consommation sociale / festive (apéro Skype etc ...)	0,854 [0,392 ; 1,32]	<0,001
Anxiété /stress induit par le confinement	0,395 [0,109 ; 0,681]	0,00701
Absence de contraintes professionnelles	0,189 [-0,183 ; 0,561]	0,319
Manque d'activité / ennui	0,193 [-0,113 ; 0,498]	0,216
Influence / présence de l'entourage	0,618 [0,194 ; 1,04]	0,00447
Contexte de consommation		
Chez moi, avec les membres de mon foyer	-0,0446 [-0,229 ; 0,139]	0,633
Chez moi, sur les réseaux sociaux (apéro skype etc ...)	-0,186 [-0,393 ; 0,0207]	0,0775
En solitaire	0,214 [-0,0123 ; 0,441]	0,0637
En dehors de chez moi, à la boutique, avec les camarades	0,657 [0,0316 ; 1,28]	0,0396
Inquiétude sur la modification des consommations	0,478 [0,196 ; 0,759]	<0,001
Etat(s) de sevrage depuis le début du confinement	0,189 [-0,183 ; 0,561]	0,319

Tableau annexe 3 : Études de facteurs relatif à la consommation de cannabis

B. Facteur	Beta	P-value
Sexe féminin	-0,148 [-0,363 ; 0,0673]	0,177
Age	-0,00215 [-0,00953 ; 0,00523]	0,566
Niveau d'étude	Référence	
Aucun diplôme		
Brevet des collèges	-2,11e-16 [-1,04 ; 1,04]	1
CAP / BEP	-3,36e-16 [-0,58 ; 0,58]	1
BAC ou BAC professionnel	-0,0488 [-0,577 ; 0,479]	0,856
Licence (BAC +3)	-7e-17 [-0,515 ; 0,515]	1
Master Doctorat (BAC +5 et plus)	-1,94e-16 [-0,505 ; 0,505]	1
Autre formation ou qualification (ex: secourisme etc ...)	0,25 [-0,56 ; 1,06]	0,543
Profession	Référence	
Personne n'ayant jamais travaillé		
Inactif ayant déjà travaillé	0,109 [-0,291 ; 0,509]	0,592
Ouvrier	0,2 [-0,613 ; 1,01]	0,628
Employé	0,265 [-0,105 ; 0,634]	0,16
Profession intermédiaire (Professeur, travailleur social etc ...)	0,257 [-0,14 ; 0,654]	0,203
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	-0,0222 [-0,564 ; 0,52]	0,936
Agriculteur exploitant	0,2 [-0,768 ; 1,17]	0,684
Cadre et profession intellectuelle supérieure	0,214 [-0,151 ; 0,578]	0,249
Appartenance au corps médical ou paramédical	0,0253 [-0,148 ; 0,198]	0,774
Travail pendant le confinement	Référence	
Non		
Oui, en télétravail	-0,0414 [-0,268 ; 0,185]	0,719
Oui, sur site	0,066 [-0,123 ; 0,255]	0,492
Perte de revenus pendant le confinement	-0,0678 [-0,268 ; 0,132]	0,505
Difficultés financières pendant le confinement	-0,0286 [-0,263 ; 0,206]	0,811
Situation maritale	Référence	
Célibataire		
Marié(e) ou en couple	-3,44e-17 [-0,192 ; 0,192]	1
Divorcé(e) ou séparé(e)	-2,61e-16 [-0,404 ; 0,404]	1

B. Facteur	Beta	P-value
Veuf ou Veuve	-0,333 [-1,09 ; 0,425]	0,387
Vivant seul avant le confinement	0,114 [-0,0963 ; 0,324]	0,287
Vivant seul pendant le confinement	0,0909 [-0,125 ; 0,307]	0,407
Nombre de personnes dans le même logement pendant le confinement	0,00183 [-0,000481 ; 0,00414]	0,12
Localisation du logement		
Dans les hauts	Référence	
Logement dans les bas	0,0119 [-0,163 ; 0,187]	0,893
Type de logement pendant le confinement		
En maison individuelle en dur	Référence	
En appartement privé	0,203 [0,00536 ; 0,4]	0,0441
Kaz en parpaing / bois / tôle	0,0504 [-0,387 ; 0,488]	0,821
En appartement (location avec bailleur social)	-0,0696 [-0,346 ; 0,207]	0,62
Logement jugé insuffisamment grand pendant le confinement	0,00461 [-0,337 ; 0,346]	0,979
Equipped du logement		
Balcon	0,0259 [-0,152 ; 0,204]	0,775
Terrasse	0,132 [-0,0363 ; 0,3]	0,124
Jardin	0,0145 [-0,169 ; 0,198]	0,877
Equipped sportif	-0,0632 [-0,257 ; 0,131]	0,521
Piscine	0,218 [0,0233 ; 0,412]	0,0284
Suivi médical régulier	0,182 [0,0152 ; 0,348]	0,0325
Antécédents		
Dépression ou trouble psychiatrique	0,0806 [-0,272 ; 0,433]	0,653
Diabète	0,209 [-0,369 ; 0,787]	0,477
Obésité	0,00446 [-0,456 ; 0,465]	0,985
Maladie inflammatoire chronique	0,00439 [-0,641 ; 0,65]	0,989
Sorties pour motif dérogatoire	-0,00455 [-0,384 ; 0,375]	0,981
Sorties en dehors des motifs dérogatoires	0,282 [0,0825 ; 0,481]	0,0058
Vécu (score / 4)	0,038 [-0,0389 ; 0,115]	0,332
Recours à un dispositif de soutien médico-psychologique pour conduites addictives	0,214 [-0,199 ; 0,626]	0,309
Consommations influencées par le confinement	0,166 [-0,00237 ; 0,335]	0,0533
Cannabis avant le confinement (score /6)	0,00544 [-0,0762 ; 0,0871]	0,896
Facteurs ayant diminué la consommation		
Ma volonté	0,252 [0,0141 ; 0,491]	0,038
Anxiété d'altérer mon état de santé	0,00439 [-0,641 ; 0,65]	0,989
Isolement social / Solitude	-1,35 [-2,07 ; -0,624]	<0,001
Difficulté à vous procurer le produit	0,68 [-0,0585 ; 1,42]	0,071
Influence / présence de l'entourage	2,02 [1,15 ; 2,89]	<0,001
Augmentation du prix du produit	1,01 [-0,267 ; 2,28]	0,121
Facteurs ayant augmenté la consommation		
Isolement social / solitude / tristesse	0,00439 [-0,641 ; 0,65]	0,989
Consommation sociale / festive (apéro Skype etc ...)	1,37 [0,875 ; 1,87]	<0,001
Anxiété /stress induit par le confinement	0,268 [-0,11 ; 0,646]	0,163
Absence de contraintes professionnelles	0,504 [0,168 ; 0,839]	0,00341
Manque d'activité / ennui	1,02 [0,39 ; 1,65]	0,00163
Influence / présence de l'entourage	1,39 [0,996 ; 1,79]	<0,001
Contexte de consommation		
Chez moi, avec les membres de mon foyer	0,0442 [-0,124 ; 0,213]	0,606
Chez moi, sur les réseaux sociaux (apéro skype etc ...)	0,206 [0,0171 ; 0,395]	0,0327
En solitaire	0,165 [-0,0424 ; 0,373]	0,118
En dehors de chez moi, à la boutique, avec les camarades	0,209 [-0,369 ; 0,787]	0,477
Inquiétude sur la modification des consommations	0,13 [-0,134 ; 0,393]	0,333
Etat(s) de sevrage depuis le début du confinement	-0,0667 [-0,408 ; 0,275]	0,701

Tableau annexe 4 : Études des facteurs relatifs à la consommation d'hypnotique / Benzodiazépines

