

Recherche

Evolution des consommations de tabac et d'alcool en France pendant le confinement du printemps 2020. Résultats des enquêtes CoviPrev et ViQuoP

Quatremère Guillemette^{1*}, Guignard Romain¹, Andler Raphaël¹, Sempé Sandie², Houzelle Nathalie², Nguyen-Thanh Viêt³

¹ Unité Addictions, Direction de la prévention et promotion de la santé, 12 Rue du Val d'Osne, Allée Vacassy, 94410 Saint-Maurice Santé publique France

² Unité Périnatalité petite enfance, Direction de la prévention et promotion de la santé, Santé publique France, 12 Rue du Val d'Osne, Allée Vacassy, 94410 Saint-Maurice, France

³ Direction de la prévention et promotion de la santé, Santé publique France, 12 Rue du Val d'Osne, Allée Vacassy, 94410 Saint-Maurice, France

* Correspondance : Quatremère Guillemette, Unité Addictions, Direction de la prévention et promotion de la santé, 12 Rue du Val d'Osne, Allée Vacassy, 94410 Saint-Maurice Santé publique France, guillemette.quatremere@santepubliquefrance.fr

Résumé : **Contexte :** L'épidémie de la Covid-19 et les mesures de confinement établies à partir de mars 2020 ont impacté les habitudes de vie et la santé mentale des Français. Leurs consommations de tabac et d'alcool ont pu s'en trouver modifiées. **Méthode :** Les consommations de tabac et d'alcool de la population adulte ont été étudiées à partir de l'analyse de 5 vagues de l'enquête quantitative en ligne CoviPrev entre avril et juin (environ 2000 individus par vague) et de l'enquête qualitative ViQuoP (60 personnes interrogées en avril puis en mai). **Résultats :** La plupart des personnes interrogées ont déclaré des consommations stables par rapport à avant le confinement mais 27% à 32% des fumeurs ont augmenté leur consommation contre 10% à 16% des buveurs, selon les vagues d'enquête. L'ennui, le stress et la recherche de plaisir sont les principales raisons déclarées, avec des différences selon le produit. Les facteurs sociodémographiques associés à une augmentation d'usage de tabac ou d'alcool diffèrent selon le produit, mais avoir une santé mentale dégradée est associée à l'augmentation pour les deux produits, en avril et mai. Entre 10% et 19% des fumeurs et 22% à 25% des buveurs ont déclaré avoir diminué leurs consommations selon les vagues d'enquête. **Discussion :** Les mesures de gestion de l'épidémie du printemps 2020 semblent avoir eu des impacts contrastés sur les consommations de tabac et d'alcool des Français. Les personnes ayant une santé mentale dégradée étaient plus enclines à augmenter leurs consommations.

Mot clés : Covid-19, SARS-Cov-2, alcool, tabac, confinement

Abstract : **Background :** The Covid-19 epidemic and the containment measures from March 2020 have impacted the lifestyles and mental health of French people. Their consumption of tobacco and alcohol may have been altered. **Method :** Tobacco and alcohol consumptions among adults were investigated based on the analysis of the CoviPrev online quantitative survey which took place between April and June (5 waves were used with about 2000 individuals per wave) and the ViQuoP qualitative survey (60 people interviewed in April then in May). **Results :** Most people declared stable consumption compared to before lockdown but 27% to 32% of smokers increased their consumption against 10% to 16% of alcohol drinkers, depending on the wave. Boredom, stress and the pursuit of pleasure are the main reasons stated, with differences according to the product. The socio-demographic factors associated with an increase in tobacco or alcohol use differ, but having a poor mental health during the lockdown is associated with the increase for both products, in April and May. Between 10% and 19% of smokers and 22% to 25% of drinkers declared they had reduced their consumption depending on the survey wave. **Discussion :** The lockdown measures during the spring 2020 appear to have had contrasting impacts on tobacco and alcohol consumption of French people, those with a poor mental health were more prone to have increased their consumption during lockdown.

Keywords: Covid-19, SARS-Cov-2, smoking, tobacco, alcohol, lockdown

Introduction

Le tabac et l'alcool sont deux déterminants majeurs de la santé [1] et sont responsables respectivement de 75 000 et 41 000 décès par an en France [2, 3]. La consommation de ces produits est très répandue et fait l'objet d'un suivi régulier avec des enquêtes comme le Baromètre de Santé publique France, enquête aléatoire et représentative de la population générale [4]. En 2020, la prévalence du tabagisme quotidien des 18-75 ans est ainsi estimée à 25,5%, et 31,8% d'entre eux fumait au moins occasionnellement [5] ; 86,5 % de la population adulte avait consommé de l'alcool en 2017, 40,0 % au moins une fois par semaine et 23,6% dépassaient les repères de consommation à moindre risque [6, 7].

La littérature scientifique montre que les consommations de substances psychoactives, dont le tabac et l'alcool, sont associées à un état de santé mentale dégradé [8-13]. Or, la survenue de l'épidémie de la Covid-19 et les mesures de confinement qui en ont découlé à partir du 17 mars 2020 en France – allégées à partir du 11 mai 2020 – ont impacté la santé mentale de la population, augmentant le stress, l'anxiété et les états dépressifs, en particulier pour les ménages les plus précaires et les femmes [14, 15]. Le contexte de l'épidémie de Covid-19 a donc pu impacter défavorablement les consommations de tabac et d'alcool.

Par ailleurs, les restrictions de déplacement, l'expansion du travail à domicile, la fermeture des écoles, et celle de certains commerces, des lieux d'activité culturelles et sportives et des lieux de convivialité, ont profondément bouleversé les habitudes de vie lors du confinement. Dès lors, les motifs, contextes et manières de consommer ont pu évoluer. L'alcool est, en effet, très présent lors de moments et d'espaces de socialisations comme par exemple les fêtes, sorties au bar/restaurant, célébrations d'événements. Pour beaucoup de consommateurs, les motifs de consommation d'alcool déclarés sont ainsi à la fois liés au plaisir procuré par le produit lui-même (goût, détente, désinhibition, effet anxiolytique), mais aussi à son aspect social [16, 17]. Les motivations des fumeurs varient selon leurs profil et niveau de consommation. Alors que pour certains la consommation de cigarettes est peu ritualisée et survient dans des situations de socialisation, pour la majorité des fumeurs, les habitudes de consommation sont très ancrées dans le quotidien. La cigarette est, elle aussi, parfois associée au plaisir, à la convivialité. Elle peut aussi répondre à une anxiété, combler un vide, être utilisée pour gérer ses émotions ou se concentrer, et est parfois liée à un sentiment d'identité et d'appartenance à un groupe [18-20]. Une dépendance physique, psychologique et comportementale peut intervenir.

Dans le cadre de ses missions de surveillance épidémiologique et de prévention autour de l'épidémie de la Covid-19, Santé publique France a mis rapidement en place les enquêtes CoviPrev et ViQuoP – la première quantitative, la seconde qualitative – afin de suivre les comportements et la santé mentale de la population métropolitaine dans ce contexte de crise sanitaire. Ces deux enquêtes ont aussi permis d'aborder les changements apparus dans les consommations de tabac et d'alcool. A partir d'une méthodologie mixte, cet article présente ainsi une analyse secondaire de ces enquêtes. Il vise à décrire les évolutions des consommations déclarées de tabac et d'alcool au cours du premier confinement (avril 2020) et du déconfinement progressif (mai et juin 2020), à identifier les facteurs associés aux évolutions de ces consommations et à explorer les changements dans les motifs de consommation.

Matériel et méthode

L'enquête quantitative CoviPrev est une enquête transversale répétée en population générale réalisée sur internet auprès d'un panel constitué par l'institut BVA, qui a accompagné l'élaboration du questionnaire et assuré le recueil des données. A partir de la semaine du 23 mars 2020 et à raison d'une vague hebdomadaire auprès d'un échantillon de 2 000 personnes, cette enquête avait pour ambition de suivre un ensemble d'indicateurs en lien avec les comportements de santé, les craintes et opinions relatives à la Covid-19 et au confinement. Les échantillons ont été constitués selon la méthode des quotas et les estimations redressées sur la structure observée dans le recensement de la population de 2016 de l'INSEE.

