

> **SOMMAIRE // Contents**

ARTICLE // Article

Suivi des prescriptions antifongiques et infections nosocomiales à champignons : données issues des enquêtes nationales de prévalence en 2017 et 2022 en établissements de santé  
// Monitoring of antifungal prescriptions and nosocomial fungal infections over time: Data from the national prevalence surveys in 2017 and 2022 in French healthcare facilities .....p. 294

**Anne-Lise Bienvenu et coll.**

Groupement hospitalier Nord, hospices civils de Lyon, Université Claude Bernard Lyon 1, Malaria Research Unit, SMITH, ICBMS UMR 5246, Lyon

ARTICLE // Article

Parcours diagnostique de l'autisme chez les enfants et adolescents : adéquation aux recommandations de bonnes pratiques  
// Diagnostic pathway for autism in children and adolescents: Adequacy with practice guidelines .....p. 306

**Marie David et coll.**

Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatale Isère et Savoie, Grenoble

ARTICLE // Article

Étude sur la santé mentale des jeunes scolarisés en Guadeloupe en 2023  
// Study on the mental health of school-aged youth in Guadeloupe in 2023.....p. 315

**Audrey Bonine et coll.**

Observatoire régional de la santé de Guadeloupe (Orsag)



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 :** Yann Le Strat, directeur scientifique de Santé publique France  
**Directrice de la rédaction :** Yasmina Ouharzoune  
**Rédactrice en chef :** Valérie Colombani-Cocuron, Santé publique France, [redaction@santepubliquefrance.fr](mailto:redaction@santepubliquefrance.fr)  
**Rédactrice en chef adjointe :** Frédérique Biton-Debernard  
**Secrétariat de rédaction :** Jessy Mercier, Océane Le Bourhis  
**Comité de rédaction :** Raphaël Andler, Santé publique France ; Thomas Bénet, Santé publique France-Auvergne-Rhône-Alpes (en disponibilité) ; Kathleen Chami, Santé publique France ; Olivier De Jardin, CHU Caen ; Franck de Laval, Cespa ; Martin Herbas Ekot, CHU Brazzaville, Congo ; Matthieu Eveillard, CHU Angers ; Bertrand Gagnière, Santé publique France - Bretagne ; Isabelle Grémy, HCSP ; Anne Guinard, Santé publique France - Occitanie ; Jean-Paul Guthmann, Santé publique France ; Camille Lecoffre-Bernard, Santé publique France ; Valérie Olié, EPI-Phare ; Arnaud Tarantola, Santé publique France - Ile-de-France ; Marie-Pierre Tivolacci, CHU Rouen ; Hélène Therre ; Isabelle Villena, CHU Reims.  
**Santé publique France** - Site Internet : <https://www.santepubliquefrance.fr>  
**Préresse :** Luminess  
**ISSN :** 1953-8030

## SUIVI DES PRESCRIPTIONS ANTIFONGIQUES ET INFECTIONS NOSOCOMIALES À CHAMPIGNONS : DONNÉES ISSUES DES ENQUÊTES NATIONALES DE PRÉVALENCE EN 2017 ET 2022 EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

// MONITORING OF ANTIFUNGAL PRESCRIPTIONS AND NOSOCOMIAL FUNGAL INFECTIONS OVER TIME: DATA FROM THE NATIONAL PREVALENCE SURVEYS IN 2017 AND 2022 IN FRENCH HEALTHCARE FACILITIES

Anne-Lise Bienvenu<sup>1</sup>, Anaïs Machut<sup>2</sup>, Ludivine Vergnaud<sup>3</sup>, Luc Foroni<sup>3</sup>, Côme Daniau<sup>4</sup>, Anne Savey<sup>2,5</sup>  
(anne.savey@chu-lyon.fr)

<sup>1</sup> Groupement hospitalier Nord, Hospices civils de Lyon, Université Lyon 1, Malaria Research Unit, SMITh, ICBMS UMR 5246, Lyon

<sup>2</sup> Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIas) Auvergne-Rhône-Alpes, Hospices civils de Lyon

<sup>3</sup> Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (Omedit) Auvergne-Rhône-Alpes, Lyon

<sup>4</sup> Santé publique France, Saint-Maurice

<sup>5</sup> Centre international de recherche en infectiologie (Ciri), Team PHE3ID, UCBL1, Lyon

Soumis le 22.10.2025 // Date of submission: 10.22.2025

### Résumé // Abstract

**Introduction** – Des enquêtes nationales de prévalence (ENP) des infections associées aux soins et des traitements anti-infectieux en établissements de santé (ES) ont été réalisées en 2017 et 2022 en France. L'objectif de cet article est de décrire, en analyse secondaire, les traitements antifongiques (AF) et les infections nosocomiales à champignons (INC) observées en 2022, ainsi que leur évolution par rapport à 2017.

**Méthode** – Les ENP 2017 et 2022 ont été réalisées un jour donné entre le 15 mai et le 30 juin, incluant les patients de courts, moyens et longs séjours des ES participants (soit 151 676 patients en 2022 *versus* 80 898 en 2017). Les estimations des prévalences dans la population des patients hospitalisés en France sont rapportées pour 100 patients avec un intervalle de confiance à 95%. Les analyses prennent en compte un plan de sondage.

**Résultats** – En 2022, la prévalence des traitements AF est estimée à 1,05 [0,93-1,16] pour 100 patients, en augmentation significative par rapport à 2017 (0,78 [0,64-0,92]). Les prévalences les plus élevées sont en hématologie et en réanimation. Les AF les plus prescrits en curatif sont le fluconazole, l'amphotéricine B, la caspofungine, et en prophylaxie, le posaconazole, l'amphotéricine B, le fluconazole. La prévalence des patients avec au moins une INC est de 0,23 [0,19-0,27] en 2022 *vs* 0,14 [0,10-0,18] en 2017, soit une hausse de 64%. *Candida albicans* est l'espèce la plus représentée.

**Conclusion** – Face à l'augmentation de prévalence des traitements antifongiques, il est essentiel de poursuivre les efforts en matière de bon usage, en proposant notamment des actions coordonnées pluridisciplinaires contribuant à la pertinence des soins.

**Introduction** – National prevalence surveys (NPS) of healthcare-associated infections and anti-infective treatments were conducted in healthcare facilities in France in 2017 and 2022. The objective of the study is to describe, in a secondary analysis, the characteristics of antifungal treatments (AF) and nosocomial fungal infections in 2022, as well as their evolution over time compared to 2017.

**Method** – The 2017 and 2022 NPS were conducted on a chosen day between 15<sup>th</sup> May and 30<sup>th</sup> June for all patients on short, medium and long-term stays at participating healthcare facilities (respectively 151,676 and 80,898 patients). Estimates of prevalence among hospitalised patients in France are reported per 100 patients, with a 95% confidence interval. The analyses take into account a sampling design.

**Results** – In 2022, the prevalence of AF treatments was 1.05 [0.93-1.16] per 100 patients, significantly higher than in 2017 (0.78 [0.64-0.92]). The highest prevalences were found in hematology and intensive care units. Fluconazole, amphotericin B, and caspofungin were the most prescribed as curative treatment, and posaconazole, amphotericin B, and fluconazole for prophylaxis. The prevalence of patients with at least one nosocomial fungal infection was 0.23 [0.19-0.27] in 2022 *versus* 0.14 [0.10-0.18] in 2017, corresponding to a 64% increase, *Candida albicans* is the most represented fungi.

**Conclusion** – Considering the increasing prevalence of antifungal treatments, it is essential to continue efforts in terms of proper use of antifungals through coordinated multidisciplinary actions, such as evaluation of professional practices, which contributes to the relevance of care.

**Mots-clés** : Enquête nationale de prévalence, Antifongique, Infection nosocomiale, Analyse descriptive  
// **Keywords** : National prevalence survey, Antifungal, Nosocomial infection, Descriptive analysis

## Introduction

Les prescriptions antifongiques (AF) nécessitent, au même titre que celles des antibiotiques, d'être suivies et analysées au cours du temps, afin de répondre aux enjeux de bon usage. Cela inclut notamment le choix de la molécule, sa dose, sa durée et sa voie d'administration, et a pour principal objectif d'optimiser les traitements antifongiques, tout en minimisant les conséquences de leur utilisation (iatrogénie, résistance, impact environnemental) ; un objectif secondaire étant de permettre une réduction des coûts, à niveau de soins équivalent. Sa mise en œuvre est basée sur des actions concrètes qui ont été répertoriées sous la forme d'une check-list pratique en 2022<sup>1</sup>. Parmi ces actions figure la surveillance de la prescription et de l'utilisation des AF.

Le Gréba (groupe régional pour le bon usage des antifongiques), coordonné par l'Omédit-Ara (Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques Auvergne-Rhône-Alpes), est un groupe régional de réflexion sur le bon usage des antifongiques systémiques. En collaboration avec le Centre régional d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPias) Ara, il a sollicité Santé publique France à la suite d'un appel à projet pour valoriser les données nationales disponibles dans le cadre de l'enquête nationale de prévalence 2022 des infections nosocomiales (IN) et des traitements anti-infectieux en établissements de santé.

L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques des patients traités avec des AF et des infections nosocomiales à champignons (INC), documentées dans le cadre de l'enquête nationale de prévalence (ENP) 2022, ainsi que leur évolution par rapport à 2017.

## Matériels et méthodes

Les ENP de 2017 et 2022 des infections associées aux soins (IAS) et des traitements anti-infectieux en établissements de santé (ES) ont été coordonnées par Santé publique France en partenariat avec les CPias<sup>2,3</sup>. Elles ont été réalisées un jour donné entre le 15 mai et le 30 juin, incluant tous les patients hospitalisés en courts séjours (médecine, chirurgie, obstétrique, réanimation), en soins médicaux et de réadaptation (SMR), en soins de longue durée (SLD) et en psychiatrie (Psy) des ES participants (2022 : 1 155 ES et 151 676 patients, vs 2017 : 403 ES et 80 898 patients, dont 182 ES ayant participé les deux années).

Le recueil des données a été effectué dans chaque ES par les équipes opérationnelles d'hygiène à l'aide d'un questionnaire standardisé. Les IAS recensées en 2022 sont identiques à celles recueillies en 2017, à l'exception des Covid-19 nosocomiaux recueillis uniquement en 2022<sup>4,5</sup>.

Les indicateurs principaux sont des estimations dans la population des patients hospitalisés en ES de France, de la prévalence des patients traités par au moins un AF à usage systémique (P-PTA), de la prévalence des traitements antifongiques (P-TAF)

et de celle des patients présentant une infection nosocomiale à champignons (P-PINC), rapportées pour 100 patients. Les AF à usage systémique ciblent l'ensemble des codes ATC J02 et D01BA. Une infection nosocomiale est considérée à champignons si le micro-organisme isolé de l'infection, quel que soit le site infectieux, est un champignon.

Les analyses prennent en compte un plan de sondage avec stratification sur la région, la catégorie et la taille de l'établissement (base de sondage Finess®). Aussi, l'ensemble des indicateurs calculés sont des estimations dans la population des patients hospitalisés en France.

Les comparaisons entre 2017 et 2022 ont été effectuées en utilisant une régression de Poisson qui prend en compte le plan d'échantillonnage. Les variables d'ajustement étaient les suivantes : type de séjour, âge, sexe, statut immunitaire, affection maligne. Si les intervalles de confiance à 95% (IC95%) calculés en tenant compte du plan d'échantillonnage ne se chevauchaient pas, les pourcentages étaient considérés comme significativement différents. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel Stata11®.

## Résultats

### Description des patients traités par au moins un antifongique en 2022 et comparaison avec les données de 2017

#### Description des établissements de santé participants

En 2017, les 403 établissements participants étaient des centres hospitaliers (CH) (32,7% [30,1-35,4]), des centres hospitaliers universitaires (CHU) (19,6% [17,8-21,5]), d'établissements privés de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique – MCO) (19,1% [16,4-22,2]), SMR (14,7% [13,2-16,3]), Psy (11,5% [9,3-14,1]) ; de statut public (61,7% [58,7-64,7]), privé (25,8% [22,7-29,1]), ou privé à but non lucratif (12,5% [9,2-16,9]).

La même répartition était observée en 2022 pour les 1 155 des ES participants, avec un peu moins de MCO : CH (33,4% [31,8-35,1]), CHU (23,7% [21,1-26,4]), SMR (14,4% [13,3-15,5]), MCO (13,0% [12,2-13,9]), Psy (12,7% [11,0-14,6]) ; de statut public (67,6% [65,4-69,8]), privé (16,9% [15,5-18,4]), ou établissements de santé privé d'intérêt collectif (Espic) (15,5% [13,5-17,7]).

#### Caractéristiques des patients traités par au moins un antifongique

En 2022, parmi les 151 676 patients inclus, 1 536 d'entre eux ont été traités par au moins un AF systémique, ce qui correspond à une prévalence P-PTA estimée, avec un IC95%, à 1,01 [0,91-1,13] pour 100 patients, ce résultat étant en hausse significative par rapport à 2017 (+32,9% ; p=0,01) où la P-PTA était de 0,76 [0,64-0,91].

Par catégorie d'établissement, la P-PTA est significativement plus élevée dans les centres de lutte contre

le cancer (CLCC) que dans les autres. Viennent ensuite les CHR, CHU et les hôpitaux d'instruction des armées (tableau 1). Les types de séjour où les P-PTA sont les plus élevées sont l'hématologie, puis la réanimation. Les P-PTA par catégorie d'établissement et type de séjour sont inchangées entre 2017 et 2022.

Les facteurs individuels suivants sont significativement associés à une P-PTA plus élevée, par ordre décroissant : cancer évolutif (hémopathie, tumeur solide), immunodépression, âges (1-14 ans et 45-64 ans), maladie fatale dans l'année ou dans les 5 ans, chirurgie après l'admission, sexe masculin (tableau 1). En termes d'exposition à un dispositif invasif, la P-PTA est plus élevée en cas d'intubation et de sondage urinaire, d'abord vasculaire périphérique ou central (en particulier un cathéter veineux central et cathéter central à insertion périphérique).

En comparant les caractéristiques des patients traités par au moins un AF, les seules P-PTA significativement plus élevées en 2022 (vs 2017) concernent les patients dans la tranche d'âge 1-14 ans (3,27 [2,37-4,50] vs 1,03 [0,67-1,59], soit une hausse de 217%) et les patients ayant été opérés depuis l'admission (1,79 [1,50-2,13] vs 1,10 [0,84-1,44], soit une hausse de la prévalence de 63%). Une seule caractéristique était significativement différente dans la catégorie d'âge 1-14 ans entre 2017 et 2022. Il s'agissait du service d'admission : en 2022, 18,03% [5,79-44,03] des patients traités par au moins un AF dans cette tranche d'âge étaient admis en cancérologie contre 0% en 2017.

La P-PTA est plus élevée parmi les patients ayant une infection nosocomiale, estimée à 8,39 [7,50-9,38]. Parmi les 730 patients traités par antifongique et ayant présenté au moins une infection nosocomiale

Tableau 1

**Prévalence des patients traités par au moins un antifongique (P-PTA) selon les caractéristiques des patients et des séjours – 1 536 ES, 151 676 patients, Enquête nationale de prévalence (ENP), 2022**

Caractéristiques des patients	Patients traités par au moins un antifongique			
	n	n'	P-PTA (%)	IC95%
<b>Âge</b>				
<1 an	6 468	55	0,91	[0,65-1,27]
1-14 ans	3 094	93	<b>3,27</b>	[2,37-4,50]
15-44 ans	22 661	171	0,69	[0,54-0,87]
45-64 ans	29 684	486	<b>1,60</b>	[1,38-1,86]
65-84 ans	57 339	583	1,01	[0,90-1,13]
85 ans et plus	32 430	148	0,46	[0,38-0,56]
<b>Sexe</b>				
Femme	80 471	693	0,88	[0,77-1,00]
Homme	71 205	843	<b>1,16</b>	[1,03-1,30]
<b>Chirurgie depuis l'admission</b>				
Non	126 576	1 128	0,87	[0,78-0,97]
Oui	25 100	408	<b>1,79</b>	[1,50-2,13]
<b>Maladie</b>				
Non fatale	84 245	429	0,49	[0,42-0,59]
Fatale dans les cinq ans	30 499	519	<b>1,86</b>	[1,57-2,21]
Fatale dans l'année	11 062	299	<b>2,70</b>	[2,32-3,14]
<b>Immunodépression</b>				
Non	130 620	646	0,48	[0,42-0,54]
Oui	17 406	861	<b>5,26</b>	[4,68-5,91]
<b>Cancer évolutif</b>				
Non	125 869	742	0,58	[0,50-0,67]
Tumeur solide	17 805	278	<b>1,68</b>	[1,46-1,93]
Hémopathie	3 676	486	<b>13,73</b>	[12,11-15,51]
<b>Exposition aux dispositifs invasifs</b>				
<b>Sonde urinaire</b>				
Non	135 546	1 126	0,83	[0,74-1,92]
Oui	16 130	410	<b>2,69</b>	[2,32-3,12]



Tableau 1 (suite)

	Patients traités par au moins un antifongique			
	n	n'	P-PTA (%)	IC95%
<b>Intubation</b>				
Non	150 012	1 408	0,94	[0,84-1,04]
Oui	1 664	128	<b>7,65</b>	[6,26-9,32]
<b>Cathéter</b>				
Non	96 726	284	0,29	[0,24-0,34]
Oui	54 950	1 252	<b>2,48</b>	[2,25-2,74]
Cathéter veineux périphérique	38 209	413	<b>1,15</b>	[1,02-1,30]
Cathéter <i>midline</i>	1 016	51	<b>5,48</b>	[3,59-8,28]
Cathéter artériel	2 019	138	<b>7,18</b>	[5,72-8,98]
Cathéter sous-cutané	6 024	39	<b>0,77</b>	[0,53-1,13]
Cathéter veineux central	4 384	445	<b>10,74</b>	[9,42-12,22]
Cathéter veineux ombilical	101	6	<b>6,72</b>	[2,71-15,71]
Cathéter central à insertion périphérique	2 447	237	<b>9,92</b>	[8,53-11,51]
Chambre implantable	4 849	168	<b>3,91</b>	[3,21-4,76]
<b>Infection nosocomiale</b>				
Non	142 682	806	0,56	[0,50-0,64]
Oui	<b>8 994</b>	<b>730</b>	<b>8,39</b>	[7,50-9,38]
<b>Catégorie d'établissements</b>				
CH	61 258	379	0,60	[0,53-0,68]
CHR/CHU	35 685	851	2,52	[2,23-2,84]
CHS/PSY	11 912	22	0,22	[0,10-0,51]
CLCC	1 454	71	6,30	[5,07-7,82]
MCO	22 761	143	0,61	[0,44-0,86]
SLD	2 151	2	0,01	[0,002-0,33]
SMR	15 770	57	0,43	[0,25-0,74]
HIA	685	11	1,70	[0,94-3,05]
<b>Types de séjour</b>				
<b>Court séjour</b>	<b>88 643</b>	<b>1 347</b>	<b>1,65</b>	[1,49-1,83]
Médecine	54 492	912	1,82	[1,62-2,03]
Hématologie	1 416	344	26,09	[23,10-29,32]
Pneumologie	3 598	104	3,13	[2,45-3,99]
Maladie infectieuse	1 323	41	3,12	[2,14-4,54]
Pédiatrie	2 769	76	3,01	[2,09-4,32]
Cancérologie	3 504	80	2,52	[1,77-3,60]
Brûlés	40	1	2,36	[0,35-14,17]
Dermatologie	444	8	2,06	[0,90-4,60]
Chirurgie	21 100	221	1,16	[0,92-1,46]
Obstétrique	9 573	2	0,01	[0,00-0,06]
Réanimation	3 478	212	6,50	[5,31-7,94]
<b>Soins médicaux et de réadaptation (SMR)</b>	<b>33 452</b>	<b>150</b>	<b>0,43</b>	[0,35-0,52]
<b>Soins de longue durée (SLD)</b>	<b>13 373</b>	<b>17</b>	<b>0,13</b>	[0,08-0,21]
<b>Psychiatrie</b>	<b>16 208</b>	<b>22</b>	<b>0,19</b>	[0,09-0,43]
<b>Total</b>	<b>151 676</b>	<b>1 536</b>	<b>1,01</b>	[0,91-1,13]

n : effectif total ; n' : effectif des personnes qui ont répondu à l'enquête ; P-PTA : prévalence de patients avec un traitement antifongique ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; ES : établissement de santé ; CH : centre hospitalier ; CHR/CHU : centre hospitalier régional/universitaire ; CHS/Psy : centre hospitalier spécialisé/psychiatrie ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; MCO : établissements privés de court séjour (médecine chirurgie obstétrique) ; SLD : soins de longue durée ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; HIA : hôpitaux d'instruction des armées.