Facteur	Beta	P-value
Sexe féminin	-0,0221 [-0,258 ; 0,214]	0,853
Age	0,00401 [-0,00403 ; 0,0121]	0,327
Niveau d'étude		
Aucun diplôme	Référence	
Brevet des collèges	-1,03e-14 [-1,13 ; 1,13]	1
CAP / BEP	-1,14e-14 [-0,631 ; 0,631]	1
BAC ou BAC professionnel	0,122 [-0,453 ; 0,696]	0,676
Licence (BAC +3)	0,129 [-0,431 ; 0,689]	0,65
Master Doctorat (BAC +5 et plus)	-0,0101 [-0,56 ; 0,539]	0,971
Autre formation ou qualification (ex: secourisme etc ...)	-1,23e-14 [-0,881 ; 0,881]	1
Profession		
Personne n'ayant jamais travaillé	Référence	
Inactif ayant déjà travaillé	-0,327 [-0,765 ; 0,111]	0,142
Ouvrier	-0,267 [-1,16 ; 0,623]	0,555
Employé	-0,17 [-0,575 ; 0,235]	0,409
Profession intermédiaire (Professeur, travailleur social etc ...)	-0,21 [-0,643 ; 0,224]	0,342
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	-0,267 [-0,86 ; 0,326]	0,376
Agriculteur exploitant	-0,267 [-1,33 ; 0,792]	0,62
Cadre et profession intellectuelle supérieure	-0,239 [-0,638 ; 0,159]	0,238
Appartenance au corps médical ou paramédical	-0,138 [-0,326 ; 0,0497]	0,149
Travail pendant le confinement		
Non	Référence	
Oui, en télétravail	0,271 [0,0266 ; 0,516]	0,03
Oui, sur site	0,153 [-0,051 ; 0,357]	0,141
Perte de revenus pendant le confinement	-0,0181 [-0,236 ; 0,2]	0,87
Difficultés financières pendant le confinement	-0,0273 [-0,283 ; 0,229]	0,834
Situation maritale		
Célibataire	Référence	
Marié(e) ou en couple	-0,0505 [-0,258 ; 0,157]	0,631
Divorcé(e) ou séparé(e)	0,437 [0,000000100 ; 0,873]	0,0499
Veuf ou Veuve	-0,0635 [-0,882 ; 0,755]	0,879
Vivant seul avant le confinement	-0,0374 [-0,267 ; 0,192]	0,749
Vivant seul pendant le confinement	-0,0064 [-0,242 ; 0,229]	0,957
Nombre de personnes dans le même logement pendant le confinement	-0,00189 [-0,00441 ; 0,000000100]	0,14
Localisation du logement		
Dans les hauts	Référence	
Logement dans les bas	-0,0309 [-0,221 ; 0,16]	0,75
Type de logement pendant le confinement		
En maison individuelle en dur	Référence	
En appartement privé	0,0221 [-0,195 ; 0,239]	0,842
Kaz en parpaing / bois / tôle	0,0823 [-0,399 ; 0,564]	0,736
En appartement (location avec bailleur social)	0,131 [-0,173 ; 0,435]	0,396
Logement jugé insuffisamment grand pendant le confinement	0,016 [-0,357 ; 0,389]	0,933
Equipement du logement		
Balcon	0,0198 [-0,175 ; 0,214]	0,841
Terrasse	-0,0467 [-0,231 ; 0,138]	0,618
Jardin	0,0324 [-0,168 ; 0,233]	0,751
Equipement sportif	-0,184 [-0,394 ; 0,0263]	0,0861
Piscine	0,0731 [-0,141 ; 0,287]	0,502
Suivi médical régulier	0,134 [-0,0489 ; 0,316]	0,15
Antécédents		

Facteur	Beta	P-value
Dépression ou trouble psychiatrique	0,705 [0,331 ; 1,08]	<0,001
Diabète	-0,257 [-0,887 ; 0,373]	0,422
Obésité	-0,0536 [-0,556 ; 0,449]	0,834
Maladie inflammatoire chronique	0,202 [-0,502 ; 0,905]	0,573
Sorties pour motif dérogatoire	-0,297 [-0,709 ; 0,115]	0,157
Sorties en dehors des motifs dérogatoires	0,0342 [-0,187 ; 0,255]	0,761
Vécu (score / 4)	-0,147 [-0,229 ; -0,0655]	<0,001
Recours à un dispositif de soutien médico-psychologique pour conduites addictives	0,573 [0,128 ; 1,02]	0,0118
Consommations influencées par le confinement	0,174 [-0,00978 ; 0,358]	0,0634
Tranquillisants avant le confinement (score /6)	-0,0906 [-0,261 ; 0,0802]	0,297
Facteurs ayant diminué la consommation		
Ma volonté	-0,0131 [-0,309 ; 0,282]	0,93
Anxiété d'altérer mon état de santé	0,614 [0,19 ; 1,04]	0,00471
Isolement social / Solitude	-	-
Difficulté à vous procurer le produit	1,97 [1,01 ; 2,92]	<0,001
Influence / présence de l'entourage	-0,0522 [-1,04 ; 0,939]	0,917
Augmentation du prix du produit	-	-
Facteurs ayant augmenté la consommation		
Isolement social / solitude / tristesse	1,1 [0,65 ; 1,55]	<0,001
Consommation sociale / festive (apéro Skype etc ...)	-	-
Anxiété /stress induit par le confinement	1,35 [0,977 ; 1,73]	<0,001
Absence de contraintes professionnelles	-0,285 [-0,758 ; 0,188]	0,236
Manque d'activité / ennui	2,47 [1,53 ; 3,41]	<0,001
Influence / présence de l'entourage	-0,0522 [-1,04 ; 0,939]	0,917
Contexte de consommation		
Chez moi, avec les membres de mon foyer	0,113 [-0,0707 ; 0,296]	0,227
Chez moi, sur les réseaux sociaux (apéro skype etc ...)	-0,0924 [-0,3 ; 0,115]	0,382
En solitaire	0,255 [0,0298 ; 0,481]	0,0267
En dehors de chez moi, à la boutique, avec les camarades	-0,257 [-0,887 ; 0,373]	0,422
Inquiétude sur la modification des consommations	0,322 [0,0386 ; 0,605]	0,0262
Etat(s) de sevrage depuis le début du confinement	0,657 [0,295 ; 1,02]	<0,001

Tableau annexe 5 : Études des facteurs relatifs à la consommation de médicaments hors prescription

Facteur	Beta	P-value
Sexe féminin	-0,0909 [-0,196 ; 0,0137]	0,0881
Age	0,00316 [-0,000411 ; 0,00673]	0,0826
Niveau d'étude		
Aucun diplôme	Référence	
Brevet des collèges	0,000000100 [-0,502 ; 0,502]	1
CAP / BEP	0,000000100 [-0,281 ; 0,281]	1
BAC ou BAC professionnel	-0,0244 [-0,28 ; 0,232]	0,851
Licence (BAC +3)	0,0161 [-0,233 ; 0,266]	0,899
Master Doctorat (BAC +5 et plus)	0,000000100 [-0,245 ; 0,245]	1
Autre formation ou qualification (ex: secourisme etc ...)	-0,25 [-0,642 ; 0,142]	0,211
Profession		

Facteur	Beta	P-value
Personne n'ayant jamais travaillé	Référence	
Inactif ayant déjà travaillé	-0,0303 [-0,226 ; 0,166]	0,761
Ouvrier	0,000000100 [-0,398 ; 0,398]	1
Employé	0,000000100 [-0,181 ; 0,181]	1
Profession intermédiaire (Professeur, travailleur social etc ...)	0,000000100 [-0,194 ; 0,194]	1
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	-0,111 [-0,376 ; 0,154]	0,41
Agriculteur exploitant	0,000000100 [-0,474 ; 0,474]	1
Cadre et profession intellectuelle supérieure	0,0137 [-0,165 ; 0,192]	0,88
Appartenance au corps médical ou paramédical	-0,0297 [-0,114 ; 0,0545]	0,488
Travail pendant le confinement		
Non	Référence	
Oui, en télétravail	-0,0625 [-0,173 ; 0,0475]	0,264
Oui, sur site	0,0225 [-0,0692 ; 0,114]	0,629
Perte de revenus pendant le confinement	0,03 [-0,0673 ; 0,127]	0,544
Difficultés financières pendant le confinement	0,00508 [-0,109 ; 0,119]	0,93
Situation maritale		
Célibataire	Référence	
Marié(e) ou en couple	0,0476 [-0,045 ; 0,14]	0,312
Divorcé(e) ou séparé(e)	0,214 [0,0192 ; 0,409]	0,0315
Veuf ou Veuve	0,0476 [-0,318 ; 0,414]	0,798
Vivant seul avant le confinement	-0,0489 [-0,151 ; 0,0535]	0,348
Vivant seul pendant le confinement	-0,0233 [-0,128 ; 0,082]	0,664
Nombre de personnes dans le même logement pendant le confinement	-0,00178 [-0,00289 ; -0,000672]	0,00174
Localisation du logement		
Dans les hauts	Référence	
Logement dans les bas	-0,0254 [-0,11 ; 0,0596]	0,557
Type de logement pendant le confinement		
En maison individuelle en dur	Référence	
En appartement privé	-0,0508 [-0,147 ; 0,0458]	0,301
Kaz en parpaing / bois / tôle	0,111 [-0,103 ; 0,325]	0,307
En appartement (location avec bailleur social)	0,04 [-0,0951 ; 0,175]	0,56
Logement jugé insuffisamment grand pendant le confinement	0,0759 [-0,0902 ; 0,242]	0,369
Equipement du logement		
Balcon	-0,11 [-0,196 ; -0,0245]	0,0119
Terrasse	-0,00775 [-0,0901 ; 0,0746]	0,853
Jardin	-0,00613 [-0,0956 ; 0,0833]	0,893
Equipement sportif	-0,0632 [-0,157 ; 0,0309]	0,187
Piscine	0,0528 [-0,0426 ; 0,148]	0,277
Suivi médical régulier	-0,0255 [-0,107 ; 0,0563]	0,539
Antécédents		
Dépression ou trouble psychiatrique	-0,0714 [-0,243 ; 0,1]	0,413
Diabète	-0,2 [-0,48 ; 0,0805]	0,161
Obésité	0,00446 [-0,22 ; 0,229]	0,969
Maladie inflammatoire chronique	0,00439 [-0,31 ; 0,319]	0,978
Sorties pour motif dérogatoire	-0,00455 [-0,189 ; 0,18]	0,961
Sorties en dehors des motifs dérogatoires	-0,0196 [-0,118 ; 0,0791]	0,696
Vécu (score / 4)	0,0126 [-0,0249 ; 0,0501]	0,509
Recours à un dispositif de soutien médico-psychologique pour conduites addictives	-0,205 [-0,404 ; -0,00486]	0,0447
Consommations influencées par le confinement	-0,0101 [-0,0928 ; 0,0726]	0,81
Médicaments avant le confinement (score /4)	-0,678 [-0,777 ; -0,579]	<0,001
Facteurs ayant diminué la consommation		
Ma volonté	0,0497 [-0,0821 ; 0,181]	0,458
Anxiété d'altérer mon état de santé	-0,0909 [-0,283 ; 0,101]	0,352
Isolement social / Solitude	-	-