Recueil de données: Les consommations de tabac et d'alcool ont été mesurées en vague 2 (recueil du 30 mars au 01 avril), vague 5 (du 28 avril au 30 avril), vague 7 (du 13 mai au 15 mai), vague 8 (du 18 mai au 20 mai) et vague 11 (du 22 juin au 24 juin). Du fait des contraintes évolutives liées à la durée des entretiens, les informations recueillies diffèrent légèrement entre ces vagues.

Les fumeurs sont les personnes qui déclaraient fumer « des cigarettes, y compris des cigarettes roulées » ou « uniquement d'autres types de tabac (pipe, cigare, chicha...) » au moment de l'enquête. Les personnes qui déclaraient avoir arrêté de fumer pendant le confinement n'ont été identifiées qu'à partir de la vague 5. Elles ne sont pas incluses parmi les fumeurs ayant déclaré avoir diminué.

L'évolution des consommations de tabac a été mesurée pour les fumeurs actuels avec la question suivante : « Par rapport à avant les mesures de confinement (vagues 2 et 5) / Par rapport à février 2020 (avant les mesures de confinement mises en place, vagues 7 et suivantes), comment a évolué votre consommation de tabac ? » avec trois modalités de réponse : « elle a augmenté / elle est restée stable / elle a diminué ». Pour l'alcool, la question était : « par rapport à avant les mesures de confinement / Par rapport à février 2020 (avant les mesures de confinement mises en place), comment a évolué votre consommation de boissons alcoolisées, qu'il s'agisse de bière, de vin, de cidre, d'alcool fort, de champagne ou tout autre type d'alcool même peu alcoolisé ? » avec 4 modalités de réponse : « elle a augmenté / elle est restée stable / elle a diminué / je ne consomme jamais d'alcool ». Les personnes n'ayant pas sélectionné la dernière modalité sont donc considérées comme « buveur », et celles qui ont arrêté de consommer de l'alcool au cours de la période étudiée sont incluses dans la modalité « avoir diminué ».

Les personnes ayant augmenté/diminué leur consommation ont été interrogées sur les motifs de ce changement : « pour quelle(s) raison(s) votre consommation de tabac a-t-elle augmenté (vagues 2 et 5)/diminué (vague 5) ? (plusieurs réponses possibles) ; et « pour quelle raison principale votre consommation de boissons alcoolisées a-t-elle augmenté/diminué ? » (une seule réponse possible). Des modalités de réponses fermées étaient proposées : elles sont décrites dans la partie Résultats de l'article.

Les variables sociodémographiques suivantes ont été recueillies : sexe, âge, diplôme le plus élevé obtenu, situation financière perçue, conditions de travail (télétravail, inchangées...), être parent d'enfant(s) de moins de 16 ans, vivre seul ou à plusieurs. L'anxiété et la dépression ont été mesurées à partir de l'échelle Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [21].

Analyse: Les vagues d'enquête ont été regroupées par mois. Les différences entre les évolutions des consommations déclarées ont été testées statistiquement au moyen du test du Chi² de Pearson entre les vagues d'avril (vagues 2 et 5) et celles de mai (vagues 7 et 8), et entre les vagues de mai (vagues 7 et 8) et de juin (vague 11). Les différences d'évolution entre les vagues d'avril et de juin n'ont pas été analysées car certains échantillons n'étaient pas indépendants (n=143 répondants communs aux vagues 2 et 11, n=206 répondants communs aux vagues 5 et 11).

Les évolutions déclarées de la consommation de tabac (augmentation / stabilité / diminution) ont été estimées pour chaque vague parmi les personnes déclarant fumer au moment de leur interrogation.

Des régressions multinomiales ont été réalisées pour identifier les facteurs associés à l'augmentation et à la diminution des consommations de tabac et d'alcool par rapport au fait de déclarer une consommation stable, pour les vagues d'avril et de mai. Les analyses ont été réalisées séparément pour chacune des deux périodes, les contextes sociaux et sanitaires différents (confinement dur et déconfinement progressif) pouvant avoir des effets différenciés sur les comportements selon les profils. La vague de juin n'a pas été incluse dans l'analyse en raison de son effectif plus faible. Les variables introduites dans le modèle étaient toutes significatives en analyse bivariée à au moins l'une des vagues étudiées.

2.1. L'enquête qualitative ViQuoP

L'enquête qualitative ViQuoP (pour Vie Quotidienne et Prévention) a reposé sur l'interrogation régulière à l'écrit de 60 internautes âgés de 19 ans à 73 ans sur différentes thématiques de santé via une plateforme d'échange en ligne animée par l'institut Kantar Public. Le panel a été constitué de manière à assurer une diversité de situations socioéconomiques (sexe, âge, CSP, présence d'enfants dans le foyer, lieux de vie – urbain/rural, espace extérieur au logement de type jardin/balcon ou non, région parisienne ou non). L'étude a duré 3 mois avec un démarrage le 30 mars 2020. Les personnes ont ainsi répondu à 18 sollicitations concernant leur vécu en période de crise (santé mentale, alimentation, activité physique, consommation de produits psychoactifs, relations affectives et sexuelles, liens sociaux et relations sociales), leurs pratiques de prévention vis-à-vis de la Covid-19 (pratiques de lavage de main, adoption des gestes barrières, isolement et dépistage) et leurs avis concernant des supports de communication de prévention produits par Santé publique France. Les participants ont été dédommagés à hauteur de 250 euros pour l'ensemble de l'enquête.

Recueil de données: Les internautes ont été interrogés deux fois concernant leur consommation de produits psychoactifs (alcool, tabac, cannabis). Lors de la quatrième semaine de confinement (7-8 avril), les questions ont porté sur leur perception de l'évolution de leur consommation de produits psychoactifs et les raisons de cette évolution. Des questions sur la santé psychique ont également été posées lors de cette sollicitation. Deux semaines après le début du déconfinement (20-25 mai), les personnes ont à nouveau été sollicitées concernant l'évolution de leur consommation de produits mais également concernant leur opinion sur une campagne d'incitation à l'arrêt du tabac. Les questions étaient ouvertes et les personnes étaient invitées à y répondre à l'écrit de manière individuelle, les autres participants n'ayant pas accès à leur réponse. La description de l'échantillon et la formulation des questions sont présentées dans un document dédié [22].

Analyse: Une première lecture croisée des réponses a été réalisée à l'issue des sollicitations par les psychosociologues de Kantar Public. L'identification de catégories thématiques [23] a permis de produire une première analyse pour chaque sollicitation. Le corpus des deux sollicitations a été ensuite compilé et analysé à nouveau, dans l'objectif d'une double vérification mais aussi pour adopter une perspective plus longitudinale. L'identification des individus était rendue possible par l'utilisation de pseudonymes par les participants, assurant ainsi leur anonymat.

Les évolutions des consommations

Environ une personne sur cinq se déclarait fumeuse au moment de l'interrogation dans l'enquête CoviPrev (21% en avril, 20% en mai, 22% en juin). Environ sept personnes sur 10 déclaraient consommer de l'alcool (68% en avril, 70% en mai et 72% en juin) quelle que soit la fréquence, un peu moins d'un tiers déclarant ainsi ne jamais consommer d'alcool.

3.1. Evolution des consommations de tabac

La part de fumeurs ayant déclaré une augmentation de leur consommation de tabac par rapport à avant le confinement ne change pas significativement en fonction des mois : entre 27% et 32% des fumeurs ont déclaré avoir augmenté leur consommation en fonction des périodes d'enquête (tableau I). On constate que la part de fumeurs déclarant avoir diminué leur consommation de tabac se réduit, elle, à partir du début du déconfinement : 17% des fumeurs ont déclaré avoir diminué en avril contre 12% en mai ($p=0,02$), sans évolution significative ensuite (10% en juin). La part de fumeurs ayant une consommation identique à celle d'avant le confinement est stable entre les différentes périodes.

