

> **SOMMAIRE // Contents**

ARTICLE // Article

Épidémiologie descriptive des passages aux urgences pour intoxication éthylique aiguë en région Nouvelle-Aquitaine entre 2016 et 2021
// Descriptive epidemiology of visits to emergency departments for acute alcohol intoxication in Nouvelle-Aquitaine, France, between 2016 and 2021.....p. 290

Adam Loffler et coll.

Santé publique France – Nouvelle-Aquitaine, Bordeaux

ARTICLE // Article

Impact de l'épidémie de Covid-19 sur le recours aux associations SOS Médecins pour troubles de la santé mentale en Nouvelle-Aquitaine
// Impact of the COVID-19 epidemic on the use of SOS Médecins due to mental health disorders in Nouvelle-Aquitainep. 298

Laure Meurice et coll.

Santé publique France – Nouvelle-Aquitaine, Bordeaux

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de Santé publique France. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'œuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/beh/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

Directeur de la publication : Laëtitia Huiart, directrice scientifique, adjointe à la directrice générale de Santé publique France
Rédactrice en chef : Valérie Colombani-Cocuron, Santé publique France, redaction@santepubliquefrance.fr
Rédactrice en chef adjointe : Frédérique Bilon-Debernardi
Responsable du contenu en anglais : Chloé Chester
Secrétariat de rédaction : Valérie Contactis
Comité de rédaction : Raphaël Andler, Santé publique France ; Thierry Blanchon, Iplesp ; Florence Bodeau-Livinec, EHESP ; Julie Boudet-Berquier, Santé publique France ; Kathleen Chami, Santé publique France ; Bertrand Gagnière, Santé publique France - Bretagne ; Isabelle Grémy, ORS Île-de-France ; Anne Guinard / Damien Mouly, Santé publique France - Occitanie ; Nathalie Jourdan-Da Silva, Santé publique France ; Philippe Magne, Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ; Valérie Olié, Santé publique France ; Alexia Peyronnet, Santé publique France ; Hélène Therre, Santé publique France ; Sophie Vaux, Santé publique France ; Isabelle Villena, CHU Reims.
Santé publique France - Site Internet : <https://www.santepubliquefrance.fr>
Préresse : Luminess
ISSN : 1953-8030

ÉPIDÉMIOLOGIE DESCRIPTIVE DES PASSAGES AUX URGENCES POUR INTOXICATION ÉTHYLIQUE AIGUË EN RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE ENTRE 2016 ET 2021

// DESCRIPTIVE EPIDEMIOLOGY OF VISITS TO EMERGENCY DEPARTMENTS FOR ACUTE ALCOHOL INTOXICATION IN NOUVELLE-AQUITAINE, FRANCE, BETWEEN 2016 AND 2021

Adam Loffler¹ (adamloffler@outlook.fr), Pascal Vilain¹, Laure Meurice¹, Nicolas Marjanovic², Olivier Ely³, Laurent Filleul¹

¹ Santé publique France – Nouvelle-Aquitaine, Bordeaux

² Centre hospitalier universitaire, Poitiers

³ Centre hospitalier, Périgueux

Soumis le 02.05.2022 // Date of submission: 05.02.2022

Résumé // Abstract

Objectif – L'objectif de cette étude est de décrire les passages aux urgences pour intoxication éthylique aiguë (IEA) dans la région Nouvelle-Aquitaine et dans les différents départements de cette région.

Matériel et méthode – Les passages aux urgences (PU) issus de la base de données Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) ont été analysés du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2021. Le passage pour IEA a été défini grâce à un ensemble de codes CIM-10 (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision). Une analyse descriptive des caractéristiques des patients, ainsi que des variations saisonnières, a été réalisée à l'échelon régional et départemental.

Résultats – Sur la période d'étude, 78 325 passages pour IEA ont été identifiés. Près de 1% de la totalité des PU de la région a concerné des IEA, dont la moitié était suivie d'une hospitalisation. Ces PU impliquaient majoritairement des hommes (71%). Les classes d'âge les plus représentées étaient les 40-54 ans (33%) et les 25-39 ans (24%). Deux pics annuels ont été retrouvés : le 1^{er} janvier et le 22 juin. Les horaires de forte affluence des PU étaient situés entre 20 h et 23 h, avec un décalage à 2-3 h chez les 15-24 ans. Le recours aux urgences pour IEA était plus élevé le week-end, les jours fériés ainsi que les veilles de jours fériés. Au cours de la période d'étude, le nombre de recours pour IEA et la proportion d'hommes ont diminué tandis que l'âge moyen a augmenté.

Conclusion – En Nouvelle-Aquitaine, les recours pour IEA ont un impact important sur l'activité des urgences. Cette étude a permis d'identifier des périodes de forte affluence du recours aux urgences pour IEA à l'échelle de la région.

Aim – This study aims to describe the visits to emergency departments (ED) for acute alcohol intoxication (AAI) in the region of Nouvelle-Aquitaine and its departments.

Method – Emergency department visits recorded in the OSCOUR® database were analyzed for the period of January 1st 2016 to December 31 2021. An ED visit due to AAI was defined according to a set of ICD-10 codes. Descriptive analysis of patient characteristics and seasonal variations was carried out at regional and departmental level.

Results – Over the study period, 78 325 ED visits for AAI were identified. Nearly 1% of all ED visits in the region involved AAI, half of which led to hospitalization. These ED visits mainly concerned men (71%). The age groups most represented were 40-54 years old (33%) and 25-39 years old (24%). Two annual peaks were found: January 1st and June 22. The rush hours of these ED visits were between 8 p.m. and 11 p.m., with a shifted peak at 2-3 a.m. for the 15-24 age group. Emergency department visits for AAI were higher on weekends, public holidays and the day before public holidays. During the study period, the number of AAI visits and the proportion of male patients decreased while the mean age increased.

Conclusion – In Nouvelle-Aquitaine, emergency department visits for AAI have a significant impact on ED activity. This study made it possible to identify periods of high affluence in ED visits for AAI at the regional level.

Mots-clés : Alcool, Intoxication éthylique aiguë, Urgences, Base de données Oscour®, Nouvelle-Aquitaine

// **Keywords** : Alcohol, Acute alcohol intoxication, Emergency department, OSCOUR® database, Nouvelle-Aquitaine

Introduction

La consommation d'alcool est un comportement fréquent et socialement accepté, particulièrement lors d'événements ou de rassemblements festifs.

Une des conséquences possibles d'un usage excessif d'alcool est l'intoxication éthylique aiguë (IEA), qui expose à une morbi-mortalité accrue, liée notamment à des troubles du comportement induits et à la survenue en conséquence d'accidents ou

de morts violentes¹. De plus, le *binge drinking*, acte qui consiste à consommer de grandes quantités de boissons alcoolisées sur une courte période de temps (consommation de 5 unités d'alcool pour un homme, et 4 pour une femme, en moins de deux heures, selon les critères du *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA)²) peut entraîner comme conséquence une intoxication éthylique aiguë^{3,4}. Le passage dans un service d'accueil des urgences (SAU) lors d'un épisode d'IEA représente une part considérable de l'activité des services d'urgence, notamment chez les 15-44 ans, pour lesquels près de 2% des passages aux urgences en France sont en lien avec l'alcool⁵. Le diagnostic d'IEA repose sur un faisceau d'arguments cliniques détaillés dans la conférence de consensus de la Société française de médecine d'urgence (SFMU) ; la mesure de l'alcoolémie est également utile dans ce contexte, tout comme la mesure d'éthanol dans l'air expiré, même si ces données ne présentent pas forcément de corrélation avec l'intensité de l'état clinique⁶. Une étude menée par Santé publique France estimait qu'en 2017, dans la région, les passages aux urgences pour IEA représentaient 1,0% de l'ensemble des passages aux urgences. Cela équivalait à 71,8% des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool⁷. Une différence de recours était observée selon le sexe (2,0% des passages totaux chez les hommes ; 0,8% chez les femmes), et une hétérogénéité du recours aux urgences directement en lien avec l'alcool au sein des départements était observée⁷. Si les données de consommation d'alcool en France ont été décrites par classe d'âge⁸, elles restent néanmoins incomplètes à l'échelle régionale et départementale. En outre, la problématique de la morbi-mortalité induite par la consommation d'alcool est un enjeu de santé publique majeur ; il est donc primordial de pouvoir caractériser les patients consultant aux urgences pour IEA et d'identifier des facteurs de risque de présenter une IEA, afin de mieux pouvoir anticiper les périodes de forte activité et de pouvoir proposer des actions de prévention ou de sensibilisation ciblées à l'échelle de la région. Dans ce contexte, une étude descriptive a été réalisée à partir du système de surveillance syndromique de Santé publique France afin de compléter les données existantes. L'objectif principal de l'étude était de décrire les passages aux urgences pour IEA en région Nouvelle-Aquitaine et à l'échelle des départements.

Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une étude épidémiologique rétrospective, portant sur la période du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2021. Cette étude s'est appuyée sur les données du dispositif Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) qui repose sur la transmission des résumés de passage aux urgences (RPU) issus des services d'urgence. Ces données sont transmises quotidiennement à Santé publique France de manière automatisée via l'application Sursaud® (données de la veille disponibles à minuit). Les données disponibles, anonymisées, sont d'ordre administratif (âge, sexe, heure et date d'entrée

et de sortie, devenir du patient et code postal de résidence) et d'ordre médical (diagnostic principal et diagnostics associés selon les codes de la CIM-10). Le transfert en service d'hospitalisation était disponible. Cet indicateur regroupait les hospitalisations en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO, dont unité d'hospitalisation de courte durée UHCD), en soins de suite et réadaptation (SSR), en soins de longue durée (SLD), en psychiatrie, et en hospitalisation à domicile (HAD). La base de données étudiée incluait tous les passages dans les services d'urgence de la région Nouvelle-Aquitaine pour intoxication éthylique aiguë (IEA) en diagnostic principal ou associé. En 2021, le réseau reposait sur 66 services d'urgence géographiques autorisés, 39 sièges de Smur, 13 de Samu. En ce qui concerne la région Nouvelle-Aquitaine, près de 98% des passages aux urgences sont enregistrés dans la base de données de ce système de surveillance syndromique⁹. Pour la définition de cas, le code CIM-10 F10.0, figurant en diagnostic principal ou diagnostic associé, marquait la présence d'un diagnostic d'IEA. Ce code a été choisi en suivant la méthodologie utilisée précédemment dans la littérature française¹⁰. Le code susmentionné ne comprenait pas les conséquences organiques (par exemple, cirrhose due à l'alcool), ni mentales (par exemple, troubles addictifs ou syndrome dépressif en lien avec l'alcool), dues à la consommation chronique d'alcool, ni les passages aux urgences pour syndrome de sevrage. Les codes concernant les intoxications accidentelles à l'alcool (X45 et déclinaisons) ont été exclus avec l'hypothèse que ces codes ne concernaient pas la même population que les IEA « conventionnelles » et que les intoxications accidentelles n'étaient pas sujettes à la même saisonnalité que ces IEA. Le diagnostic d'IEA étant clinique^{6,11}, les codes mentionnant une mesure d'alcoolémie ou une mesure par éthylotest n'ont également pas été employés. De plus, les « passages toutes causes codées » ont été utilisés comme dénominateur sur la période d'étude. Les caractéristiques des patients consultant aux urgences pour IEA dans la région ont été décrites selon l'âge, le sexe, le devenir du patient (hospitalisation, décès, retour à domicile), les comorbidités (c'est-à-dire les diagnostics associés si l'IEA est le trouble principal, ou le diagnostic principal si l'IEA est le trouble associé), l'heure d'arrivée aux urgences, la durée de passage. Les données ont été utilisées pour construire des séries temporelles afin de décrire d'éventuelles variations saisonnières (jour de la semaine, jour du mois, mois de l'année) par classes d'âge (0-14, 15-24, 25-39, 40-54, 55-69, >70 ans). Les résultats ont été corrigés en rapportant le nombre de PU pour IEA par le nombre de PU toutes causes confondues, afin de prendre en compte les années bissextiles, le nombre différent de jours par mois, le nombre différent de jours de la semaine dans la période d'étude et la saisonnalité de l'activité basale des services d'urgence. Une analyse spécifique à chaque département de la région, avec création de séries temporelles, a également été effectuée. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel R® version 4.0.5.