Facteur	Beta	P-value
Difficulté à vous procurer le produit	-0,5 [-0,938 ; -0,0623]	0,0253
Influence / présence de l'entourage	-0,5 [-0,938 ; -0,0623]	0,0253
Augmentation du prix du produit	-	-
Facteurs ayant augmenté la consommation		
Isolement social / solitude / tristesse	-0,111 [-0,322 ; 0,1]	0,301
Consommation sociale / festive (apéro Skype etc ...)	-	-
Anxiété /stress induit par le confinement	0,18 [-0,00289 ; 0,364]	0,0537
Absence de contraintes professionnelles	-0,111 [-0,322 ; 0,1]	0,301
Manque d'activité / ennui	0,00435 [-0,438 ; 0,447]	0,985
Influence / présence de l'entourage	0,00435 [-0,438 ; 0,447]	0,985
Contexte de consommation		
Chez moi, avec les membres de mon foyer	0,00943 [-0,0727 ; 0,0915]	0,821
Chez moi, sur les réseaux sociaux (apéro skype etc ...)	-0,0386 [-0,131 ; 0,0541]	0,413
En solitaire	-0,0746 [-0,176 ; 0,0267]	0,148
En dehors de chez moi, à la boutique, avec les camarades	-0,2 [-0,48 ; 0,0805]	0,161
Inquiétude sur la modification des consommations		
	0,0164 [-0,112 ; 0,145]	0,802
Etat(s) de sevrage depuis le début du confinement		
	-0,138 [-0,303 ; 0,0274]	0,102

Tableau annexe 6 : Études des facteurs relatifs au temps d'utilisation des écrans

Facteur	Beta	P-value
Sexe féminin	0,342 [-0,346 ; 1,03]	0,329
Age	0,000000100 [-0,023 ; 0,0241]	0,962
Niveau d'étude		
Aucun diplôme	Référence	
Brevet des collèges	-1,43 [-4,69 ; 1,83]	0,389
CAP / BEP	-0,429 [-2,25 ; 1,4]	0,644
BAC ou BAC professionnel	0,34 [-1,32 ; 2]	0,688
Licence (BAC +3)	-0,63 [-2,25 ; 0,991]	0,445
Master Doctorat (BAC +5 et plus)	-0,206 [-1,8 ; 1,38]	0,798
Autre formation ou qualification (ex: secourisme etc ...)	-0,179 [-2,73 ; 2,37]	0,89
Profession		
Personne n'ayant jamais travaillé	Référence	
Inactif ayant déjà travaillé	-0,455 [-1,73 ; 0,82]	0,483
Ouvrier	-2 [-4,59 ; 0,589]	0,129
Employé	-0,546 [-1,72 ; 0,632]	0,362
Profession intermédiaire (Professeur, travailleur social etc ...)	-0,224 [-1,49 ; 1,04]	0,727
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	-1,06 [-2,78 ; 0,671]	0,229
Agriculteur exploitant	-1,67 [-4,75 ; 1,42]	0,288
Cadre et profession intellectuelle supérieure	-0,495 [-1,66 ; 0,665]	0,401
Appartenance au corps médical ou paramédical		
	0,0676 [-0,484 ; 0,619]	0,81
Travail pendant le confinement		
Non	Référence	
Oui, en télétravail	-0,323 [-1,04 ; 0,392]	0,374
Oui, sur site	-0,728 [-1,32 ; -0,133]	0,0168
Perte de revenus pendant le confinement		
	-0,24 [-0,877 ; 0,397]	0,458
Difficultés financières pendant le confinement		
	-0,639 [-1,38 ; 0,105]	0,0918
Situation maritale		
Célibataire	Référence	
Marié(e) ou en couple	-0,807 [-1,41 ; -0,205]	0,00883
Divorcé(e) ou séparé(e)	-0,181 [-1,45 ; 1,09]	0,779
Veuf ou Veuve	0,611 [-1,77 ; 2,99]	0,613

Facteur	Beta	P-value
Vivant seul avant le confinement	0,176 [-0,496 ; 0,847]	0,607
Vivant seul pendant le confinement	0,229 [-0,459 ; 0,918]	0,512
Nombre de personnes dans le même logement pendant le confinement	-0,00236 [-0,00975 ; 0,00503]	0,53
Localisation du logement		
Dans les hauts	Référence	
Logement dans les bas	0,263 [-0,294 ; 0,819]	0,353
Type de logement pendant le confinement		
En maison individuelle en dur	Référence	
En appartement privé	0,42 [-0,212 ; 1,05]	0,192
Kaz en parpaing / bois / tôle	-0,511 [-1,91 ; 0,888]	0,472
En appartement (location avec bailleur social)	-0,222 [-1,11 ; 0,662]	0,621
Logement jugé insuffisamment grand pendant le confinement	0,0157 [-1,07 ; 1,1]	0,977
Equippedement du logement		
Balcon	-0,112 [-0,681 ; 0,456]	0,698
Terrasse	0,00158 [-0,537 ; 0,541]	0,995
Jardin	0,14 [-0,445 ; 0,726]	0,638
Equippedement sportif	-0,0747 [-0,693 ; 0,544]	0,812
Piscine	0,0146 [-0,611 ; 0,64]	0,963
Suivi médical régulier	0,157 [-0,379 ; 0,692]	0,565
Antécédents		
Dépression ou trouble psychiatrique	-0,0832 [-1,21 ; 1,04]	0,884
Diabète	0,526 [-1,32 ; 2,37]	0,574
Obésité	-0,386 [-1,85 ; 1,08]	0,604
Maladie inflammatoire chronique	0,0658 [-1,99 ; 2,12]	0,95
Sorties pour motif dérogatoire	-1,12 [-2,32 ; 0,0775]	0,0666
Sorties en dehors des motifs dérogatoires	0,00119 [-0,645 ; 0,648]	0,997
Vécu (score / 4)	-0,236 [-0,48 ; 0,00725]	0,0572
Recours à un dispositif de soutien médico-psychologique pour conduites addictives	-0,925 [-2,24 ; 0,388]	0,166
Consommations influencées par le confinement	-0,015 [-0,556 ; 0,526]	0,957
Types d'écran		
Téléphone	1,23 [0,155 ; 2,31]	0,0252
Ordinateur	0,191 [-0,481 ; 0,862]	0,577
Console de jeu	0,307 [-0,432 ; 1,05]	0,414
Tablette	0,255 [-0,323 ; 0,833]	0,386
Télévision	0,43 [-0,144 ; 1]	0,141
Volume horaire quotidien passé sur les écrans avant confinement	-0,213 [-0,336 ; -0,0905]	<0,001
Facteurs ayant augmenté la consommation		
Désir de créer du lien social, de communiquer	0,561 [0,0196 ; 1,1]	0,0423
Volonté de se divertir	0,853 [0,303 ; 1,4]	0,00248
Manque d'activité(s) /Ennui	0,929 [0,396 ; 1,46]	<0,001
Le télétravail	0,684 [0,0335 ; 1,33]	0,0394
La nécessité de me renseigner sur l'épidémie à travers les médias	0,435 [-0,101 ; 0,971]	0,111
Facteurs ayant diminué la consommation		
Prise de distance face aux médias anxiogènes	0,495 [-0,106 ; 1,1]	0,106
Volonté de restreindre mon temps sur un écran	0,405 [-0,332 ; 1,14]	0,28
Baisse ou absence du temps de travail sur un écran	-0,944 [-2,33 ; 0,437]	0,179
Autres activités	-0,186 [-4,27 ; 3,9]	0,929
Montrer l'exemple devant les enfants	-1,2 [-4,09 ; 1,7]	0,416
Supports		
Jeux vidéo	0,545 [-0,287 ; 1,38]	0,198
Jeux en ligne	0,727 [-0,222 ; 1,68]	0,133