Les résultats significatifs figurent en gras.

(tous micro-organismes confondus), on dénombre un total de 836 IN réparties selon les situations cliniques suivantes : les bactériémies/fongémies (20,82% [18,13-23,80], dont l'origine la plus fréquente est le cathéter central), les pneumonies (16,02% [13,25-19,23]), les infections de la cavité buccale (13,40% [10,61-16,77]), les infections du site opératoire (12,14% [10,00-14,67]), les sepsis (10,43% [7,93-13,60]), les infections urinaires (7,38% [5,77-9,39], confirmées microbiologiquement : 6,28% [4,76-8,25], non confirmées : 1,09% [0,61-1,96]).

Enfin, parmi les patients traités par au moins un AF, 968 reçoivent également un antibiotique pour le traitement d'une infection bactérienne ou une antibio-prophylaxie, soit une prévalence de 0,65 [0,56-0,74].

### Cartographie des patients traités par au moins un antifongique

La P-PTA est variable selon les régions, allant de 0,50 à 1,31. Cependant, ces différences ne sont pas significatives (figure 1). La cartographie des P-PTA est comparable en 2017 et en 2022, même si une tendance à l'augmentation est observée dans la région Grand Est, sans que celle-ci soit statistiquement significative.

### Description des traitements antifongiques en 2022 et comparaison avec 2017

Un total de 1 587 traitements antifongiques a été recensé en 2022, correspondant à une P-TAF de 1,05 [0,93-1,16] pour 100 patients, significativement supérieure à celle de 2017 (0,78 [0,64-0,92], +34,6% ; p=0,008).

En 2022, le nombre total de traitements AF est de 1 587 (tableau 2). Les trois AF les plus prescrits sont le fluconazole, suivi de l'amphotéricine B (par voie

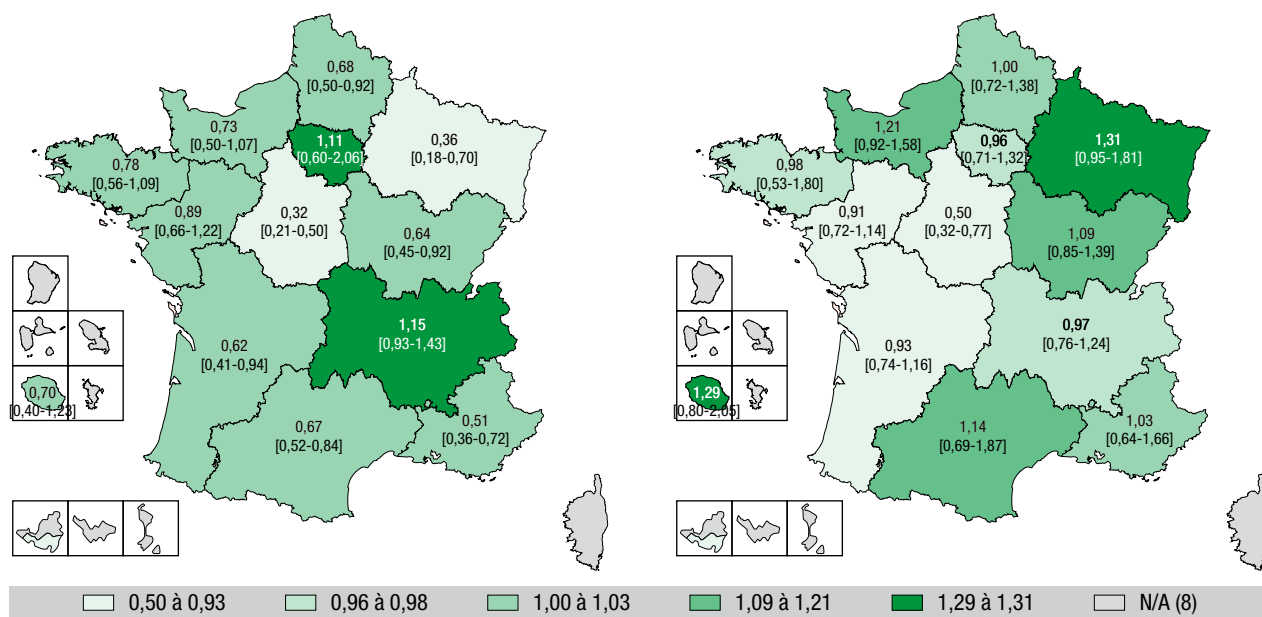
orale pour 74,7% [67,6-80,7] des cas ; par voie intra-veineuse (IV) : 15,3% [11,3-20,1] ; par voie inhalée : 10,0% [5,6-17,2]) et de la caspofungine. Seule la prévalence du traitement par isavuconazole est significativement plus élevée en 2022 par rapport à 2017, mais les effectifs comparés sont faibles (51 prescriptions en 2022 et 6 en 2017, tableau 3).

La majorité des traitements AF sont prescrits dans un contexte curatif (63,81% [60,15-67,32]), soit pour le traitement d'infections nosocomiales (32,81% [30,27-35,45]), soit pour le traitement d'infections communautaires (31,0% [28,21-33,93]). Par rapport à l'ENP 2017, la P-TAF curatifs a augmenté de 31% en 2022 (0,67 [0,60-0,73] en 2022 vs 0,51 [0,44-0,57] en 2017). Les autres contextes de prescription sont la prophylaxie médicale (31,60% [28,04-35,38]), la prophylaxie chirurgicale (0,84% [0,36-1,97]), une indication multiple (2,93% [2,00-4,27]), ou encore non infectieuse ou inconnue (0,82% [0,40-1,67]). La même répartition était observée en 2017.

Par contexte de prescription, les trois AF les plus prescrits dans le cadre d'un traitement curatif sont le fluconazole (N=412, soit 37,19% [33,95-40,56], dont la moitié, soit 55,41% [50,95-59,77], par voie orale), l'amphotéricine B (218, soit 23,17% [19,84-26,88], dont : 81,70% [75,01-86,87] par voie orale, 16,81% [11,80-23,37] par voie IV et 1,21% [0,41-3,53] par voie inhalée) et la caspofungine (214, soit 20,98% [18,05-24,24]). Dans un cadre prophylactique, le posaconazole (169, soit 33,08% [27,19-39,57], dont une majorité par voie orale (93,67% [88,45-96,63])), l'amphotéricine B (104, soit 23,39% [18,92-28,55], dont : 58,10% [45,12-70,06] par voie orale, 13,04% [8,02-20,49] par voie IV et 28,86% [17,67-43,39] par voie inhalée), et le fluconazole (114, soit 21,55% [16,57-27,53], dont la moitié, soit 48,09 [38,06-58,28], par voie orale) sont les plus prescrits.

Figure 1

### Prévalence des patients traités par antifongiques (P-PTA), par région, Enquêtes nationales de prévalence (ENP), 2017 et 2022



Note : Régions comportant plus de 1 000 patients avec traitement anti-infectieux.

Tableau 2

**Prévalence des patients ayant une infection nosocomiale à champignons (P-PINC) selon les caractéristiques des patients et des séjours – 1 536 ES, 151 676 patients, Enquête nationale de prévalence (ENP), 2022**

	Patients avec au moins une INC			
	n	n'	P-PINC	IC95%
<b>Âge</b>				
<1 an	6 468	9	0,15	[0,08-0,30]
1-14 ans	3 094	8	0,38	[0,18-0,79]
15-44 ans	22 661	30	0,13	[0,09-0,19]
45-64 ans	29 684	88	0,30	[0,23-0,39]
65-84 ans	57 339	165	0,28	[0,23-0,34]
>85 ans	32 430	42	0,12	[0,09-0,17]
<b>Sexe</b>				
Femme	80 471	157	0,19	[0,16-0,23]
Homme	71 205	185	0,27	[0,21-0,33]
<b>Chirurgie depuis l'admission</b>				
Non	126 576	183	0,14	[0,12-0,17]
Oui	25 100	159	<b>0,70</b>	[0,55-0,89]
<b>Maladie</b>				
Non fatale	84 245	95	0,11	[0,09-0,14]
Fatale dans les 5 ans	30 499	117	<b>0,43</b>	[0,33-0,56]
Fatale dans l'année	11 062	78	<b>0,75</b>	[0,59-0,95]
<b>Immunodépression</b>				
Non	130 620	205	0,15	[0,12-0,18]
Oui	17 406	134	<b>0,88</b>	[0,71-1,09]
<b>Cancer</b>				
Non	125 869	206	0,15	[0,13-0,18]
Tumeur solide	17 805	86	<b>0,55</b>	[0,40-0,76]
Hémopathie	3 676	45	<b>1,43</b>	[1,02-2,00]
<b>Dispositifs invasifs</b>				
<b>Sonde urinaire</b>				
Non	135 546	209	0,16	[0,13-0,19]
Oui	16 130	133	<b>0,60</b>	[0,70-1,06]
<b>Intubation</b>				
Non	150 012	295	0,20	[0,17-0,23]
Oui	1 664	47	<b>2,86</b>	[2,11-3,86]
<b>Cathéter</b>				
Non	96 726	64	0,06	[0,04-0,07]
Oui	54 950	278	<b>0,57</b>	[0,48-0,68]
Cathéter veineux périphérique	38 209	107	0,31	[0,24-0,41]
Cathéter <i>midline</i>	1 016	21	2,54	[1,44-4,46]
Cathéter artériel	2 019	49	2,45	[1,84-3,26]
Cathéter sous-cutané	6 024	3	0,05	[0,02-0,16]
Cathéter veineux central	4 384	99	2,47	[2,05-2,98]
Cathéter veineux ombilical	101	0		
Cathéter central à insertion périphérique	2 447	49	2,23	[1,65-3,01]
Chambre implantable	4 849	25	0,60	[0,39-0,91]



Tableau 2 (suite)

	Patients avec au moins une INC			
	n	n'	P-PINC	IC95%
<b>Traitement AF</b>				
Non	150 140	74	0,05	[0,04-0,06]
Oui	1 536	268	<b>17,94</b>	[15,61-20,54]
<b>Catégorie d'établissements</b>				
CH	61 258	107	0,16	[0,13-0,20]
CHR/CHU	35 685	160	0,52	[0,41-0,66]
CHS/Psy	11 912	2	0,02	[0,00-0,07]
CLCC	1 454	13	1,08	[0,62-1,90]
MCO	22 761	43	0,19	[0,13-0,30]
SLD	2 151	1	0,03	[0,00-0,22]
SMR	15 770	11	0,09	[0,04-0,18]
HIA	685	5	0,80	[0,35-1,81]
<b>Spécialité</b>				
<b>Court séjour</b>	88 643	292	0,37	[0,31-0,44]
Médecine	54 492	142	0,28	[0,23-0,34]
Hématologie	1 416	26	<b>2,22</b>	[1,39-3,54]
Maladie infectieuse	1 323	11	<b>0,81</b>	[0,44-1,48]
Hépatologie	3 275	13	0,58	[0,32-1,06]
Pneumologie	3 598	17	0,52	[0,29-0,90]
Cancérologie	3 504	14	0,41	[0,19-0,86]
Générale	9 527	18	0,17	[0,11-0,28]
Gériatrie	7 296	13	0,15	[0,09-0,27]
Chirurgie	21 100	89	0,50	[0,37-0,68]
Obstétrique	9 573	0	0	
Réanimation	3 478	61	<b>1,88</b>	[1,41-2,50]
<b>Soins médicaux et de réadaptation (SMR)</b>	33 452	39	0,11	[0,07-0,15]
<b>Soins de longue durée (SLD)</b>	13 373	8	0,07	[0,04-0,14]
<b>Psychiatrie</b>	16 208	3	0,02	[0,00-0,06]
<b>Total</b>	151 676	342	0,23	[0,19-0,27]

n : effectif total ; n' : effectif des personnes qui ont répondu à l'enquête ; P-PINC : prévalence des patients ayant une infection nosocomiale à champignons ; INC : infection nosocomiale à champignons ; ES : établissement de santé ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; AF : antifongique ; CH : centre hospitalier ; CHR/CHU : centre hospitalier régional/centre hospitalier universitaire ; CHS/Psy : centre hospitalier spécialisé/psychiatrie ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; MCO : médecine chirurgie obstétrique ; SLD : soins de longue durée ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; HIA : hôpitaux d'instruction des armées.

Les résultats significatifs figurent en gras.

En réanimation, les antifongiques les plus prescrits sont le fluconazole (79 soit 31,80% [24,98-39,49]), la caspofungine (56 soit 24,45% [19,87-29,70]) et l'amphotéricine B (30 soit 16,22% [11,95-21,64]). En hématologie, les antifongiques les plus prescrits sont le posaconazole (146 soit 41,42% [34,00-49,25]), le fluconazole (54 soit 15,15% [10,84-20,78]), le voriconazole (47 soit 14,46% [9,85-20,75]), et la caspofungine (45 soit 12,39% [8,71-13,89]).

La durée moyenne des traitements AF est de 11,61 jours [10,32-12,91], plus courte pour le traitement curatif que prophylactique, respectivement de 10,08 jours [9,02-11,15] et 13,97 jours [11,57-16,37].

La documentation du motif de prescription dans le dossier médical est retrouvée pour 90,37% [87,56-92,60] des prescriptions. Elle a augmenté de 10% par rapport à l'ENP de 2017 qui rapportait une documentation pour 81,7% [77,63-85,22] des prescriptions. On observe, pour les traitements AF curatifs, l'absence de changement d'anti-infectieux dans 80,75% [77,99-83,24] des prescriptions, tandis qu'une modification du traitement AF est proposée pour les raisons suivantes : escalade thérapeutique (97, soit 10,07% [8,26-12,22]), désescalade (58, soit 5,47% [4,21-7,07]), raison inconnue (20, soit 1,90% [1,06-3,39]), changement de voie d'administration

(19, soit 1,53% [0,87-2,68]), ou en raison d'effets indésirables (4, soit 0,29% [0,11-0,77]) des cas.

Les AF sont majoritairement administrés par voie orale (P-TAF : 0,57 [0,50-0,64]), suivie de la voie IV (0,44 [0,38-0,50]), et rarement par inhalation (0,03 [0,01-0,04]). Considérant les trois molécules les plus prescrites, l'administration du fluconazole se fait à 53,38% [48,80-57,91] par voie orale et à 45,72% [41,23-50,28] par voie IV, alors que l'on observe une plus forte majorité de voie orale pour l'amphotéricine B (74,69% [67,57-80,69]) et le posaconazole (90,78% [85,23-94,38]).

Les principales cibles des traitements AF curatifs sont les suivantes : infection ORL (28,90% [25,20-32,90]), pneumonie (16,47% [13,60-19,82]), infection intra-abdominale (13,04% [10,77-15,71]), hémocultures positives (7,65% [6,02-9,68]), neutropénie fébrile (4,95% [3,43-7,10]), infection systémique (5,01% [3,53-7,06]), et arthrite septique (3,57% [2,61-4,86]).

### Caractéristiques des patients porteurs d'infections nosocomiales à champignons

La prévalence des patients avec au moins une infection nosocomiale à champignons (P-PINC) est de 0,23 [0,19-0,27] pour 100 patients en 2022, soit 342 patients, alors qu'elle était de 0,14 [0,10-0,18] en 2017, soit 139 patients, correspondant à l'observation d'une hausse de 64,3% des INC (p=0,001).

Selon l'ENP de 2022, la P-PINC n'est pas différente selon les classes d'âge ou le sexe. En revanche, l'immunodépression, l'existence d'une hémopathie ou une tumeur solide, la présence d'une chirurgie après l'admission et une maladie fatale dans les 5 ans ou dans l'année (score Mac Cabe) représentent des conditions associées à la présence d'une INC. La P-PINC est plus élevée si un dispositif invasif, une sonde urinaire, une sonde d'intubation ou un cathéter (excepté sous-cutané), est présent. En cas d'INC, la fréquence d'un traitement antifongique est plus élevée, ce qui est un résultat attendu (tableau 4).

Tableau 3

### Prévalence des traitements antifongiques – 877 traitements en 2017, 1 587 en 2022, Enquêtes nationales de prévalence (ENP), 2017 et 2022

Antifongique	2022			2017		
	n	Prévalence AF (%)	IC95%	n	Prévalence AF (%)	IC95%
Fluconazole	544	0,33	[0,29-0,37]	338	0,31	[0,26-0,36]
Amphotéricine B	343	0,25	[0,20-0,29]	205	0,20	[0,15-0,24]
Caspofungine	263	0,17	[0,14-0,21]	117	0,10	[0,06-0,14]
Posaconazole	190	0,13	[0,10-0,16]	88	0,08	[0,03-0,13]
Voriconazole	131	0,09	[0,07-0,11]	67	0,06	[0,04-0,08]
Isavuconazole	51	0,04	[0,02-0,05]	6	0,00	[0,00-0,01]
Micafungine	31	0,02	[0,01-0,03]	30	0,02	[0,01-0,02]
Itraconazole	26	0,02	[0,01-0,02]	12	0,01	[0,00-0,02]
Flucytosine	5	0,00	[0,00-0,01]	9	0,01	[0,00-0,01]
Terbinafine	3	0,00	[0,00-0,01]	3	0,00	[0,00-0,00]

IC95% : intervalle de confiance à 95% ; AF : antifongique.