Résultats

Analyse descriptive régionale

Entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2021, 78 325 passages aux urgences (PU) pour IEA ont été enregistrés dans les services d'accueil des urgences (SAU) de Nouvelle-Aquitaine, participant au réseau Oscour®, soit 0,8% de tous les PU enregistrés par la surveillance syndromique dans la région. Les deux tranches d'âge les plus représentées étaient les 40-54 ans (32,9%) et les 25-39 ans (24,0%) (tableau 1). La majorité des PU pour IEA concernait des hommes (71,2%). Cependant, le sex-ratio variait en fonction des classes d'âge, allant de 1,1 chez les 10-14 ans, à 3,5 chez les 30-34 ans, puis diminuait progressivement pour atteindre 1,5 chez les plus de 80 ans. L'âge moyen était de 42,5 ans chez les hommes et de 42,8 chez les femmes ($p < 0,01$). L'âge médian était de 42,9 ans chez les hommes et de 44,1 ans chez les femmes. Le code CIM-10 utilisé pour définir l'IEA désignait un diagnostic principal dans 83,9% des cas, et cela correspondait à 65 741 PU. Lorsque l'IEA figurait en diagnostic associé ($n=12\ 584$; 16,1%), les diagnostics principaux les plus souvent retrouvés étaient : traumatisme crânien ou plaie de la tête (1 495 ; 11,9%), consultation pour examen administratif (constat d'ivresse sur demande de la police) (1 107 ; 8,8%), intoxication aux benzodiazépines (983 ; 7,8%), malaise ou agitation (835 ; 6,6%), et épisode dépressif (576 ; 4,6%). La durée médiane de passage aux urgences était de 3,6 heures. Parmi ces PU, 50,0% ont été suivis d'une hospitalisation. Les femmes étaient plus souvent hospitalisées (52,7%) que les hommes

(48,9%, $p < 0,001$). De plus, la proportion d'hospitalisations après PU pour IEA augmentait avec les classes d'âge, avec 40,2% d'hospitalisation chez les 15-24 ans et 58,4% d'hospitalisation chez les plus de 80 ans. Les enfants de moins de 15 ans étaient hospitalisés dans 49,0% des cas. Un décès a été renseigné parmi ces PU.

Analyse temporelle régionale

Au cours de la période d'étude, le nombre de PU pour IEA est resté stable de 2016 à 2019. Pour les années 2020 et 2021, le nombre de PU pour IEA était plus faible (diminution relative de 16% des PU pour IEA entre 2016 et 2021). La variation annuelle régionale des PU pour IEA a mis en évidence deux pics : le 1^{er} janvier et le 22 juin (figure 1). L'analyse de la variation des PU sur les mois de l'année présentait un nombre de PU plus élevé sur la période estivale, et plus faible sur la période hivernale, et ceci pour toutes les classes d'âge. Le mois de juillet constituait le pic de PU pour toutes les classes d'âge. La proportion de PU par jour du mois montrait un pic le 1^{er} jour du mois et une relative stabilité sur l'ensemble du mois. Une importante augmentation du nombre de PU pour IEA était observée en fin de semaine chez les 15-24 ans et de manière plus discrète chez les 25-39 ans (vendredi, samedi et dimanche). Après correction sur le nombre de passages toutes causes confondues, cette tendance à l'augmentation au cours de la semaine était visible pour toutes les classes d'âge de 15 ans et plus (figure 2). L'analyse des variations journalières des PU pour IEA a permis de mettre en évidence une période de forte affluence entre 20 h et 23 h dans les classes d'âge de plus de 25 ans, tandis que chez

Tableau 1

Caractéristiques des patients passant aux urgences pour intoxication éthylique aiguë dans la région Nouvelle-Aquitaine entre 2016 et 2021 ($n=78\ 325$)

	Hommes		Femmes		Total	
	n	%	n	%	n	%
Classe d'âge						
0-14 ans	165	0,2	143	0,2	308	0,4
15-24 ans	10 133	12,9	5 021	6,4	15 155	19,3
25-39 ans	14 415	18,4	4 362	5,6	18 777	24,0
40-54 ans	18 399	23,5	7 346	9,4	25 745	32,9
55-69 ans	10 184	13,0	4 289	5,5	14 474	18,5
>70 ans	2 454	3,1	1 386	1,8	3 840	4,9
Tous âges	55 773	71,2	22 550	28,8	78 325	100,0
Diagnostic principal						
IEA	46 706	59,6	19 034	24,3	65 741	83,9
Autres	9 067	11,6	3 516	4,5	12 584	16,1
Hospitalisation*						
Oui	27 261	48,9	11 892	52,8	39 154	50,0
Non	28 512	51,1	10 658	47,2	39 171	50,0

En raison de données manquantes sur l'âge ou le sexe, les totaux peuvent ne pas être égaux à 100% ou $n=78\ 325$.

* Comprend les hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) (dont unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)), en soins de suite et réadaptation (SSR), en soins de longue durée (SLD), en psychiatrie et hospitalisation à domicile.

IEA : intoxication éthylique aiguë.

Figure 1

Variation des passages aux urgences pour intoxication éthylique aiguë au cours de l'année, moyenne mobile sur 7 jours, Nouvelle-Aquitaine, 2016-2021

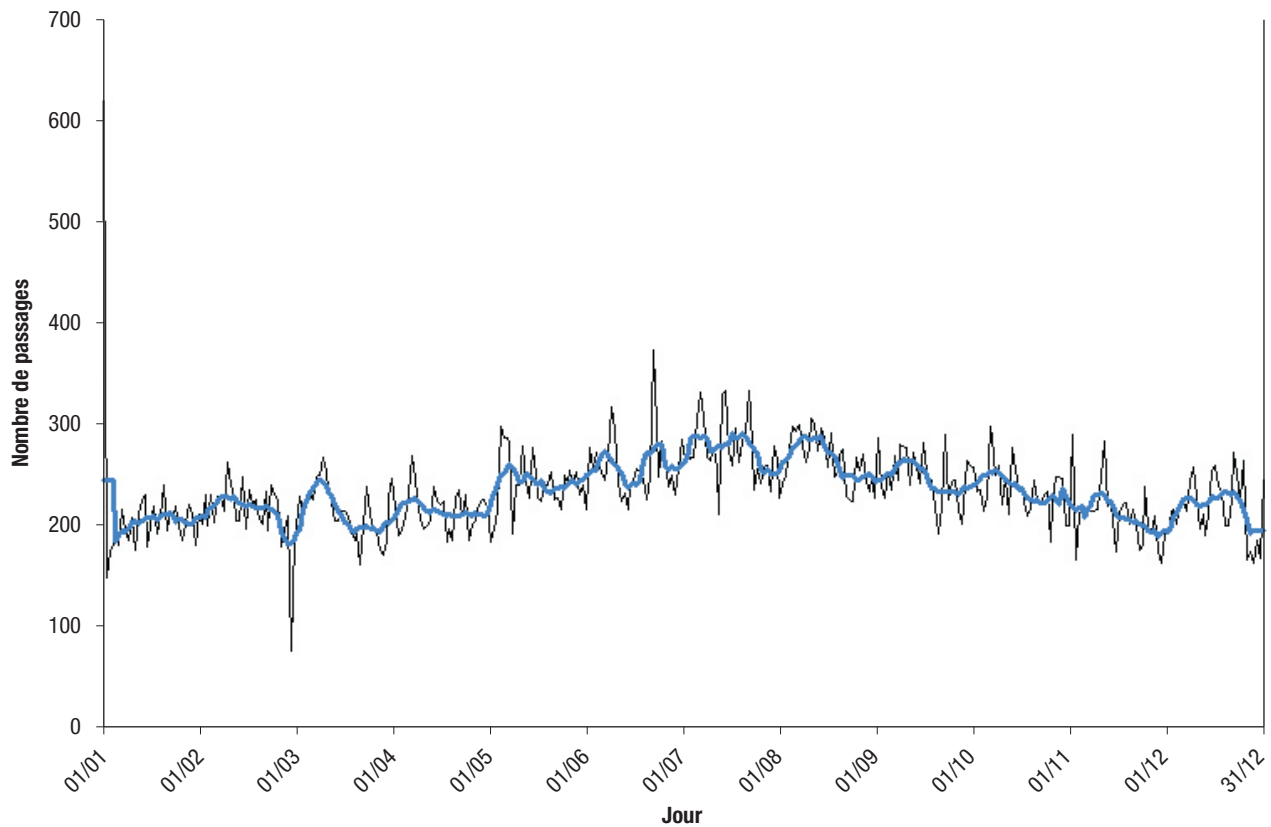
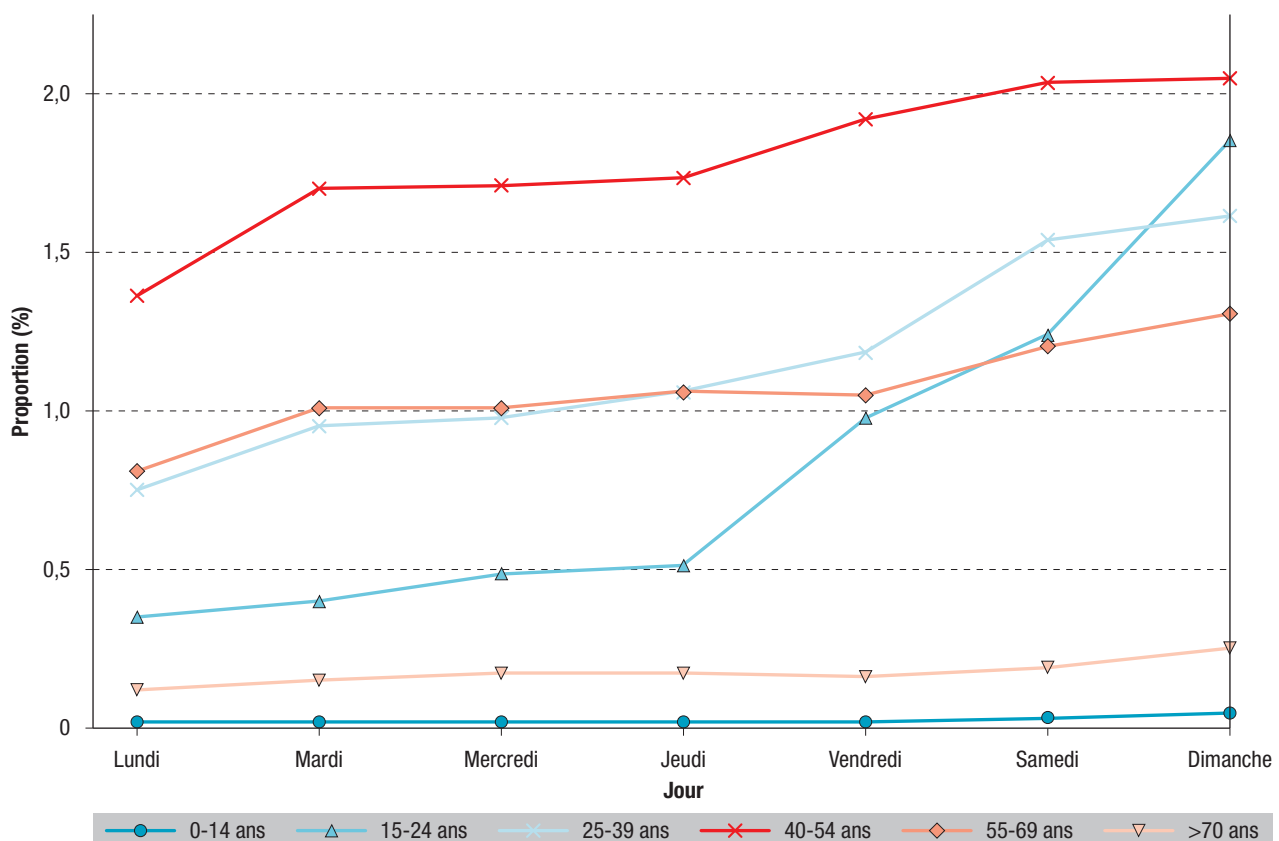