3.2. Evolution des consommations d'alcool

La part des buveurs ayant déclaré une augmentation de leur consommation d'alcool est stable entre avril (13%) et mai (13%), puis diminue légèrement en juin (10%, $p<0,001$). On remarque néanmoins une

augmentation au cours de la période de confinement, entre les deux vagues d'avril, avec une proportion plus élevée de personnes ayant déclaré avoir augmenté leur consommation fin avril par rapport à début avril (16% vs 11%, $p < 0,001$). La proportion de ceux qui ont déclaré une consommation identique à avant le confinement augmente avec le déconfinement progressif : 68% en juin vs 63% en mai ($p < 0,001$) et 62% en avril. Un peu moins d'un quart des personnes ont déclaré avoir diminué leur consommation par rapport à avant le confinement en avril (25%) et en mai (24%) et environ un sur cinq en juin (22%).

3.1. Des comportements contrastés et des évolutions restituées par les personnes interrogées dans l'enquête ViQuoP

Ces tendances résonnent avec les témoignages des personnes interrogées dans l'enquête qualitative ViQuoP, incluant 25 fumeurs et 40 buveurs d'alcool. Deux comportements sont rapportés dès la première sollicitation le 7 avril 2020 : des personnes ont déclaré avoir un contrôle de leurs consommations (stabilité, diminution voire arrêt de la consommation d'un produit) quand d'autres ont augmenté leur consommation d'au moins un produit, de manière plus ou moins maîtrisée. Des modifications dans la manière de consommer sont également rapportées : type d'alcool consommé, fréquence parfois plus élevée mais une quantité au global rapportée comme moins élevée par exemple. Interrogées à nouveau mi-mai 2020, certaines personnes ayant augmenté leur consommation identifient des phases : les premières semaines du confinement sont marquées par cette augmentation, puis un ralentissement et une régulation des consommations s'installent au bout de quelques semaines pour celles qui ont essayé et réussi à reprendre le contrôle.

« J'avais constaté une augmentation de tabac au début du confinement. J'ai pris des mesures drastiques sur ce problème et j'ai pu contrôler ma consommation de tabac rapidement. Je pense que ce phénomène était dû au stress de tourner en rond dans la maison. [...] Après le confinement, je ne ressens pas le besoin de consommer plus de tabac. »
Homme, >60 ans, CSP Plus, Province, Vit seul

Lors des premiers jours du déconfinement, les personnes interrogées n'ont pas rapporté une augmentation importante de leurs consommations, notamment car le respect de la distanciation physique a fortement limité les réunions amicales ou familiales et donc les occasions de consommation liées à la convivialité. Pour quelques personnes néanmoins, la levée du confinement a entraîné des contextes de célébrations qui ont engendré une augmentation de la consommation d'alcool (plus rarement pour le tabac). Après quelques jours de déconfinement, un retour quasi à « la normale » est rapporté – notamment chez ceux qui ont repris une activité professionnelle hors du domicile ou sont revenus dans leur logement habituel. Ce retour à la normale se traduit par des consommations à la hausse ou à la baisse selon les habitudes de consommation antérieures au confinement et celles prises lors de ce dernier.

Les motifs des évolutions des consommations

Lors de la sollicitation du 7 avril 2020 de l'enquête ViQuoP, les personnes qui ont augmenté leur consommation de tabac ou d'alcool évoquent le besoin de compenser l'ennui parfois dû à une inactivité professionnelle. L'apéritif est devenu, pour certains, un moment de sociabilité renforcé. Or, indépendamment de la situation de confinement, l'apéritif est très souvent associé à l'alcool. Par conséquent, les apéritifs à distance et au sein du foyer ont constitué une nouvelle forme autour de cette occasion de consommer de l'alcool.

« [En période de confinement], pour l'alcool, le tabac, et le cannabis, ma consommation a augmenté. Je fume beaucoup plus de tabac car je m'ennuie, même chose pour le cannabis ; et concernant l'alcool, j'organise des visios avec mes amis presque tous les soirs (avec différents groupes) donc on boit un coup ensemble, alors qu'en temps normal, je ne sors pas tous les soirs dans un bar... » Homme, 21 ans, CSP moins, vivant avec plusieurs adultes en province (péri-urbain, sans aménagement extérieur).



Période de recueil de données et vagues d'enquête	Confinement avril								Déconfinement progressif mai et juin								Comparaisons des vagues		
	Vagues d'avril (V2 et V5) N=4003			V2 30 mars - 1er avril		V5 28 avril - 30 avril		Vagues de mai (V7 et V8) N=4000			V7 13 mai-15 mai		V8 18 mai - 20 mai		Vague de juin (V11) 22 juin - 24 juin N=2000			Vavril / Vmai	Vmai / Vjuin
Tabac (parmi les fumeurs actuels)	n	%	IC	n	%	n	%	n	%	IC	n	%	n	%	n	%	IC		
Augmentation	240	29,2	[26,2-32,5]	112	26,7	128	31,9	249	31,7	[28,4-35,1]	119	31,3	130	32,0	118	28,0	[23,8-32,5]		
Stabilité	442	54,3	[50,7-57,7]	231	54,7	211	53,8	442	56,7	[53,1-60,3]	217	58,0	225	55,5	273	62,2	[57,4-66,7]		
Diminution	135	16,5	[14,1-19,2]	79	18,6	56	14,3	91	11,6	[9,4-14,1]	43	10,7	48	12,4	43	9,8	[7,3-13,0]		
Total	817			422		395		782			379		403		434				
Arrêt du tabac pendant le confinement				-		23		43			23		20		34				
				V2/V5 : p<0,001							V7/V8 : ns				V7/V11 : p<0 ,001 V8/V11 : p=0,02			p=ns	p<0,001
Alcool (parmi les buveurs)	n	%	IC	n	%	n	%	n	%	IC	n	%	n	%	n	%	IC		
Augmentation	354	13,3	[12,0-14,7]	143	10,7	211	15,9	369	13,2	[11,9-14,5]	185	13,6	184	12,8	145	10,2	[8,6-11,8]		
Stabilité	1686	61,8	[59,9-63,6]	878	64,8	808	58,9	1759	62,7	[60,8-64,4]	849	61,6	910	63,7	980	68,3	[65,8-70,7]		
Diminution	668	24,9	[23,2-26,5]	323	24,4	345	25,3	672	24,1	[22,5-25,8]	336	24,8	336	23,5	306	21,5	[19,4-23,7]		
Total	2708			1344		1364		2800			1370		1430		1431				

Tableau I : évolution des consommations déclarées de tabac et d'alcool au cours des cinq vagues d'avril à juin 2020.

Le stress et l'anxiété produits par la situation sanitaire et sociale, par sa très forte couverture médiatique, mais aussi la frustration générée par les contraintes sont des raisons évoquées pour expliquer l'augmentation de leurs consommations. Il s'agit parfois de s'autoriser quelque plaisir lors de cette situation exceptionnelle et difficile.