Tableau 4

### Distribution des infections nosocomiales à champignons (INC) selon le site infectieux, le dispositif invasif concerné, l'origine de l'IAS, l'origine des bactériémies/fongémies, le micro-organisme et la molécule antifongique prescrite – 160 ES, 342 patients, 363 infections, Enquête nationale de prévalence (ENP), 2022

Site de l'infection	INC		
	n'	Part rel. (%)	IC95%
Bactériémie/fongémie	76	25,52	[21,09-30,52]
Pneumonie	59	22,35	[16,98-28,83]
Infection urinaire	50	14,44	[11,50-17,98]
Infection du site opératoire	37	12,17	[8,62-16,89]
Infection buccale	15	5,22	[3,47-7,79]
Infection intra-abdominale	14	4,68	[2,87-7,54]



Tableau 4 (suite)

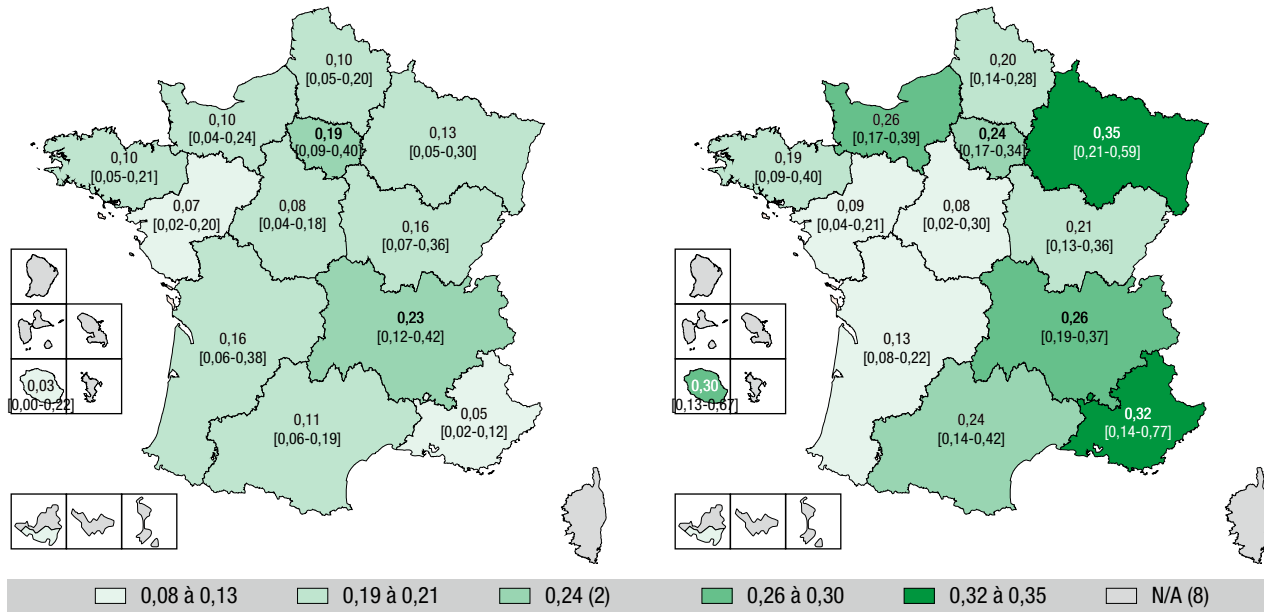
	INC		
	n'	Part rel. (%)	IC95%
<b>Dispositif invasif associé</b>			
Non	195	66,06	[59,57-72,00]
Oui	93	30,09	[24,00-36,96]
<b>Origine de l'IAS</b>			
Acquise dans l'ES	249	83,11	[79,00-86,55]
Importée	41	14,23	[11,16-17,97]
Indéterminée	8	2,67	[1,47-4,80]
<b>Porte d'entrée si bactériémie/fongémie</b>			
Cathéter central	39	51,01	[40,18-61,74]
Inconnue	8	11,04	[5,12-22,21]
Digestive	9	11,17	[7,26-16,79]
Infection du site opératoire	7	12,38	[6,75-21,63]
Cathéter périphérique	3	3,38	[1,46-7,63]
<b>Micro-organisme</b>			
<i>Candida albicans</i>	184	<b>49,24</b>	[43,37-55,13]
<i>Candida glabrata</i>	37	11,3	[8,27-15,28]
<i>Aspergillus fumigatus</i>	25	7,06	[5,0-9,90]
<i>Candida tropicalis</i>	22	6,50	[4,17-10,00]
<i>Candida</i> , autre	23	5,76	[3,85-8,55]
<i>Candida parapsilosis</i>	22	5,69	[3,77-8,50]
<i>Aspergillus</i> , non spécifié	11	3,32	[1,71-6,33]
<i>Candida krusei</i>	9	2,83	[1,39-5,67]
Autres champignons	8	2,79	[1,24-6,17]
Levures, autres	7	2,01	[0,92-4,31]
<i>Candida</i> , non spécifié	7	1,68	[0,91-3,08]
Filaments, autres	4	0,98	[0,38-2,50]
<i>Aspergillus</i> , autre	4	0,83	[0,31-2,19]
<b>Molécule – code ATC</b>			
Fluconazole – J02AC01	128	42,28	[35,96-48,59]
Amphotéricine B – J02AA01	31	11,91	[6,93-16,91]
Caspofungine – J02AX04	95	38,08	[29,16-47,00]
Posaconazole – J02AC04	1	0,41	[0,00-1,22]
Voriconazole – J02AC03	33	12,64	[7,49-17,79]
Isavuconazole – J02AC05	15	7,53	[2,49-12,56]
Micafungine – J02AX05	3	1,26	[0,00-2,69]
Itraconazole – J02AC02	1	0,69	[0,00-2,06]
Flucytosine – J02AX01	2	0,82	[0,00-1,96]
Terbinafine – D01BA02	0		

ES : établissement de santé ; IAS : infections associées aux soins ; INC : infections nosocomiales à champignons ; n' : effectif des personnes qui ont répondu à l'enquête ; ATC : anatomique, thérapeutique et chimique ; ENP : enquêtes nationales de prévalence.

Les résultats significatifs figurent en gras.

Figure 2

**Prévalence des patients avec infection nosocomiale à champignons (P-PINC) par région Enquêtes nationales de prévalence (ENP) France, 2017 et 2022**



Note : Régions comportant plus de 1 000 patients avec traitement anti-infectieux.

La P-PINC augmente significativement en 2022 par rapport à 2017 pour les patients dans la classe d'âge 45-64 ans (+100%), les patients avec une maladie non fatale (+83%), ceux qui ne présentent pas d'affection maligne (+87%), ou ceux qui ont eu une chirurgie depuis l'admission (+106%).

**Caractéristiques des infections nosocomiales à champignons et traitements antifongiques associés**

Un total de 363 INC a été renseigné. Les micro-organismes les plus représentés sont *Candida albicans* et les autres levures du genre *Candida*. *Aspergillus fumigatus* est le champignon filamenteux le plus représenté. Les principales infections dues à *Aspergillus* sont les pneumonies (75,60% [61,73-85,62]). Pour les *Candida*, il s'agit des fongémies (29,69% [24,59-35,35]), des infections urinaires (16,66% [13,31-20,64]) et des infections du site opératoire (14,03% [9,88-19,55]). Un dispositif invasif est concerné dans 30,09% [24,00-36,96] des INC. La porte d'entrée en cas de bactériémie/fongémie est un cathéter central pour 51,01% [40,18-61,74] des patients. Dans 83,11% [79,00-86,55] des cas, les INC sont acquises dans un établissement de santé. Le fluconazole et la caspofugine sont les antifongiques les plus utilisés pour le traitement des INC, ce qui était déjà le cas en 2017 (tableau 4). Les principaux traitements curatifs utilisés pour traiter les infections dues à *Aspergillus* sont le voriconazole (49,76% [30,60-68,92]), l'isavuconazole (21,44% [5,60-37,28]) et l'amphotéricine B (11,82% [2,17-21,47]). Pour les *Candida*, ce sont le fluconazole (50,00% [42,93-57,07]), la caspofugine (34,09% [26,88-41,29]) et l'amphotéricine B (17,02% [8,13-25,92]).

**Cartographie des patients avec au moins une infection nosocomiale à champignons par région et par catégorie d'établissement**

La P-PINC est variable selon les régions, allant de 0,08 (Centre-Val de Loire) à 0,35 (Grand Est) sans différence significative d'une région à l'autre. La cartographie est comparable en 2017 et en 2022, exceptée pour la région Provence-Alpes-Côte d'Azur qui présente une hausse en 2022 (figure 2).

**Discussion**

En 2022, nous avons observé une hausse significative par rapport à 2017 de la P-PTA de 32,9%, de même pour la P-TAF (+34,6%). Une explication possible de cette tendance pourrait être la pandémie de Covid-19 qui a été associée à une augmentation de la consommation des antifongiques en milieu hospitalier<sup>6</sup>. La progression de la connaissance, tant sur le plan des méthodes diagnostiques que sur l'identification de « nouvelles » populations à risque, peut également expliquer l'augmentation de la P-TAF entre 2017 et 2022.

Les résultats de l'ENP de 2022 ont mis en évidence une P-PTA plus importante pour les tranches d'âge 1-14 ans et 45-64 ans. Pour la catégorie 1-14 ans, après comparaison avec la précédente ENP, nous avons constaté une différence dans la répartition des services prenant en charge les patients. En 2017, aucun patient âgé de 1 à 14 ans traité par un AF n'était admis en cancérologie, alors qu'ils sont 18% en 2022. Une étude canadienne<sup>7</sup> a souligné le fait que l'unité de soins la plus consommatrice d'antimicrobiens, et notamment d'antifongiques, était l'hématologie-oncologie chez les moins de 18 ans.

Cette différence de typologie de service n'a pas été retrouvée pour la tranche d'âge des 45-64 ans.

Un point très positif, qui doit être souligné, est l'augmentation de la documentation du motif de prescription dans le dossier médical de 10% par rapport à 2017.

À propos des conditions associées comme facteurs de risque d'infection fongique invasive, nous retrouvons la prédominance de patients immunodéprimés atteints d'hémopathie ou présentant une tumeur solide. À la différence de 2017, les pathologies liées aux Covid-19 nosocomiales apparaissent dans la liste des sites infectieux en 2022. En effet, la Covid-19 a été identifiée comme facteur de risque, notamment pour les aspergilloses et les candidoses invasives<sup>8</sup>.

La prévalence des infections nosocomiales à champignons (P-INC) a augmenté de 64,3% entre 2017 et 2022, ce qui pourrait s'expliquer par une hausse de plus de 63% des patients ayant bénéficié d'une chirurgie après hospitalisation. En 2022, la P-PINC est plus élevée dans les CLCC, par rapport aux autres catégories d'établissement de santé. Les services les plus représentés en ce qui concerne les INC sont la cancérologie et l'hématologie.

La répartition entre traitements curatifs et prophylactiques reste identique dans les deux ENP, avec deux tiers des patients traités dans un cadre curatif et un tiers dans un cadre prophylactique. En revanche, la prévalence des traitements AF curatifs a augmenté de 31% en 2022. Une des hypothèses est la co-infection possible Covid-19/champignon<sup>6</sup>. Les contextes de prescription restent quant à eux inchangés entre 2017 et 2022, tout comme la durée moyenne de traitement qui reste supérieure en traitement prophylactique *versus* curatif.

Concernant la répartition des molécules, le fluconazole est majoritairement utilisé en curatif, suivi de l'amphotéricine B (toutes formes galéniques) et de la caspofungine. En prophylaxie, le posaconazole est le plus prescrit, suivi de l'amphotéricine B et du fluconazole. Les traitements azolés sont essentiellement administrés par voie orale avec des molécules possédant une bonne biodisponibilité. En revanche, la caspofungine et l'amphotéricine B lipidique sont uniquement disponibles par voie intraveineuse. À titre d'exemple, les formes orales et IV du fluconazole possèdent une biodisponibilité équivalente pour traiter et prévenir les candidoses<sup>9</sup>. L'amphotéricine B orale, qui a une biodisponibilité médiocre, est essentiellement utilisée pour son action locale en cas de mycose digestive, notamment chez les patients immunodéprimés. La caspofungine est prescrite en curatif pour traiter les candidoses et aspergilloses invasives chez les patients réfractaires, ou de façon empirique chez les patients neutropéniques fébriles. Le posaconazole est prescrit en prévention chez les patients d'hématologie-cancérologie à haut risque d'infection fongique (telles que la greffe de cellules souches, la chimiothérapie d'induction). La caspofungine et l'isavuconazole sont parfois prescrits dans un cadre préventif, mais cela rentre dans un cadre hors autorisation de mise sur le

marché (AMM) difficile à justifier à ce jour par une argumentation scientifique. Dans l'ENP de 2022, ce sont surtout des champignons du genre *Candida* qui ont été isolés, dont l'espèce *Albicans* qui est la plus représentée.

Cette enquête présente quelques limites. De petits effectifs sont retrouvés pour certaines catégories, ce qui peut influencer l'analyse de nos résultats. La comparaison des données entre les deux ENP réalisées à cinq ans d'intervalle doit être interprétée avec rigueur, notamment lorsque la significativité est faible. L'interprétation de l'influence des facteurs de risque d'infection comme les dispositifs invasifs n'est pas possible car l'information relative à l'exposition aux dispositifs et leur durée avant la survenue de l'infection n'est pas disponible. Il est aussi difficile d'expliquer les différences régionales observées sans avoir la connaissance d'éventuelles particularités qui n'ont pas été rapportées dans le cadre de cette enquête. Un biais de sélection est possible entre 2017 et 2022, en dépit des estimations tenant compte du plan de sondage, puisque ce ne sont pas toujours les mêmes établissements qui ont répondu aux enquêtes. Il peut également y avoir une hétérogénéité dans les pratiques de recueil.

## Conclusion

Devant l'augmentation de la prévalence des traitements antifongiques, il est important de poursuivre les efforts en matière de bon usage et de coordonner les actions menées sur ce sujet à un niveau régional en lien avec les CPIas, les centres régionaux en antibiothérapie (CRAtb) et les Omedit. Parmi ces actions de bon usage, la prescription hors AMM des antifongiques est un axe de travail prioritaire, tout comme la réévaluation précoce des traitements ou le positionnement des nouveaux antifongiques. Ces travaux peuvent se valoriser dans le cadre d'actions d'évaluation de pratiques professionnelles ou de formations dans lesquelles les professionnels s'engagent. Promouvoir le bon usage des antifongiques est aussi un enjeu de pertinence des soins qui est valorisé dans le cadre de la certification des établissements de santé. L'impact individuel du bon usage est majeur, tout comme l'impact collectif dans un contexte de résistance croissante aux antifongiques et d'éco-conception des soins. ■

## Liens d'intérêt

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

## Remerciements

Nous remercions le groupe régional pour le bon usage des antifongiques (Gréba) et l'Omedit Auvergne-Rhône-Alpes qui permettent de répondre aux enjeux du bon usage des antifongiques.

## Références

[1] Bienvenu AL, Pavese P, Leboucher G, Berger P, Roux S, Charmillon A, *et al.* Practical checklist for implementation of antifungal stewardship programmes. *J Med Microbiol.* 2022;71(6).

[2] Enquête nationale de prévalence 2017 des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé. Guide de l'enquêteur. Saint-Maurice: Santé publique France; 2017. 88 p. <https://www.cpias-auvergne-rhonealpes.fr/enquete-de-prevalence-es-2017>

[3] Enquête nationale de prévalence 2022 des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé. Guide de l'enquêteur. Saint-Maurice: Santé publique France; 2022. 88 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/infections-associees-aux-soins/rapportsynthese/enquete-nationale-de-prevalence-2022-des-infections-nosocomiales-et-des-traitements-anti-infectieux>

[4] Daniau C, Paumier A, Blanchard H, Nkoumazok B, Angibaud M, Chartier M, *et al.* Principaux résultats de l'enquête nationale de prévalence 2022 des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé. Saint-Maurice: Santé publique France; 2023. 26 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/infections-associees-aux-soins/enquetetesetudes/principaux-resultats-de-lenquete-nationale-de-prevalence-2022-des-infections-nosocomiales-et-des>

[5] Daniau C, Berger-Carbone A, Léon L. Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé, mai-juin 2017 : synthèse régionale des résultats. Saint-Maurice: Santé publique France; 2019. 270 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/infections-associees-aux-soins/enquetetesetudes/enquete-nationale-de-prevalence-des-infections-nosocomiales-et-des-traitements-anti-infectieux-en>

[6] Bienvenu AL, Bestion A, Pradat P, Richard JC, Argaud L, Guichon C, *et al.* Impact of COVID-19 pandemic on antifungal

consumption: A multicenter retrospective analysis. *Crit Care.* 2022;26(1):384.

[7] Rahem LR, Franck B, Roy H, Lebel D, Ovetchkine P, Bussièrès JF. Profile of antimicrobial use in the pediatric population of a University Hospital Centre, 2015/16 to 2018/19. *Can J Hosp Pharm.* 2021;74(1):21-9.

[8] Bienvenu AL, Bleyzac N, Richard JC, Leboucher G. No time for pending confirmation of invasive fungal disease in critically ill COVID-19 patients-think empirical treatment. *Crit Care.* 2020;24(1):588.

[9] Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Résumé des caractéristiques du produit. Saint-Denis: ANSM; 2015. <https://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0256229.htm>

#### Citer cet article

Bienvenu AL, Machut A, Vergnaud L, Foroni L, Daniau C, Savey A. Suivi des prescriptions antifongiques et infections nosocomiales à champignons : données issues des enquêtes nationales de prévalence en 2022 et 2017 en établissements de santé. *Bull Epidemiol Hebd.* 2026;(14):294-305. [https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/14/2026\\_14\\_1.html](https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/14/2026_14_1.html)

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0* qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.