Figure 2

Proportion ajustée de passages aux urgences pour intoxication éthylique aiguë, en fonction du jour de la semaine en Nouvelle-Aquitaine, 2016-2021



les 15-24 ans, le pic d'affluence se situait entre 2 h et 3 h (figure 3). En 2016, l'âge moyen régional était de 41,7 ans. Cet indicateur atteint 44,0 ans pour l'année 2020 avant de prendre la valeur de 43,1 ans en 2021. Le sex-ratio tous âges confondus a diminué au cours des six ans, avec un rapport hommes/femmes à 2,73 en 2016 et 2,23 en 2021 ($p < 0,001$). L'analyse de la variation du sex-ratio annuel par classe d'âge dans la région n'a pas mis en évidence de tendance plus importante à un âge plutôt qu'à un autre.

Analyse départementale

Cette analyse des séries temporelles suit sensiblement les tendances régionales. L'âge moyen par département variait de 40,9 à 46,5 ans. Le tableau 2 détaille les caractéristiques des populations selon les départements. Des différences sont observées par rapport à la répartition démographique des âges de la population des départements, avec une population consultant pour IEA plus jeune qu'attendue

Figure 3

Passages aux urgences pour intoxication éthylique aiguë en fonction de l'heure du jour, dans la région Nouvelle-Aquitaine (sur la période 2016-2021)

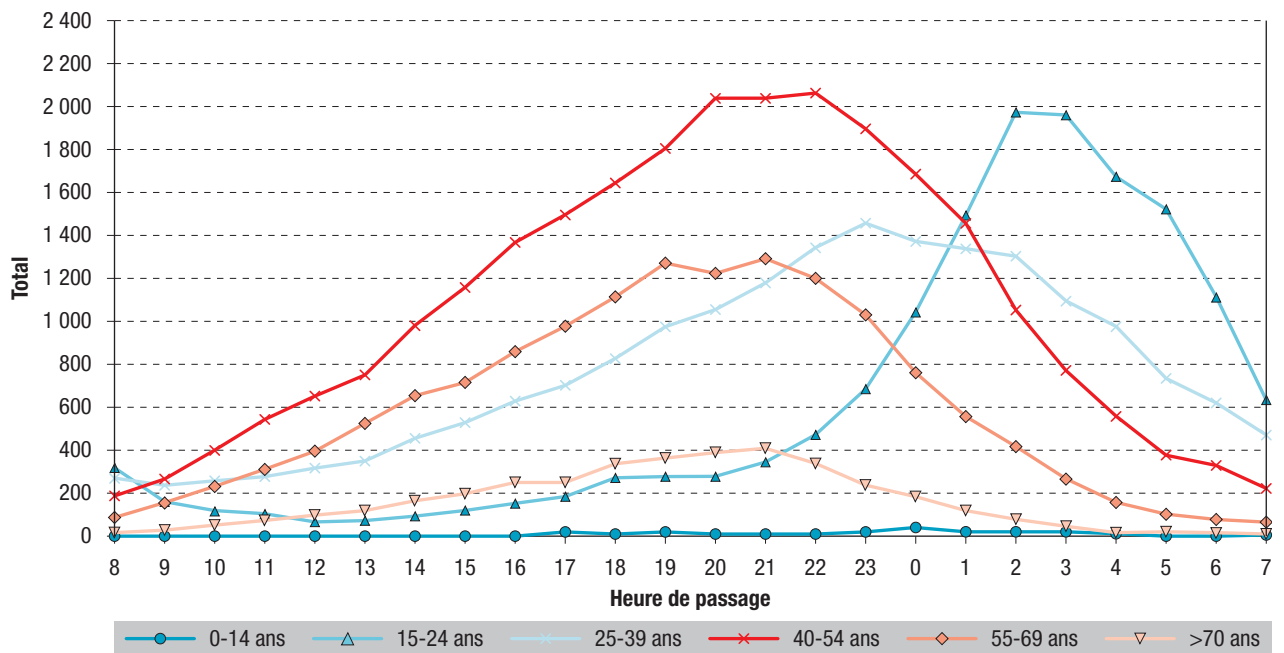


Tableau 2

Caractéristiques des patients passant aux urgences pour intoxication éthylique aiguë par département entre 2016 et 2021

Département	Âge moyen lors de l'IEA (ans)	Âge moyen parmi les PU toutes causes	Âge relatif de la population*	Taux de PU pour IEA (%)	Hospitalisation (%)
16 - Charente	43,4	46,5	Moyen	1,5	51,1
17 - Charente-Maritime	41,6	46,1	Âgé	1,0	56,3
19 - Corrèze	45,2	46,0	Âgé	1,1	22,8°
23 - Creuse	46,5	49,3	Âgé	1,3	47,3
24 - Dordogne	45,3	44,7	Âgé	0,6	54,2
33 - Gironde	41,0	41,7	Jeune	0,6	45,2
40 - Landes	41,4	44,6	Moyen	0,9	56,0
47 - Lot-et-Garonne	43,7	44,3	Moyen	0,6	46,1
64 - Pyrénées-Atlantiques	40,9	41,4	Moyen	0,5	56,2
79 - Deux-Sèvres	43,4	42,5	Jeune	0,6	62,2
86 - Vienne	41,8	41,7	Jeune	1,0	58,1
87 - Haute-Vienne	44,1	42,2	Moyen	1,0	46,8
Nouvelle-Aquitaine	42,6	43,4	-	0,8	50,0

* L'âge relatif de la population par département est basé sur les données démographiques de la statistique de l'Insee 2021 (Source : Insee, recensement de la population 2018).

° Proportion sous-estimée, non interprétable.

IEA : intoxication éthylique aiguë ; PU : passages aux urgences.

dans les Landes et en Charente-Maritime. Dans les Landes, deux pics de PU pour IEA sont identifiés aux alentours du 22 juillet et aux alentours du 15 août, non retrouvés dans l'analyse régionale (figure 4). Les autres départements ne présentent pas de tendance significativement contraire à la saisonnalité régionale (résultats non présentés).

Discussion

Cette étude a permis de caractériser la fréquence des IEA issues des services d'urgence de Nouvelle-Aquitaine.

Près de 1% des PU sont en lien avec une IEA. Ce résultat est en accord avec les données de la littérature exploitant le même système de surveillance syndromique¹⁰ et avec les études utilisant une méthodologie impliquant le traitement des résumés de passages aux urgences¹².

La prédominance masculine des PU pour IEA que l'on retrouve dans les résultats est conforme aux données de la littérature^{10,12}.

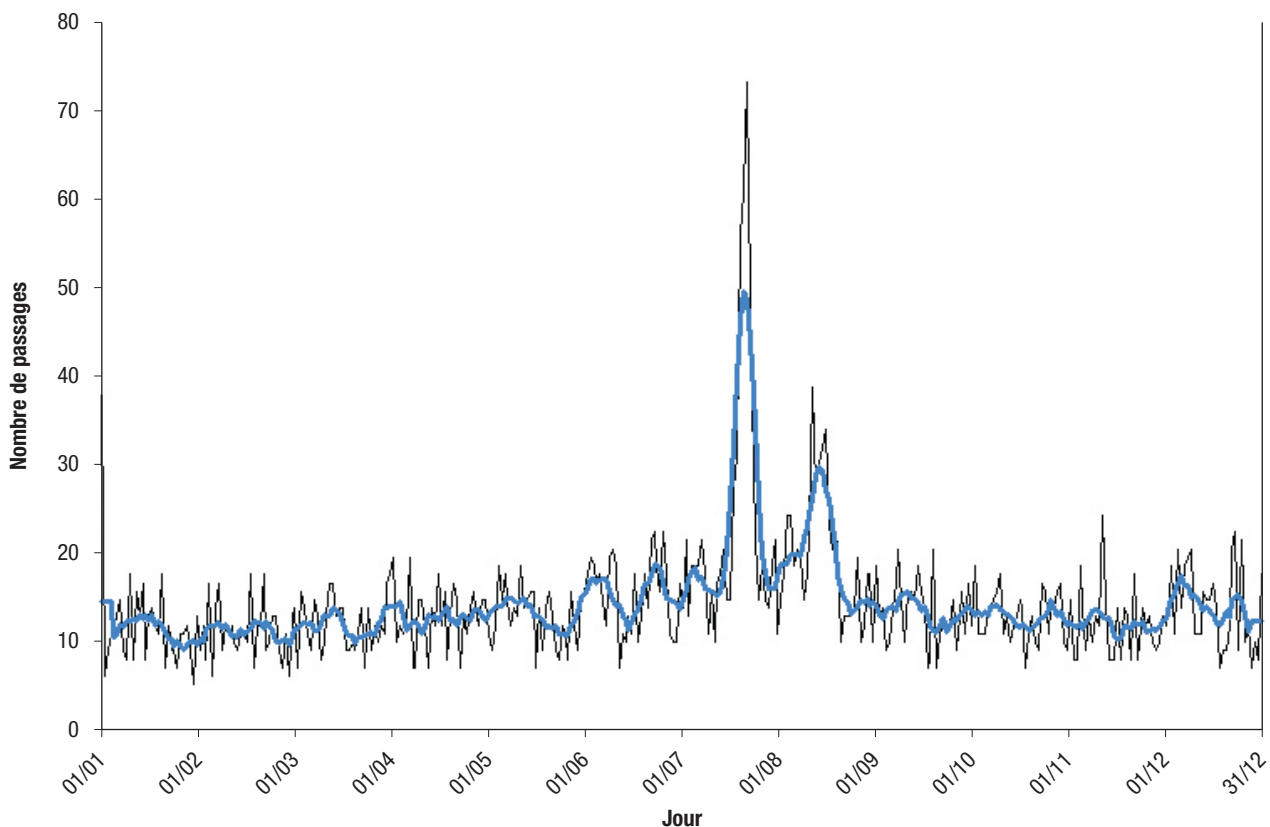
L'âge médian était de 42,9 ans chez les hommes et de 44,1 ans chez les femmes. Cette différence entre les deux sexes était déjà observée en France dans une étude précédente, mais les âges médians sont plus élevés dans notre étude¹⁰. Cela peut s'expliquer par une différence à la fois de la population étudiée et de la période d'étude.