Facteur	Beta	P-value
Réseaux sociaux (Facebook, Instagram, Snapchat...)	0,385 [-0,163 ; 0,932]	0,168
Chat / Discussion en ligne	0,486 [-0,194 ; 1,17]	0,16
Télévision	-0,0141 [-0,558 ; 0,53]	0,959
Film / série (Netflix ...)	0,572 [0,0362 ; 1,11]	0,0365
Navigation internet	0,272 [-0,266 ; 0,81]	0,32
Mails	-0,187 [-3,08 ; 2,71]	0,899
Formations en ligne	-1,2 [-4,09 ; 1,7]	0,416
Travail et écran		
Je travaille sur un ordinateur	-0,116 [-0,667 ; 0,436]	0,68
Lorsque je ne suis pas sur mon écran il m'arrive d'y penser activement	0,467 [-0,41 ; 1,34]	0,295
Il m'arrive d'essayer de diminuer le temps que je passe sur internet sans y arriver	-0,0921 [-0,769 ; 0,585]	0,789
Il m'arrive de choisir de passer plus de temps sur internet / écran, plutôt que de sortir avec mes proches	0,283 [-0,474 ; 1,04]	0,462
Il m'arrive que mes performances au travail ou ma productivité souffre à cause d'internet/ écran	-0,199 [-1,26 ; 0,857]	0,711
Mes proches et/ou mon travail me reproche de passer trop de temps sur internet / un écran	0,296 [-0,469 ; 1,06]	0,447
Cadre / limite en ce qui concerne le temps passé sur les écrans dans le foyer		
Avant confinement	0,169 [-0,407 ; 0,746]	0,563
Pendant confinement	-0,427 [-1,08 ; 0,221]	0,196
Inquiétude vis-à-vis des modifications d'habitudes en termes d'utilisation des écrans	0,892 [0,0903 ; 1,69]	0,0294

Tableau annexe 7 : Études des facteurs relatifs à la variation de poids

C. Facteur	Beta	P-value
Sexe féminin	-0,707 [-1,78 ; 0,363]	0,194
Age	0,0111 [-0,0256 ; 0,0478]	0,551
Niveau d'étude	Référence	
Aucun diplôme		
Brevet des collèges	5,18 [0,244 ; 10,1]	0,0398
CAP / BEP	4,81 [2,05 ; 7,57]	<0,001
BAC ou BAC professionnel	2,83 [0,314 ; 5,35]	0,0277
Licence (BAC +3)	2,52 [0,0634 ; 4,97]	0,0444
Master Doctorat (BAC +5 et plus)	2,06 [-0,347 ; 4,47]	0,0931
Autre formation ou qualification (ex: secourisme etc ...)	5,18 [1,32 ; 9,04]	0,00873
Profession	Référence	
Personne n'ayant jamais travaillé		
Inactif ayant déjà travaillé	0,621 [-1,3 ; 2,55]	0,525
Ouvrier	-2,33 [-6,24 ; 1,57]	0,241
Employé	0,583 [-1,19 ; 2,36]	0,519
Profession intermédiaire (Professeur, travailleur social etc ...)	-0,167 [-2,07 ; 1,74]	0,863
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	4,06 [1,45 ; 6,66]	0,00242
Agriculteur exploitant	4,33 [-0,317 ; 8,98]	0,0677
Cadre et profession intellectuelle supérieure	0,189 [-1,56 ; 1,94]	0,831
Appartenance au corps médical ou paramédical	-0,278 [-1,14 ; 0,582]	0,525
Travail pendant le confinement		
Non	Référence	

C. Facteur	Beta	P-value
Oui, en télétravail	-0,0121 [-1,14 ; 1,12]	0,983
Oui, sur site	-0,119 [-1,06 ; 0,821]	0,804
Perte de revenus pendant le confinement	0,946 [-0,041 ; 1,93]	0,0602
Difficultés financières pendant le confinement	2,56 [1,44 ; 3,68]	<0,001
Situation maritale		
Célibataire	Référence	
Marié(e) ou en couple	-0,368 [-1,32 ; 0,58]	0,445
Divorcé(e) ou séparé(e)	1,19 [-0,807 ; 3,19]	0,241
Veuf ou Veuve	-1,31 [-5,06 ; 2,44]	0,492
Vivant seul avant le confinement	0,717 [-0,326 ; 1,76]	0,177
Vivant seul pendant le confinement	0,564 [-0,507 ; 1,64]	0,301
Nombre de personnes dans le même logement pendant le confinement	0,0212 [0,00998 ; 0,0324]	<0,001
Localisation du logement		
Dans les hauts	Référence	
Logement dans les bas	-0,126 [-0,995 ; 0,742]	0,775
Type de logement pendant le confinement		
En maison individuelle en dur	Référence	
En appartement privé	-0,057 [-1,04 ; 0,928]	0,909
Kaz en parpaing / bois / tôle	1,79 [-0,392 ; 3,97]	0,107
En appartement (location avec bailleur social)	0,611 [-0,767 ; 1,99]	0,383
Logement jugé insuffisamment grand pendant le confinement	2,02 [0,344 ; 3,7]	0,0184
Equipement du logement		
Balcon	-0,155 [-1,04 ; 0,732]	0,731
Terrasse	-0,0119 [-0,852 ; 0,828]	0,978
Jardin	-0,792 [-1,7 ; 0,115]	0,0867
Equipement sportif	-0,216 [-1,18 ; 0,748]	0,66
Piscine	0,067 [-0,909 ; 1,04]	0,893
Suivi médical régulier	-0,117 [-0,953 ; 0,718]	0,782
Antécédents		
Dépression ou trouble psychiatrique	-0,611 [-2,36 ; 1,14]	0,492
Diabète	1,42 [-1,45 ; 4,29]	0,33
Obésité	4,03 [1,8 ; 6,26]	<0,001
Maladie inflammatoire chronique	2,05 [-1,15 ; 5,25]	0,207
Sorties pour motif dérogatoire	0,731 [-1,15 ; 2,61]	0,445
Sorties en dehors des motifs dérogatoires	-0,417 [-1,42 ; 0,589]	0,415
Vécu (score / 4)	-0,194 [-0,576 ; 0,188]	0,318
Recours à un dispositif de soutien médico-psychologique pour conduites addictives	-0,637 [-2,69 ; 1,42]	0,542
Consommations influencées par le confinement	1,32 [0,497 ; 2,15]	0,00181
Poids avant confinement	-0,000919 [-0,012 ; 0,0102]	0,871
Indice de masse corporelle	0,00912 [0,00409 ; 0,0141]	<0,001
Modifications de l'alimentation		
Moins saine	2,4 [1,5 ; 3,3]	<0,001
Plus saine	-1,34 [-2,25 ; -0,438]	0,00383
En moindre quantité	-2,94 [-4,5 ; -1,38]	<0,001
En plus grande quantité	2,28 [1,37 ; 3,19]	<0,001
Plus souvent	2,49 [1,67 ; 3,32]	<0,001
Moins souvent	-2,32 [-4,05 ; -0,585]	0,00894
Inquiétude vis-à-vis des modifications d'habitudes alimentaires	2,74 [1,7 ; 3,78]	<0,001

Tableau annexe 8 : Études des facteurs relatifs à la variation du temps d'activité physique