## PARCOURS DIAGNOSTIQUE DE L'AUTISME CHEZ LES ENFANTS ET ADOLESCENTS : ADÉQUATION AUX RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES

// DIAGNOSTIC PATHWAY FOR AUTISM IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: ADEQUACY WITH PRACTICE GUIDELINES

Marie David<sup>1</sup>, Adeline Lacroix<sup>2</sup> (adeline.lacroix@camh.ca), Morgane Burnel<sup>3</sup>, Monica Baciu<sup>4</sup>, Marcela Perrone-Bertolotti<sup>4</sup>, Pauline Occelli<sup>1,5</sup>, Anne Ego<sup>1,6</sup>

<sup>1</sup> Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal Isère et Savoie, Grenoble

<sup>2</sup> Campbell Family Mental Health Research Institute, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada

<sup>3</sup> Université de Poitiers, Centre national de la recherche scientifique, CeRCA, Poitiers

<sup>4</sup> Université Grenoble Alpes, laboratoire de psychologie et neurocognition, Grenoble

<sup>5</sup> Centre hospitalier universitaire, département d'information médicale, Grenoble

<sup>6</sup> Inserm CIC1406, Centre hospitalier universitaire Grenoble Alpes, Grenoble

Soumis le 10.10.2025 // Date of submission: 10.10.2025

### Résumé // Abstract

**Introduction** – Le parcours diagnostique des troubles du spectre de l'autisme (TSA) a fait l'objet de recommandations de la Haute Autorité de santé en 2018, mais est peu documenté en France. À partir de données exhaustives d'un registre de handicap de l'enfant en Isère et en Savoie, cette étude vise à décrire et évaluer l'adéquation des parcours diagnostiques d'enfants et adolescents autistes avec ces recommandations.

**Méthode** – Les données du registre sont principalement issues des dossiers des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et sont complétées par le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en pédopsychiatrie. Parmi 710 familles éligibles, 223 parents d'enfants avec un diagnostic de TSA posé avant 8 ans et 131 parents d'adolescents avec un diagnostic de TSA posé entre 8 et 15 ans ont été interrogés par téléphone afin de recueillir l'ensemble du parcours de l'enfant depuis les premiers signes de troubles jusqu'au diagnostic.

**Résultats** – L'analyse du parcours diagnostique de ces deux sous-populations permet d'identifier les différences de profils entre diagnostics précoces et tardifs. Les âges moyens au diagnostic d'autisme sont de 5,4 ans pour les enfants et de 12,3 ans pour les adolescents, respectivement 3,5 et 9,5 ans après le début des premiers signes. L'autisme est rarement suspecté lors de la première consultation ou de repérage.

**Discussion** – Ces résultats soulignent l'urgence d'améliorer la formation des professionnels de première ligne au dépistage de l'autisme : professionnels de santé – médecins généralistes et pédiatres –, mais aussi professionnels de la petite enfance, de l'Éducation nationale et paramédicaux.

**Introduction** – *The diagnostic process for Autism Spectrum Disorders (ASD) was the subject of national guidelines issued by the French National Health Authority (Haute Autorité de santé) in 2018, but remains poorly documented in France. Using exhaustive data from a childhood disability registry in Isère and in Savoie departments, this study aimed to describe and assess how well diagnostic pathways align with these guidelines among autistic children and adolescents.*

**Method** – *The registry data are primarily derived from the records of the Departmental Homes for People with Disabilities (maisons départementales des personnes handicapées, MDPH), and are supplemented by the Medical Information Systems Program (programme de médicalisation des systèmes d'information, PMSI) in child and adolescent psychiatry. Among 710 eligible families, 223 parents of children with an ASD diagnosis made before age 8 and 131 parents of adolescents with an ASD diagnosis made between the ages of 8 and 15 were interviewed by phone to gather information on the child's entire diagnostic pathway, from the first signs of symptoms to the diagnosis.*

**Results** – *An analysis of the diagnostic pathway for these two subpopulations reveals differences in profiles between early and late diagnoses. The mean ages at autism diagnosis were 5.4 years for children and 12.3 years for adolescents, corresponding to 3.5 and 9.5 years after the onset of the first signs, respectively. Autism was rarely suspected during the initial consultation or first screening.*

**Discussion** – *These findings underscore the urgent need to improve the training of primary professionals in the early detection of autism: healthcare professionals – general practitioners and pediatricians – as well as early childhood educators, public school teachers and paramedical staff.*

**Mots-clés** : Autisme, Parcours diagnostique, Enfance, Adolescence

// **Keywords**: Autism, Diagnostic pathway, Childhood, Adolescence

## Introduction

Les troubles du spectre de l'autisme (TSA) regroupent des déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés, ainsi que des comportements, des intérêts ou des activités restreints et répétitifs<sup>1</sup>. Ils concernent entre 0,6 et 1% de la population mondiale<sup>2</sup> et sont surveillés en France hexagonale par deux registres de handicaps de l'enfant établis dans quelques départements. Le Rheop (Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal) permet, en Isère et en Savoie, l'estimation du taux de prévalence de l'autisme parmi les enfants âgés de 7 ans et la description de leurs caractéristiques et prises en charge. Une étude récente des deux registres de handicaps de l'enfant en France estimait le taux de prévalence des TSA entre 0,8 et 1%, pour des enfants diagnostiqués au plus tard à 8 ans<sup>3</sup>.

Dans le cadre de la stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022, parmi les troubles du neurodéveloppement (TND), des recommandations de bonnes pratiques « Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent » ont été publiées en France en 2018, par la Haute Autorité de santé (HAS)<sup>4</sup>. Destinées aux professionnels de première et de deuxième lignes, elles visent à optimiser le parcours de l'enfant et de sa famille, depuis l'identification des signes de développement inhabituel jusqu'au repérage, puis au diagnostic d'un TSA. Elles identifient quatre étapes dans le parcours diagnostique de l'autisme : identification des premiers signes, premier professionnel consulté, consultation consacrée au repérage et pose du diagnostic.

Le parcours diagnostique des enfants autistes étant mal connu, l'objectif de cette étude est de le décrire et de le comparer aux recommandations de la HAS, à partir de celui des enfants enregistrés par le Rheop, en distinguant les enfants ayant un diagnostic de TSA posé avant 8 ans et les adolescents ayant un diagnostic posé entre 8 et 15 ans.

## Matériel-méthodes

### Type d'étude

L'étude a été conduite auprès de l'ensemble des familles des enfants autistes du Rheop, afin d'interroger les parents à l'aide d'un questionnaire téléphonique sur le parcours diagnostique de leurs enfants depuis les premiers signes. Ces informations ont été complétées par les données collectées par le Rheop.

### Population éligible

Les individus éligibles étaient, d'une part, les enfants nés en 2012 et 2013, avec un diagnostic de TSA posé avant 8 ans, d'autre part les adolescents nés en 2004 et 2005, avec un diagnostic de TSA posé entre 8 et 15 ans. Ces générations ont été choisies pour étudier un diagnostic précoce *versus* tardif, et couvrir l'enfance et l'adolescence conformément aux recommandations de la HAS, tout en bénéficiant,

pour les enfants, de générations déjà couvertes par le registre au moment du recueil des données. L'inclusion des adolescents avec un diagnostic tardif a dû être réalisée spécifiquement pour l'étude. Par ailleurs, il s'agissait d'obtenir des périodes de pose du diagnostic identiques pour les enfants et les adolescents, à savoir 2012-2013 et 2020-2021, correspondant à un diagnostic posé au plus tard à 7 ans pour les enfants, et entre 8 et 15 ans pour les adolescents.

Les parents ou titulaires de l'autorité parentale devaient savoir parler français et résider en Isère et en Savoie. La définition de la population des enfants était celle utilisée par le registre, qui analyse chaque année la génération des enfants atteignant leur huitième année. Le Rheop enregistre depuis 1991 les taux de prévalence de déficience neurosensorielle sévère chez les enfants, qu'elle soit motrice, intellectuelle ou sensorielle, auxquels s'ajoutent les TSA, la paralysie cérébrale ou la trisomie 21, quel que soit le degré de sévérité. Les enfants inclus ont été diagnostiqués au plus tard à l'âge de 7 ans et résident en Isère et en Savoie. Les cas sont inclus via les dossiers MDPH (maisons départementales des personnes handicapées), source principale de données, ou via le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en pédopsychiatrie, source secondaire de données.

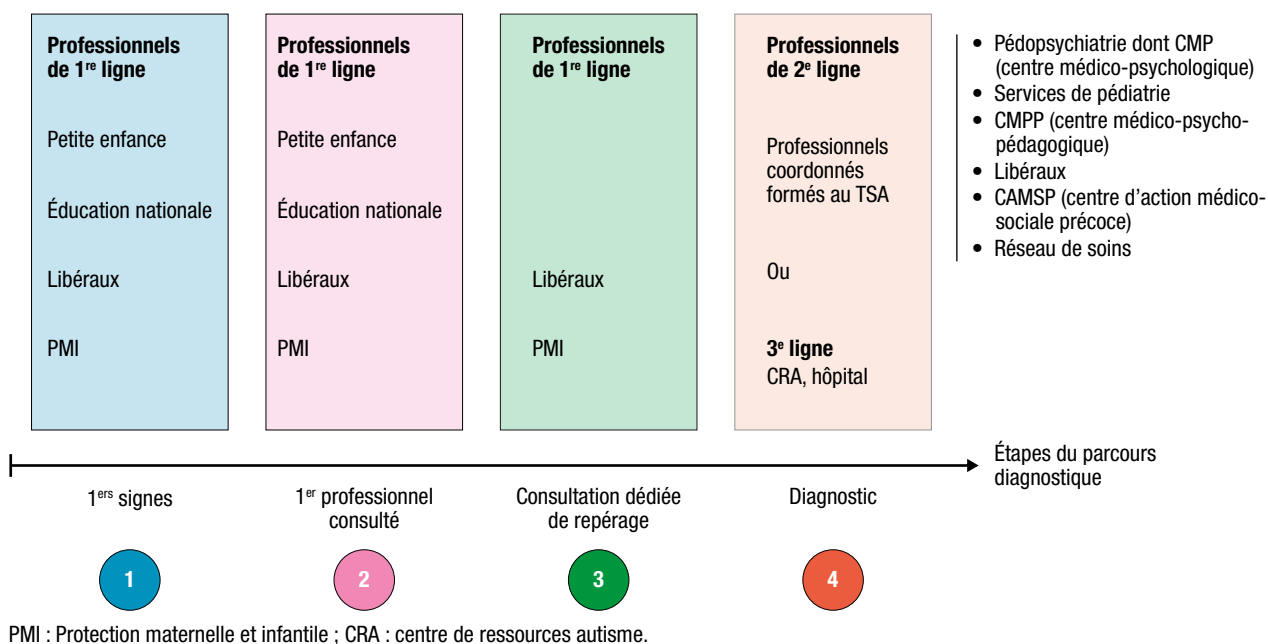
Pour cette étude spécifique au TSA, l'inclusion s'appuie sur la mention, entre 0 et 7 ans révolus de l'enfant, d'un diagnostic de TSA dans le dossier MDPH ou un diagnostic F84.0 (autisme infantile), F84.1 (autisme atypique), F84.5 (syndrome d'Asperger), F84.8 (autre trouble envahissant du développement), F84.9 (trouble envahissant du développement non spécifié), dans le PMSI en pédopsychiatrie. Afin d'identifier la population des adolescents, la même stratégie a été adoptée en analysant les générations 2004 et 2005 et en sélectionnant les diagnostics tardifs entre 8 et 15 ans.

### Critères évalués

Selon les recommandations de la HAS, les professionnels de première ligne (professionnels de la petite enfance, de l'Éducation nationale, médecins généralistes et pédiatres libéraux, médecins de la protection maternelle infantile – PMI –, paramédicaux) doivent être vigilants à toute inquiétude des parents (figure 1). Les premiers signes doivent conduire à une consultation par le médecin assurant le suivi habituel de l'enfant, puis dans les trois semaines qui suivent à une consultation consacrée au repérage des signes de TSA, effectuée par ce même médecin. Si le risque de TSA est confirmé, les premières investigations sont indiquées (consultations et bilans de spécialistes médicaux et paramédicaux, et éventuel début de prise en charge), ainsi que l'orientation vers une consultation de deuxième ligne à visée diagnostique, comprenant les équipes de pédopsychiatrie dont les centres médico-psychologiques (CMP), les services de pédiatrie, les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP),

Figure 1

**Les quatre étapes du parcours diagnostique selon les recommandations de la Haute Autorité de santé « Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent »**



les réseaux de soins spécialisés sur l'autisme ou les libéraux formés et coordonnés par un médecin. Ces équipes pluriprofessionnelles spécialisées de proximité doivent adopter une démarche diagnostique coordonnée, afin d'établir un projet personnalisé d'interventions éducatives et thérapeutiques, en collaboration avec l'enfant ou l'adolescent, les parents et les professionnels concernés. Les situations de diagnostic complexe doivent être adressées aux dispositifs de troisième ligne, centres de ressources autisme (CRA) ou services spécialisés de centres hospitaliers.

En conséquence, les critères principaux d'évaluation du parcours des enfants portaient sur les âges et délais écoulés entre l'apparition des premiers signes, la réalisation de la consultation de repérage puis de la consultation diagnostique. Les autres éléments analysés concernaient la description des premiers signes, les personnes ou professionnels impliqués et les conclusions à l'issue des consultations. Ces études ont été conduites distinctement parmi les enfants et les adolescents.

**Recueil des données**

Les données disponibles au Rheop incluent les données sociodémographiques de la famille, les données périnatales, la scolarisation, l'accompagnement médico-social de l'enfant, ainsi que les déficiences et troubles associés.

Les entretiens semi-structurés conduits avec les parents par téléphone étaient réalisés par du personnel formé au handicap et à l'étude. Ils interrogeaient les parents sur les étapes suivantes : identification des premiers signes, premier professionnel consulté, consultation consacrée au repérage, pose

du diagnostic. Chaque événement était associé au recueil des dates et de l'âge de l'enfant, du détail des professionnels impliqués, des conclusions des consultations, des préconisations et des prises en charge. Afin de bien identifier l'existence ou non d'une consultation spécifique pour le repérage, celle-ci était expliquée aux parents en précisant qu'il s'agissait d'une consultation spécialement consacrée aux troubles de l'enfant, avec un médecin ou un autre professionnel. Le professionnel avait dû échanger longuement avec eux et l'enfant, en l'observant ou éventuellement en lui faisant passer des tests ou des évaluations permettant d'investiguer et de mieux comprendre ses troubles, qu'ils soient liés ou non à de l'autisme. Les données concernant l'étape de pose du diagnostic ont été, quant à elles, recueillies en précisant aux parents qu'il s'agissait du moment où un ou des professionnels leur ont annoncé que leur enfant présentait un TSA de manière très probable ou certaine.

L'entretien était conclu par un recueil qualitatif du vécu des parents pendant le parcours.

**Analyses statistiques**

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du test du Chi2 pour les comparaisons de proportions entre groupes et du test t de Student pour les comparaisons de moyennes. Pour le test t, nous avons vérifié l'hypothèse de normalité des distributions et nous l'avons utilisé pour les échantillons, indépendants ou appariés selon le cas. Les différences ont été considérées comme statistiquement significatives pour un seuil de  $p < 0,05$ . Toutes les analyses ont été effectuées avec le logiciel Stata 17®.

## Autorisations réglementaires

Cette étude a obtenu l'avis favorable du comité de protection des personnes 2020-A03385-34 (Institutional Review Board Sud Méditerranée I) le 26/01/2021, et de la Cnil (autorisation 921318) le 9 décembre 2021.

## Résultats

La population éligible est de 710 individus, dont 450 enfants et 260 adolescents. Le taux de prévalence associé est de 10,3‰ pour les enfants et de 9,6‰ pour les adolescents en Isère et en Savoie, sans différence significative entre les deux sous-populations. Parmi ces 710 familles, 490 (69%) ont pu être contactées et ont accepté de participer. Les questionnaires téléphoniques ont pu être complétés pour 354 enfants (50%), compte-tenu de refus secondaires ou de parents injoignables (figure 2). En comparaison de ce groupe, les non-répondants appartiennent davantage à des catégories socioprofessionnelles inférieures (66% vs 32% ;  $p < 0,001$ ), leurs enfants sont davantage scolarisés en milieu spécialisé (16% vs 9% ;  $p = 0,03$ ) et moins souvent à temps plein en milieu ordinaire (55% vs 64% ;  $p = 0,009$ ), et présentent plus fréquemment un diagnostic de trouble envahissant du développement (35% vs 24%), avec davantage de comportements agités (hyperactivité ou trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ; 47% vs 36% ;  $p = 0,02$ ).

Les cas de TSA diagnostiqués à l'adolescence entre 8 et 15 ans, plutôt qu'avant 8 ans, sont plus souvent des garçons (73% contre 27% ; tableau). Ils présentent moins de troubles du langage oral, de troubles de l'attention, de troubles alimentaires, d'hyperactivité,

de déficience intellectuelle et d'épilepsie (tableau). À l'inverse, ils ont des taux plus élevés de troubles diagnostiqués ou apparaissant plus tardivement : troubles « dys » (52% vs 32%), dépression (16% vs 1%) et phobie scolaire (8% vs 1%).

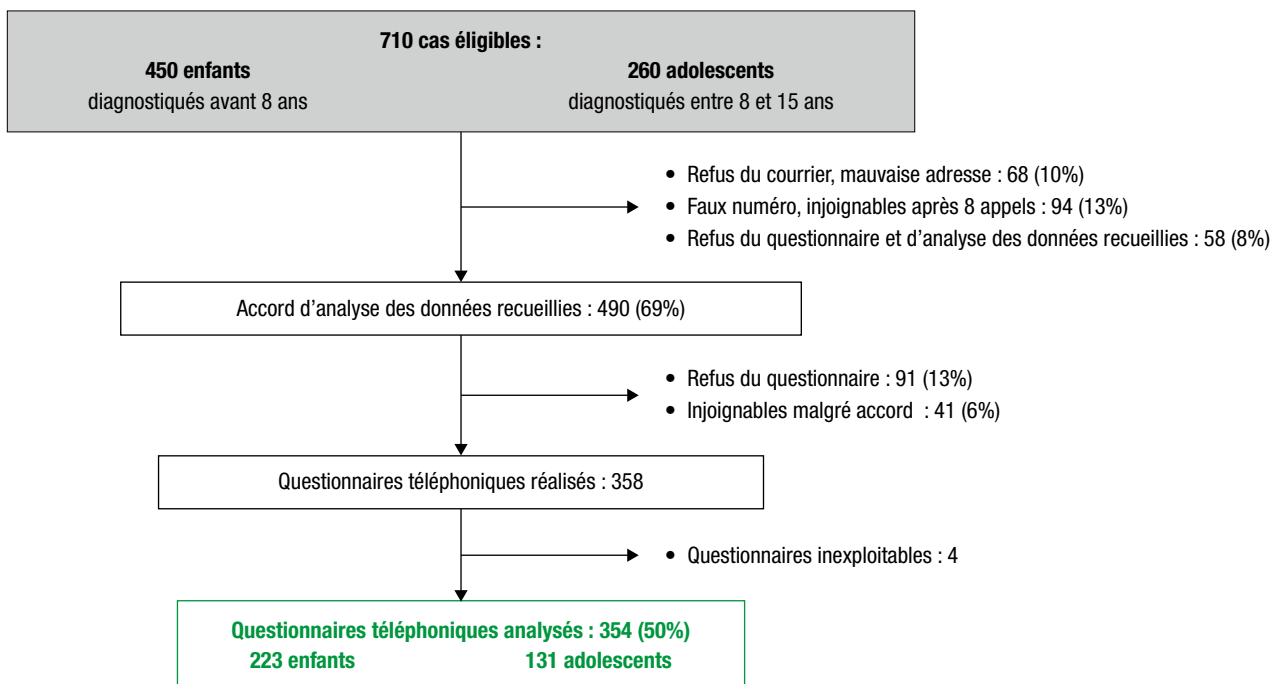
L'âge moyen au diagnostic d'autisme est de 5,4 ans chez les enfants et de 12,3 ans chez les adolescents (figure 3). Le délai global depuis les premiers signes jusqu'au diagnostic est de 3,5 ans pour les enfants et 9,5 ans pour les adolescents.