Le diagnostic d'IEA figure parfois en diagnostic associé. La présence de divers autres diagnostics principaux met en évidence l'association de l'IEA avec d'autres comorbidités et suggère une morbidité importante de l'IEA. Par exemple, un état d'IEA est retrouvé fréquemment dans plusieurs autres pathologies : traumatismes (5 à 50%), pathologies médicales (4 à 7%), affections psychiatriques (30%), tentatives de suicide (50 à 75%) et violences (15 à 25%)¹³. C'est notamment le cas pour les patients qui consultent fréquemment aux urgences pour IEA, qui présentent plus fréquemment des comorbidités comme des pathologies du foie, une insuffisance rénale chronique, une pathologie vasculaire ischémique, des comorbidités psychiatriques (démence, schizophrénie, trouble bipolaire), un antécédent de traumatisme crânien ou une bronchopneumopathie chronique obstructive par rapport aux autres patients passant aux urgences¹⁴.

Les pics d'activité retrouvés le 1^{er} janvier et le 22 juin correspondent respectivement au jour de l'An et au lendemain de la Fête de la musique. Le pic mensuel le 1^{er} jour du mois peut être en partie expliqué par l'effet événementiel du 1^{er} janvier (jour de l'An) qui est le jour de l'année où le nombre de PU pour IEA est le plus élevé. De plus, le 1^{er} jour du mois est fréquemment un jour férié (la Toussaint a lieu le 1^{er} novembre, la fête du Travail est le 1^{er} mai, et le 1^{er} juin 2020 était le lundi de Pentecôte), ce qui est en accord avec l'effet jour férié décrit dans la littérature^{15,16}.

Figure 4

Variation des passages aux urgences pour intoxication éthylique aiguë au cours de l'année, moyenne mobile sur 7 jours, Landes (40)



Les données des années 2020 et 2021 ont été fortement impactées par la crise sanitaire et les confinements¹⁷, entraînant un retentissement non négligeable sur le recours aux urgences pour IEA. En effet, sur toute la période d'étude, nous constatons une diminution des PU pour IEA (y compris toutes causes confondues), en plus d'une population de patients plus âgés et d'une diminution du sex-ratio H/F. Les femmes de moins de 25 ans sont de plus en plus concernées par les IEA. En effet, dans notre étude, en 2020 et en 2021, plus d'1 personne sur 3 âgée de moins de 25 ans et concernée par un PU pour IEA était une femme (contre environ moins de 1 sur 3 les années précédentes), ce qui est en accord avec la littérature internationale^{18,19}. À ce jour, il est difficile de conclure si ce changement des caractéristiques des patients est temporaire, ou si des modifications pérennes du mode de vie n'auraient pas également contribué aux résultats que nous observons. La littérature internationale présente deux scénarii de modification de la consommation d'alcool, avec une diminution à court terme, puis une augmentation de la consommation sur le long terme, particulièrement chez les hommes²⁰. Ces modifications de la consommation éthylique pourront probablement être constatées sur les données des années postérieures à notre étude. Une méta-analyse européenne récente objective en moyenne une diminution de la consommation d'alcool lors de la pandémie plus importante que l'augmentation de celle-ci²¹.

Nous retrouvons un certain nombre de PU pour IEA chez les moins de 15 ans. Cependant l'intentionnalité n'est pas évidente en l'absence du détail du résumé de passage aux urgences. De plus, le code diagnostique d'intoxication accidentelle est parfois précisé dans les diagnostics associés chez les moins de 15 ans, ce qui peut expliquer la présence de sujets de cette classe d'âge dans nos résultats²². Une étude réalisée aux Pays-Bas suggère que si le premier contact de l'enfant avec l'alcool est précoce, le risque de présenter une IEA chez l'adolescent est alors plus élevé²³.

Les deux pics estivaux retrouvés dans le département des Landes concordent avec les fêtes de la Madeleine à Mont-de-Marsan autour du 22 juillet, et les fêtes de Dax à la mi-août. Cependant, dans le département des Pyrénées-Atlantiques, lors des fêtes de Bayonne classiquement sur la période du 24 au 31 juillet, aucun pic de PU pour IEA n'a été observé. Pourtant, cet événement est l'un des plus grands rassemblements d'Europe. Néanmoins, une organisation médicale spécifique est mise en œuvre lors de cet événement (médicalisation des postes de secours préexistants, poste médical avancé, mise en place d'un poste de secours intra-hospitalier) pouvant expliquer la prise en charge en amont des urgences. Étant donné la consommation festive intense lors de cette circonstance, il paraît également vraisemblable que d'autres structures participent à la prise en charge de ces patients en renfort durant cette période (bénévoles de la Protection civile et de la Croix-Rouge, entre autres).

L'une des limites de cette étude est l'hétérogénéité du codage entre les différents établissements des départements. Le taux d'hospitalisation après PU en Corrèze est ininterprétable, étant donné l'absence de codage de cette variable dans l'un des services d'accueil des urgences (SAU) de ce département. Cela entraîne de ce fait une sous-estimation du taux régional d'hospitalisation pour IEA. De plus, le pourcentage d'IEA codé en diagnostic associé est probablement sous-estimé. En effet, le taux d'exhaustivité du code « diagnostic associé » peut varier d'un service d'urgence à un autre. Lorsque ce code n'est pas renseigné, il est possible que les professionnels privilégient le codage de la pathologie organique ou du traumatisme qui est une conséquence de l'IEA (par exemple, un traumatisme crânien ou une fracture après une chute) aux dépens de l'IEA, ce qui entraîne une sous-estimation du nombre de PU pour IEA, ainsi qu'une sous-estimation du taux d'IEA en « diagnostic associé ». Afin d'éviter un biais de classement évident, nous avons choisi de ne pas inclure les PU avec une valeur d'alcoolémie seule car le seuil de tolérance à l'alcool est différent d'une personne à l'autre. En effet, cette valeur ne nous permet pas de confirmer ou non la présence d'une IEA lors d'un doute sur les éléments cliniques en l'absence des détails des résumés de passages aux urgences. En complément, certaines IEA peuvent passer inaperçues puisqu'un test d'alcoolémie n'est pas systématiquement réalisé dans les services d'urgence. Certes, la grande variation interindividuelle liée à l'intensité de la tolérance à l'alcool semble rendre la mesure d'alcoolémie obsolète, mais l'ex-Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (Anaes, remplacée par la Haute Autorité de santé en 2004) recommande de réaliser autant que possible une mesure de la concentration d'éthanol dans l'air expiré ou dans le sang, afin d'objectiver l'IEA. Cela permet d'identifier les situations où un patient présente une excellente tolérance physique, mais une altération psychique et cognitive ; sur ce point, les recommandations de la SFMU sont incomplètes^{6,11}. À cet égard, certains auteurs ont souligné que le « *gold standard* » de l'IEA était l'alcoolémie²⁴. De plus, certaines études ont retrouvé que le manque de corrélation entre alcoolémie et symptômes d'IEA était en partie lié à la tolérance pharmacologique des sujets dépendants, ce qui aboutit à un sous-diagnostic chez ces patients²⁵. Par ailleurs, il est possible que certains patients alcoolisés souhaitent quitter le service d'urgence sans avoir vu un médecin hospitalier comme décrit dans la littérature^{26,27}. Les données exploitées correspondent au nombre de passages aux urgences pour IEA et non au nombre de patients. Il est donc probable qu'un patient visite fréquemment un SAU pour ce même motif au cours de la période d'étude. La littérature états-unienne explique que les patients consultant régulièrement aux urgences pour IEA sont majoritairement des hommes de la classe d'âge 40-54 ans¹⁴, ce qui pourrait biaiser notre interprétation des résultats parmi cette tranche d'âge. En effet, les auteurs de cette étude montrent que 3% des patients pris en charge aux urgences pour IEA représentent à eux seuls 33% des passages pour ce motif¹⁴.

Certaines informations dont nous disposons sont difficilement interprétables. La durée de passage dans le SAU ne peut pas être exploitée car nous n'avons pas d'informations, ni sur la gravité de l'IEA, ni sur les antécédents du patient. En effet, la surveillance horaire du patient peut tout à fait être effectuée aux urgences, ou bien en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) si l'IEA est de faible gravité. De plus, le codage de la durée de passage semble être peu fiable ou incomplet étant donné les grandes variations présentes dans la base de données. Il est possible que le codage de la sortie du patient soit fait *a posteriori*, rendant l'indicateur de durée de présence obsolète. Malgré une couverture exhaustive des services d'urgence dans les départements (environ 98% des PU)⁹, nous ne prenons pas en compte les IEA chez les patients ne recourant pas aux services de soins.

Conclusion

Les intoxications éthyliques aiguës constituent un problème de santé publique avéré car elles concernent tous les âges et représentent une part considérable (environ 1%, soit 13 054 passages par an environ) de tous les recours aux services d'urgence. Cette étude a permis d'identifier des périodes de forte affluence du recours aux urgences pour IEA à l'échelle de la région. Des dispositifs de désengorgement des services d'urgence lors de certaines fêtes locales (fêtes de Bayonne dans le département des Pyrénées-Atlantiques) permettent de mieux gérer ces périodes de forte affluence. Mener des actions de prévention ciblées sur l'alcool le jour de l'An et le jour de la Fête de la musique semble être pertinent. Cette étude nous permet de mieux appréhender l'évolution des caractéristiques de la population de patients passant aux urgences pour IEA dans la région et met en évidence l'intérêt des données de surveillance syndromique. ■

Remerciements

Les auteurs remercient les services d'urgence participant au réseau Oscour®, l'Observatoire régional des urgences Nouvelle-Aquitaine, ainsi que l'équipe de Santé publique France – Nouvelle-Aquitaine.

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet*. 2005;365(9458):519-30.
- [2] National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Understanding binge drinking. NIAAA; 2022. 3 p. https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/NIAAA_Binge_Drinking_3.pdf
- [3] Naimi TS, Brewer RD, Mokdad A, Denny C, Serdula MK, Marks JS. Binge drinking among US adults. *JAMA*. 2003;289(1):70-5.
- [4] Menecier P, Rotheval L. L'intoxication éthylique aiguë ou l'ivresse alcoolique. *Médecine*. 2017;13(6): 261-5.
- [5] Santé publique France. Bulletin de veille sanitaire Nouvelle-Aquitaine N°18 – janvier 2018. 22 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/nouvelle-aquitaine/documents/bulletin-regional/2018/bulletin-de-veille-sanitaire-nouvelle-aquitaine.-n-18-janvier-2018>
- [6] Sureau C, Charpentier S, Philippe JM, Perrier C, Trinh-Duc A, Fougeras O, *et al.* Actualisation 2006 de la seconde conférence de consensus 1992. L'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences. Commission de veille scientifique – Société française de médecine d'urgence. 24 p. https://www.sfm.org/upload/consensus/Actualisation_consensus_ivresse__thylique_aigu__2006.pdf
- [7] Santé publique France. Bulletin de santé publique alcool en Nouvelle-Aquitaine. Janvier 2020. 35 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/nouvelle-aquitaine/documents/bulletin-regional/2020/bulletin-de-sante-publique-alcool-en-nouvelle-aquitaine.-janvier-2020>
- [8] Bourdillon F. Éditorial. Alcool et réduction des risques. *Bull Épidémiol Hebd*. 2019;(5-6):88-9. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_0.html
- [9] Santé publique France. Surveillance syndromique SurSaUD®. Saint-Maurice: Santé publique France; 2021. <https://www.santepubliquefrance.fr/surveillance-syndromique-sursaud-R>
- [10] Perrine AL, Develay AE. Recours aux urgences pour intoxication éthylique aiguë en France en 2011. L'apport du réseau Oscour®. *Bull Épidémiol Hebd*. 2013;(16-17):195-8. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/article/recours-aux-urgences-pour-intoxication-ethylique-aigue-en-france-en-2011.-l-apport-du-reseau-oscour-R>
- [11] Anaes (Haute Autorité de santé). Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins. Paris: HAS; 2001. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272274/fr/orientationsdiagnostiques-et-prise-en-charge-au-decours-d-une-intoxication-ethylique-aigue-des-patients-admis-aux-urgences-des-etablissements-de-soins
- [12] Verelst S, Moonen PJ, Desruelles D, Gillet JB. Emergency department visits due to alcohol intoxication: Characteristics of patients and impact on the emergency room. *Alcohol Alcohol*. 2012;47(4):433-8.
- [13] Yersin B. Conduite à tenir en urgence : de l'ivresse alcoolique au sevrage. In: *Urgences*. Paris: Éditions scientifiques L & C Brain Storming SAS; 2003. p. 189-98.
- [14] Klein LR, Martel ML, Driver BE, Reing M, Cole JB. Emergency department frequent users for acute alcohol intoxication. *West J Emerg Med*. 2018;19(2):398-402.
- [15] Foster S, Gmel G, Estévez N, Bähler C, Mohler-Kuo, M. Temporal patterns of alcohol consumption and alcohol-related road accidents in young Swiss men: Seasonal, weekday and public holiday effects. *Alcohol Alcohol*. 2015;50(5):565-72.
- [16] Lloyd B, Matthews S, Livingston M, Jayasekara H, Smith K. Alcohol intoxication in the context of major public holidays, sporting and social events: A time-series analysis in Melbourne, Australia, 2000-2009. *Addiction*. 2013;108(4):701-9.
- [17] Meurice L, Vilain P, Maillard L, Revel P, Caserio-Schonemann C, Filleul L. Impact des deux confinements sur le recours aux soins d'urgence lors de l'épidémie de Covid-19 en Nouvelle-Aquitaine. *Santé Publique*. 2021;33(3):393-7.
- [18] Geels LM, Vink JM, van Beek JH, Bartels M, Willemsen G, Boomsma DI. Increases in alcohol consumption in women and elderly groups: Evidence from an epidemiological study. *BMC Public Health*. 2013;13:207.
- [19] Dawson DA, Goldstein RB, Saha TD, Grant BF. Changes in alcohol consumption: United States, 2001-2002 to 2012-2013. *Drug Alcohol Depend*. 2015;148:56-61.