« Pour l'alcool j'en avais rarement chez moi, car je le consommais de façon festive à l'extérieur de chez moi. Et la cigarette j'avais totalement arrêté. [...] Je suis obligée d'acheter de l'alcool et d'en avoir chez moi. Et j'ai repris la cigarette alors que j'avais arrêté depuis presque 3 mois. J'ai décidé de ne pas réduire car la situation est déjà très pénible au quotidien. C'est un peu pesant comme situation et l'alcool permet de se détacher un peu du quotidien. Et la cigarette un moment de détente supplémentaire. Et étant déjà privé de notre liberté de mouvement cela viendrait s'ajouter aux restrictions de libertés. Et je n'ai pas envie. » Femme, 43 ans, CSP Plus, Province, Vit avec son fils jeune adulte

« J'ai tendance à fumer un peu plus. Cela est généré par le fait que l'on s'ennuie plus sans activité et surtout au vu de la situation actuelle qui paraît compliquée. Quoique que l'on dise, les médias commentent des chiffres ahurissants concernant les malades et surtout les mortalités qui ne cessent d'augmenter chaque jour. Cela provoque inévitablement une situation de stress permanent. » Homme, 61 ans, CSP Plus, Province, Vit seul

Le télétravail a été évoqué comme une situation pouvant favoriser les consommations, en augmentant le stress dû au rythme de travail et rendant possible une consommation devant l'écran.

Pour les personnes qui ont diminué ou stabilisé leurs consommations, trois attitudes sont relevées. D'abord des personnes rapportent que la situation a eu peu d'impact sur leur moral et leur mode de vie (maintien d'une activité professionnelle à l'extérieur ou personnes âgées par exemple), et qu'elles ont, par conséquent, assez peu modifié leurs consommations qui étaient souvent assez faibles. D'autres ont exprimé une volonté de limiter leurs consommations, de « se discipliner » car la période a été rapidement identifiée comme à risque concernant ces consommations. Enfin, pour d'autres encore, ce sont les contraintes du confinement qui ont encouragé la diminution des consommations voire produit un effet d'aubaine, plutôt parmi les plus petits consommateurs.

Ainsi, les habitudes de consommation à l'intérieur du domicile ont parfois été conservées. La présence de non-fumeurs et d'enfants au domicile a pu limiter la consommation de tabac car celle-ci était alors uniquement possible à l'extérieur pour éviter le tabagisme passif. De même, les personnes ayant des consommations d'alcool au domicile inexistantes habituellement ont peu modifié cette habitude. Les consommations antérieures centrées principalement sur un contexte social de sorties (bars, restaurants) rendues impossibles, n'ont ainsi pas toujours été compensées par de nouvelles formes de consommation au domicile, que cela soit pour les consommations d'alcool ou pour la cigarette « sociale ». Enfin, de manière plus minoritaire, des difficultés d'approvisionnement (horaires, crainte de contamination) sont rapportées, certains ne cherchant alors pas à se réapprovisionner.

Les résultats des vagues d'avril de l'enquête CoviPrev (tableau II) confirment et hiérarchisent les raisons des évolutions présentées ci-dessus. Ils montrent ainsi que parmi les fumeurs qui ont augmenté leur consommation de tabac en avril (vagues 2 et 5), les raisons principales déclarées étaient l'ennui et le manque d'activité (74%), le stress (52%), puis des difficultés d'approvisionnement en outils d'aide à l'arrêt du tabac (13%), le plaisir (12%) ou encore d'autres raisons (10%) pouvant inclure par exemple les conditions de télétravail. Pour l'alcool les raisons étaient d'abord le plaisir (49%) et l'ennui (30%), le stress étant un motif déclaré de manière beaucoup plus minoritaire (13%). Aucune évolution significative n'a été observée entre les deux vagues d'avril.

Les raisons principales de la baisse des consommations en vague 5 de l'enquête différaient également selon les produits (tableau II). Pour le tabac, parmi ceux qui ont diminué ou arrêté de fumer pendant le confinement,

les motifs sanitaires étaient souvent avancés : pour sa santé (41%), sa condition physique (25%), ou encore pour la santé des autres personnes dans le foyer (16%). En outre, la période et ses restrictions apparaissent pour certains comme une opportunité volontaire ou une contrainte pour diminuer ou arrêter de fumer : 43% des fumeurs ont ainsi déclaré que c'était un bon moment pour eux et 31% ont indiqué que la baisse des moments de convivialité était une raison pour diminuer leur consommation de tabac. Enfin, les habitudes de non-consommation au domicile étaient évoquées par 38% des fumeurs. Concernant l'alcool, les trois quarts indiquaient que c'est l'absence des activités sociales qui a impacté leur consommation (75%). Les habitudes de consommations au domicile (23%) et des raisons de santé (18%) sont également évoquées.

Facteurs associés à l'augmentation ou à la diminution des consommations de tabac et d'alcool

Les facteurs associés (tableau III) à l'augmentation ou à la diminution de la consommation de tabac par rapport au fait de déclarer une stabilité des consommations évoluent selon les vagues d'enquêtes. Ainsi, en période de confinement en avril, parmi les fumeurs, être une femme, avoir un diplôme supérieur au baccalauréat, être inactif ou au chômage, ou encore travailler au domicile (par rapport à une activité à l'extérieur du domicile), ainsi qu'avoir un état anxieux ou dépressif élevé sont indépendamment associés à une augmentation du tabagisme ; alors qu'être âgé de 65 ans et plus apparaît protecteur. En mai, seul le fait d'avoir une santé mentale dégradée demeure associé à une augmentation de la consommation de tabac et le fait d'être âgé de 65 ans et plus demeure protecteur.

Concernant la diminution du tabac, en avril, avoir un diplôme équivalent ou supérieur au baccalauréat est également associé à une diminution du tabagisme, mais aucun facteur n'est associé significativement à la diminution en mai.

Raisons déclarées d'augmentation ¹ des consommations de tabac et d'alcool en avril (vagues 2 et 5)	Tabac n=240		Alcool n=354	
	n	%	n	%
Le stress	127	52,5	48	13,1
L'ennui, manque d'activité	176	73,7	107	30,2
Pour le plaisir	29	12,3	173	48,9
Difficulté pour s'approvisionner ² en outils d'aide à l'arrêt du tabac (traitement de substitution nicotinique, e-cigarette) ou de suivi psychologique	30	12,6	-	-
Pour une autre raison	23	9,7	26	7,8

Raisons déclarées de diminution ou arrêt des consommations de tabac ³ et d'alcool en vague 5	Tabac n=79		Alcool n=345	
	n	%	n	%
J'évite de fumer / boire chez moi	30	37,8	78	23,3
Pour la santé des personnes qui vivent avec moi	12	15,9	-	-
Pour ma santé	34	41,4	63	18,1
C'est un bon moment pour moins ou arrêter de fumer / boire	33	42,6	38	11,2
Je suis moins stressé que d'habitude	11	14,1	15	4,6
J'ai des difficultés pour me procurer des cigarettes ou du tabac / boissons alcoolisées	18	22,9	12	3,9
Moins de moments de convivialité ou festifs, d'occasions de fumer/boire avec des amis ou collègues	26	31,5	261	75,4
Pour avoir ou retrouver une bonne condition physique	19	25,1	42	12,4
Pour une autre raison	9	11,0	22	6,6

Tableau II: raisons déclarées de l'augmentation (pour les vagues 2 et 5) et de la diminution ou l'arrêt (pour la vague 5) des consommations de tabac et d'alcool

¹ respectivement parmi les fumeurs et buveurs qui ont déclaré une augmentation en vague 2 ou 5

² regroupe les modalités : « Je suis un traitement de substitution (patches, gommages...) ou un autre traitement médicamenteux (Champix, Zyban) que j'ai dû interrompre », « J'utilise une cigarette électronique et je n'ai plus de liquide pour la recharger ou elle est en panne » et « J'étais accompagné psychologiquement et je n'en ai plus la possibilité »

³ parmi ceux qui ont diminué et ceux qui ont arrêté de fumer lors du confinement

Le total des colonnes est supérieur à 100 % car plusieurs réponses étaient parfois possibles