Chez les enfants, les premiers signes (troubles des interactions sociales, troubles du comportement, rigidité de fonctionnement, particularités sensorielles, stéréotypies) sont détectés en moyenne à 1,9 an et sont suivis d'un délai moyen de 0,6 an avant la première consultation avec un professionnel de santé, réalisée en moyenne à 2,5 ans. Une consultation consacrée au repérage a lieu dans 82% des cas, dans un délai moyen de 1,6 an après le premier professionnel consulté et à l'âge moyen de 4,1 ans. Dans les 18% de cas sans consultation de repérage, l'enfant est directement orienté vers la consultation diagnostique. Enfin, le délai moyen entre la consultation de repérage et la pose du diagnostic est de 1,3 an.

Chez les adolescents, les premiers signes sont détectés en moyenne à 2,8 ans et sont suivis d'un délai moyen d'1,3 an avant la première consultation avec un professionnel de santé à l'âge moyen de 4,1 ans. Ensuite, le délai avant la consultation de repérage est de 5,4 ans. Celle-ci, plus répandue chez les adolescents que chez les enfants (92% vs 82% ;  $p = 0,01$ ), est réalisée en moyenne à l'âge de 9,5 ans. Enfin, le délai moyen entre la consultation de repérage et la pose du diagnostic est de 2,8 ans.

Figure 2

### Diagramme de flux



Tableau

**Troubles associés, comorbidités et sexe des enfants et adolescents autistes**

	Enfants n=223		Adolescents n=131		p-value <sup>a</sup>
	n	%	n	%	
<b>Troubles associés et comorbidités</b>					
Troubles du langage oral	164	73,5	46	35,1	<0,001
Troubles de l'attention	157	70,4	74	56,5	<0,01
Troubles du comportement (agressivité, colère, opposition)	144	64,6	72	55,0	ns
Troubles anxieux	111	49,8	74	56,5	ns
Troubles du sommeil	77	34,5	35	26,7	ns
Troubles alimentaires	77	34,5	28	21,4	<0,01
Troubles dys	71	31,8	68	51,9	<0,001
Hyperactivité	57	25,6	15	11,5	<0,01
Maladies chroniques <sup>b</sup>	53	23,8	36	27,5	ns
Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)	49	22,0	38	29,0	ns
Déficience intellectuelle	45	20,2	11	8,4	<0,01
Épilepsie	10	4,5	1	0,8	ns
Dépression	3	1,3	21	16,0	<0,001
Phobie scolaire	3	1,3	10	7,6	<0,01
<b>Sexe</b>					<0,05
Filles	37	16,6	35	26,7	
Garçons	186	83,4	96	73,3	

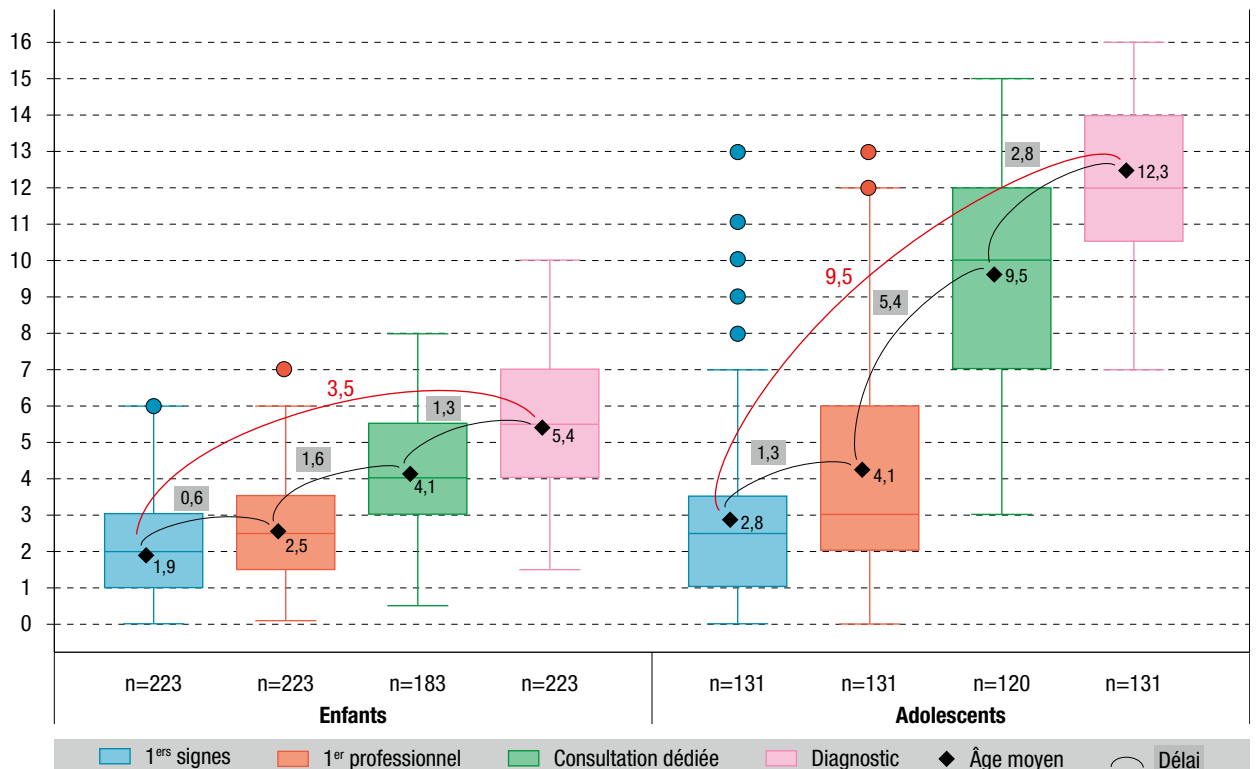
<sup>a</sup> p-value pour la différence entre enfants et adolescents ; ns : non significatif.

<sup>b</sup> Asthme, allergie, trouble ORL, maladie digestive, maladie métabolique.

Figure 3

**Âge moyen aux différentes étapes et durée moyenne du parcours diagnostique des enfants et adolescents ayant un trouble du spectre autistique**

Âge (en années)



Parmi les acteurs intervenant dans l'initiation des différentes étapes du parcours diagnostique, les parents sont majoritaires (80%) à identifier les premiers signes d'alerte évoquant des troubles ou difficultés de leur enfant. Dans le cas où ces signes sont identifiés par un professionnel, il s'agit majoritairement d'un professionnel de l'Éducation nationale (71%), suivi par un professionnel d'accueil du jeune enfant en crèche ou une assistante maternelle à domicile (27%). La première consultation est aussi majoritairement à l'initiative des parents (79%). Dans les cas où elle est initiée par un professionnel, il s'agit majoritairement d'un professionnel de l'Éducation nationale (70%), suivi par un professionnel d'accueil du jeune enfant en crèche ou une assistante maternelle à domicile (11%). La tendance est différente pour la consultation de repérage qui est réalisée le plus souvent à l'initiative d'un professionnel (72%). Il s'agit en majorité de libéraux (33%), suivis des professionnels de l'Éducation nationale (15%) puis du secteur de la psychiatrie (11%, centres médico-psychologiques essentiellement).

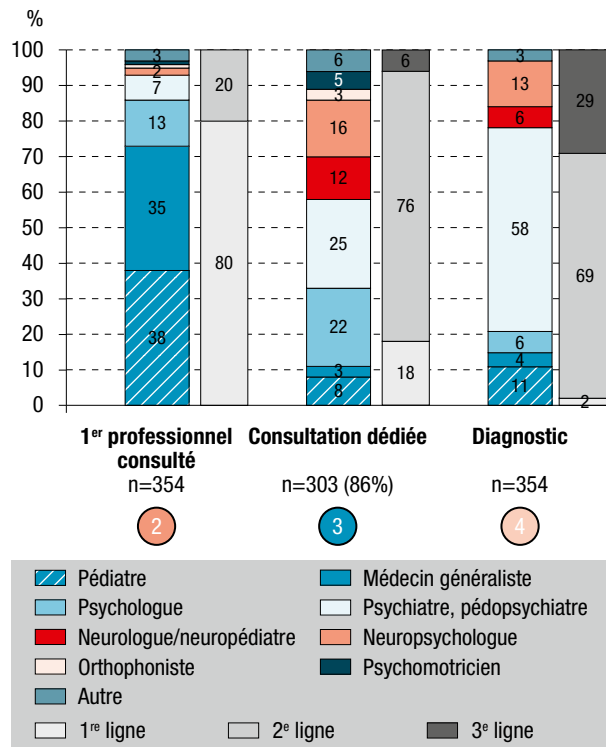
Les professionnels prenant en charge les enfants et adolescents à chaque étape du parcours ont été identifiés (figure 4). Le premier consulté est principalement un médecin généraliste ou un pédiatre (73%) et, dans 90% des cas, est celui qui suit habituellement l'enfant ou l'adolescent. Lors de cette première consultation, les professionnels sont en majorité de première ligne (80%), conformément aux recommandations de la HAS, dont la plupart exercent en libéral (85%), puis ce sont des membres de l'Éducation nationale (7%), de PMI (4%) et de crèche (2%), les 20% restants étant des professionnels de deuxième ligne se partageant entre le secteur hospitalier de la psychiatrie (46%, essentiellement en CMP, CMPP) et le libéral (40%), puis les autres services hospitaliers (7%), les établissements médico-sociaux (4%) et un professionnel en CAMSP.

Les professionnels de la consultation de repérage, réalisée dans 86% des cas, sont plus diversifiés. Il s'agit en majorité de psychiatres ou pédopsychiatres (25%), de psychologues (22%), de neuropsychologues (16%) et de neuropédiatres (12%). La plupart sont des professionnels de deuxième ligne (76%), contrairement aux recommandations, puis de première (18%) ou troisième ligne (6%). Les professionnels de deuxième ligne se partagent essentiellement entre libéraux (43%) et professionnels du secteur hospitalier de psychiatrie en CMP ou CMPP (23%), des autres services hospitaliers (20%), puis des CAMSP (5%) et du centre de référence des troubles du langage et des apprentissages (CRTLA, 3%). Les professionnels de première ligne sont majoritairement des libéraux (79%), puis des professionnels de l'Éducation nationale (17%) et de PMI (4%). Il n'y a pas de différence significative entre les enfants et adolescents concernant les professionnels consultés à cette étape de repérage.

Enfin, ceux posant le diagnostic sont majoritairement des pédopsychiatres (58%), suivis des neuropsychologues (13%) et des pédiatres (11%). On ne note pas de différence significative entre les enfants et les adolescents concernant les types de professionnels.

Figure 4

### Professionnels consultés par les parents lors du parcours diagnostique d'autisme

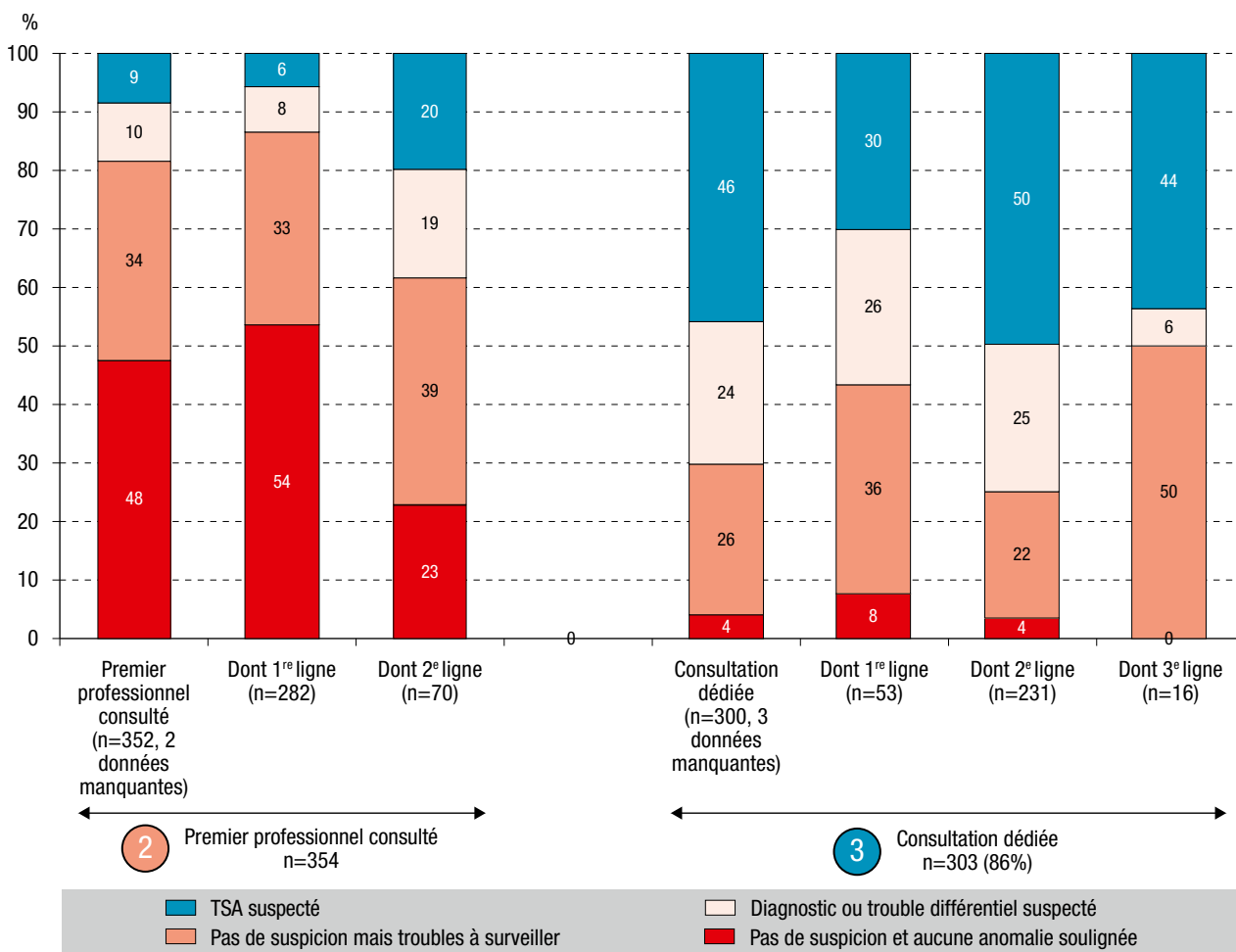


Ainsi, d'après les parents, 81% des professionnels ayant posé le diagnostic d'autisme sont médecins et la plupart sont de deuxième (69%) ou troisième ligne (29%), conformément aux recommandations de la HAS, et très peu de première ligne (2%). Les professionnels de deuxième ligne sont majoritairement des libéraux (38%), des membres du secteur hospitalier de psychiatrie en CMP, en CMPP ou en hôpital de jour (30%), des autres services hospitaliers spécialisés (20%), puis d'unités d'évaluation ou de plateformes de diagnostic de proximité (6%), de CAMSP (3%), d'établissements médico-sociaux (2%) et de services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad, 1%). Les professionnels de troisième ligne sont membres des CRA (100%). La pose du diagnostic se partage équitablement entre les professionnels libéraux (29%), le secteur hospitalier de psychiatrie (29%) et les CRA (29%). Cette répartition du cadre d'exercice diffère entre enfants et adolescents : les premiers sont davantage diagnostiqués en secteur de psychiatrie (36% vs 18%, p<0,001), alors que les seconds sont davantage diagnostiqués en libéral (42% vs 21%, p<0,001).

Pour chaque consultation du parcours diagnostique, l'étude a permis d'identifier les conclusions données aux parents par le professionnel de santé (figure 5). Après les premiers signes d'alerte soulevés par les parents, seuls 8% des premiers professionnels consultés suspectent un TSA, ce taux allant de 6% chez les professionnels de première ligne à 20% chez ceux de deuxième ligne. Parmi les 92% de professionnels ne suspectant pas de TSA, 48% ne soulignent aucune anomalie.

Figure 5

### Conclusions du premier professionnel et de la consultation dédiée



TSA : trouble du spectre autistique.

Lors de la consultation de repérage, 46% des professionnels suspectent un TSA, ce taux variant de 30% chez ceux de première ligne à 50% et 44% chez ceux de deuxième et troisième ligne. Parmi les 54% de professionnels ne suspectant pas de TSA, la moitié souligne des troubles à surveiller et l'autre moitié évoque un trouble spécifique ou un diagnostic différentiel.

Ces résultats mettent en avant un très faible taux de suspicion de TSA par les premiers professionnels consultés, particulièrement ceux de première ligne. Il est plus élevé chez les professionnels de deuxième ligne, mais reste minoritaire. À la suite de la consultation de repérage, ce taux est plus élevé, mais reste faible, surtout auprès des professionnels de première ligne.

Enfin, le diagnostic est posé dans 19% des cas sans consultation consacrée spécifiquement à l'annonce, et dans 19% sans compte-rendu écrit. Par la suite, 13% des enfants et adolescents n'ont pas eu de projet d'intervention éducatif et thérapeutique, malgré une absence de prise en charge au moment du diagnostic, 53% n'ont pas bénéficié de consultation de réévaluation, et 12% n'ont pas été orientés vers la MDPH.

Seules 45% des familles sont satisfaites du parcours diagnostique. La plus forte attente exprimée spontanément concerne l'amélioration de la formation sur l'autisme à l'égard des professionnels de l'Éducation nationale (50%), puis des professionnels médicaux (39%). Une autre attente importante évoquée spontanément est celle d'un délai plus court pour le diagnostic, induisant davantage de professionnels équipés d'outils de dépistage standardisés pour le repérage et le diagnostic (38%). Les parents mentionnent également le besoin de formations et de guidance parentale (32%), et près d'un parent sur quatre attend une posture des professionnels plus empathique et moins culpabilisante (23%).

### Discussion

Cette étude a permis de décrire, via les familles, le parcours diagnostique d'enfants autistes diagnostiqués avant 8 ans (nés en 2012 ou 2013) et d'adolescents autistes diagnostiqués entre 8 et 15 ans (nés en 2004 ou 2005), en Isère et en Savoie, au regard des recommandations professionnelles de la HAS. Les âges moyens au diagnostic d'autisme sont de 5,4 ans pour les enfants et de 12,3 ans pour les adolescents, respectivement 3,5 et 9,5 ans après le début des premiers signes. Cette étude a également permis

d'identifier un défaut de suspicion des TSA par les premiers professionnels consultés et à l'issue de la consultation de repérage. Celle-ci est très fréquemment réalisée par un professionnel de deuxième et non de première ligne.