[20] Rehm J, Kilian C, Ferreira-Borges C, Jernigan D, Monteiro M, Parry CD, *et al.* Alcohol use in times of the COVID-19: Implications for monitoring and policy. *Drug Alcohol Rev.* 2020;39(4):301-4.

[21] Kilian, C, O'Donnell A, Potapova N, López-Pelayo H, Schulte B, Miquel L, *et al.* Changes in alcohol use during the COVID-19 pandemic in Europe: A meta-analysis of observational studies. *Drug Alcohol Rev.* 2022;41(4):918-31.

[22] Vrkić Boban I, Vrca A, Saraga M. Changing Pattern of Acute Alcohol Intoxications in Children. *Med Sci Monit.* 2018; 24:5123-31.

[23] de Veld L, van Hoof JJ, Ouwehand S, van der Lely N. Age at alcohol use as a possible risk factor for adolescent acute alcohol intoxication hospital admission in the Netherlands. *Alcohol Clin Exp Res.* 2020;44(1):219-24.

[24] Malone D, Friedman T. Drunken patients in the general hospital: Their care and management. *Postgrad Med J.* 2005;81(953):161-6.

[25] Olson KN, Smith SW, Kloss JS, Ho JD, Apple FS. Relationship between blood alcohol concentration and observable symptoms of intoxication in patients presenting to an emergency department. *Alcohol Alcohol.* 2013;48(4):386-9.

[26] Marco CA, Brenner JM, Kraus CK, McGrath NA, Derse AR; ACEP Ethics Committee. refusal of emergency medical treatment: Case studies and ethical foundations. *Ann Emerg Med.* 2017;70(5):696-703.

[27] Groscurin O, Cramer B, Schaller M, Sarasin FP, Rutschmann OT. Patients leaving the emergency department without being seen by a physician: A retrospective database analysis. *Swiss Med Wkly.* 2013;143:w13889.

Citer cet article

Loffler A, Vilain P, Meurice L, Marjanovic N, Ely O, Filleul L. Épidémiologie descriptive des passages aux urgences pour intoxication éthylique aiguë en région Nouvelle-Aquitaine entre 2016 et 2021. *Bull Épidémiol Hebd.* 2022;(17):290-8. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/17/2022_17_1.

ARTICLE // Article

IMPACT DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 SUR LE RECOURS AUX ASSOCIATIONS SOS MÉDECINS POUR TROUBLES DE LA SANTÉ MENTALE EN NOUVELLE-AQUITAINE

// IMPACT OF THE COVID-19 EPIDEMIC ON THE USE OF SOS MÉDECINS DUE TO MENTAL HEALTH DISORDERS IN NOUVELLE-AQUITAINE

Laure Meurice^{1*} (laure.meurice@santepubliquefrance.fr), Pascal Vilain^{1*}, Sophie Larrieu¹, Julien Grelet², Eilika Muller², Morgane Sladeczek², Frédéric Chemin², Laurent Filleul¹

¹ Santé publique France – Nouvelle-Aquitaine, Bordeaux

² SOS Médecins, Bordeaux

* Contribution égale, co-premiers auteurs

Soumis le 04.05.2022 // Date of submission: 05.04.2022

Résumé // Abstract

Introduction – Face à l'épidémie de Covid-19, des mesures restrictives ont été mises en place pour contrôler l'épidémie et limiter son impact sur le système de soins. Si elles se sont avérées efficaces, leurs répercussions sur la santé mentale de la population ont rapidement été soulevées. L'objectif est d'étudier l'association entre le contexte épidémiologique de la Covid-19 et le recours aux associations SOS Médecins pour troubles de la santé mentale (TSM) en Nouvelle-Aquitaine.

Méthode – Une étude rétrospective basée sur les données des associations SOS Médecins de Nouvelle-Aquitaine a été menée du 1^{er} janvier 2018 au 27 juin 2021. Un modèle de régression logistique a été utilisé pour caractériser les actes pour TSM, ainsi qu'un modèle additif généralisé de régression de Poisson pour étudier le recours aux soins pour TSM selon le contexte épidémiologique.

Résultats – Les patients ayant consulté pour TSM étaient principalement des femmes (67%) et des sujets adultes. Quelle que soit la période de l'épidémie de Covid-19 (hors confinement ou pendant un confinement), le recours pour TSM était significativement plus élevé comparativement à la période hors Covid-19. La hausse du recours pour TSM était particulièrement élevée lors du premier confinement, tandis qu'il diminuait au cours du temps avec un recours de moins en moins important lors des confinements 2 et 3. Le recours pour troubles anxieux, psychoses et autres troubles psychiatriques était significativement plus élevé en période d'épidémie de Covid-19, et une augmentation significative des actes pour dépression était observée lors du 3^e confinement.

Conclusion – Les données SOS Médecins ont mis en exergue un impact de l'épidémie de Covid-19 et du confinement sur la santé mentale des Néo-Aquitains. Ce travail montre une nouvelle fois l'intérêt de ces données pour l'évaluation d'impact sanitaire.

Introduction – In response to the COVID-19 epidemic, restrictive measures were introduced to control the virus and limit its impact on the healthcare system. Although these measures proved effective, their impact on the mental health of the population was very quickly highlighted. Our primary objective was to study the association between the epidemiological context of COVID-19 and the use of SOS Médecins due to mental health disorders (MHD) in Nouvelle-Aquitaine.

Method – A retrospective study was conducted on data collected by the SOS Médecins associations in Nouvelle-Aquitaine from January 1st 2018 to June 27th 2021. A logistic regression model was used to define the consultations due to MHD, along with a Poisson generalized additive model to study the use of care due to MHD according to the epidemiological context.

Results – The patients who consulted due to MHD were mainly women (67%) and adults. Irrespective of the phase of the COVID-19 epidemic (in or out of lockdown), use of care due to MHD was significantly higher than during the pre-COVID-19 phase. The increase in use of care due to MHD was particularly high during the first lockdown then decreased over time, with progressively lower deviations during the second and third lockdowns. Use of care due to anxiety disorders, psychosis and other psychiatric disorders was significantly higher during the COVID-19 epidemic and a substantial increase in consultations due to depression was observed during the third lockdown.

Conclusion – The SOS Médecins data highlights the impact of the COVID-19 epidemic and lockdowns on the mental health of people in Nouvelle-Aquitaine. This work once again shows the value of SOS Médecins data in health impact assessment.

Mots clés : Covid-19, Santé mentale, Confinement, SOS Médecins, Nouvelle-Aquitaine
// Keywords: COVID-19, Mental health, Lockdown, SOS Médecins, Nouvelle-Aquitaine

Introduction

Face à l'urgence sanitaire entraînée par l'épidémie de Covid-19, de nombreuses mesures restrictives ont été mises en place afin de contrôler la propagation de l'épidémie et de limiter son impact sur le système de soins, notamment en termes d'hospitalisations et de décès. En France, des mesures de confinement et de couvre-feu, ainsi que d'autres mesures de freinage, ont été appliquées (fermeture des établissements scolaires et universitaires, restrictions de déplacements, télétravail, fermeture des commerces et établissements non essentiels). Ces mesures, si elles ont effectivement eu un effet bénéfique sur l'évolution de la situation épidémiologique¹, ont profondément modifié les habitudes de vie et ont probablement eu des conséquences sur la santé mentale de la population.

En effet, plusieurs études ont mis en avant une détérioration générale de l'état de santé mentale de la population après la mise en place de mesures de confinement dans le cadre de l'épidémie de Covid-19². Une étude descriptive réalisée en Angleterre à partir des urgences psychiatriques a mis en exergue une hausse des symptômes anxieux et dépressifs, notamment chez les plus jeunes³. Une autre, menée en Allemagne auprès d'un échantillon de 4 335 adultes, va dans le même sens avec la survenue de troubles de la santé mentale significativement plus élevée selon le degré de restriction des mesures⁴. Une augmentation des signes de stress post-traumatique a également été rapportée dans plusieurs travaux^{2,5,6}. Concernant les conduites suicidaires, toutes les études ne vont pas dans le même sens ; une étude a montré une hausse du recours aux urgences pour ces comportements⁷, tandis que d'autres ont mis en évidence des tendances globalement inchangées⁸.

En France, dès le printemps 2020, des professionnels de santé ont alerté sur l'impact psychologique de l'épidémie et les mesures qui en découlent ; l'enquête CoviPrev, portant sur les adultes, a très vite mis en avant la dégradation de la santé mentale des Français depuis le début de l'épidémie de Covid-19 avec une forte prévalence des états anxio-dépressifs et des troubles du sommeil⁹. D'autres travaux, portant notamment sur des populations spécifiques, ont également souligné ces tendances. Les résultats issus des études Confins et Pims-Cov19 ont montré que les étudiants étaient particulièrement vulnérables et davantage touchés par les troubles de la santé mentale lors du premier confinement^{10,11}. Les premiers résultats de l'enquête EpiCov portant sur 35 000 personnes âgées de 15 ans et plus ont rapporté une hausse marquée des syndromes dépressifs lors du premier confinement chez les 15-24 ans¹².

L'analyse des indicateurs produits en région Nouvelle-Aquitaine va dans le même sens, avec une détérioration globale de l'état de santé mentale des Néo-Aquitains depuis le début de l'épidémie de Covid-19, en particulier chez les moins de 18 ans¹³. Néanmoins, les travaux menés sur le sujet en France et dans la région restent rares, et les études réalisées relèvent pour la plupart d'études transversales ne disposant pas de données pré-épidémiques. Face à un tel constat, la production et l'analyse de données de surveillance de l'état de santé mentale en population générale apparaît essentielle, de manière à objectiver l'impact de l'épidémie de Covid-19 et des mesures qui ont été mises en œuvre.