Facteur	Beta	P-value
Sexe féminin	0,228 [-0,594 ; 1,05]	0,585
Age	-0,0423 [-0,0699 ; -0,0148]	0,00277
Niveau d'étude		
Aucun diplôme	Référence	
Brevet des collèges	0,286 [-3,62 ; 4,19]	0,885
CAP / BEP	-0,0672 [-2,25 ; 2,12]	0,952
BAC ou BAC professionnel	-0,739 [-2,73 ; 1,25]	0,466
Licence (BAC +3)	-0,101 [-2,04 ; 1,84]	0,918
Master Doctorat (BAC +5 et plus)	0,0837 [-1,82 ; 1,99]	0,931
Autre formation ou qualification (ex: secourisme etc ...)	1,54 [-1,52 ; 4,59]	0,323
Profession		
Personne n'ayant jamais travaillé	Référence	
Inactif ayant déjà travaillé	-1,62 [-3,12 ; -0,112]	0,0354
Ouvrier	-1,47 [-4,53 ; 1,59]	0,346
Employé	-0,158 [-1,55 ; 1,23]	0,824
Profession intermédiaire (Professeur, travailleur social etc ...)	-0,405 [-1,9 ; 1,09]	0,594
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	-0,578 [-2,62 ; 1,46]	0,577
Agriculteur exploitant	-0,133 [-3,78 ; 3,51]	0,943
Cadre et profession intellectuelle supérieure	-0,448 [-1,82 ; 0,923]	0,52
Appartenance au corps médical ou paramédical	0,508 [-0,148 ; 1,16]	0,128
Travail pendant le confinement		
Non	Référence	
Oui, en télétravail	1,2 [0,352 ; 2,05]	0,00575
Oui, sur site	0,0132 [-0,693 ; 0,719]	0,971
Perte de revenus pendant le confinement	0,497 [-0,262 ; 1,26]	0,198
Difficultés financières pendant le confinement	0,0817 [-0,812 ; 0,975]	0,857
Situation maritale		
Célibataire	Référence	
Marié(e) ou en couple	0,205 [-0,525 ; 0,935]	0,581
Divorcé(e) ou séparé(e)	0,389 [-1,15 ; 1,93]	0,619
Veuf ou Veuve	1,22 [-1,66 ; 4,11]	0,405
Vivant seul avant le confinement	0,384 [-0,417 ; 1,18]	0,346
Vivant seul pendant le confinement	-0,3 [-1,12 ; 0,522]	0,473
Nombre de personnes dans le même logement pendant le confinement	0,0161 [0,00755 ; 0,0247]	<0,001
Localisation du logement		
Dans les hauts	Référence	
Logement dans les bas	-0,209 [-0,874 ; 0,455]	0,535
Type de logement pendant le confinement		
En maison individuelle en dur	Référence	
En appartement privé	0,475 [-0,276 ; 1,23]	0,214
Kaz en parpaing / bois / tôle	0,839 [-0,823 ; 2,5]	0,321
En appartement (location avec bailleur social)	-0,81 [-1,86 ; 0,239]	0,13
Logement jugé insuffisamment grand pendant le confinement	-0,16 [-1,46 ; 1,14]	0,809
Équipement du logement		
Balcon	-0,194 [-0,872 ; 0,485]	0,575
Terrasse	-0,0264 [-0,67 ; 0,617]	0,936
Jardin	0,0728 [-0,627 ; 0,772]	0,838
Équipement sportif	-0,144 [-0,882 ; 0,595]	0,702
Piscine	0,459 [-0,286 ; 1,2]	0,226
Suivi médical régulier	-0,114 [-0,754 ; 0,526]	0,727
Antécédents		
Dépression ou trouble psychiatrique	-0,96 [-2,3 ; 0,377]	0,159
Diabète	1,62 [-0,574 ; 3,81]	0,147

Facteur	Beta	P-value
Obésité	-0,638 [-2,39 ; 1,11]	0,473
Maladie inflammatoire chronique	0,263 [-2,19 ; 2,72]	0,833
Sorties en dehors des motifs dérogatoires	0,479 [-0,291 ; 1,25]	0,221
Vécu (score / 4)	0,487 [0,201 ; 0,773]	<0,001
Recours à un dispositif de soutien médico-psychologique pour conduites addictives	0,0874 [-1,49 ; 1,66]	0,913
Consommations influencées par le confinement	0,237 [-0,408 ; 0,883]	0,47
Volume horaire hebdomadaire d'activité physique avant confinement	-0,515 [-0,633 ; -0,397]	<0,001
Inquiétude vis-à-vis des modifications d'habitudes en termes d'activité physique	-1,91 [-2,59 ; -1,22]	<0,001

B. Questionnaire

ETUDE COVICTION : Conduites addictives et confinement lors de la pandémie COVID-19 à la Réunion.

Nous faisons actuellement face à une pandémie mondiale, l'une des plus graves qui nous ait jamais frappés.

Le 16 mars dernier, la France a été assignée à résidence, attendant que l'épidémie de Covid-19 finisse par être endiguée suite aux mesures prises par notre gouvernement.

Une question se pose alors :

Quel a été l'impact d'un confinement de plusieurs semaines sur nos habitudes de consommation en tout genre (alcool, tabac, alimentation, sport, écran...) ?

Notre vie ayant été chamboulée, un état des lieux s'impose et une étude voit le jour : L'ÉTUDE COVICTION.

Cette étude nous permettra de mesurer l'impact du confinement sur les modifications comportementales et les habitudes en rapport avec les conduites addictives au sein même de la population Réunionnaise.

Elle a donc pour but d'approfondir les connaissances épidémiologiques sur les conduites addictives dans une population exposée à un confinement prolongé, d'améliorer la prévention collective et adapter l'offre de soins libérale en mettant en place des outils pour les professionnels de santé.

Nous vous invitons à répondre à ce questionnaire en ligne, cela vous prendra moins de 10 minutes.

Ce questionnaire est totalement ANONYME et les réponses que vous donnerez resteront CONFIDENTIELLES.

L'enregistrement de vos réponses à ce questionnaire ne contient aucune information permettant de vous identifier.

En répondant et validant ce questionnaire, vous acceptez de participer à l'étude COVICTION et de ne pas vous opposer à l'utilisation des données recueillies.

N'hésitez pas à diffuser ce questionnaire autour de vous ou à le faire passer aux personnes de votre entourage n'ayant pas d'accès direct à internet.
Cette étude est faite dans le cadre d'une thèse de médecine générale.

Merci pour votre participation.

Merci pour l'aide que vous apporterez au personnel de santé.

*Obligatoire



ÉTUDE COVICTION

1. Résidez-vous depuis le début du confinement sur le territoire réunionnais ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

2. Vous êtes ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Un homme
 Une femme

3. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous? *

Une seule réponse possible.

- moins de 18 ans
 18 à 24 ans inclus
 25 à 34 ans inclus
 35 à 49 ans inclus
 50 à 64 ans inclus
 65 ans et plus

4. Quel est votre niveau d'étude ou votre qualification ? *

Une seule réponse possible.

- Aucun diplôme
 Brevet des collèges
 CAP / BEP
 BAC ou BAC professionnel
 Licence (BAC +3)
 Master; Doctorat (BAC +5 et plus)
 Autre formation ou qualification (ex: secourisme ect...)

5. Etes-vous ...? *

Une seule réponse possible.

- Agriculteur exploitant
 Artisan, commerçant, chef d'entreprise
 Cadre et profession intellectuelle supérieure
 Profession intermédiaire (Professeur, travailleur social ect...)
 Employé
 Ouvrier
 Inactif ayant déjà travaillé
 Personne n'ayant jamais travaillé (étudiant, chômeur n'ayant jamais travaillé ect...)

6. Faites-vous partie du corps médical ou paramédical ? (Etudiant(e) en formation *
inclus(e))

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

7. Pendant le confinement, avez-vous le plus souvent travaillé... ? *

Une seule réponse possible.

- Oui, sur site
 Oui, en télétravail
 Non

8. Pendant le confinement, avez-vous... ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	OUI	NON
Subi une perte de revenus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Présenté des difficultés financières	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Votre situation maritale pendant le confinement? *

Une seule réponse possible.

- Célibataire
 Marié(e) ou en couple
 Divorcé(e) ou séparé(e)
 Veuf ou Veuve

10. Habitez-vous seul ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non
AVANT le confinement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PENDANT le confinement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Vous habitez ?

Répondre à cette question uniquement si vous avez répondu "non" à au moins un des deux items de la question précédente.

Plusieurs réponses possibles.

	Avec votre conjoint	Avec un ou des enfants	En colocation	Avec des membres de votre famille (parent(s), frère(s) / soeur(s) / Oncle ...	Avec un animal de compagnie
AVANT le confinement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PENDANT le confinement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Pendant le confinement, à combien viviez-vous dans le même logement (vous inclus) ? *

13. Pendant le confinement, vous habitez ? *

Une seule réponse possible.

- Dans les bas
- Dans les hauts

14. Pendant le confinement, vous habitez (logement dans lequel vous avez séjourné le plus longtemps)... ? *

Une seule réponse possible.

- En appartement privé
- En appartement (location avec bailleur social)
- En maison individuelle en dur
- Kaz en parpaing / bois / tôle
- Logement précaire : squat / caravane / rue
- En logement institutionnel : foyer d'hébergement / logement de type EHPAD

15. Selon vous, le logement que vous avez majoritairement occupé pendant le confinement était-il "suffisamment grand" pour héberger l'ensemble des occupants de manière confortable ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

16. Pendant le confinement, vous aviez accès à... ? (logement dans lequel vous avez séjourné le plus longtemps) *

Plusieurs réponses possibles.

- Un balcon
- Une terrasse
- Un jardin
- Une piscine
- Des équipements sportifs (dans le logement ou à moins d'un Km du domicile)
- Aucun de éléments cités

17. Avez-vous un suivi médical régulier ? (supérieur à 2 fois par an ces 3 dernières * années)

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

18. Si vous avez un suivi médical régulier, avec quel médecin êtes-vous suivi ?

Plusieurs réponses possibles.