Les études récentes sur l'âge moyen au diagnostic sont plus souvent ciblées sur les enfants<sup>5,6</sup>. Il est généralement compris entre 4 et 5 ans dans les pays développés, ce qui est proche de notre résultat. Dans notre étude, les délais constatés entre les premiers signes identifiés et la pose du diagnostic sont importants, de 3,5 ans pour les enfants, ce qui est comparable au Royaume-Uni<sup>7</sup>, mais supérieur aux États-Unis<sup>8</sup>. Ils sont de 9,5 ans pour les adolescents avec diagnostic plus tardif. Les délais constatés témoignent de difficultés majeures des familles pour accéder rapidement à un diagnostic, alors que celui-ci peut être posé dès 18 mois, augmentant ainsi les chances d'un accompagnement précoce et adapté.

De nombreuses discordances ont été mises en avant par rapport aux recommandations de la HAS. Le taux de premiers professionnels consultés ne suspectant pas d'autisme est extrêmement élevé (94% des professionnels de première ligne et 81% de deuxième ligne). Le délai entre le premier professionnel consulté et la consultation de repérage est de 1,6 an pour les enfants et de 5,4 ans pour les adolescents, contre trois semaines préconisées. Cette consultation est réalisée majoritairement (76%) par des professionnels de deuxième ligne, et non de première ligne comme le recommande pourtant la HAS, et se conclut par une absence de suspicion de TSA dans plus de la moitié des cas. Enfin, le délai moyen entre la consultation de repérage et le diagnostic est de 1,3 an pour les enfants et 2,8 ans pour les adolescents. Très peu d'études ont analysé ces délais. Une récente étude américaine<sup>9</sup>, dont les générations observées sont proches des nôtres, estime une durée moyenne de 2 ans entre le dépistage et le diagnostic, soit un délai relativement proche.

Une des hypothèses expliquant ces délais est celle du manque de connaissance, de formation ainsi que d'outils<sup>10</sup>, notamment du premier professionnel consulté, le plus souvent le pédiatre ou le médecin traitant. Ce professionnel va évoquer en première intention une absence d'anomalie ou des troubles à surveiller, malgré les inquiétudes exprimées majoritairement par les parents. La plupart des médecins ne reçoivent pas de formation spécifique à propos de l'autisme, ce qui serait pourtant bénéfique pour développer leur compétence et leur légitimité dans le dépistage et l'accompagnement des enfants<sup>11</sup>. Il en est de même pour les enseignants qui manquent également de formation et connaissances, alors qu'ils sont des témoins précoces de la vie collective de l'enfant, générant des difficultés dans la gestion de la situation en cas de suspicion d'un TSA<sup>12</sup>. La connaissance et la formation des professionnels de première ligne et des professionnels de l'Éducation nationale est donc un levier majeur pour améliorer le diagnostic précoce des enfants autistes.

Au vu de l'ensemble des résultats de cette étude, les recommandations suivantes permettraient d'améliorer le parcours diagnostique des enfants et adolescents autistes. Premièrement, le renforcement de la formation initiale et continue des professionnels de première ligne – ceux de la petite enfance, de l'Éducation nationale, les médecins généralistes, pédiatres et professionnels paramédicaux – sur le repérage précoce des TSA. Deuxièmement, le développement de la diffusion des outils de dépistage standardisés auprès des professionnels de santé et de l'éducation. Troisièmement, le développement auprès des familles de l'information, de la formation et de la guidance parentale, afin de les rendre actrices du parcours diagnostique et de les aider dans les démarches administratives, les orientations et l'accès aux soins.

## Forces et limites

Il n'existe pas à notre connaissance d'étude récente auprès d'une population exhaustive d'individus autistes. Celle que nous avons menée présente l'intérêt d'estimer les délais moyens de l'ensemble du parcours entre les premiers signes identifiés et le diagnostic dans un échantillon populationnel.

Elle comporte une limite liée aux non-répondants, qui correspondent à des familles de niveau socio-démographique plus faible, avec des enfants dont les troubles semblent plus sévères. Ces derniers peuvent bénéficier d'un diagnostic plus précoce et, inversement, l'accès aux soins pour les familles peut être plus difficile. Ces deux effets opposés tendent à poser l'hypothèse d'un biais limité sur l'estimation des délais moyens du parcours diagnostique.

Une autre limite est celle d'un possible biais de mémoire lors de l'interrogation des parents avec des éléments du parcours diagnostique qui peuvent être très anciens et difficiles à restituer de manière précise. Cette limite a été toutefois amoindrie par l'incitation pour les parents à rassembler tous les éléments médicaux de l'enfant en amont de l'entretien téléphonique. Ils pouvaient ainsi se référer aux documents en leur possession pour se remémorer le parcours diagnostique et être plus précis dans leurs réponses.

Compte tenu du caractère rétrospectif de l'étude, ces résultats reflètent le parcours diagnostique de générations anciennes, notamment pour les adolescents. Ces générations ont été symptomatiques durant la période d'évolution de la définition de l'autisme par élargissement des critères diagnostiques du DSM-5. Le parcours diagnostique des enfants et adolescents a été analysé avant la mise en place des plateformes de coordination et d'orientation (PCO), créées en 2019, qui doivent permettre de le fluidifier. Cette étude apporte ainsi des données de référence du parcours diagnostique des enfants et adolescents autistes, et une réévaluation postérieure à la création des PCO serait pertinente pour en analyser les évolutions.

Enfin, la période du diagnostic se situant entre 2012-2013 et 2020-2021 pour les enfants comme pour les adolescents, l'interprétation des parcours diagnostiques au

regard des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS de 2018 est discutable. Une partie de la population a été diagnostiquée avant la publication des recommandations (41% pour les enfants, 56% pour les adolescents). Malgré ces contraintes méthodologiques, l'étude a le mérite de mesurer le plus objectivement possible les parcours diagnostiques de l'autisme et ses discordances aux recommandations de la HAS. Ces comparaisons sont intéressantes même dans les cas où le diagnostic est antérieur aux recommandations, compte tenu du peu de connaissances scientifiques sur ce sujet et de la pertinence de ces recommandations dans l'amélioration du repérage et du diagnostic de l'autisme.

## Conclusion

Cette étude montre que le diagnostic de l'autisme reste trop tardif par rapport aux recommandations officielles, aussi bien pour les enfants que pour les adolescents. Les professionnels consultés en premier suspectent très rarement un TSA, ce qui retarde fortement le diagnostic, puis la mise en place d'un suivi adapté. Il semble donc essentiel de renforcer la formation et la sensibilisation des médecins et enseignants, afin de permettre un repérage plus rapide et d'améliorer l'accompagnement des familles. ■

## Liens d'intérêt

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

## Financements

L'étude a été financée par la Fondation de France.

## Remerciements

Nous remercions tous les parents, ainsi que leurs enfants, pour leur implication dans l'étude. Nous tenons également à remercier les enquêtrices pour leur immense travail de collecte de données : Corinne Camarada (Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal – Rheop), Marianne Pachoud (Rheop) et Marion Chabert (étudiante en master au laboratoire de psychologie et neurocognition). Nous souhaitons exprimer notre gratitude aux membres du comité de pilotage pour leur contribution au cours de l'élaboration de l'étude : Jean-François Blatier (Rheop), Agathe Billette (Rheop), Michel Gilot (pédiatre libéral, plateforme de coordination et d'orientation – PCO), Jean-Louis Guillon (PCO, Rheop), Michel Guinot (Envol Isère Autisme), Marielle Lachenal (HandiRéseaux38), Anne Monge (ex PCO), Agnès Montovert (Rheop), Isabelle Palacios (Centre alpin de diagnostic précoce de l'autisme), Élodie Sellier (CHU Grenoble, Rheop), Catherine Tronc (Rheop).

## Références

[1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. Vol. 5. Washington: American Psychiatric Association Publishing; 2022. 1050 p.

[2] Talantseva OI, Romanova RS, Shurdova EM, Dolgorukova TA, Sologub PS, Titova OS, *et al.* The global prevalence of autism spectrum disorder: A three-level meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2023;14:1071181.

[3] Delobel-Ayoub M, Klapouszczak D, Tronc C, Sentenac M, Arnaud C, Ego A. La prévalence des TSA continue de croître en France : données récentes des registres des handicaps de l'enfant. *Bull Epidemiol Hebd*. 2020;(6-7):128-35. [https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/6-7/2020\\_6-7\\_1.html](https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/6-7/2020_6-7_1.html)

[4] Haute Autorité de santé. Trouble du spectre de l'autisme – Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent. Paris: HAS; 2018. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_468812/fr/trouble-du-spectre-de-l-autisme-signes-d-alerte-reperage-diagnostic-et-evaluation-chez-l-enfant-et-l-adolescent](https://www.has-sante.fr/jcms/c_468812/fr/trouble-du-spectre-de-l-autisme-signes-d-alerte-reperage-diagnostic-et-evaluation-chez-l-enfant-et-l-adolescent)

[5] Daniels AM, Mandell DS. Explaining differences in age at autism spectrum disorder diagnosis: A critical review. *Autism*. 2014;18(5):583-97.

[6] Maenner MJ, Warren Z, Williams AR, Amoakohene E, Bakian AV, Bilder DA, *et al.* Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. *MMWR Surveill Summ*. 2023; 72(2):1-14.

[7] Crane L, Chester JW, Goddard L, Henry LA, Hill E. Experiences of autism diagnosis: A survey of over 1000 parents in the United Kingdom. *Autism*. 2016;20(2):153-62.

[8] Mandell DS, Novak MM, Zubritsky CD. Factors associated with age of diagnosis among children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*. 2005;116(6):1480-6.

[9] Chen YH, Drye M, Chen Q, Fecher M, Liu G, Guthrie W. Delay from screening to diagnosis in autism spectrum disorder: Results from a large national health research network. *J Pediatr*. 2023;260:113514.

[10] Zavaleta-Ramírez P, Rosetti MF, Albores-Gallo L, Vargas-Soberanis MA, López ON, Medina-Mora ME. Pathways to a diagnosis of autism spectrum disorder. *Psychiatr Serv*. 2020; 71(11):1120-6.

[11] Clarke L, Fung LK. The impact of autism-related training programs on physician knowledge, self-efficacy, and practice behavior: A systematic review. *Autism*. 2022;26(7):1626-40.

[12] Gómez-Marí I, Sanz-Cervera P, Tárraga-Mínguez R. Teachers' knowledge regarding autism spectrum disorder (ASD): A systematic review. *Sustainability*. 2021;13(9):5097.

## Citer cet article

David M, Lacroix A, Burnel M, Baciú M, Perrone-Bertolotti M, Occelli P, Ego A. Parcours diagnostique de l'autisme chez les enfants et adolescents : adéquation aux recommandations de bonnes pratiques. *Bull Epidemiol Hebd*. 2026;(14):306-14. [https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/14/2026\\_14\\_2.html](https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/14/2026_14_2.html)

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0* qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.



## ÉTUDE SUR LA SANTÉ MENTALE DES JEUNES SCOLARISÉS EN GUADELOUPE EN 2023

// STUDY ON THE MENTAL HEALTH OF SCHOOL-AGED YOUTH IN GUADELOUPE IN 2023

Audrey Bonine<sup>1</sup> (ab.orsag@orange.fr), Antoine Philippon<sup>2</sup>, Corinne Valérie Pioche<sup>1</sup>, Stanislas Spilka<sup>2</sup>, Isabelle Mane<sup>3</sup>, Walé Kangambega Château Degat<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Observatoire régional de la santé de Guadeloupe (Orsag)

<sup>2</sup> Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT)

<sup>3</sup> Agence de santé de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy

Soumis le 29.09.2025 // Date of submission: 09.29.2025

### Résumé // Abstract

**Introduction** – L'adolescence est une période où les facteurs personnels, familiaux, sociaux et structurels peuvent influencer la santé mentale. Celle-ci est définie comme un « état de bien-être qui nous permet de faire face aux sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté », d'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

**Méthode** – Cet article présente les données de l'Enquête nationale en collège et en lycée chez les adolescents sur la santé et les substances (EnClass) en 2023 en Guadeloupe. Les élèves de la classe de 6<sup>e</sup> à la terminale ont été interrogés sur différents aspects de leur santé et de leur vécu.

**Résultats** – En 2023, 2 084 élèves scolarisés en Guadeloupe ont participé à EnClass. La majorité des collégiens et des lycéens déclaraient être en bonne voire excellente santé (respectivement 81% et 74%) et indiquaient avoir une perception positive de leur vie actuelle. Cependant, un bon niveau de bien-être mental n'était affiché que pour 56% des collégiens et 48% des lycéens. Un risque important de dépression concernait 17% des élèves de 4<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> et 16% des lycéens. Un quart des lycéens déclaraient des pensées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête, et 17% des lycéens rapportaient une tentative de suicide au cours de leur vie. Globalement, les filles apparaissaient plus vulnérables que les garçons sur le plan de la santé mentale.

**Conclusion** – Les données révèlent que la plupart des élèves scolarisés en Guadeloupe en 2023 se déclaraient en excellente ou en bonne santé et étaient plutôt satisfaits de leur vie. Mais en ce qui concerne le bien-être mental affiché par ces derniers, les résultats s'avèrent davantage préoccupants, notamment chez les filles. Il semble nécessaire de créer des environnements de vie favorables à l'épanouissement des jeunes, de débiter la prévention dès le plus jeune âge, de mettre en place des moyens de repérage précoce des fragilités, et de déstigmatiser les problèmes de santé mentale.

**Introduction** – Adolescence is a period where personal, family, social, and structural factors can influence mental health. It is defined as a "state of well-being that enables us to cope with the stresses of life, realize our potential, learn well and work effectively, and to contribute to the community", according to the World Health Organization (WHO).

**Method** – This article presents the data from the 2023 National Survey of Adolescents' Health and Substance Use in Middle and High Schools (EnCLASS) in 2023 in Guadeloupe. Students from 6<sup>th</sup> grade to the final year were asked about various aspects of their health and their experiences.

**Results** – In 2023, 2,084 students enrolled in Guadeloupe participated in EnCLASS. The majority of middle and high school students reported being in good to excellent health (respectively 81% and 74%) and indicated that they had a positive perception of their current life. However, a good level of mental well-being was reported for only 56% of middle school students and 48% of high school students. A significant risk of depression affected 17% of 8<sup>th</sup> and 9<sup>th</sup> graders and 16% of high school students. A quarter of high school students reported suicidal thoughts in the 12 months preceding the survey, and 17% of high school students reported a suicide attempt during their lifetime. Overall, girls appeared more vulnerable than boys in terms of mental health.

**Conclusion** – The data reveal that most students enrolled in Guadeloupe in 2023 reported being in excellent or good health and rather satisfied with their lives. However, regarding the mental well-being of these students, the results are more concerning, particularly among girls. It seems necessary to create living environments that promote the development of young people, to start prevention from an early age, to implement early detection methods for vulnerabilities, and to destigmatize mental health issues.

**Mots-clés** : Santé mentale, Jeunes scolarisés, Collège, Lycée, EnClass, Guadeloupe

// **Keywords**: Mental health, Educated youth, Middle school, High school, EnCLASS, Guadeloupe

## Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé mentale est un « *état de bien-être qui nous permet de faire face aux sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté* »<sup>1</sup>. Être en bonne santé, c'est simultanément avoir une bonne santé physique et une bonne santé mentale.

La santé mentale est un enjeu de santé publique. En 2025, elle est désignée Grande Cause nationale en France. Quatre objectifs prioritaires sont définis : la déstigmatisation par le changement de regard sur les troubles psychiques et les troubles mentaux ; le développement de la prévention et du repérage précoce ; l'amélioration de l'accès aux soins sur tout le territoire français ; l'accompagnement des personnes concernées dans toutes les dimensions de leur vie quotidienne<sup>2</sup>.

À chaque étape de la vie, des bouleversements peuvent apparaître et avoir un impact sur la santé mentale. Durant l'adolescence, période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, des situations peuvent être source de mal-être. Entre quête d'autonomie, d'affirmation, phases d'incertitudes, angoisse sur l'avenir et construction de l'identité, les jeunes font face à des difficultés. Autant d'éléments qui peuvent les rendre fragiles du point de vue de la santé mentale.

De nombreuses études révèlent que les jeunes dans les territoires ultramarins sont particulièrement touchés par une vulnérabilité psychologique<sup>3</sup>. Depuis la période de pandémie de Covid-19, les indicateurs de santé mentale sont au centre des investigations. Les territoires ultramarins sont marqués par des inégalités sociales et territoriales, qui peuvent amplifier les fragilités psychiques de leur population.

À partir de l'Enquête nationale en collège et en lycée chez les adolescents sur la santé et les substances (Enclass)<sup>4</sup> réalisée en 2023 auprès des collégiens et lycéens de Guadeloupe, cet article décrit la manière dont ces jeunes évaluent leur santé, rapportent des plaintes psychologiques et somatiques, présentent des symptômes de dépression et des comportements suicidaires. Ces résultats apportent une connaissance sur la qualité de vie, le niveau de bien-être et l'état de santé mentale des collégiens et des lycéens en Guadeloupe, et permet de relever les spécificités et disparités territoriales.

## Méthode

### Organisation de l'enquête

Les données sont issues d'Enclass<sup>(1)</sup>, dispositif innovant et unique en Europe, permettant de suivre, tous les deux ans en France hexagonale, l'évolution du bien-être et des comportements de santé des adolescents, tout au long de l'enseignement secondaire. Dans les régions d'outre-mer, cette enquête

est renouvelée tous les quatre à six ans. Cette étude épidémiologique observationnelle transversale a été réalisée pour la première fois en Guadeloupe en 2023.

Enclass est née en 2018 de la fusion de deux enquêtes internationales menées en milieu scolaire : HBSC (*Health Behaviour in School-Aged Children*), réalisée en France depuis 1994, et le projet ESPAD (*European School Project on Alcohol and other Drugs*) qui est mené en France depuis 1999.

L'échantillon de classes sélectionnées a été constitué par l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) à partir d'un recensement des classes scolaires fourni par la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance du ministère de l'Éducation nationale. Il repose sur un tirage au sort représentatif des élèves du secondaire guadeloupéens. Sont inclus dans cette enquête, les élèves scolarisés au collège, de la 6<sup>e</sup> à la 3<sup>e</sup> (y compris les classes de Segpa et Ulis) et les élèves scolarisés au lycée, de la seconde à la terminale (classes générales, technologiques et professionnelles, y compris les CAP). Ces élèves sont issus d'établissements publics, ou privés sous contrat relevant du ministère de l'Éducation nationale.