Vague avril (V2 et V5) n=817										Vague mai (V7 et V8) n=782											
Augmentation					Diminution					Augmentation					Diminution						
	n brut	p-value Chi-2	% redressé	aRRR	IC	p-value ¹	% redressé	aRRR	IC	p-value ¹	n brut	p-value Chi-2	% redressé	aRRR	IC	p-value ¹	% redressé	aRRR	IC	p-value ¹	
Sexe		0,002										0,009									
Homme (ref.)	394		23,8	1			16,1	1			350		26,2	1			13,0	1			
Femme	423		34,6	1,62	[1,15-2,27]	0,005	16,9	1,16	[0,78-1,72]	0,459	432		36,6	1,41	[0,99-2,01]	0,051	10,3	0,82	[0,50-1,33]	0,435	
Age		0,027										0,010									
18-34 ans (ref.)	219		35,0	1			16,1	1			219		36,0	1			11,0	1			
35-49 ans	273		31,8	0,95	[0,62-1,46]	0,835	17,5	1,08	[0,64-,83]	0,757	250		33,0	0,88	[0,57-1,36]	0,588	8,5	0,63	[0,32-1,23]	0,180	
50-64 ans	241		23,3	0,67	[0,42-1,07]	0,096	14,8	0,85	[0,48-,48]	0,571	223		31,5	1,02	[0,64-1,61]	0,926	13,0	0,99	[0,52-1,87]	0,981	
65 ans et plus	84		20,0	0,50	[0,25-0,99]	0,047	19,3	0,83	[0,40-,73]	0,630	90		15,0	0,43	[0,21-0,88]	0,022	19,0	0,94	[0,43-2,07]	0,889	
Conditions de travail		0,026										ns									
Actifs à l'extérieur du domicile (ref.)	195		22,2	1			15,7	1			291		32,3	1			9,2	1			
Inactifs, chômeurs, chômage partiel, arrêt de travail	501		29,7	1,55	[1,01-2,40]	0,046	16,9	1,31	[0,80-2,15]	0,271	391		30,7	1,11	[0,76-1,63]	0,571	13,4	1,43	[0,82-2,49]	0,199	
Actifs en télétravail	121		38,6	2,25	[1,28-3,94]	0,004	16,1	1,17	[0,59-2,31]	0,641	100		34,0	1,01	[0,59-1,74]	0,947	11,3	1,25	[0,57-2,73]	0,573	
Parent d'enfant de 16 ans ou moins		ns										0,015									
Non (ref.)	532		27,0	1			17,1	1			512		28,8	1			13,6	1			
Oui	285		33,4	1,05	[0,72-1,55]	0,771	15,4	0,94	[0,59-1,50]	0,812	270		37,0	1,16	[0,80-1,68]	0,405	7,9	0,75	[0,42-1,34]	0,345	

Diplôme	0,002										ns							
<Bac (ref.)	307	27,4	1			11,8	1			283	32,6	1			11,4	1		
Bac	215	24,7	1,09	[0,70-1,69]	0,693	20,9	1,93	[1,16-3,22]	0,011	209	30,6	0,82	[0,53-1,26]	0,382	9,5	0,84	[0,45-1,57]	0,596
>Bac	295	34,6	1,67	[1,11-2,50]	0,013	18,3	1,99	[1,21-3,30]	0,007	290	31,6	0,94	[0,62-1,42]	0,782	13,4	1,17	[0,68-2,03]	0,562
Anxiété (HAD)	<0,001										<0,001							
Absence d'anxiété (ref.)	428	20,9	1			18,6	1			435	21,7	1			12,7	1		
Anxiété probable	188	33,2	1,56	[1,01-2,40]	0,041	13,1	0,79	[0,46-1,35]	0,399	169	33,0	1,64	[1,07-2,50]	0,021	13,0	1,41	[0,80-2,48]	0,228
Anxiété certaine	201	43,0	2,19	[1,38-3,47]	0,001	15,4	1,25	[0,70-2,22]	0,439	178	55,1	2,82	[1,81-4,39]	<0,001	7,3	1,13	[0,54-2,34]	0,742
Dépression (HAD)	<0,001										<0,001							
Absence de dépression (ref.)	413	21,2	1			18,5	1			500	23,0	1			12,9	1		
Dépression probable	208	35,1	1,40	[0,91-2,16]	0,122	14,6	0,91	[0,53-1,54]	0,738	158	43,4	1,79	[1,17-2,73]	0,007	11,6	1,11	[0,60-2,06]	0,716
Dépression certaine	196	39,8	1,77	[1,11-2,82]	0,015	16,5	1,04	[0,59-1,85]	0,875	124	51,1	1,89	[1,17-3,08]	0,009	6,2	0,69	[0,29-1,64]	0,408

Tableau III : Facteurs associés à l'augmentation ou à la diminution de la consommation de tabac par rapport au fait de déclarer une stabilité : analyse bivariée (pourcentages en ligne) et résultats de régressions logistiques multinomiales en avril et en mai

HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale ; aRRR ratio de risques relatifs ajusté ; IC : intervalle de confiance à 95% ; ref. : modalité de référence de la régression logistique multinomiale ; p-value Chi-2 : p-value de l'analyse bivariée entre l'évolution de la consommation (stable, augmentation, diminution) et les variables sociodémographiques ou de santé mentale.

¹ p-value : p-value du ratio du risque relatif

Concernant la consommation d'alcool (tableau IV), les facteurs associés à une augmentation diffèrent aussi selon les vagues d'enquêtes. En avril, être âgé de moins de 35 ans, vivre dans une grande agglomération, être parent d'un enfant de 16 ans ou moins, ainsi qu'un état d'anxiété et de dépression élevés étaient associés à une augmentation de la consommation d'alcool par rapport au fait de déclarer une consommation stable. Se déclarer « juste » financièrement était associé à une moindre augmentation. En mai, l'âge apparaît également protecteur (avoir 50 ans et plus), alors qu'un état de santé mentale dégradé (anxiété et dépression élevées) était associé à l'augmentation de la consommation d'alcool.



Les facteurs associés à la diminution de la consommation d'alcool en avril sont le fait d'être âgé de moins de 35 ans, d'être inactif ou au chômage pendant cette période, de vivre seul et de vivre dans une grande agglomération. En mai, seul l'âge demeure associé à une diminution mais le fait de déclarer un état dépressif apparaît comme protecteur.

	Vague avril (V2 et V5) N=2708										Vague mai (V7 et V8) N=2800									
	Augmentation					Diminution					Augmentation					Diminution				
	n brut	p-value Chi-2	% redressé	aRRR	IC	p-value ¹	% redressé	aRRR	IC	p-value ¹	n brut	p-value Chi-2	% redressé	aRRR	IC	p-value ¹	% redressé	aRRR	IC	p-value ¹
Sexe	ns										<0,001									
Homme (ref.)	1449		12,5	1			24,6	1			1445		11,4	1			22,8	1		
Femme	1259		14,3	0,97	[0,76-1,24]	0,818	25,2	0,924	[0,76-1,11]	0,413	1355		15,2	1,01	[0,79-1,29]	0,927	25,7	0,96	[0,79-1,16]	0,718
Age	<0,001										<0,001									
18-34 ans (ref.)	570		18,9	1			34,8				542		19,2	1			32,5	1		
35-49 ans	716		18,8	0,7	[0,51-0,98]	0,032	20,4	0,46	[0,38-0,67]	<0,001	712		18,5	0,78		0,133	21,2	0,58	[0,43-0,77]	0,001
50-64 ans	721		10,2	0,46	[0,31-0,66]	<0,001	24,3	0,47	[0,42-0,73]	<0,001	779		10,9	0,50		<0,001	23,3	0,53	[0,40-0,70]	<0,001
65 ans et plus	701		5,9	0,23	0,13-0,33]	<0,001	20,9	0,30	[0,28-0,54]	<0,001	767		5,5	0,21		<0,001	20,8	0,38	[0,28-0,52]	<0,001
Taille d'agglomération	0,001										0,016									
<100 000 habitants (ref.)	1454		12,3	1			22,7				1489		12,5	1			22,4	1		
>=100,000 habitants	1254		14,5	1,31	[1,0-1,65]	0,029	27,4	1,31	[1,04-1,53]	0,005	1311		14,0	1,1	[0,87-1,40]	0,850	26,2	1,17	[0,97-1,41]	0,087
Conditions de travail	<0,001										<0,001									
Actifs en télétravail (ref.)	452		18,1	1			23,7	1,25	[0,9-1,72]	0,163	424		18,3	1			26,2	1		
Actifs à l'extérieur du domicile	567		14,7	1,32	[0,96-1,81]	0,082	20,9	1			919		14,7	1,25	[0,92-1,68]	0,142	22,5	1,26	[0,98-1,61]	0,061