Dans le cadre de la surveillance syndromique Sursaud® (Surveillance sanitaire des urgences et des décès)¹⁴, les données des associations SOS Médecins sont transmises en routine à Santé publique France et permettent donc de suivre le recours aux soins pour santé mentale dans les territoires couverts par les associations.

L'objectif de cette étude est de :

- comparer les caractéristiques des actes SOS Médecins pour TSM en fonction du contexte épidémiologique de la Covid-19 ;
- étudier l'association entre ce contexte épidémiologique et le recours aux associations SOS Médecins pour TSM en Nouvelle-Aquitaine.

Matériel et méthode

Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective basée sur les données d'activité de l'ensemble des associations SOS Médecins de Nouvelle-Aquitaine (Bordeaux, Limoges, Pau, Bayonne, La Rochelle) sur la période du 1^{er} janvier 2018 au 27 juin 2021.

Recueil de données

Le recueil de données a reposé sur une extraction de la base de données pseudo-anonymisées de SOS Médecins Nouvelle-Aquitaine. Les variables retenues pour l'étude étaient : le numéro d'identifiant du patient, le code de l'association, l'âge en mois et années, le sexe, la date de naissance, la date d'appel, la commune de résidence du patient, le diagnostic à l'issue de la consultation ou visite (plusieurs diagnostics possibles).

Analyse des données

À partir du ou des diagnostics principaux ou secondaires renseignés par les médecins, des regroupements syndromiques (RS) ont été construits en concertation avec les associations du réseau (tableau 1). L'analyse a porté sur les actes SOS Médecins pour les TSM suivants : dépression, pensées/gestes suicidaires, troubles anxieux, troubles du sommeil, psychose, autres troubles psychiatriques, violence/agressivité. Un regroupement « tous troubles de la santé mentale », incluant tous les RS précédents, et « actes toutes causes », incluant tous les actes quel que soit le diagnostic, ont également été construits. Plusieurs périodes ont été identifiées en fonction du contexte épidémiologique : période pré-épidémique (1^{er} janvier 2018 au 3 mars 2020), périodes de confinement (i/ du 17 mars au 10 mai 2020 ; ii/ du 30 octobre au 14 décembre 2020 ; et iii/ du 3 avril au 2 mai 2021), période d'épidémie sans confinement.

Analyse descriptive des patients ayant consulté pour TSM

Une analyse descriptive des patients ayant consulté pour l'un des TSM étudiés (codé en diagnostic principal et dont la première date de consultation du patient a été retenue) sur la période d'étude a été menée. Les classes d'âge retenues étaient les suivantes : inférieur à 11 ans, 11-17 ans, 18-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans et 65 ans et plus. L'évolution temporelle du nombre d'actes toutes causes et pour troubles de la santé mentale a été réalisée sur un pas

de temps hebdomadaire, et une comparaison de la part des actes pour troubles de la santé mentale en fonction de la période Covid-19 a été construite à l'aide d'un test de Chi2.

Comparaison des caractéristiques des actes SOS Médecins pour TSM

Un modèle de régression logistique a été utilisé pour chaque regroupement syndromique, afin de comparer les caractéristiques des patients présentant un trouble de la santé mentale. Ont été inclus dans le modèle : le sexe, l'âge en classes (<11 ans, 11-17 ans, 18-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans et 65 ans et plus) et la période (hors épidémie Covid-19, épidémie Covid-19 hors confinement, périodes de confinement).

Association entre le recours aux soins pour TSM et le contexte épidémique de Covid-19

Afin d'estimer l'association entre le recours aux associations SOS Médecins pour TSM et la période épidémique (en prenant en référence la période pré-épidémique), le nombre quotidien d'actes pour TSM a été modélisé à partir d'un modèle additif généralisé utilisant une régression de quasi-Poisson. L'application de cette méthode semi-paramétrique permettait d'ajuster sur des facteurs ayant potentiellement une influence sur le recours aux soins pour troubles de la santé mentale. Ainsi, plusieurs variables d'ajustement ont été incluses dans le modèle : le jour de la semaine, le nombre total journalier d'actes toutes causes confondues, la tendance à long terme, ainsi que la composante saisonnière. Pour prendre en compte la surdispersion observée, un modèle de régression de quasi-Poisson a été utilisé¹⁵.

L'analyse des données a été réalisée sous R® (version 4.0.4) avec un degré de significativité statistique de 5,0%.

Résultats

Description des patients ayant consulté pour TSM

Sur la période du 1^{er} janvier 2018 au 27 juin 2021, 1 415 342 actes toutes causes confondues ont été enregistrés, correspondant à 636 693 patients. Parmi ces patients, 5,0% ont consulté au moins une fois pour un TSM avec une moyenne de 1,5 [1-157] consultations pour ce RS (tableau 2). Deux tiers des patients ayant consulté pour TSM étaient des femmes (66,5%) et un tiers des patients âgés de 25 à 44 ans (32,4%). Sur la période d'étude, plus des deux tiers des patients concernés ont consulté pour des troubles anxieux.

Le nombre hebdomadaire d'actes pour TSM oscillait entre 172 et 299 (avant l'épidémie de Covid-19) et 244 et 592 (pendant l'épidémie) (figure 1). Un pic de recours aux associations SOS Médecins pour TSM était observé en mars 2020 avec 592 actes en semaine 14-2020. La proportion d'activité SOS Médecins pour TSM était de 4,7% pendant l'épidémie de Covid-19 contre 3,0% hors période de Covid-19 (p<0,001).

Tableau 1

Composition des regroupements syndromiques liés aux troubles de la santé mentale, SOS Médecins, Santé publique France – Nouvelle-Aquitaine

Regroupement syndromique	Diagnostic SOS	Code Santé publique France
Idées/gestes suicidaires	Tentative de suicide médicamenteuse	PS04
	Tentative de suicide	PS04
	Idées suicidaires	PS99
	Menace de tentative de suicide	PS99
	Suicide avéré avec décès	GE32
	Intoxication médicamenteuse volontaire	GE40
Dépression	Dépression	PS02
Psychoses	Psychose maniaco-dépressive	PS08
	Délire paranoïaque	PS08
	Schizophrénie	PS08
	Trouble bipolaire	PS08
	Bouffée délirante aiguë	PS99
	Accès maniaque	PS99
	Délire	PS99
Violence/agressivité	Conflit familial / conjugopathie	PS16
	Violence / Agressivité	AD09
	Enfant maltraité (suspicion)	GE98
Troubles du sommeil	Cauchemar	PS24
	Insomnie aiguë	PS24
	Insomnie chronique	PS24
	Trouble du sommeil autre	PS24
Troubles anxieux	Anxiété	PS01
	Attaque de panique	PS01
	Dysmorphophobie	PS99
	Hypochondrie	PS99
	Crise d'angoisse	PS11
	Crise de spasmodophilie	PS14
Autres troubles psychiatriques	Conversion / hystérie	PS11
	Tics	PS11
	Anorexie	PS99
	Anorexie mentale	PS99
	Borderline	PS99
	Problème de comportement chez l'enfant autre	PS99
	Phobie	PS99

Comparaison des caractéristiques des actes en fonction de la période

Le tableau 3 présente les résultats du modèle de régression logistique.

Sur la période d'étude, le recours pour TSM concernait plus fréquemment des femmes que des hommes, et les plus de 45 ans comparativement aux 25-44 ans. Quelle que soit la période de l'épidémie de Covid-19 (hors confinement ou pendant un confinement), le recours pour TSM était significativement plus élevé comparativement à la période hors Covid-19. La hausse du recours pour TSM était particulièrement élevée lors du premier confinement (OR=2,42, $p<0,001$), tandis qu'il diminuait au cours du temps avec un recours de moins en moins

important lors des confinements 2 et 3. Le recours pour troubles anxieux, psychoses et autres troubles psychiatriques était significativement plus élevé en période d'épidémie de Covid-19, et ce quelle que soit la période (hors confinement ou confinement). Une augmentation significative des actes pour dépression était observée lors du 3^e confinement (OR=1,26). Concernant les actes liés aux violences/agressivité, un recours plus élevé était observé lors de l'épidémie de Covid-19 hors période de confinement (OR=1,39, $p<0,001$). Excepté lors du 2^e confinement (OR=1,69, $p<0,001$), aucune hausse des actes pour pensées/gestes suicidaires n'a été constatée. Enfin, le recours pour troubles du sommeil était significativement plus élevé en période d'épidémie de Covid-19, excepté lors du 3^e confinement.

Analyse de l'association entre le recours aux soins pour troubles de la santé mentale et la période de confinement

Les risques relatifs de recours à SOS Médecins pour TSM en fonction de la période sont rapportés dans le tableau 4. Le recours était significativement plus élevé en période d'épidémie de Covid-19 hors confinement par rapport à la période pré-épidémique (RR=1,33). Le recours aux associations

pour TSM était 2,2 fois plus important pendant le 1^{er} confinement par rapport à une période hors Covid-19 et 1,4 fois plus important pendant les confinements 2 et 3.

Concernant les autres facteurs indépendamment associés au recours pour TSM, un recours significativement plus élevé était observé les mardi, mercredi, jeudi, et un recours moins élevé était observé le week-end comparativement au lundi.

Tableau 2

Caractéristiques des patients ayant consulté pour troubles de la santé mentale. Données SOS Médecins du 1^{er} janvier 2018 au 27 juin 2021, Nouvelle-Aquitaine

Variables	Dépression	Idées/gestes suicidaires	Troubles anxieux	Troubles du sommeil	Violence/agressivité	Psychose	Autres troubles psychiatriques	Troubles de la santé mentale*
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Nombre de patients	3 516	650	25 617	1 498	694	807	3 372	32 293
Nombre moyen d'actes sur la période [min-max]	1,2 [1-19]	1,0 [1-4]	1,4 [1-64]	1,3 [1-50]	1,1 [1-7]	1,1 [1-6]	1,7 [1-111]	1,5 [1-157]
Sexe								
Homme	1 097 (31,2)	273 (42,0)	8 171 (31,9)	649 (43,3)	244 (35,2)	314 (38,9)	1 231 (36,5)	10 820 (33,5)
Femme	2 419 (68,8)	377 (58,0)	17 446 (68,1)	849 (56,7)	450 (64,8)	493 (61,1)	2 141 (63,5)	21 473 (66,5)
Groupe d'âge								
25-44 ans	1 117 (31,8)	193 (29,7)	8 431 (32,9)	497 (33,2)	243 (35,0)	273 (33,8)	929 (27,6)	10 471 (32,4)
<11 ans	8 (0,2)	2 (0,3)	347 (1,4)	22 (1,5)	26 (3,7)	9 (1,1)	57 (1,7)	461 (1,4)
11-17 ans	63 (1,8)	64 (9,8)	1 115 (4,4)	39 (2,6)	50 (7,2)	12 (1,5)	189 (5,6)	1 451 (4,5)
18-24 ans	368 (10,5)	106 (16,3)	3 558 (13,9)	171 (11,4)	65 (9,4)	68 (8,4)	358 (10,6)	4 371 (13,5)
45-64 ans	1 142 (32,5)	189 (29,1)	6 026 (23,5)	455 (30,4)	155 (22,3)	220 (27,3)	1 036 (30,7)	7 910 (24,5)
65 ans et plus	817 (23,2)	96 (14,8)	6 137 (24,0)	314 (21,0)	155 (22,3)	225 (27,9)	803 (23,8)	7 625 (23,6)
Valeur manquante	1 (0,0)	0 (0,0)	3 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (0,0)

* Un patient peut avoir consulté pour plusieurs des regroupements syndromiques (RS) sur la période. Pour étudier le poids des TSM parmi tous les actes, sont comptabilisés ici les patients ayant consulté pour un des RS d'intérêt en diagnostic principal (1^{re} date de consultation retenue).