L'enquête s'est déroulée sur 10 semaines, du 13 mars 2023 au 16 juin 2023. Afin d'y répondre, les élèves des classes sélectionnées ont été invités, durant une heure de cours, à remplir le questionnaire auto-administré en ligne de façon anonyme et confidentielle, sous la surveillance d'un responsable désigné au sein de l'établissement scolaire. Dans le cadre de l'enquête, 59 établissements ont été tirés au sort dont 31 collèges et 28 lycées en Guadeloupe, soit 146 classes au total (62 classes de collège sur 979 et 84 classes de lycée sur 834).

### Analyse des données

L'échantillon a fait l'objet d'un redressement et d'une pondération statistique par sexe et par niveau scolaire par l'OFDT afin de pallier la non-réponse. Au total, 2 084 élèves scolarisés en Guadeloupe ont participé à Enclass. Après nettoyage de la base (suppression des questionnaires inexploitable), un échantillon final de 1 980 élèves est conservé pour l'analyse de données (929 collégiens, dont 431 élèves de 4<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> et 1 051 lycéens). Les comparaisons des proportions sont réalisées à l'aide du test Chi2 avec un seuil de significativité de 5%. Les questions sont adaptées au niveau scolaire : celles qui concernent les symptômes de nature dépressive sont posées exclusivement aux élèves de la classe de 4<sup>e</sup> à la terminale, et celles qui portent sur les comportements suicidaires sont posées exclusivement aux élèves de la classe de seconde à la terminale. Le taux de participation des élèves à Enclass 2023 en Guadeloupe est de 76% et celui des établissements scolaires est de 86%. Dans le cadre de cette enquête, certains élèves étaient absents (n=572), d'autres disposaient d'un refus parental (n=46) ou ont fait le choix de ne pas finaliser le questionnaire (n=81).

<sup>(1)</sup> <https://enclass.fr/>

## Indicateurs de mesure de santé mentale et de bien-être chez les élèves

- 1) La perception de la santé des élèves correspond à une auto-évaluation qu'ils font de leur propre état de santé. Elle est mesurée à partir d'une échelle d'appréciation.
- 2) L'échelle de Cantril est utilisée pour mesurer la satisfaction de la vie actuelle. Cette échelle numérique est graduée de 0 à 10. La valeur 10 représente « la meilleure vie possible » et la valeur 0 représente « la pire vie possible ». Un score supérieur à 5 est interprété comme une perception positive de la vie actuelle.
- 3) Le sentiment de solitude est une appréciation émotionnelle subjective, mesuré à l'aide d'échelles de fréquence.
- 4) Le *World Health Organization Well-Being Index* (WHO-5) est utilisé par l'OMS pour évaluer le niveau de bien-être mental (au cours des deux dernières semaines). Il est constitué de cinq items. Un score inférieur ou égal à 50%, correspondant à un score brut inférieur à 13, est associé à un bien-être émotionnel médiocre, pouvant être qualifié de « *low mood* ». Un score supérieur à 50% est interprété comme un bon niveau de bien-être mental. Les items portant sur les ressentis et les émotions des élèves ont été mesurés à l'aide d'échelles de fréquence. Cet indice de mesure du bien-être mental a été testé, utilisé et traduit dans de nombreux contextes et langues à travers le monde<sup>5</sup>.
- 5) Les plaintes psychologiques ou somatiques sont basées sur la recherche de plaintes par le biais de l'échelle HBSC *Symptom Checklist*<sup>6</sup>.
- 6) Dans le cadre de cette enquête, les élèves de la 4<sup>e</sup> à la terminale ont rempli les 10 items de l'*Adolescent Depression Rating Scale* (ADRS). Le score est compris entre 0 et 10, où 10 indique le risque le plus élevé de dépression. Les scores sont regroupés en trois catégories de niveaux de risque : faible (score de 0 à 3), modéré (score de 4 à 6), important (score de 7 à 10). Cette échelle a été validée dans des études scientifiques et permet de repérer les adolescents présentant un risque de dépression<sup>7</sup>.
- 7) Les lycéens ont également été interrogés sur trois questions permettant de mesurer les comportements suicidaires.

## Résultats

### Une bonne perception de son état de santé et de sa vie actuelle

En 2023, 81% des collégiens et 74% des lycéens se déclaraient en excellente ou bonne santé en Guadeloupe (tableaux 1 et 2). Selon l'échelle de Cantril, 80% des collégiens et 70% des lycéens

affirmaient percevoir leur vie comme positive. Globalement, la part d'élèves qui indiquaient avoir une vie positive tend à décroître avec l'avancée du niveau scolaire, et ce particulièrement au collège.

### Un niveau de bien-être mitigé

Selon l'échelle WHO-5, seuls 56% des collégiens et 48% des lycéens présentaient un bon niveau de bien-être mental. La part d'élèves qui affichaient un bon niveau de bien-être mental tend également à décroître avec l'avancée du niveau scolaire.

### Une fragilité psychologique

Au cours des 12 mois précédant l'enquête, 26% des collégiens et 31% des lycéens déclaraient avoir éprouvé un sentiment de solitude « la plupart du temps » ou « toujours ».

Durant les six mois précédant l'enquête, diverses plaintes psychologiques et somatiques étaient rapportées plus d'une fois par semaine par les élèves, notamment l'irritabilité (47% chez les collégiens et 49% chez les lycéens), la nervosité (39% chez les collégiens et 43% chez les lycéens) et les difficultés à s'endormir (38% chez les collégiens et 39% chez les lycéens). En effet, ces plaintes étaient les plus souvent mentionnées par les élèves, et davantage par les lycéens. De plus, 59% des collégiens et 62% des lycéens rapportaient des plaintes psychologiques ou somatiques récurrentes, c'est-à-dire au moins deux plaintes plus d'une fois par semaine durant les six mois précédant l'enquête.

Divers symptômes dépressifs étaient mentionnés par les élèves, notamment le manque d'énergie (47% chez les 4<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> et 53% chez les lycéens), le fait de ne pas supporter grand-chose (48% chez les 4<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> et les lycéens), le découragement (43% chez les 4<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> et 48% chez les lycéens), et les difficultés à réfléchir (43% chez les 4<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> et 47% chez les lycéens). Selon l'échelle ADRS, 17% des 4<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> et 16% des lycéens présentaient un risque important de dépression.

Interrogés sur la question du suicide, 25% des lycéens ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête, et 17% des élèves ont déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Celles qui ont fait l'objet d'une hospitalisation concernaient 2% des lycéens.

### Les filles plus concernées par cette fragilité psychologique

Au collège comme au lycée, les garçons s'estimaient globalement en meilleure santé que les filles (figure 1). Au moment de l'enquête, 84% des collégiens et 76% des collégiennes percevaient leur vie comme positive (score de Cantril > 5,  $p=0,001$ ). Au lycée, les garçons étaient 75% et les filles 64% à exprimer ce niveau de satisfaction de leur vie actuelle ( $p<0,001$ ). Quel que soit le niveau scolaire, les garçons étaient

plus nombreux à afficher un bon niveau de bien-être mental. Cet écart entre les sexes était plus prononcé au lycée (figure 2). De plus, la part de filles qui indiquaient ressentir un sentiment de solitude était nettement plus élevée que celle des garçons, aussi bien au collège (35% chez les filles contre 18% chez les garçons,  $p<0,001$ ) qu'au lycée (40% chez les filles contre 23% chez les garçons,  $p<0,001$ ). Concernant les plaintes psychologiques et somatiques récurrentes, 69% des collégiennes et 49% des collégiens

ont rapporté ces plaintes ( $p<0,001$ ). Au lycée, les filles étaient 77% et les garçons 46% à mentionner ces plaintes récurrentes ( $p<0,001$ ). Quant au risque important de dépression, les résultats indiquaient qu'au collège, 26% des filles et 8% des garçons présentaient ce niveau de risque ( $p<0,001$ ). Au lycée, 23% des filles et 9% des garçons étaient concernés ( $p<0,001$ ). Par ailleurs, les filles présentaient plus souvent des conduites suicidaires que les garçons (figure 3).

Tableau 1

**Perception de la santé, de la qualité de vie et du bien-être des collégiens de Guadeloupe (n=929)**

	% pondérés [IC95% pondérés]			p-value <sup>a</sup>
	Ensemble	Garçons	Filles	
<b>État de santé</b>				
Excellente ou bonne santé	81 [78,2-83,5]	86 [83,1-89,7]	75 [71,0-79,1]	p<0,001
Assez bonne ou mauvaise santé	19 [16,5-21,8]	14 [10,3-16,9]	25 [20,9-29,0]	
<b>Satisfaction de sa vie actuelle</b>				
Positive	80 [77,8-83,1]	84 [80,9-87,9]	76 [72,3-80,2]	p=0,001
<b>Niveau de bien-être</b>				
Bon	56 [52,3-59,5]	64 [58,8-69,1]	48 [43,3-53,1]	p<0,001
<b>Sentiment de solitude</b>				
Toujours ou la plupart du temps	26 [23,4-29,2]	18 [14,4-21,9]	35 [30,4-39,3]	p<0,001
Jamais, rarement ou parfois	74 [70,8-76,6]	82 [78,1-85,6]	65 [60,7-69,6]	
<b>Irritable ou de mauvaise humeur</b>				
Plus d'une fois par semaine	47 [43,5-50,3]	40 [35,3-44,9]	54 [49,1-58,5]	p<0,001
Moins d'une fois par semaine ou jamais	53 [49,7-56,5]	60 [55,1-64,7]	46 [41,5-50,9]	
<b>Nerveux, nerveuse</b>				
Plus d'une fois par semaine	39 [36,1-42,7]	29 [24,4-33,3]	50 [45,5-54,9]	p<0,001
Moins d'une fois par semaine ou jamais	61 [57,3-63,9]	71 [66,7-75,6]	50 [45,1-54,5]	
<b>Difficulté d'endormissement</b>				
Plus d'une fois par semaine	38 [34,3-40,9]	34 [29,0-38,4]	42 [36,9-46,2]	p=0,008
Moins d'une fois par semaine ou jamais	62 [59,1-65,7]	66 [61,6-71,0]	58 [53,8-63,1]	
<b>Plaintes psychologiques et somatiques récurrentes<sup>b</sup></b>				
Oui	59 [55,3-62,0]	49 [43,9-53,8]	69 [64,4-73,0]	p<0,001
Non	41 [38,0-44,7]	51 [46,2-56,1]	31 [27,0-35,6]	
<b>Symptômes dépressifs<sup>c</sup></b>				
Manque d'énergie	47 [42,0-51,7]	44 [36,5-50,5]	50 [43,5-57,0]	p=0,283
Ne supporte pas grand-chose	48 [43,5-53,3]	40 [33,5-47,3]	57 [49,9-63,4]	p=0,001
Sentiment de découragement	43 [38,0-47,7]	32 [25,4-38,5]	54 [47,3-60,8]	p<0,001
Difficulté à réfléchir	43 [38,2-47,9]	38 [30,8-44,3]	49 [42,0-55,6]	p=0,048
<b>Risque de dépression<sup>c</sup></b>				
Faible ou modéré	83 [79,7-87,1]	92 [88,3-96,1]	74 [68,0-80,3]	p<0,001
Important	17 [12,9-20,3]	8 [3,9-11,7]	26 [19,7-32,0]	

<sup>a</sup> Test de Chi2 selon le sexe.

<sup>b</sup> Au moins deux plaintes plus d'une fois par semaine.

<sup>c</sup> Uniquement parmi les élèves de 4<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup>.

IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Tableau 2

## Perception de la santé, de la qualité de vie et du bien-être des lycéens de Guadeloupe (n=1 051)

	% pondérés [IC95% pondérés]			p-value <sup>a</sup>
	Ensemble	Garçons	Filles	
<b>État de santé</b>				
Excellente ou bonne santé	74 [71,1-77,4]	83 [79,7-87,2]	65 [60,4-70,0]	p<0,001
Assez bonne ou mauvaise santé	26 [22,6-28,9]	17 [12,8-20,3]	35 [30,0-39,6]	
<b>Satisfaction de sa vie actuelle</b>				
Positive	70 [66,2-72,8]	75 [70,7-79,4]	64 [59,3-69,0]	p<0,001
<b>Niveau de bien-être</b>				
Bon	48 [44,0-51,3]	61 [56,3-66,4]	35 [29,7-39,6]	p<0,001
<b>Sentiment de solitude</b>				
Toujours ou la plupart du temps	31 [28,0-34,6]	23 [18,5-26,9]	40 [34,8-44,6]	p<0,001
Jamais, rarement ou parfois	69 [65,4-72,0]	77 [73,1-81,5]	60 [55,4-65,2]	
<b>Irritable ou de mauvaise humeur</b>				
Plus d'une fois par semaine	49 [45,5-52,6]	35 [30,5-40,0]	62 [57,4-67,2]	p<0,001
Moins d'une fois par semaine ou jamais	51 [47,4-54,5]	65 [60,0-69,5]	38 [32,8-45,6]	
<b>Nerveux, nerveuse</b>				
Plus d'une fois par semaine	43 [39,2-46,3]	29 [24,7-33,8]	56 [50,9-60,9]	p<0,001
Moins d'une fois par semaine ou jamais	57 [53,7-60,8]	71 [66,2-75,3]	44 [39,1-49,1]	
<b>Difficulté d'endormissement</b>				
Plus d'une fois par semaine	39 [35,3-42,2]	30 [25,6-34,8]	47 [42,0-52,0]	p<0,001
Moins d'une fois par semaine ou jamais	61 [57,8-64,7]	70 [65,2-74,4]	53 [48,0-58,0]	
<b>Plaintes psychologiques et somatiques récurrentes<sup>b</sup></b>				
Oui	62 [58,3-65,2]	46 [41,0-51,1]	77 [72,7-81,3]	p<0,001
Non	38 [34,8-41,7]	54 [48,9-59,0]	23 [18,7-27,3]	
<b>Symptômes dépressifs</b>				
Manque d'énergie	53 [49,7-56,9]	45 [40,4-50,4]	61 [56,0-66,0]	p<0,001
Ne supporte pas grand-chose	48 [44,5-51,7]	35 [30,5-40,3]	60 [55,5-65,3]	p<0,001
Sentiment de découragement	48 [44,4-51,5]	33 [28,2-37,8]	63 [57,6-67,3]	p<0,001
Difficulté à réfléchir	47 [43,6-50,7]	42 [37,4-47,5]	52 [46,7-56,8]	p=0,004
<b>Risque de dépression</b>				
Faible ou modéré	84 [81,3-86,5]	91 [88,1-93,6]	77 [72,8-81,4]	p<0,001
Important	16 [13,5-18,7]	9 [6,4-11,9]	23 [18,6-27,2]	
<b>Pensées suicidaires</b>				
Oui, au moins une fois	25 [22,2-28,4]	14 [10,8-17,8]	35 [30,7-40,3]	p<0,001
<b>Tentative de suicide</b>				
Oui, au moins une fois	17 [14,0-19,5]	7 [4,3-9,1]	26 [21,6-30,7]	p<0,001
<b>Tentative de suicide avec hospitalisation</b>				
Oui, au moins une fois	2 [1,3-3,2]	1 [0,04-2,2]	3 [1,7-4,9]	p=0,008

<sup>a</sup> Test de Chi2 selon le sexe.

<sup>b</sup> Au moins deux plaintes plus d'une fois par semaine.

IC95% : intervalle de confiance à 95%.

## Discussion

L'analyse des données de l'enquête Enclass permet pour la première fois de mettre en évidence la perception de la santé, de la qualité de vie, du bien-être et de la santé mentale des jeunes scolarisés au collège et au lycée en Guadeloupe.

Comme en France hexagonale<sup>8</sup>, la situation observée chez les élèves scolarisés paraît préoccupante, bien que le phénomène soit plus accentué en Guadeloupe. Cette tendance s'inscrit dans un contexte de pressions multiples pesant sur les adolescents : intensification de la pression scolaire et des enjeux d'orientation, inquiétudes liées à l'avenir professionnel,

harcèlement scolaire, cadre de vie et vie sociale, exposition accrue aux réseaux sociaux et aux normes sociales qu'ils véhiculent, ainsi que crises sociétales et environnementales successives. L'accumulation de ces facteurs de stress pourrait contribuer à des niveaux élevés de mal-être psychique. Les études réalisées par l'Orsag à partir des données Enclass 2023 montrent que la consommation de substances psychoactives<sup>9-11</sup> et le temps passé sur les réseaux

sociaux<sup>12</sup> sont également associés à un moins bon état émotionnel, et à un risque accru de dépression chez les élèves.

Les résultats montrent également que les garçons scolarisés en Guadeloupe en 2023 sont plus enclins que les filles à se considérer en bonne santé, à l'instar de ce qui est observé dans l'Hexagone. À l'inverse, les filles semblent plus vulnérables. En effet, quel que soit le niveau scolaire, les garçons sont significativement plus nombreux que les filles à déclarer une bonne perception de leur état de santé ou à percevoir positivement leur vie. Et cet écart entre les sexes s'accroît davantage durant les années de lycée. Par ailleurs, cette fragilité féminine s'observe pour la plupart des indicateurs. En effet, les filles scolarisées au collège et au lycée déclarent significativement plus souvent un sentiment de mal-être et présentent un risque plus important de symptômes dépressifs et de comportements suicidaires.

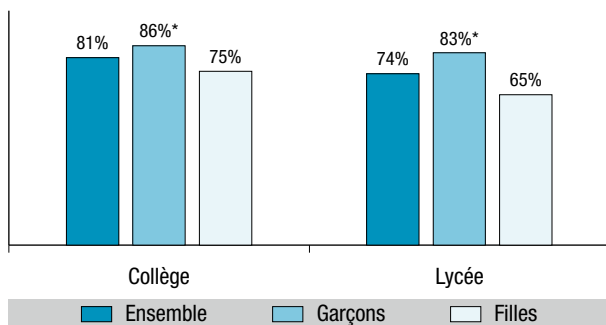
Selon les données de l'enquête HBSC, « les adolescentes présentent une santé mentale et un bien-être plus défavorable que les garçons, et ce dans tous les domaines. Les filles ont obtenu des résultats systématiquement inférieurs en ce qui concerne la satisfaction par rapport à la vie, le bien-être et la santé perçue, et supérieurs en ce qui concerne le sentiment de solitude, que les garçons »<sup>13</sup>. Une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publiée en mai 2024 confirme également cette tendance observée en Guadeloupe. Celle-ci révèle « une vulnérabilité particulière des adolescentes et des jeunes femmes, qui apparaissent davantage concernées par les syndromes anxio-dépressifs et les pensées suicidaires depuis 2020 »<sup>14</sup>. Par ailleurs, les données de l'Orsag indiquaient que les filles seraient quatre fois plus souvent concernées que les garçons par les tentatives de suicide<sup>15</sup>. Les données de Santé publique France montrent également que « près de deux hospitalisations pour geste auto-infligé sur trois concernaient des femmes » en Guadeloupe. Ce taux observé était le plus élevé chez les 11-17 ans<sup>16</sup>.