- Médecin généraliste
 Psychiatre
 Addictologue
 Autre(s) spécialiste(s) (Cardiologue / Pneumologue / Néphrologue ect...)

19. Avez-vous des antécédents médicaux ou une maladie chronique suivie? *

Plusieurs réponses possibles.

- Non
 Diabète
 Obésité
 Maladie cardio-vasculaire (hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, AVC...)
 Maladie inflammatoire chronique (maladie de crohn, RCH, maladie rhumatismale...)
 Pathologie respiratoire chronique
 Pathologie rénale chronique
 Immunodépression (cancer, VIH, greffe, corticothérapie ...)
 Dépression / trouble psychiatrique
 Autre : _____

20. Pendant le confinement, êtes-vous... ? *

Plusieurs réponses possibles.

	Oui	Non
Sorti pour motif(s) dérogatoire(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorti en dehors des motifs dérogatoires (visites aux amis, randonnées...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Comment avez-vous vécu votre confinement ? *

Une seule réponse possible.

- Très mal
- mal
- Passable
- Bien
- Très bien

22. Avez-vous eu recours à un dispositif de soutien médico-psychologique en rapport avec les conduites addictives (alcool, tabac, drogues, sport, écran) pendant ou après le confinement ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Non
- Oui, auprès de votre médecin généraliste
- Oui, auprès d'un professionnel du domaine médico-psychologique (addictologue, CSAPA, CMP ect...)
- Oui, psychologique et pédagogique par des sites internet dédiés
- Oui, psychologique et pédagogique par des lignes d'écoute téléphonique spécialisées

23. Diriez-vous que le confinement a influencé votre consommation ? (un ou plusieurs produit) *

produits concernés: Tabac, alcool, zamal, médicaments, drogues.

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

24. AVANT le confinement, consommiez-vous une ou plusieurs de ces substances et à quelle fréquence ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais consommé	A l'occasion	Une fois par mois	Plusieurs fois par mois	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
Alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zamal / cannabis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Somnifères (IMOVANE, STILNOX), Benzodiazépine (tranquillisant type valium/seresta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médicaments consommés hors prescription (codéine, Artane, Rivotril, valium ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaïne / Crack	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opioides (Héroïne, Morphiniques)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amphétamines (Ecstasy, MDMA, speed)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cannabinoïde de synthèse / Chimique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. PENDANT le confinement, consommiez-vous une ou plusieurs de ces substances et à quelle fréquence ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais consommé	A l'occasion	Une fois par mois	Plusieurs fois par mois	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
Alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zamal / cannabis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Somnifères (IMOVANE, STILNOX), Benzodiazépine (tranquillisant type valium/seresta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médicaments consommé hors prescription (codéine, artane, rivotril, valium ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaine / Crack	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opiodides (Héroïne, Morphiniques)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amphétamines (Ecstasy, MDMA, speed)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cannabinoïde de synthèse / Chimique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Pendant le confinement, dans quel contexte consommiez-vous de l'alcool ou d'autre(s) substance(s) ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Je ne consomme pas / je ne suis pas concerné(e)
- Chez moi, sur les réseaux sociaux (apéro skype ect...)
- Chez moi, avec les membres de mon foyer
- En solitaire
- En dehors de chez moi, à la boutique, avec les camarades
- Autre : _____

27. Toutes substances confondues, quel a été mon ressenti face à ma consommation...? *

Plusieurs réponses possibles.

- Je ne consomme pas / je ne suis pas concerné(e)
- J'ai essayé sans y arriver de réduire ma consommation ou de l'arrêter
- J'ai par moment un fort besoin de consommer, très difficile à contrôler
- J'ai continué à prendre le produit tout en sachant que cela entraînerait des problèmes avec mes proches ou pour ma santé
- J'ai réduit certaines activités (loisir / travail / relations sociales) pour consommer
- J'ai bien géré ma / mes consommations

28. Selon vous, quels sont le ou les facteur(s) qui ont contribué à DIMINUER vos consommations pendant le confinement ? *

Plusieurs réponses possibles.

	Ma volonté	Isolement social / Solitude	Anxiété d'altérer mon état de santé	Influence / présence de l'entourage	Difficulté à vous procurer le produit	Augmentation du prix du produit	Je cor
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zamal / cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Médicaments (somnifère, anxiolytique, codéine ect...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Drogues dures (ex: Cocaine, opioïdes, LSD, Chimique ect)ct...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

29. Selon vous, quel(s) sont le ou les facteur(s) qui ont contribué à CREER ou AUGMENTER vos consommations pendant le confinement ? (répondre si concerné(e)) *

Plusieurs réponses possibles.

	Isolement social / solitude / tristesse	Anxiété /stress induit par le confinement	Influence / présence de l'entourage	Consommation sociale / festive (apéro skype ect..)	Manque d'activité / ennui	Abse contr professi
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zamal / cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments (somnifère, anxiolytique, codéine ect..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogues dures (Cocaine, opioïdes, LSD, Chimique ect)ct...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Êtes-vous inquiet de la modification de vos consommations ? *

Une seule réponse possible.

- Je ne suis pas concerné(e)
- Oui
- Non

31. Avez-vous vécu un ou plusieurs état(s) de sevrage depuis le début du confinement ? (sueurs, palpitations, anxiété, douleurs, tremblements ect...) *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Confinement et écran

32. Quel(s) type(s) d'écran(s) utilisiez-vous avant et pendant le confinement ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Téléphone
 Ordinateur
 Console de jeu
 Tablette
 Télévision
 Aucun
 Autre : _____

33. Combien de temps passiez-vous en moyenne sur vos écrans (par jour, tous écrans confondus) *

Une seule réponse possible par ligne.

	Moins 1h	de 1 à 2 heures	De 3 à 4 heures	5 à 6 heures	7 à 8 heures	9 heures et plus
Avant le confinement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pendant le confinement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34. Quel(s) facteur(s) selon vous ont contribué à AUGMENTER votre temps passé *
sur les écrans pendant le confinement ?

Plusieurs réponses possibles.

- Désir de créer du lien social, de communiquer
- Volonté de se divertir
- Manque d'activité(s) /Ennui
- Le télétravail
- La nécessité de me renseigner sur l'épidémie à travers les médias
- Je ne suis pas concerné(e)
- Autre : _____

35. Quel(s) facteur(s) selon vous ont contribué à DIMINUER votre temps passé sur *
les écrans pendant le confinement ?

Plusieurs réponses possibles.

- Baisse ou absence du temps de travail sur un écran
- Volonté de restreindre mon temps sur un écran
- Prise de distance face aux médias anxiogènes
- Je ne suis pas concerné(e)
- Autre : _____

36. Sur quel(s) support(s) avez-vous passé le plus de temps pendant le confinement? *

Plusieurs réponses possibles.

- Film / série (Netflix ...)
- Navigation internet
- Réseaux sociaux (Facebook, Instagram, Snapchat...)
- Chat / Discussion en ligne
- Jeux vidéo
- Jeux en ligne
- Télévision
- Je ne suis pas concerné(e)
- Autre : _____

37. Cochez les cases qui vous correspondent concernant les écrans pendant le confinement : *

Plusieurs réponses possibles.

- Je travaille sur un ordinateur
- Il m'arrive d'essayer de diminuer le temps que je passe sur internet sans y arriver
- Mes proches et/ou mon travail me reproche de passer trop de temps sur internet / un écran
- Il m'arrive de choisir de passer plus de temps sur internet / écran, plutôt que de sortir avec mes proches
- Il m'arrive que mes performances au travail ou ma productivité souffre à cause d'internet/ écran
- Lorsque je ne suis pas sur mon écran il m'arrive d'y penser activement
- Je ne suis pas concerné(e)

38. Selon moi, mon rapport aux écrans ... ? *

Une seule réponse possible.

- N'a pas évolué pendant le confinement
- S'est aggravé avec le confinement
- S'est amélioré avec le confinement

39. Avez-vous posé un cadre / une limite en ce qui concerne le temps passé sur les écrans dans votre foyer ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non
AVANT le confinement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PENDANT le confinement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40. Est-ce que la modification de vos habitudes en terme d'utilisation de vos écrans vous inquiète ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Alimentation et sport pendant le confinement

Votre alimentation pendant le confinement.

41. Quelle est votre taille ? (en cm)

42. Quel était votre poids avant le confinement ? (en kg)

43. Selon vous, pendant le confinement vous avez... ? *

Une seule réponse possible.

- Pas pris de poids
 Pris moins de 5 kg
 Pris entre 5 et 10 kg
 Pris plus de 10 kg
 Perdu moins de 5 kg
 Perdu entre 5 et 10 kg
 Perdu plus de 10 kg

44. Pendant le confinement, vous mangiez... ?

Plusieurs réponses possibles.