Figure 1

Évolution hebdomadaire du nombre d'actes toutes causes confondues, SOS Médecins, du 1^{er} janvier 2018 au 27 juin 2021, Nouvelle-Aquitaine

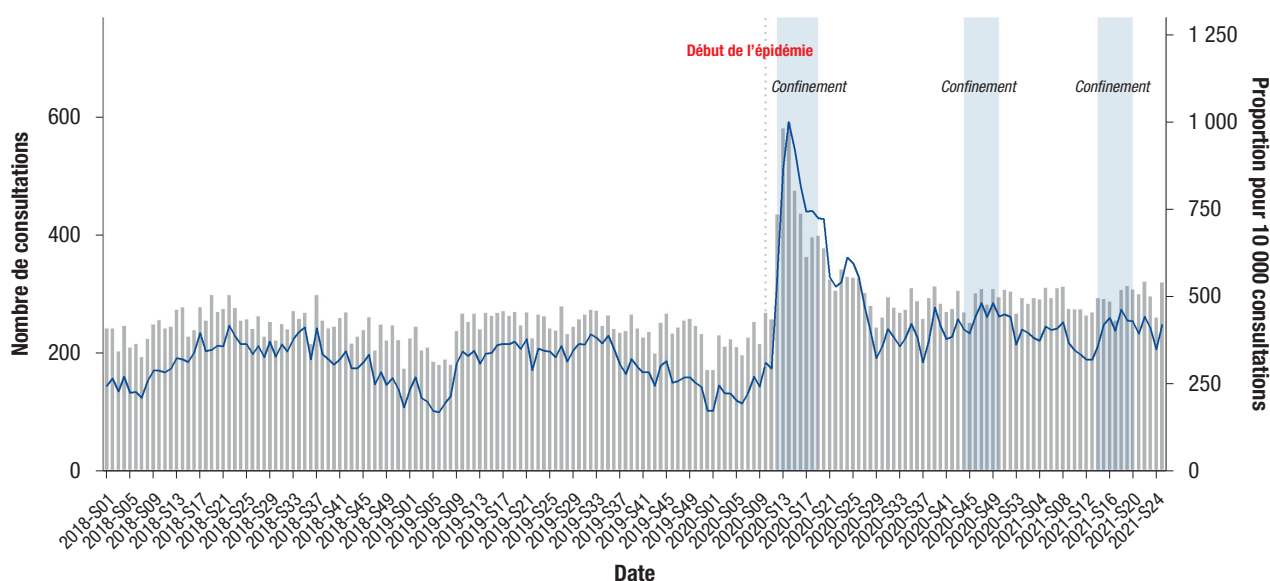


Tableau 3

Caractéristiques des actes SOS Médecins pour chacun des troubles étudiés selon le sexe, l'âge et la période épidémique. Données SOS Médecins du 1^{er} janvier 2018 au 27 juin 2021, Nouvelle-Aquitaine

Variables	Dépression		Idées/gestes suicidaires		Troubles anxieux		Troubles du sommeil		Violence/agressivité		Psychose		Autres troubles psychiatriques		Troubles de la santé mentale	
	N	OR [IC95%]	N	OR [IC95%]	N	OR [IC95%]	N	OR [IC95%]	N	OR [IC95%]	N	OR [IC95%]	N	OR [IC95%]	N	OR [IC95%]
Sexe																
Homme	1 301	-	289	-	11 181	-	807	-	259	-	336	-	1 933	-	15 768	-
Femme	2 943	1,41 [1,32-1,51]**	390	0,89 [0,76-1,03] ^{ns}	25 068	1,41 [1,38-1,45]**	1 213	0,94 [0,86-1,03] ^{ns}	480	1,21 [1,04-1,41]*	536	0,99 [0,85-1,14] ^{ns}	3 351	1,11 [1,05-1,17]*	33 252	1,33 [1,30-1,36]**
Groupe d'âge																
25-44 ans	1 354	-	202	-	11 569	-	619	-	254	-	291	-	1 299	-	15 238	-
<11 ans	8	0,01 [0,00-0,01]**	2	0,01 [0,00-0,03]**	361	0,03 [0,03-0,04]**	22	0,03 [0,02-0,05]**	27	0,11 [0,07-0,16]**	9	0,03 [0,01-0,06]**	58	0,04 [0,03-0,06]**	485	0,03 [0,03-0,04]**
11-17 ans	64	0,19 [0,14-0,24]**	64	1,17 [0,88-1,54] ^{ns}	1 256	0,44 [0,41-0,46]**	40	0,24 [0,17-0,33]**	51	0,78 [0,57-1,04] ^{ns}	12	0,16 [0,08-0,27]**	209	0,62 [0,54-0,72]**	1 670	0,44 [0,41-0,46]**
18-24 ans	419	0,79 [0,71-0,88]**	109	1,38 [1,09-1,74]*	4 281	0,95 [0,92-0,99]*	182	0,75 [0,64-0,89]*	69	0,68 [0,52-0,89]*	68	0,60 [0,46-0,77]**	425	0,84 [0,75-0,93]*	5 463	0,92 [0,89-0,95]**
45-64 ans	1 400	1,62 [1,52-1,77]**	206	1,62 [1,33-1,96]**	9 325	1,28 [1,24-1,31]**	682	1,75 [1,57-1,95]**	165	1,03 [0,84-1,25] ^{ns}	249	1,35 [1,14-1,60]**	2 058	2,50 [2,33-2,68]**	13 720	1,43 [1,39-1,46]**
65 ans et plus	998	1,12 [1,03-1,21]*	96	0,74 [0,57-0,93]*	9 454	1,24 [1,20-1,27]**	475	1,19 [1,05-1,34]*	174	1,04 [0,86-1,26] ^{ns}	243	1,28 [1,08-1,55]*	1 235	1,33 [1,33-1,56]**	12 440	1,21 [1,21-1,27]**
Période																
Hors Covid-19	2 504	-	422	-	20 105	-	1 226	-	430	-	500	-	2 867	-	27 497	-
Covid-19 - hors confinement	1 365	1,32 [1,23-1,41]**	187	1,09 [0,92-1,29] ^{ns}	10 709	1,29 [1,26-1,33]**	616	1,13 [1,02-1,25]*	243	1,39 [1,19-1,63]**	262	1,26 [1,08-1,46]*	1 777	1,50 [1,41-1,59]**	14 732	1,30 [1,27-1,33]**
Covid-19 - 1 ^{er} confinement	114	0,81 [0,67-0,98]*	23	1,02 [0,65-1,52] ^{ns}	3 139	2,86 [2,75-2,97]**	101	1,47 [1,19-1,79]**	24	1,05 [0,68-1,55] ^{ns}	45	1,60 [1,16-2,15]*	255	1,60 [1,40-1,82]**	3 649	2,42 [2,33-2,51]**
Covid-19 - 2 ^e confinement	146	1,16 [0,98-1,36] ^{ns}	35	1,69 [1,17-2,35]*	1 424	1,41 [1,33-1,49]**	79	1,28 [1,01-1,59]*	27	1,27 [0,84-1,84] ^{ns}	36	1,42 [0,99-1,96]*	220	1,52 [1,32-1,74]**	1 923	1,39 [1,33-1,46]**
Covid-19 - 3 ^e confinement	115	1,26 [1,04-1,51]*	12	0,82 [0,44-1,39] ^{ns}	872	1,20 [1,12-1,29]**	40	0,89 [0,64-1,20] ^{ns}	15	0,99 [0,57-1,60] ^{ns}	29	1,58 [1,06-2,25]*	165	1,57 [1,34-1,84]**	1 219	1,23 [1,16-1,30]**

OR : odds ratio ; IC95% : intervalle de confiance à 95%. En italique : référence.
^{ns} non significatif ; * p<0,05 ; ** p<0,001.

Tableau 4

Association entre la période épidémique et le nombre d'actes SOS Médecins pour troubles de la santé mentale. Données SOS Médecins du 1^{er} janvier 2018 au 27 juin 2021, Nouvelle-Aquitaine

Indicateurs	RR	IC95%	p-value	
Périodes étudiées				
<i>Période hors Covid-19</i>	–			
Période Covid-19 hors confinement	1,33	1,15	1,55	<0,001
Période du 1 ^{er} confinement	2,16	1,82	2,56	<0,001
Période du 2 ^e confinement	1,35	1,13	1,6	<0,001
Période du 3 ^e confinement	1,4	1,17	1,67	<0,001
Jour de la semaine				
<i>Lundi</i>	–			
Mardi	1,05	1,001	1,09	0,03
Mercredi	1,06	1,02	1,11	0,003
Judi	1,07	1,03	1,11	0,002
Vendredi	1,03	0,99	1,07	0,13
Samedi	0,88	0,85	0,91	<0,001
Dimanche	0,91	0,87	0,94	<0,001

RR : risque relatif ; IC95% : intervalle de confiance à 95%. En italique : référence.

Discussion

D'après les résultats observés, les patients ayant consulté pour TSM étaient principalement des femmes (67%) et des sujets adultes. Parmi les personnes ayant consulté pour troubles de la santé mentale, la majorité a été diagnostiquée pour troubles anxieux tels que le décrit la littérature¹⁶.

Le recours aux associations SOS Médecins, qui connaît habituellement des variations saisonnières (vacances scolaires, week-ends, jours fériés...), a été fortement impacté par le premier confinement de la population annoncé le 17 mars 2020, avec une diminution qui atteint près de 70% des actes en semaine 15 (comparée à la même semaine de 2019). En effet, une forte baisse du recours aux soins a été observée dans tous les secteurs (urgences, médecins généralistes et spécialistes), avec plusieurs hypothèses avancées comme le renoncement aux soins, la peur de contracter le virus ou encore la volonté de ne pas surcharger les professionnels de santé¹⁷⁻¹⁹.

Malgré cette baisse du recours toutes causes aux associations SOS Médecins, un pic d'actes pour TSM a été observé à l'annonce du premier confinement et un recours plus important pour TSM est mis en évidence pendant l'épidémie comparativement à l'avant-Covid, confirmant les données de littérature et le ressenti des professionnels de santé de terrain.

La forte hausse du recours pour TSM au début de l'épidémie, en partie due à la forte hausse des troubles anxieux lors du premier confinement, a montré une tendance à la baisse au cours du temps. Cela va dans le sens de plusieurs travaux qui montrent que, plus les mesures sont longues et restrictives, plus les conséquences sur la santé mentale sont sévères^{2,4} puisque les confinements suivants ont été plus courts et moins stricts. Par ailleurs, le début

de l'épidémie a pu être une période particulièrement éprouvante pour les personnes fragiles psychologiquement avec une inquiétude liée au manque de connaissances sur un virus émergent.

Quelle que soit la période de confinement, l'activité des associations SOS Médecins a été particulièrement élevée pour les psychoses et les autres troubles psychiatriques. Cela suggère une difficulté pour certaines personnes de vivre avec ces contraintes, la privation de liberté individuelle pouvant favoriser une décompensation des troubles existants ou non. Plusieurs études ont en effet montré l'impact des confinements sur les décompensations de pathologies psychotiques² mais également chez des personnes n'ayant pas d'antécédents de troubles de santé mentale²⁰. On note également que plusieurs travaux ont caractérisé des profils de personnes plus à risque de développer ces symptômes (personnes avec des troubles de la santé mentale, femmes, jeunes, personnes sans emploi...)^{2,6}. Si une tendance à la baisse du recours pour troubles anxieux est observée au cours des trois périodes de confinement, cela n'est pas le cas pour les psychoses et autres troubles psychiatriques, pouvant suggérer que les personnes souffrant de troubles mentaux graves sont plus à risque, quelle que soit la période, à l'inverse d'un individu souffrant d'un trouble de la santé mentale plus léger.