Inactifs, chômeurs, chômeurs partiel, arrêt travail	1689	11,6	1,35	[0,93-1,96]	0,104	26,5	1,63	[1,26-2,12]	<0,001	1457	10,8	1,34	[0,96-1,87]	0,082	24,6	1,2	[0,90-1,60]	0,212	
Diplôme		0,046																	0,041
<Bac (ref.)	713	10,8	1			23,2	1			751	10,1	1			23,4	1			
Bac	672	13,3	1,23	[0,86-1,76]	0,242	26,7	1,09	[0,84-1,42]	0,487	611	14,3	1,23	[0,86-1,76]	0,239	23,7	1,01	[0,77-1,32]	0,925	
>Bac	1323	14,8	1,34	[0,97-1,85]	0,070	24,8	1,07	[0,84-1,36]	0,536	1438	14,4	1,36	[0,99-1,87]	0,055	24,8	1,07	[0,84-1,35]	0,553	
Vit seul		0,009																	0,043
Non (ref.)	2115	13,7	1			23,5	1			2178	13,6	1			23,1	1			
Oui	593	12,1	1,26	[0,91-1,74]	0,150	29,7	1,31	[1,05-1,65]	0,017	622	11,8	1,01	[0,73-1,36]	0,985	27,9	1,22	[0,98-1,53]	0,072	
Parent d'enfant de 16 ans ou moins		<0,001																	<0,001
Non (ref.)	1953	10,4	1			26,3	1			2067	11,0	1			25,1	1			
Oui	755	20,8	1,54	[1,11-2,1]	0,006	21,1	0,88	[0,68-1,13]	0,335	733	19,3	1,16	[0,87-1,56]	0,299	21,5	0,85	[0,66-1,09]	0,209	
Situation financière perçue		0,019																	0,009
Bonne situation financière (ref.)	1581	13,3	1			23,6	1			1616	11,9	1			23,4	1			
C'est juste	683	12,0	0,66	[0,48-0,89]	0,007	24,6	0,95	[0,76-1,20]	0,713	752	14,0	1,04	[0,78-1,38]	0,754	23,5	0,93	[0,75-1,17]	0,575	
Situation financière très difficile	444	15,5	0,89	[0,63-1,27]	0,525	29,7	1,27	[0,97-1,66]	0,079	432	16,7	1,08	[0,77-1,52]	0,635	27,8	1,12	[0,85-1,46]	0,411	
Anxiété (HAD)		<0,001																	<0,001
Absence d'anxiété (ref.)	1660	9,8	1			25,5	1			1830	10,4	1			23,4	1			
Anxiété probable	549	16,0	1,44	[1,02-1,93]	0,023	26,1	0,99	[0,77-1,27]	0,713	529	15,4	1,23	[0,90-1,68]	0,183	24,6	1,01	[0,79-1,29]	0,911	
Anxiété certaine	499	21,9	1,63	[1,13-2,25]	0,005	21,3	0,80	[0,59-1,07]	0,140	441	22,4	1,68	[1,19-2,36]	0,003	26,4	1,05	[0,78-1,41]	0,736	

Dépression (HAD)		<0,001						<0,001										
Absence de dépression (ref.)	1626	9,7	1			24,0	1			1975	10,3	1			22,3	1		
Dépression probable	606	17,0	1,59	[1,19-2,21]	0,003	28,0	1,25	[0,99-1,59]	0,058	495	18,8	1,75	[1,28-2,39]	<0,001	28,8	1,51	[1,17-1,95]	0,001
Dépression certaine	476	21,1	1,87	[1,39-2,81]	<0,001	23,7	1,12	[0,84-1,51]	0,418	330	22,4	2,02	[1,40-2,91]	<0,001	28,0	1,56	[1,13-2,13]	0,006

Tableau III : Facteurs associés à l'augmentation ou à la diminution de la consommation de tabac par rapport au fait de déclarer une stabilité : analyse bivariée (pourcentages en ligne) et résultats de régressions logistiques multinomiales en avril et en mai

HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale ; aRRR ratio de risques relatifs ajusté ; IC : intervalle de confiance à 95% ; ref. : modalité de référence de la régression logistique multinomiale ; p-value Chi-2 : p-value de l'analyse bivariée entre l'évolution de la consommation (stable, augmentation, diminution) et les variables sociodémographiques ou de santé mentale.

¹ p-value : p-value du ratio du risque relatif



DISCUSSION

L'analyse des études CoviPrev et ViQuoP confirme que la période du confinement de mars-avril 2020 puis celle du début du déconfinement progressif à partir du 11 mai 2020 ont pu limiter les consommations de tabac et d'alcool pour certains et, au contraire, les favoriser pour d'autres. **Les augmentations des consommations de tabac et d'alcool** en fonction des périodes étudiées concernent entre un quart et un tiers des fumeurs, et un dixième des buveurs. L'ennui et le stress pour les fumeurs, l'ennui et la recherche de plaisir pour les buveurs, sont les principales raisons déclarées pour expliquer ces évolutions à la hausse pendant la période de confinement strict. Les augmentations étaient plus fréquentes pour certains profils, comme les femmes pour le tabac (en avril) et les jeunes pour l'alcool, ainsi que les personnes ayant une santé mentale dégradée (anxiété et dépression) quelle que soit la période et pour les deux produits.

Des études à l'étranger retrouvent ces profils plus à risque et le lien fort entre la santé mentale et l'augmentation de la consommation de tabac [24, 25] et celle d'alcool [26-28] pendant le confinement. Les motifs d'augmentation rapportés apparaissent assez similaires [24, 29]. Par ailleurs, de nombreuses études soulignent l'existence de liens entre la situation économique, la santé mentale et les consommations de substances psychoactives [8-14, 30-32]. Or, la crise sanitaire a eu des impacts sur la situation financière pour un quart de la population en France dès mai, affectant principalement les personnes dont le niveau de vie initial était déjà bas, celles avec enfants, et les jeunes [33]. Dans l'enquête française Coclico, les femmes et les personnes ayant une situation financière dégradée étaient particulièrement à risque de détresse psychologique pendant le premier confinement [15]. Les effets économiques de la crise et le stress liés à l'épidémie elle-même, pourraient donc expliquer ces profils plus vulnérables à l'augmentation des consommations.

Les résultats des enquêtes CoviPrev et ViQuoP suggèrent que les personnes dont les habitudes de vie ont été fortement modifiées ont plus fréquemment augmenté leur consommation de tabac ou d'alcool en avril. Il peut s'agir des conditions de travail, notamment pour les personnes plus favorisées socialement et les jeunes : le télétravail pouvant faciliter le tabagisme sur le « lieu de travail » ou l'inactivité engendrant de l'ennui. Il peut aussi s'agir des conditions de vie : présence d'enfant(s) de moins de 16 ans majoritairement gardé(s) au domicile en raison de la fermeture des écoles, ou des urbains ayant possiblement moins d'espaces extérieurs.