- De la même façon
- Moins sainement (plus gras / plus sucré ect...)
- Plus sainement (moins gras / moins sucré ect...)
- En plus grande quantité
- En moins grande quantité
- Plus souvent
- Moins souvent

45. Êtes-vous inquiet de la modification de vos habitudes alimentaires ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne me sens pas concerné(e)

Votre activité physique pendant le confinement.

46. Votre activité physique était... ? *

Plusieurs réponses possibles.

	Aucun(e)	Course à pied	Randonnée	Musculation	Yoga	Natation	Sport de combat
Avant le confinement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pendant le confinement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Combien de temps passez-vous à faire de l'exercice par semaine ? (heure) *

Une seule réponse possible par ligne.

	0	1 à 3 heure(s)	3 à 5 heures	5 à 10 heures	plus de 10 heures
Avant le confinement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pendant le confinement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

48. Avez-vous pendant le confinement ...

Plusieurs réponses possibles.

- Praticué votre sport au sein de votre logement ou à moins d'un kilomètre de celui-ci.
- Praticué votre sport en dehors du cadre autorisé (plus d'un kilomètre de votre logement).
- Je ne suis pas concerné(e)

49. Est-ce que la modification en terme d'activité physique vous inquiète ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

VII. Références Bibliographiques

1. Pellegrina U, Quaglino V, Deligne H. [Covid-19, impacts on the mental health of people suffering from anxiety and depression]. *Soins Psychiatr.* déc 2020;41(331):29-33.
2. Clay JM, Parker MO. Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis? *Lancet Public Health.* mai 2020;5(5):e259.
3. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health.* 6 mars 2020;17(5):E1729.
4. LOI n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 (1). 2020-290 mars 23, 2020.
5. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med.* 26 mars 2020;382(13):1199-207.
6. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet Lond Engl.* 2020;395(10223):470-3.
7. Ng WH, Tipih T, Makoah NA, Vermeulen JG, Goedhals D, Sempa JB, et al. Comorbidities in SARS-CoV-2 Patients: a Systematic Review and Meta-Analysis. *mBio.* 9 févr 2021;12(1):e03647-20.
8. Taghboulit N, Voiriot G, Demoule A, Helms J. Infections sévères à SARS-CoV-2. *Rev Mal Respir Actual.* juin 2021;13(1):1S68-71.
9. Ng V, Fazil A, Waddell LA, Bancej C, Turgeon P, Otten A, et al. Effets projetés des mesures de santé publique non pharmacologiques visant à prévenir la recrudescence de la transmission du SRAS-CoV-2 au Canada. *CMAJ Can Med Assoc J.* 30 nov 2020;192(48):E1673-85.
10. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS Control and Psychological Effects of Quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis.* juill 2004;10(7):1206-12.
11. Cochrane JJ, Freeman SJ. Working in arctic and sub-arctic conditions: mental health issues. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* déc 1989;34(9):884-90.
12. Grassian S. Psychopathological effects of solitary confinement. *Am J Psychiatry.* nov 1983;140(11):1450-4.
13. Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L, et al. Conséquences psychopathologiques du confinement. *L'Encephale.* juin 2020;46(3):S43-52.
14. Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry.* juin 2020;66(4):317-20.
15. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Gen Psychiatry.* 6 mars 2020;33(2):e100213.
16. Ozamiz-Etxebarria N, Idoiaga Mondragon N, Dosil Santamaría M, Picaza Gorrotxategi M. Psychological Symptoms During the Two Stages of Lockdown in Response to the COVID-19 Outbreak: An Investigation in a Sample of Citizens in Northern Spain. *Front Psychol.* 18 juin 2020;11:1491.
17. Karila L, Benyamina A. Addictions en temps de pandémie. *Presse Médicale Form.* 1 août 2021;2(3):273-81.
18. Trouble lié à la toxicomanie lié à un risque accru de COVID-19 | Psychiatrie et santé

- comportementale | JAMA | Réseau JAMA [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2772258>
19. Sun Y, Bao Y, Kosten T, Strang J, Shi J, Lu L. Editorial: Challenges to Opioid Use Disorders During COVID-19. *Am J Addict.* mai 2020;29(3):174-5.
 20. World Health Organization. Smoking and COVID-19: scientific brief, 30 June 2020 [Internet]. World Health Organization; 2020 [cité 22 févr 2022]. Report No.: WHO/2019-nCoV/Sci_Brief/Smoking/2020.2. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332895>
 21. Enns A, Pinto A, Venugopal J, Grywacheski V, Gheorghe M, Kakkar T, et al. Evidence-informed policy brief - Substance use and related harms in the context of COVID-19: a conceptual model. *Health Promot Chronic Dis Prev Can Res Policy Pract.* déc 2020;40(11-12):342-9.
 22. Tzu-Hsuan Chen D. The psychosocial impact of the COVID-19 pandemic on changes in smoking behavior: Evidence from a nationwide survey in the UK. *Tob Prev Cessat.* 23 oct 2020;6:59.
 23. White AM, Li D, Snell LM, O'Connor R, Hoetger C, Croft D, et al. Perceptions of Tobacco Product-Specific COVID-19 Risk and Changes in Tobacco Use Behaviors Among Smokers, E-Cigarette Users, and Dual Users. *Nicotine Tob Res.* 1 sept 2021;23(9):1617-22.
 24. Ahmed N, Maqsood A, Abduljabbar T, Vohra F. Tobacco Smoking a Potential Risk Factor in Transmission of COVID-19 Infection. *Pak J Med Sci.* mai 2020;36(COVID19-S4):S104-7.
 25. Grundy EJ, Suddek T, Filippidis FT, Majeed A, Coronini-Cronberg S. Smoking, SARS-CoV-2 and COVID-19: A review of reviews considering implications for public health policy and practice. *Tob Induc Dis.* 3 juill 2020;18:58.
 26. Rodgers A, Nadkarni M, Indreberg EK, Alfallaj L, Kabir Z. Tabagisme et COVID-19 : Une revue de la littérature des études de cohorte dans des contextes de population non chinois. *Tob Use Insights.* 1 janv 2021;14:1179173X20988671.
 27. Vardavas CI, Nikitara K. COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. *Tob Induc Dis.* 20 mars 2020;18:20.
 28. Chodkiewicz J, Talarowska M, Miniszewska J, Nawrocka N, Bilinski P. Alcohol Consumption Reported during the COVID-19 Pandemic: The Initial Stage. *Int J Environ Res Public Health.* janv 2020;17(13):4677.
 29. Jacob L, Smith L, Armstrong NC, Yakkundi A, Barnett Y, Butler L, et al. Alcohol use and mental health during COVID-19 lockdown: A cross-sectional study in a sample of UK adults. *Drug Alcohol Depend.* 1 févr 2021;219:108488.
 30. Capasso A, Jones AM, Ali SH, Foreman J, Tozan Y, DiClemente RJ. Increased alcohol use during the COVID-19 pandemic: The effect of mental health and age in a cross-sectional sample of social media users in the U.S. *Prev Med.* 1 avr 2021;145:106422.
 31. Tran TD, Hammarberg K, Kirkman M, Nguyen HTM, Fisher J. Alcohol use and mental health status during the first months of COVID-19 pandemic in Australia. *J Affect Disord.* 1 déc 2020;277:810-3.
 32. Guignard R, Andler R, Quatremère G, Pasquereau A, du Roscoät E, Arwidson P, et al. Changes in smoking and alcohol consumption during COVID-19-related lockdown: a cross-sectional study in France. *Eur J Public Health.* 1 oct 2021;31(5):1076-83.
 33. Stockwell T, Andreasson S, Cherpitel C, Chikritzhs T, Dangardt F, Holder H, et al. The burden of alcohol on health care during COVID-19. *Drug Alcohol Rev.* 2021;40(1):3-7.
 34. Fitzgerald N, Uny I, Brown A, Eadie D, Ford A, Lewsey J, et al. Managing COVID-19 Transmission Risks in Bars: An Interview and Observation Study. *J Stud Alcohol Drugs.* janv 2021;82(1):42-54.
 35. Garnett C, Jackson S, Oldham M, Brown J, Steptoe A, Fancourt D. Factors associated