L'augmentation significative des actes pour dépression observée lors du troisième confinement est cohérente avec les données de l'enquête CoviPrev qui mettent en avant une prévalence des troubles dépressifs plus importante qu'avant l'épidémie⁹. En effet, lors de la 32^e vague d'enquête, soit deux ans après le début de l'épidémie, 18% des français montraient des signes d'état dépressif (+7 points par rapport à la période hors épidémie). La durée de la crise et la répétition des confinements

ont pu en effet entraîner une lassitude de la population et favoriser la survenue d'états dépressifs à long terme.

Si le confinement offre un terrain propice à l'augmentation du risque de violences conjugales et intrafamiliales tel que le suggère une étude américaine²¹, les résultats obtenus dans notre étude ne montrent pas d'augmentation significative des actes pour violences/agressivité (notamment violences intrafamiliales) pendant les confinements. Un risque plus important est observé pendant l'épidémie hors période de confinement comparativement à une période sans épidémie, suggérant une exacerbation des facteurs de risque habituellement associés aux violences (faibles revenus, peur de mourir, isolement social, perte des repères, étroitesse des locaux, perte de proches, difficultés d'accès aux services médicaux et sociaux, impossibilité de sortir, augmentation de la consommation de substances addictives)²².

La hausse des conduites suicidaires suggérée par plusieurs études n'a pas été observée dans nos résultats, excepté lors du 2^e confinement (du 30 octobre au 14 décembre 2020). Le confinement a pu constituer une échappatoire pour certaines personnes (absence de phobie scolaire, absence de harcèlement scolaire ou au travail), ou encore un sentiment de protection au sein du milieu familial²³. Aussi, le confinement, notamment le premier, a engendré un accès limité à certains moyens létaux et aux *hotspots*. Les effectifs restent néanmoins faibles et peuvent expliquer l'absence d'association observée.

Le confinement, qui a radicalement modifié nos modes de vie quotidiens, a pu perturber les rythmes biologiques du sommeil. Les résultats observés ici mettent en évidence un recours plus important pour troubles du sommeil pendant la période de Covid-19, plus marqué lors des 1^{er} et 2^e confinements. Si peu d'études sont disponibles en France, nos résultats corroborent les résultats de l'enquête CoviPrev⁹ qui semblent mettre en évidence une hausse des troubles du sommeil lors des 1^{er} et 2^e confinements.

Les données des associations SOS Médecins ont permis de mettre en exergue un impact de l'épidémie de Covid et du confinement sur la santé mentale des Néo-Aquitains. Si nos résultats ne nous permettent pas de distinguer l'impact du confinement de celui de l'épidémie de Covid-19 sur la santé mentale, le coût-bénéfice d'une telle mesure mérite d'être étudié. La crise liée à la pandémie a fait émerger un besoin criant de données de santé mentale, notamment en population générale. Les données du Système national des données de santé (SNDS) pourraient permettre un éclairage à un échelon géographique fin avec, par exemple, l'étude des hospitalisations pour tentatives de suicide ou dépression, l'analyse des données de consommations médicamenteuses, ou encore les tendances sur les données de mortalité en lien avec la santé mentale. Les résultats du Baromètre Santé 2021

et l'analyse du recours aux soins d'urgence (réseau Oscour® : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) dans la région apporteront également des éléments complémentaires.

Limites

Les données disponibles ont concerné uniquement les territoires où une association SOS Médecins était présente, soit quatre départements de la Nouvelle-Aquitaine. Aussi, compte tenu de l'activité des associations, la zone géographique a porté quasi exclusivement sur des personnes résidant en zone urbaine, rendant impossible l'étude de ce facteur sociodémographique. Une autre limite à évoquer est la représentativité des patients : les recours aux associations pour TSM ne représentent qu'une petite partie des TSM rencontrés en population générale pouvant entraîner une sous-estimation des troubles observés. À l'inverse, l'état d'urgence et la forte modification de l'offre de soins (fermeture des cabinets de médecine générale et spécialistes comme les psychiatres) auraient pu entraîner un recours plus important aux associations SOS Médecins, en raison notamment des restrictions de déplacement.

Concernant les regroupements suivis, les actes pour renouvellement d'ordonnance sont comptabilisés, pouvant artificiellement augmenter le recours pour TSM pendant cette période marquée par une offre de soins ralentie sur la période du premier confinement. Compte tenu des faibles effectifs, l'analyse temporelle n'a pas pu être réalisée pour chaque regroupement syndromique, rendant la qualité des modèles insatisfaisante.

Conclusion

Les données SOS Médecins ont mis en exergue un impact de l'épidémie de Covid-19 et du confinement sur la santé mentale des Néo-Aquitains. Une exacerbation des problèmes de santé mentale engendrée par la crise sanitaire est soulevée ici et met en avant la prise en compte essentielle de cette dimension lors de la gestion de crise. À ce jour, peu de données sur la santé mentale sont disponibles en population générale, et ce travail met en lumière l'intérêt de celles-ci pour surveiller au plus près la santé des populations et alerter rapidement les autorités sanitaires. Enfin, ces résultats démontrent une nouvelle fois l'intérêt des données SOS Médecins pour l'évaluation d'impact sanitaire. ■

Remerciements

Aux présidents des associations SOS Médecins – Nouvelle-Aquitaine : Dr Gourinchas, Dr Chapon, Dr Uijtewaal, Dr Sauvagnac ; à l'ensemble des médecins du réseau SOS Médecins – Nouvelle-Aquitaine ; à l'équipe Data Sursaud® (Surveillance sanitaire des urgences et des décès).

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Spaccaferri G, Larrieu S, Pouey J, Calba C, Benet T, Sommen C, *et al.* Early assessment of the impact of mitigation measures to control COVID-19 in 22 French metropolitan areas, October to November 2020. *Euro Surveill.* 2020; 25(50):2001974.
- [2] Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet.* 2020;395(10227):912-20.
- [3] Moore HE, Siriwardena AN, Gussy M, Tanser F, Hill B, Spaight R. Mental health emergencies and COVID-19: The impact of 'lockdown' in the East Midlands of the UK. *BJPsych Open.* 2021;7(4):e139.
- [4] Benke C, Autenrieth LK, Asselmann E, Pané-Farré CA. Lockdown, quarantine measures, and social distancing: Associations with depression, anxiety and distress at the beginning of the COVID-19 pandemic among adults from Germany. *Psychiatry Res.* 2020;293:113462.
- [5] Rossi R, Socci V, Talevi D, Mensi S, Niolu C, Pacitti F, *et al.* COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. *Front Psychiatry.* 2020;11:790.
- [6] Sánchez-Rodríguez E, Ferreira-Valente A, Pimenta F, Ciaramella A, Miró J. Mental, physical and socio-economic status of adults living in Spain during the late stages of the state of emergency caused by COVID-19. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(2):854.
- [7] Stroever S, Brett C, Michael K, Petrini J. Emergency department utilization for mental health conditions before and after the COVID-19 outbreak. *Am J Emerg Med.* 2021;47:164-8.
- [8] Pirkis J, John A, Shin S, DelPozo-Banos M, Arya V, Analuisa-Aguilar P, *et al.* Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: An interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *Lancet Psychiatry.* 2021;8(7):579-88.
- [9] Santé publique France. Santé mentale Enquête CoviPrev. Saint-Maurice: Santé publique France; 2022. <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>
- [10] Arsandaux J, Montagni I, Macalli M, Texier N, Pouriel M, Germain R, *et al.* Mental health condition of college students compared to non-students during COVID-19 lockdown: The CONFINS study. *BMJ Open.* 2021;11(8):e053231.
- [11] Baumann C, Rousseau H, Tarquinio C, Batt M, Tarquinio P, Lebreuilly R, *et al.* Effect of the COVID-19 outbreak and lockdown on mental health among post-secondary students in the Grand Est region of France: Results of the PIMS-CoV19 study. *Health Qual Life Outcomes.* 2021;19(1):265.
- [12] Hazo JB, Costemalle V. Confinement du printemps 2020 : une hausse des syndromes dépressifs, surtout chez les 15-24 ans. Résultats issus de la 1^{re} vague de l'enquête EpiCov et comparaison avec les enquêtes de santé européennes (EHIS) de 2014 et 2019. *Études & Résultats*, mars 2021, n°1185. 8 p. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/ER1185.pdf>
- [13] Santé mentale. Analyse bimestrielle des indicateurs surveillés en continu. Point épidémiologique Nouvelle-Aquitaine bimestriel. N° 02 – 15 décembre 2021. Saint-Maurice: Santé publique France. 17 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/nouvelle-aquitaine/documents/bulletin-regional/2021/sante-mentale-en-region-nouvelle-aquitaine.-point-epidemiologique-bimestriel-du-15-decembre-2021>
- [14] La surveillance syndromique en Nouvelle-Aquitaine. Bulletin de veille sanitaire – N° 18 – Janvier 2018. Santé publique France – Nouvelle-Aquitaine. 22 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/nouvelle-aquitaine/documents/bulletin-regional/2018/bulletin-de-veille-sanitaire-nouvelle-aquitaine.-n-18-janvier-2018>
- [15] Wood SN. Generalized additive models: An introduction with R. 2 ed. Boca Raton: CRC Press/Taylor & Francis Group. Chapman & Hall/CRC texts in statistical science. 2017. 476 p.
- [16] Pélioso A, André C, Chignon JM, Dutoit D, Martin P, Richard-Berthe C, *et al.* Épidémiologie des troubles anxieux en psychiatrie libérale : prévalences, comorbidité et retentissement (étude DELTA). *L'Encéphale.* 2002;28(6):510-9.
- [17] Hartnett KP, Kite-Powell A, DeVies J, Coletta MA, Boehmer TK, Adjemian J, *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on emergency department visits – United States, January 1, 2019 – May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(23):699-704.
- [18] Lazzarini M, Barbi E, Apicella A, Marchetti F, Cardinale F, Trobia G. Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health.* 2020;4(5):e10-1.
- [19] Mantica G, Riccardi N, Terrone C, Gratarola A. Non-COVID-19 visits to emergency departments during the pandemic: The impact of fear. *Public Health.* 2020;183:40-41.
- [20] Doufik J, Ouhmou M, Bouraoua I, Laaraj H, Mouhadi K, Rammouz I. Les accès psychotiques aigus liés à la pandémie Covid-19. *Ann Med Psychol (Paris).* 2022;180(5):410-1.
- [21] Evans ML, Lindauer M, Farrell ME. A pandemic within a pandemic – intimate partner violence during COVID-19. *N Engl J Med.* 2020;383(24):2302-4.
- [22] Avena NM, Simkus J, Lewandowski A, Gold MS, Potenza MN. Substance use disorders and behavioral addictions during the COVID-19 pandemic and COVID-19-related restrictions. *Front Psychiatry.* 2021;12:653674.
- [23] Mancini AD. Heterogeneous mental health consequences of COVID-19: Costs and benefits. *Psychol Trauma.* 2020; 12(S1):S15-S16.

Citer cet article

Meurice L, Vilain P, Larrieu S, Grelet J, Muller E, Sladeczek M, *et al.* Impact de l'épidémie de Covid-19 sur le recours aux associations SOS Médecins pour troubles de la santé mentale en Nouvelle-Aquitaine. *Bull Epidémiol Hebd.* 2022;(17):298-306. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/17/2022_17_2.html