L'étude Epicov [34] indique que le télétravail a été massif pendant le confinement pour les cadres mais beaucoup plus limité pour les ouvriers et les personnes ayant une activité dite « essentielle » qui ont poursuivi une activité à l'extérieur du domicile. Les jeunes et les plus précaires ont été plus concernés par le chômage technique ou partiel. Par ailleurs, une autre étude française auprès de salariés, menée plus tardivement, en septembre 2020, indique que la raison principale déclarée de l'augmentation des consommations de substances psychoactives étaient les conditions de travail (isolement par rapport aux collègues de travail, charge de travail, évolutions du travail) [35]. Dans l'enquête Coclico, les personnes bénéficiant d'un faible soutien social et celles confinées dans des logements sur-occupés étaient identifiées comme particulièrement à risque de détresse psychologique [15]. Le quotidien de certains publics a donc été particulièrement perturbé,

favorisant les consommations de tabac et d'alcool pendant la période de confinement. En mai, l'assouplissement des contraintes avec la réouverture progressive des écoles, la possibilité de se déplacer et la reprise d'une certaine partie des activités en entreprise, pourraient expliquer que ces facteurs ne soient plus associés à une augmentation des consommations à partir du début du déconfinement.

Les analyses indiquent également une stabilité des consommations pour une majorité de personnes interrogées, voire des comportements plus favorables à la santé pour certains pendant cette période, principalement pour l'alcool : de 22% à 25% des buveurs en fonction des vagues et de 10% à 19% des fumeurs déclaraient avoir diminué leur consommation. Cela a pu être par volonté de les maîtriser pour des questions de santé et bien-être, surtout observé dans le cas du tabac, ou en raison des contraintes extérieures qui ont modifié les habitudes de consommation, surtout observé pour l'alcool. Ces constats sont cohérents avec ceux faits à l'étranger [24, 28]. Des études soulignent une augmentation de la motivation et des tentatives d'arrêt du tabac en raison de la crainte de développer une forme grave de la Covid-19 [36-38].

Certains profils sont toutefois associés à une augmentation comme à une diminution des consommations, suggérant des comportements hétérogènes au sein de mêmes segments de la population. Ainsi, les plus jeunes ont à la fois plus souvent augmenté mais aussi plus souvent diminué leur consommation d'alcool en avril. On observe le même phénomène pour les fumeurs les plus diplômés en avril, les personnes vivant dans une grande agglomération pour l'alcool en avril et les personnes ayant un niveau de dépression élevé pour l'alcool en mai. Ces résultats vont dans le sens de l'hypothèse d'un effet différencié de l'épidémie et du confinement sur les comportements en fonction des habitudes de vie, des habitudes de consommation et de l'impact de la crise sur la vie personnelle [24, 39].

Les évolutions entre les 3 mois d'enquête sont assez limitées, avec néanmoins une tendance à une baisse de la proportion de personnes déclarant diminuer leur consommation de tabac à partir de mai, et une baisse de celles déclarant augmenter leur consommation d'alcool à partir de juin, qui pourrait indiquer une reprise de la consommation habituelle à partir du déconfinement. En juin, période pendant laquelle les restrictions étaient très réduites, une part non négligeable de fumeurs et buveurs (respectivement 28% et 10%) déclaraient avoir une consommation plus élevée qu'avant le confinement, suggérant que ces comportements défavorables à la santé pouvaient perdurer.

En France comme à l'étranger, des études constatent également ce double mouvement d'augmentation et de diminution des consommations en période de confinement, avec des comportements souvent moins favorables pour le tabac [24, 40] et plus favorables pour l'alcool [41-43]. Néanmoins, dans d'autres études, notamment dans les pays anglo-saxons, les augmentations de consommation d'alcool rapportées se font parfois dans des proportions très importantes sans être « compensées » par la proportion de ceux qui ont diminué [25, 26, 44], alors qu'à l'inverse des évolutions plus favorables sont observées pour le tabac [36, 38]. Ces résultats pourraient être dus à des différences culturelles, des politiques mises en place pour contrôler



l'épidémie plus ou moins strictes ou concernant l'approvisionnement de ces produits, des périodes d'étude au cours du confinement, et à l'hétérogénéité des méthodes d'enquête.

Les données analysées dans cet article présentent des limites. Les effectifs de l'étude CoviPrev sont réduits, ne permettant pas d'extrapoler à la population générale (pour les arrêts du tabac en particulier). La représentativité de cette étude est limitée dans la mesure où il s'agit d'échantillons non-probabilistes, issus d'un panel d'internautes. La proportion de personnes ayant un diplôme élevé était ainsi plus importante qu'en population générale, la prévalence du tabagisme plus faible et la proportion d'abstinents d'alcool plus élevée que celles mesurées de manière plus robuste dans le Baromètre de Santé publique France. Les comparaisons entre les vagues d'avril et juin ont été rendues impossibles en raison de répondants communs à plusieurs vagues. Par ailleurs, un biais de désirabilité et un biais de mémoire peuvent exister, dans la mesure où les personnes ont dû auto-déclarer une évolution de leur consommation par rapport à avant le confinement, et ce plusieurs semaines après. Enfin, un lien de cause à effet du confinement et/ou de l'épidémie ne peut être totalement établi, en particulier pour les taux d'arrêt du tabac dans la mesure où ces arrêts pourraient aussi avoir eu lieu dans un contexte habituel.

L'enquête ViQuoP est une enquête qualitative qui s'appuie sur un petit échantillon de consommateurs de produits psychoactifs, ainsi que sur des profils ayant des caractéristiques particulières (panel ayant accès à Internet et à l'aise avec l'écrit), ce qui limite la généralisation des résultats. Par ailleurs, les questions posées étaient ouvertes mais une seule relance a été possible dans le temps imparti et tel que prévu dans le protocole de l'étude, ce qui n'a pas permis d'approfondir et de décrire en détail toutes les situations. L'interrogation répétée des personnes sur leur santé en général et leurs consommations en particulier, a pu avoir un effet sur leurs attitudes et leurs consommations.

Enfin, et comme dans la plupart des enquêtes en population générale, les populations les plus précaires et vulnérables ne sont pas représentées dans l'échantillon, car non couvertes par les méthodes d'échantillonnage.

Malgré ces limites, ces enquêtes très réactives, ont permis de mesurer des tendances concernant l'évolution des consommations de tabac et d'alcool en population générale, les profils associés et les justifications apportées par les consommateurs, dans une volonté de triangulation des données [23]. Les résultats de ces enquêtes montrent la nécessité et l'acceptabilité [22] de la diffusion de campagnes de prévention incitant et accompagnant l'arrêt du tabagisme ou la diminution de la consommation d'alcool en période d'épidémie de la Covid-19. Les messages doivent être adaptés à la situation [45] et peuvent promouvoir les outils d'aide à distance, particulièrement utiles en période de restriction de déplacements. Une attention particulière pour les profils les plus à risque est nécessaire.

Remerciements :

Nous souhaitons remercier Pierre Arwidson, Enguerrand du Roscoät, Linda Lasbeur, Jean-Michel Lecrique, Christophe Léon (Santé publique France) et Jocelyn Raude (Ecole des hautes études en santé publique) pour leur contribution dans la conception de l'étude Coviprev et la construction

du questionnaire, ainsi que Bérengère Gall, Julien Vivant et Yea-Gi O (institut BVA) pour la coordination du terrain de l'étude et les analyses exploratoires. Nous remercions également Marie Vialle, Émilie Rey et Laure Salvaing (Kantar Public) pour la coordination de l'étude ViQuoP, l'animation de la plateforme et les premières analyses.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent l'absence de tout lien d'intérêt

Contribution des auteurs : GQ a réalisé les analyses quantitatives et qualitatives, et a rédigé la première version de l'article. RG, RA et VNT ont participé au plan d'analyse et à la discussion des résultats. RG a piloté le recueil de données alcool/tabac de l'enquête CoviPrev. RA et GQ ont piloté le recueil des données alcool/tabac de l'enquête ViQuoP. NH et SS ont coordonné l'ensemble du dispositif ViQuoP et participé aux analyses. Tous les auteurs ont participé au manuscrit final.