Les écarts observés entre les filles et les garçons pourraient s'expliquer en partie par des expositions différenciées à certains facteurs de risque. Les adolescentes déclarent en moyenne un usage plus fréquent et plus intensif des réseaux sociaux que les garçons<sup>12</sup>, ce qui les expose davantage aux comparaisons sociales, aux normes de genre et aux pressions liées à l'apparence et à la réussite. Par ailleurs, les études montrent qu'elles rapportent plus souvent des expériences de traumatismes précoces, notamment des violences sexuelles ou intrafamiliales, connues pour accroître le risque de troubles anxio-dépressifs<sup>15,17</sup>. La combinaison de ces facteurs pourrait contribuer à des niveaux plus élevés de mal-être psychique chez les filles.

Les résultats suggèrent également une diminution du niveau de bien-être au fur et à mesure de l'avancée dans la scolarité, particulièrement marquée chez les filles, les lycéennes présentant des indicateurs plus défavorables que les collégiennes, elles-mêmes moins favorables que ceux des collégiens. Selon l'Étude

Figure 1

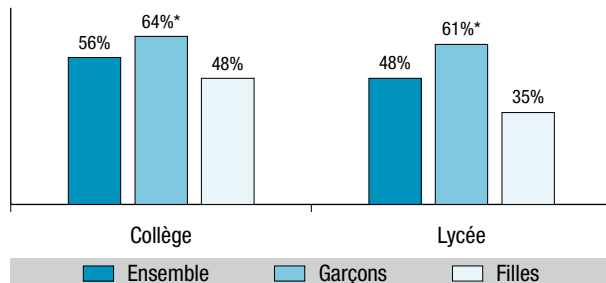
**Part des élèves ayant déclaré une excellente ou bonne perception de sa santé, selon le sexe et le niveau scolaire, données Enclass 2023, Guadeloupe**



\* p<0,001.

Figure 2

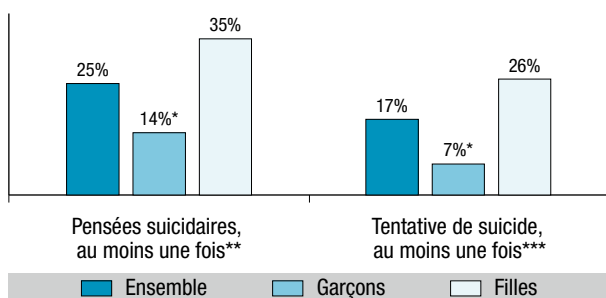
**Part des élèves ayant déclaré un bon niveau de bien-être, selon le sexe et le niveau scolaire, données Enclass 2023, Guadeloupe**



\* p<0,001.

Figure 3

**Part des lycéens ayant déclaré des comportements suicidaires, selon le sexe, données Enclass 2023, Guadeloupe**



\* p<0,001.

\*\* Au cours des 12 mois précédents l'enquête.

\*\*\* Au cours de leur vie.

nationale sur le bien-être des enfants (Enabee), 13% des enfants de 6 à 11 ans scolarisés du CP au CM2 en France hexagonale en 2022 présentent un trouble probable de santé mentale. Ces résultats soulignent la nécessité d'engager des actions de prévention dès la petite enfance<sup>18</sup>. La prévention, la sensibilisation, le développement des compétences psychosociales, la connaissance des différents troubles et les symptômes associés à ces troubles, les prises en charge adaptées, le rapprochement de ses pairs, l'inclusion sociale, la lutte contre la stigmatisation sont ainsi des éléments essentiels à renforcer pour soutenir le bien-être des jeunes. Le développement des compétences psychosociales constitue donc un levier essentiel pour promouvoir la santé mentale (lutte contre la dépression, l'anxiété, etc.), prévenir les conduites à risque (consommation de substances psychoactives, comportements liés à la vie affective et sexuelle, violence, etc.), encourager l'adoption de comportements favorables à la santé globale et soutenir la réussite, notamment scolaire<sup>19,20</sup>.

Selon le rapport du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), la santé mentale des adolescents s'est progressivement dégradée au cours des 30 dernières années, avec une détérioration plus marquée chez les filles. Ces tendances se sont en outre accentuées depuis la pandémie de Covid-19<sup>21</sup>. La surveillance doit alors être continue par le biais de ce type d'enquête afin d'observer et de documenter sur de nombreuses années l'évolution, dans l'espace et le temps, de la santé mentale et de ses déterminants, chez les jeunes au sein de leur environnement scolaire.

Enfin, le sentiment de solitude, largement ressenti dans cette tranche d'âge, constitue un facteur de risque important pour la santé mentale et peut contribuer à l'émergence de comportements suicidaires. Selon l'OMS, le suicide est la troisième cause de mortalité chez les jeunes de 15 à 29 ans<sup>22</sup>. Face à ces constats, les encourager à parler de leurs émotions, à avoir un rythme de sommeil sain, une activité physique régulière, à apprendre à nouer des relations et à gérer leurs émotions est primordial. Le développement des compétences psychosociales devient alors un facteur favorable pour la santé mentale, et il est mis en œuvre par les politiques publiques (stratégie nationale<sup>23</sup> et schéma régional de santé<sup>24</sup>).

L'école est un lieu d'apprentissage, c'est également un environnement crucial qui doit permettre le repérage de fragilités, facilitant une prise en charge précoce et adaptée. Il est également primordial que les élèves bénéficient d'un environnement scolaire bienveillant, positif et sécurisant. Des travaux complémentaires sont nécessaires, afin d'étudier l'impact direct de l'environnement scolaire favorable sur la santé mentale et le bien-être des élèves.

## Limites de l'enquête

Cette étude présente certaines limites. En effet, d'éventuels biais de désirabilité sociale peuvent être envisagés, car les données recueillies sont à caractère déclaratif. Face à des questions autour de la santé mentale, les personnes interrogées préfèrent

parfois se taire, ne pas parler de leurs émotions et craignent le jugement ou alors altèrent leurs réponses pour se conformer aux normes de la vie, malgré les dispositifs mis en place pour que la confidentialité soit respectée lors des questionnaires. Les déclarations des élèves peuvent alors ne pas toujours correspondre à leurs ressentis et comportements réels. D'autre part, l'enquête exclut les jeunes non scolarisés et non francophones.

Par ailleurs, bien que la participation des collégiens et lycéens dans les établissements scolaires ait été élevée, l'enquête ne concerne pas les élèves en centre de formation des apprentis (CFA). Les résultats doivent donc être interprétés comme représentatifs uniquement des élèves scolarisés dans le système classique, et ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des adolescents du même âge.

Toutefois, malgré ces limites, les résultats de l'enquête permettent de mieux évaluer les comportements de santé et le niveau de bien-être des jeunes scolarisés dans le secondaire en Guadeloupe. Ainsi, les informations apportées vont ouvrir des pistes de réflexion pour contribuer à la prévention et à la protection de la santé mentale des adultes de demain.

## Conclusion

Ces données ont permis de dresser un état des lieux de la perception de la santé, de la qualité de vie, du bien-être et de la santé mentale des jeunes scolarisés au collège et au lycée en Guadeloupe en 2023. Les résultats révèlent qu'une grande majorité d'entre eux se déclare en excellente ou bonne santé et ont une perception positive de leur vie actuelle. Cependant, au regard du bien-être mental, les résultats sont plus inquiétants. Des plaintes psychologiques et somatiques, des symptômes dépressifs et des pensées suicidaires sont souvent rapportés par les adolescents. Par ailleurs, les filles apparaissent plus vulnérables sur le plan de la santé mentale que les garçons. De plus, une grande part de ces résultats témoigne d'une situation moins favorable chez les jeunes scolarisés en Guadeloupe qu'à l'échelle nationale (encadré).

Un bon état de santé implique une bonne santé mentale. L'adolescence est une période fondamentale pour les actions de prévention et de promotion de la santé, car les habitudes de vie sont en construction et les compétences en cours d'acquisition. C'est lors de cette phase de croissance qu'il est important d'inciter les jeunes à parler de leurs difficultés et à chercher de l'aide lorsque cela est nécessaire. Il est donc primordial de les sensibiliser, ainsi que leur entourage, sur la valeur de la santé mentale, afin d'identifier et détecter précocement le mal-être psychique. Il est également nécessaire de créer des environnements de vie favorables à l'épanouissement des jeunes (au sein des familles, à l'école et dans la société), et de renforcer leurs capacités à affronter les contraintes et à surmonter les défis de la vie. Par ailleurs, il est essentiel que soit dédramatisée la santé mentale, qui est encore considérée comme un sujet tabou de nos jours. ■

## La santé mentale des jeunes sur le territoire versus à l'échelle nationale

Au collège, les élèves guadeloupéens étaient moins nombreux à se déclarer en excellente ou bonne santé qu'en France hexagonale (respectivement 81% contre 86%,  $p < 0,01$ ). Situation similaire au lycée où 74% des élèves en Guadeloupe contre 84% des élèves en Hexagone indiquaient cette même perception de l'état de santé ( $p < 0,001$ ). À l'inverse, les élèves guadeloupéens étaient plus nombreux à rapporter une situation de mal-être que ceux de France hexagonale. En effet, 59% des collégiens en Guadeloupe et 51% des collégiens en Hexagone évoquaient des plaintes récurrentes ( $p < 0,01$ ). Par ailleurs, le sentiment de solitude était éprouvé au collège par 26% des Guadeloupéens et 21% des Français de l'Hexagone ( $p < 0,01$ ). Au lycée, ils étaient 31% en Guadeloupe et 27% en Hexagone à déclarer éprouver ce sentiment ( $p < 0,05$ ). Concernant la dépression et les comportements suicidaires, les résultats sont relativement similaires entre les deux territoires (différence non significative).

Source : exploitation des données d'Enclass 2023 pour la Guadeloupe et d'Enclass 2022 pour la France hexagonale.

Selon les données de l'Assurance maladie, en 2022, 1 141 jeunes âgés de 10 à 19 ans ont été pris en charge pour des maladies psychiatriques en Guadeloupe, soit 7% des prises en charge pour cette raison de la région (taux similaire dans l'Hexagone). Les troubles psychiatriques débutant dans l'enfance et les déficiences mentales concernent respectivement 555 et 290 jeunes de cette tranche d'âge et semblent être les principaux troubles psychiatriques chez les personnes âgées de 10 à 19 ans.

Source : SNDS – cartographie des pathologies G11.

### Liens d'intérêt

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

### Références

[1] Organisation mondiale de la santé. Santé mentale. Vue d'ensemble. Genève: OMS. [https://www.who.int/fr/health-topics/mental-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/fr/health-topics/mental-health#tab=tab_1)

[2] Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Parlons santé mentale ! La santé mentale, Grande Cause nationale 2025. Paris: ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. <https://solidarites.gouv.fr/parlons-sante-mentale>

[3] Delage V, Tellier-Poulain M, Vincent L. Santé mentale des jeunes de l'Hexagone aux Outre-mer. Cartographie des inégalités. Paris: Mutualité Française, Institut Montaigne, Institut Terram; 2025. 72 p. [https://www.mutualite.fr/wp-content/uploads/2025/09/sante-mentale-des-jeunes-de-l-hexagone-aux-outre-mer\\_light.pdf](https://www.mutualite.fr/wp-content/uploads/2025/09/sante-mentale-des-jeunes-de-l-hexagone-aux-outre-mer_light.pdf)

[4] Bonine A. La santé mentale et le bien-être des élèves en Guadeloupe en 2023. Résultats de l'Enquête nationale en Collèges et en Lycées chez les Adolescents sur la Santé et les Substances – EnCLASS 2023. Baie-Mahault: Observatoire régional de la santé de Guadeloupe; 2024. 22 p. <https://orsag.fr/sante-mentale-journee-mondiale-du-10-octobre-2024/>

[5] Cosma A, Költő A, Chzhen Y, Kleszczewska D, Kalman M, Martin G. Measurement invariance of the WHO-5 well-being index: Evidence from 15 European Countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(16):9798.

[6] Haugland S, Wold B, Stevenson J, Aaroe LE, Woynarowska B. Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *Eur J Public Health*. 2001;11(1):4-10.

[7] Revah-Levy A, Birmaher B, Gasquet I, Falissard B. The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): A validation study. *BMC Psychiatry*. 2007;12:7-2.

[8] Léon C, Godeau E, Spilka S, Gillaizeau I, Beck F. La santé mentale et le bien-être des collégiens et lycéens en France hexagonale. Résultats de l'Enquête nationale en collège et en lycée chez les adolescents sur la santé

et les substances – EnCLASS 2022. Le point sur. Saint-Maurice: Santé publique France; 2024. 17 p. <https://www.sante-publiquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/rapport-synthese/la-sante-mentale-et-le-bien-etre-des-collegiens-et-lyceens-en-france-hexagonale-resultats-de-l-enquete-nationale-en-colleges-et-en-lycees-chez-le>

[9] Observatoire régional de la santé de Guadeloupe. Consommation de cigarettes, e-cigarettes et chicha chez les élèves en Guadeloupe en 2023. Baie-Mahault: Observatoire régional de la santé de Guadeloupe; 2025. 2 p. <https://orsag.fr/usages-des-cigarettes-de-tabac-e-cigarettes-et-chicha/>

[10] Goudou C. Consommation d'alcool des élèves en Guadeloupe en 2023. Baie-Mahault: Observatoire régional de la santé de Guadeloupe; 2024. 35 p. <https://orsag.fr/alcool/>

[11] Observatoire régional de la santé de Guadeloupe. Les usages du cannabis et autres substances illicites ou détournées chez les élèves en Guadeloupe en 2023. Baie-Mahault: Observatoire régional de la santé de Guadeloupe; 2024. 32 p. <https://orsag.fr/cannabis-et-autres-substances-illicites-ou-detournees-chez-les-adolescents-en-guadeloupe/>

[12] Observatoire régional de la santé de Guadeloupe. Usage des réseaux sociaux par les adolescents scolarisés en Guadeloupe en 2023. Baie-Mahault: Observatoire régional de la santé de Guadeloupe; 2024. 1 p. <https://orsag.fr/usages-des-reseaux-sociaux-chez-les-adolescents-en-guadeloupe/>

[13] Cosma A, Abdrakhmanova S, Taut D, Schrijvers K, Catunda C, Schnohr C. Focus on adolescent mental health and well-being in Europe, central Asia and Canada. *Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey*. Volume 1. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023. 65 p. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289060356>

[14] Hazo JB, Pirard P, Jollant F, Vuagnat A. Hospitalisations pour geste auto-infligé : une progression inédite chez les adolescentes et les jeunes femmes en 2021 et 2022. *Études et Résultats*. 2024;(1300):1-8. [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/240516\\_ERHospIGestesAutoInfliges](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/240516_ERHospIGestesAutoInfliges)

[15] Pioche C, Tinal D, Goudou C. Fiche territoriale. Regards croisés sur le suicide et les conduites suicidaires. Le suicide en Guadeloupe. Baie-Mahault: Observatoire régional de la

santé de Guadeloupe; 2024. 12 p. [https://orsag.fr/wp-content/uploads/2024/09/Fiches\\_territoriales\\_Suicide\\_ORSaG\\_Version-du-5-mars-2024.pdf](https://orsag.fr/wp-content/uploads/2024/09/Fiches_territoriales_Suicide_ORSaG_Version-du-5-mars-2024.pdf)

[16] Ruello M, Rosine J. Surveillance annuelle des conduites suicidaires, bilan 2023. Bulletin. Édition Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Saint-Maurice: Santé publique France; 2025. 7 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/bulletin-regional/2025/conduites-suicidaires-en-guadeloupe-saint-martin-et-saint-barthelemy.-bilan-2023>

[17] Observatoire régional de la santé de Guadeloupe. Les violences faites aux femmes en couple hétérosexuel sur le territoire de la Guadeloupe. Résultats de l'enquête VIRAGE dans les Outre-Mer 2018. Baie-Mahault: Observatoire régional de la santé de Guadeloupe; 2024. 3 p. <https://orsag.fr/virage-violences-conjugales-faites-aux-femmes-en-guadeloupe/>

[18] Santé publique France. Premiers résultats d'Enabee sur le bien-être et la santé mentale des enfants âgés de 6 à 11 ans vivant en France métropolitaine et scolarisés. Le point sur. Saint-Maurice: Santé publique France; 2023. 9 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enabee-etude-nationale-sur-le-bien-etre-des-enfants/documents/premiers-resultats-de-l-etude-enabee-sur-le-bien-etre-et-la-sante-mentale-des-enfants-de-6-a-11-ans-en-france-metropolitaine>

[19] Lamboy B, Arwidson P, du Roscoät E, Fréry N, Lecrique JM, Shankland R *et al.* Les compétences psychosociales : un référentiel pour un déploiement auprès des enfants et des jeunes. Synthèse de l'état des connaissances scientifiques et théoriques. Saint-Maurice: Santé publique France; 2022. 37 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/les-competences-psychosociales-un-referentiel-pour-un-deploiement-aupres-des-enfants-et-des-jeunes.-synthese-de-l-etat-des-connaissances-scientif>

[20] Observatoire régional de la santé de Guadeloupe. Diagnostic territorial des actions et/ou programmes des compétences psychosociales. Baie-Mahault: Observatoire régional de la santé de Guadeloupe; 2025. [rapport non publié]

[21] Haut Conseil de la santé publique. Trente ans d'évolution de la santé des adolescents : tendances, changements et défis. Synthèses des points clés. Paris: Haut Conseil de la santé publique; 2025. 10 p. [https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20250923\\_santdesadolescdepuisans.pdf](https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20250923_santdesadolescdepuisans.pdf)

[22] Organisation mondiale de la santé. Suicide. Genève: OMS; 2024. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

[23] Direction générale de la cohésion sociale, Direction de la protection judiciaire de la jeunesse. Feuille de route intersectorielle 2023-2027 pour le développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes sous protection (ASE / PJJ). Paris: Direction générale de la cohésion sociale, Direction de la protection judiciaire de la jeunesse; 2023. 12 p. [https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/2024-08/feuille\\_de\\_route\\_CPS\\_2023\\_2027.pdf](https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/2024-08/feuille_de_route_CPS_2023_2027.pdf)

[24] Agence régionale de santé Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy. Schéma régional de santé 2023-2028. Gourbeyre: ARS Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy; 2023. 156 p. <https://www.guadeloupe.ars.sante.fr/media/116693/download?inline>

#### Citer cet article

Bonine A, Philippon A, Pioche CV, Spilka S, Mane I, Kangambega Château Degat W. Étude sur la santé mentale des jeunes scolarisés en Guadeloupe en 2023. Bull Epidemiol Hebd. 2026;(14):315-23. [https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/14/2026\\_14\\_3.html](https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/14/2026_14_3.html)

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0* qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