- with drinking behaviour during COVID-19 social distancing and lockdown among adults in the UK. *Drug Alcohol Depend.* 1 févr 2021;219:108461.
36. Mallet J, Dubertret C, Le Strat Y. Addictions in the COVID-19 era: Current evidence, future perspectives a comprehensive review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2 mars 2021;106:110070.
 37. Rogers AH, Shepherd JM, Garey L, Zvolensky MJ. Psychological factors associated with substance use initiation during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res.* 1 nov 2020;293:113407.
 38. Zastepa E, Sun JC, Clune J, Mathew N. Adaptation of contingency management for stimulant use disorder during the COVID-19 pandemic. *J Subst Abuse Treat.* 1 nov 2020;118:108102.
 39. Di Renzo L, Gualtieri P, Pivari F, Soldati L, Attinà A, Cinelli G, et al. Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey. *J Transl Med.* 8 juin 2020;18(1):229.
 40. Rolland B, Haesebaert F, Zante E, Benyamina A, Haesebaert J, Franck N. Global Changes and Factors of Increase in Caloric/Salty Food Intake, Screen Use, and Substance Use During the Early COVID-19 Containment Phase in the General Population in France: Survey Study. *JMIR Public Health Surveill.* 18 sept 2020;6(3):e19630.
 41. Ko CH, Yen JY, Yen CF, Chen CS, Chen CC. The association between Internet addiction and psychiatric disorder: A review of the literature. *Eur Psychiatry.* 1 janv 2012;27(1):1-8.
 42. Shepherd RM, Edelmann RJ. Reasons for internet use and social anxiety. *Personal Individ Differ.* 1 oct 2005;39(5):949-58.
 43. Giordano Y, Jolibert A. Pourquoi je préfère la recherche quantitative. Pourquoi je préfère la recherche qualitative. :11.
 44. Manthey J, Kilian C, Carr S, Bartak M, Bloomfield K, Braddick F, et al. Use of alcohol, tobacco, cannabis, and other substances during the first wave of the SARS-CoV-2 pandemic in Europe: a survey on 36,000 European substance users. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 26 avr 2021;16(1):36.
 45. 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. *Addict Abingdon Engl.* déc 2021;116(12):3369-80.
 46. Alladio E, Visintin L, Lombardo T, Testi R, Salomone A, Vincenti M. The Impact of COVID-19 Pandemic and Lockdown on Alcohol Consumption: A Perspective From Hair Analysis. *Front Psychiatry.* 6 avr 2021;12:632519.
 47. SPF. Bulletin de santé publique alcool à La Réunion. Janvier 2020. [Internet]. [cité 2 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ocean-indien/documents/bulletin-regional/2020/bulletin-de-sante-publique-alcool-a-la-reunion.-janvier-2020>
 48. Adams RE, Boscarino JA, Galea S. Alcohol use, mental health status and psychological well-being 2 years after the World Trade Center attacks in New York City. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2006;32(2):203-24.
 49. Lebeaut A, Tran JK, Vujanovic AA. Posttraumatic stress, alcohol use severity, and alcohol use motives among firefighters: The role of anxiety sensitivity. *Addict Behav.* juill 2020;106:106353.
 50. Tabac, Alcool : quel impact du confinement sur la consommation des Français ? [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/tabac-alcool-quel-impact-du-confinement-sur-la-consommation-des-francais>
 51. Xie J, Zhong R, Wang W, Chen O, Zou Y. COVID-19 and Smoking: What Evidence

Needs Our Attention? *Front Physiol.* 18 mars 2021;12:603850.

52. Imtiaz S, Wells S, Rehm J, Hamilton HA, Nigatu YT, Wickens CM, et al. Cannabis Use During the COVID-19 Pandemic in Canada: A Repeated Cross-sectional Study. *J Addict Med.* 2021;15(6):484-90.

53. Leatherdale ST, Bélanger RE, Gansaonré RJ, Patte KA, deGroh M, Jiang Y, et al. Examining the impact of the early stages of the COVID-19 pandemic period on youth cannabis use: adjusted annual changes between the pre-COVID and initial COVID-lockdown waves of the COMPASS study. *BMC Public Health.* 21 juin 2021;21(1):1181.

54. Deschasaux-Tanguy M, Druesne-Pecollo N, Esseddik Y, de Edelenyi FS, Allès B, Andreeva VA, et al. Diet and physical activity during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) lockdown (March-May 2020): results from the French NutriNet-Santé cohort study. *Am J Clin Nutr.* 6 avr 2021;113(4):924-38.

55. Morahan-Martin J, Schumacher P. Loneliness and social uses of the Internet. *Comput Hum Behav.* 1 nov 2003;19(6):659-71.

56. Werling AM, Walitza S, Grünblatt E, Drechsler R. Media use before, during and after COVID-19 lockdown according to parents in a clinically referred sample in child and adolescent psychiatry: Results of an online survey in Switzerland. *Compr Psychiatry.* août 2021;109:152260.

57. Mravčík V, Chomynová P. Substance use and addictive behaviours during COVID-19 confinement measures increased in intensive users: Results of an online general population survey in the Czech Republic. *Epidemiol Mikrobiol Imunol Cas Spolecnosti Epidemiol Mikrobiol Ceske Lek Spolecnosti JE Purkyne.* 2021;70(2):98-103.

Serment d'Hippocrate

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

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

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

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admis dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 et méprisé si j’y manque.”

VIII. Résumé

<p>Changes in behaviors with addictive potential induced by confinement during the 1st wave of COVID-19 in Reunion: Survey of the general population via social networks</p>
<p>Background: The COVID-19 has led many countries to introduce drastic lockdowns. These social isolation measures resulted in an increase in stress and anxiety that affected substance use and addictive behavior.</p>
<p>Objectives: Our main objective was to measure the variations in the frequency of consumption of products with addictive potential before and during the first confinement inherent to COVID-19 in Reunion Island. The fields studied by the COVICTION study concerned alcohol, tobacco, narcotics and addictive behavior relating to screens, food and physical activity.</p>
<p>Method: The data was obtained from an online cross-sectional survey (from June 30 to November 9, 2020) of 295 adults from Réunion. Self-assessed changes in substance use were measured as a function of consumption frequencies over the “before” and “during” periods of confinement. The analysis of consumption-related factors was the subject of simple linear regressions, the results of which were expressed by Beta coefficients and their 95% confidence intervals.</p>
<p>Results: Regarding the average frequency of consumption of alcohol, tobacco and cannabis, our results showed a trend towards stagnation or even a moderate overall decline. A fifth of respondents saw the frequency of their alcohol consumption increased and a third of respondents mentioned an influence of confinement on their consumption. The time spent in front of the screens had increased by 2.2h/day, the average weight gain was 1.1kg. Increased consumption was significantly associated with symptoms of mental distress.</p>
<p>Conclusions: Confinement was a provider of psychosocial stress. This factor has modified the frequency of substance consumption and certain addictive behaviors. Some populations seem more at risk and require more attention.</p>
<p>Keywords: Alcohol; COVID-19; Cannabis; Substance Use, Survey, Tobacco; Mental Health ; pandemic ; addiction ; addictive behaviors.</p>

Modifications des conduites à potentiel addictif induites par le confinement lors de la 1^{ère} vague COVID-19 à La Réunion : Enquête en population générale via les réseaux sociaux

Contexte : La COVID-19 a conduit de nombreux pays à l'instauration de confinements drastiques. De ces mesures d'isolement social, résultaient une augmentation du stress et de l'anxiété qui ont affecté la consommation de substances et les conduites addictives.

Objectifs : L'objectif principal était de mesurer les variations de fréquence de consommation de produits à potentiel addictif avant et pendant le premier confinement inhérent au COVID-19 sur le territoire réunionnais. Les champs étudiés par l'étude COVICTION concernaient l'alcool, le tabac, les stupéfiants et les conduites addictives relatives aux écrans, à l'alimentation et à l'activité physique.

Méthode : Les données ont été obtenues à partir d'une enquête transversale en ligne (du 30 juin au 9 novembre 2020) auprès de 295 adultes réunionnais. Les changements autoévalués des consommations de substances ont été mesurés en fonction des fréquences de consommation sur les périodes « avant » et « pendant » le confinement. L'analyse des facteurs liés aux consommations a fait l'objet de régressions linéaires simples dont les résultats ont été exprimés par coefficients Beta et leurs intervalles de confiance à 95%,

Résultats : Concernant la fréquence de consommation moyenne d'alcool de tabac et de cannabis, nos résultats ont montré une tendance à la stagnation voire à un recul global modéré. Un cinquième des sondés ont vu la fréquence de sa consommation d'alcool augmentée et un tiers des sondés évoque une influence du confinement sur leurs consommations. Le temps passé devant les écrans avait augmenté de 2,2h/Jours, la prise de poids moyenne était de 1,1kg. La majoration des consommations était significativement associée aux symptômes de souffrance mentale.

Conclusions : Le confinement a été pourvoyeur de stress psychosocial. Ce facteur a modifié les fréquences de consommations de substances et certaines conduites addictives. Certaines populations semblent plus à risques et nécessitent plus d'attention.

Mots clés : Alcool ; COVID-19 ; Cannabis ; Consommation de substances, Enquête, Tabac ; santé mentale ; pandémie ; dépendance ; conduites addictives.