RÉFÉRENCES

1. Collaborators GRF. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1345-422.
2. Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. *Bull Epidemiol Hebd*. 2019(15):278-84.
3. Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. 2019(5-6):97-108.
4. Soullier N, Richard J-B, Gautier A. Baromètre de Santé publique France 2019 - Méthode. Saint-Maurice: Santé publique France; 2021.
5. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Soullier N, Gautier A, Richard J-B, et al. Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du Baromètre de Santé publique France. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2021(8):132-9.
6. Richard J-B, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V, le groupe Baromètre de Santé publique F. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. 2019(5-6):89-97.
7. Guignard R, Richard J-B, Andler R, Pasquereau A, Quatremère G. Effectiveness of Mois sans tabac 2016, a French social marketing campaign against smoking. 12th European public health conference; Marseille 2019.
8. Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafo MR. The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*. 2017;19(1):3-13.
9. Mathew AR, Hogarth L, Leventhal AM, Cook JW, Hitsman B. Cigarette smoking and depression comorbidity: systematic review and proposed theoretical model. *Addiction*. 2017;112(3):401-12.
10. Richardson S, McNeill A, Brose LS. Smoking and quitting behaviours by mental health conditions in Great Britain (1993-2014). *Addict Behav*. 2019;90:14-9.
11. Smith PH, Chhipa M, Bystrick J, Roy J, Goodwin RD, McKee SA. Cigarette smoking among those with mental disorders in the US population: 2012–2013 update. *Tobacco Control*. 2020;29(1):29-35.
12. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addiction*. 2011;106(5):906-14.
13. Schuckit MA. Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction*. 2006;101 Suppl 1:76-88.
14. Chan-Chee C, Léon C, Lasbeur L, Lecrique J-M, Raude J, Arwidson P, et al. La santé mentale des Français face au Covid-19 : prévalences, évolutions et déterminants de l'anxiété au cours des deux premières semaines de confinement (Enquête CoviPrev, 23-25 mars et 30 mars-1er avril 2020). *Bull Epidemiol Hebd*. 2020(13):260-9.
15. Gandré C, Coldefy M, Rochereau T. Les inégalités face au risque de détresse psychologique de l'enquête COCLIO du 3 au 14 avril 2020. *Questions d'économie de la Santé IRDES*. 2020;n°249.
16. Marques C, Quatremère G, Andler R, Nguyen-Thanh V. Pourquoi les Français consomment-ils de l'alcool ? La Santé en action. 2020(452):41.

17. Andler R, Richard J-B, Palle C, Spilka S, Quatremère G, Nguyen-Thanh V. Consommation d'alcool en France métropolitaine en 2017. *La Revue du praticien*. 2019;69(8):886-91.
18. McEwen A, West R, McRobbie H. Motives for smoking and their correlates in clients attending Stop Smoking treatment services. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*. 2008;10(5):843-50.
19. Wong EC, Haardörfer R, Windle M, Berg CJ. Distinct Motives for Use Among Polytobacco Versus Cigarette Only Users and Among Single Tobacco Product Users. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*. 2017;20(1):117-23.
20. Pourtau L, Martin E, Menvielle G, El Khoury-Lesueur F, Melchior M. To smoke or not to smoke? A qualitative study among young adults. *Prev Med Rep*. 2019;15:100927.
21. Snaith RP. The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2003;1(1):29.
22. Quatremère G, Andler R, Sempé S, Houzelle N, Vialle M, Rey E, et al. Consommations de produits psychoactifs pendant et après le confinement et acceptabilité des campagnes de prévention hors Covid-19. Étude qualitative Santé publique France - Kantar « Vie quotidienne et prévention au sein d'une communauté en ligne à l'heure du coronavirus » (ViQuoP). Synthèse thématique Saint-Maurice : Santé publique France 2020:10.
23. Glaser Barney G, L SA. *The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. Nicolson Wa, editor. London 1967.
24. Bommele J, Hopman P, Walters BH, Geboers C, Croes E, Fong GT, et al. The double-edged relationship between COVID-19 stress and smoking: Implications for smoking cessation. *Tob Induc Dis*. 2020;18:63.
25. Stanton R, To QG, Khalesi S, Williams SL, Alley SJ, Thwaite TL, et al. Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11).
26. 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 and alcohol dependence*. 2021;219:108461.
27. Lechner WV, Laurene KR, Patel S, Anderson M, Grega C, Kenne DR. Changes in alcohol use as a function of psychological distress and social support following COVID-19 related University closings. *Addictive behaviors*. 2020;110:106527-.
28. Addiction CCoSuA. Boredom and Stress Drives Increased Alcohol Consumption during COVID-19: NANOS Poll Summary Report. Mai 2020.
29. Vanderbruggen N, Matthys F, Van Laere S, Zeeuws D, Santermans L, Van den Ameele S, et al. Self-Reported Alcohol, Tobacco, and Cannabis Use during COVID-19 Lockdown Measures: Results from a Web-Based Survey. *Eur Addict Res*. 2020:1-7.
30. Mucci N, Giorgi G, Roncaioli M, Fiz Perez J, Arcangeli G. The correlation between stress and economic crisis: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:983-93.
31. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009;374(9686):315-23.
32. Bor J, Basu S, Coutts A, McKee M, Stuckler D. Alcohol use during the great recession of 2008-2009. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*. 2013;48(3):343-8.
33. Givord P, Silhol J. Confinement : des conséquences économiques inégales selon les ménages. *Insee Première*. 2020;n°1822:4.
34. Bajos N, Warszawski J, Pailhé A, Counil E, Jusot F, Spire A, et al. Les inégalités sociales au temps du Covid-19. *Questions de santé publique IReSP*. 2020;n°40.
35. Covid-19 : isolement et conditions de travail favorisent les conduites addictives [press release]. Nov2020.
36. Jackson SE, Brown J, Shahab L, Steptoe A, Fancourt D. COVID-19, smoking and inequalities: a study of 53 002 adults in the UK. *Tob Control*. 2020.
37. Chertok IRA. Perceived risk of infection and smoking behavior change during COVID-19 in Ohio. *Public Health Nurs*. 2020.
38. Elling JM, Crutzen R, Talhout R, de Vries H. Tobacco smoking and smoking cessation in times of COVID-19. *Tob Prev Cessat*. 2020;6:39.



39. Dubey MJ, Ghosh R, Chatterjee S, Biswas P, Chatterjee S, Dubey S. COVID-19 and addiction. *Diabetes Metab Syndr.* 2020;14(5):817-23.
40. Niedzwiedz CL, Green MJ, Benzeval M, Campbell D, Craig P, Demou E, et al. Mental health and health behaviours before and during the initial phase of the COVID-19 lockdown: longitudinal analyses of the UK Household Longitudinal Study. *J Epidemiol Community Health.* 2020.
41. Jauffret-Roustide M, Barratt M, de Dinechin S, Davies E, Gilchrist G, Hughes C, et al. Consommation d'alcool et d'autres produits psychoactifs pendant la pandémie de Covid-19 dans la Global Drug Survey : une perspective française. *Psychotropes.* 2020;26(2):209-19.
42. Deschasaux-Tanguy M, Druesne-Pecollo N, Esseddik Y, de Edelenyi FS, Allès B, Andreeva VA, et al. Diet and physical activity during the COVID-19 lockdown period (March-May 2020): results from the French NutriNet-Santé cohort study. *medRxiv.* 2020:2020.06.04.20121855.
43. Håkansson A. Changes in Gambling Behavior during the COVID-19 Pandemic—A Web Survey Study in Sweden. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(11):4013.
44. Knell G, Robertson MC, Dooley EE, Burford K, Mendez KS. Health Behavior Changes During COVID-19 Pandemic and Subsequent "Stay-at-Home" Orders. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(17).
45. Grummon AH, Hall MG, Mitchell CG, Pulido M, Mendel Sheldon J, Noar SM, et al. Reactions to messages about smoking, vaping and COVID-19: two national experiments. *Tobacco Control.* 2020:tobaccocontrol-2020-055956.