

> SOMMAIRE // Contents

ARTICLE // Article

Parler de son mal-être ou de ses difficultés psychologiques : résultats de l'enquête CoviPrev, mai 2022-septembre 2023
// Talking about one's ill-being or one's psychological issues: Results from CoviPrev survey, May 2022-September 2023.....p. 128
Clément Mertens et coll.
Santé publique France, Saint-Maurice

ARTICLE // Article

Investigation d'un syndrome collectif inexpliqué dans un foyer d'accueil : approche pluridisciplinaire et enseignements
// Investigation of an unexplained collective syndrome in a residential facility: A multidisciplinary approach and lessons learned...p. 141
Carine Grenier et coll.
Santé publique France – Normandie, Rouen



ARTICLE // Article

Épidémiologie du cancer colorectal en Guyane française de 2003 à 2017 : une analyse descriptive et spatiale à partir des données du Registre des cancers
// Epidemiology of colorectal cancer in French Guiana from 2003 to 2017: A descriptive and spatial analysis based on data from the cancers Registryp. 148
Sarah Bailly et coll.
Registre des cancers de Guyane (RCan Guyane), Institut santé des populations en Amazonie (Ispa), Centre hospitalier universitaire (CHU) de Guyane, Cayenne

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
Rédactrice en chef adjointe : Frédérique Biton-Debernard
Secrétaire de rédaction : Jessy Mercier
Comité de rédaction : Raphaël Andler, Santé publique France ; Thomas Bénét, Santé publique France - Auvergne-Rhône-Alpes (en disponibilité) ; Kathleen Chami, Santé publique France ; Olivier Dejjardin, CHU Caen ; Franck de Laval, Cespa ; Martin Herbas Ekati, CHU Brazzaville, Congo ; Matthieu Evellard, 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 ; Yasmina Ouharzoune, 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

PARLER DE SON MAL-ÊTRE OU DE SES DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE COVIPREV, MAI 2022-SEPTEMBRE 2023

// TALKING ABOUT ONE'S ILL-BEING OR ONE'S PSYCHOLOGICAL ISSUES: RESULTS FROM COVIPREV SURVEY,
MAY 2022-SEPTEMBER 2023

Clément Mertens (clement.mertens@santepubliquefrance.fr), Enguerrand du Roscoät, Christophe Léon, Linda Lasbeur,
Ingrid Gillaizeau

Santé publique France, Saint-Maurice

Soumis le 13.10.2025 // Date of submission: 10.13.2025

Résumé // Abstract

Introduction – En France comme à l'international, les troubles psychiques ont fortement augmenté au cours de la dernière décennie, avec une hausse marquée des états anxieux et dépressifs. Dans ce contexte, investiguer les comportements de recherche d'aide en santé mentale apparaît comme un enjeu crucial pour favoriser une prise en charge précoce. Cette étude a pour objectif d'identifier les principaux facteurs associés au fait de parler de son mal-être ou de ses difficultés psychologiques (ME-DP), à la lumière des types d'interlocuteurs sollicités.

Méthode – Les données étudiées sont issues des vagues 34 à 37 de l'enquête CoviPrev (mai 2022-septembre 2023), réalisée selon une méthode d'échantillonnage par quotas avec participants recrutés au sein d'un Access panel. Au total, 8 010 individus ont été interrogés sur l'ensemble des quatre vagues d'enquête, dont 2 919 ont déclaré avoir ressenti un ME-DP au cours de l'année précédant leur réponse à l'enquête. Des analyses bivariées ont d'abord été menées sur le fait d'avoir parlé de son ME-DP, avec une distinction en fonction des types d'interlocuteurs sollicités. Les facteurs associés au fait d'avoir parlé du sujet ont enfin été recherchés par la mise en œuvre d'un modèle de régression de Poisson avec variance robuste.

Résultats – Dans notre sous-échantillon de personnes ayant ressenti un ME-DP au cours des 12 derniers mois, environ un individu sur deux a déclaré en avoir parlé à quelqu'un. Une interaction significative entre le sexe et l'âge a été relevée : les jeunes hommes (18-24 ans) ont autant déclaré que les jeunes femmes avoir parlé de leur ME-DP, utilisant davantage des canaux de communication alternatifs (ligne d'écoute téléphonique, réseaux sociaux, association, etc.). À l'inverse, les hommes âgés de plus de 65 ans sont ceux qui ont le moins souvent déclaré en avoir parlé. Outre le sexe et l'âge, les principaux facteurs associés étaient les problèmes de santé chronique, le fait de se percevoir en mauvais état de santé, de vivre seul ou d'avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. En revanche, résider en zone rurale et un état dépressif étaient associés à une plus faible probabilité d'avoir parlé de son ME-DP.

Conclusion – Une proportion élevée de personnes en état de mal-être ou de difficultés psychologiques déclarent n'en parler à personne, ni à leur entourage ni auprès de professionnels de santé. Ces résultats soulignent l'importance de déployer des actions pour faciliter la parole autour de la souffrance psychique et réduire la stigmatisation, en accordant une attention particulière aux personnes ayant le moins tendance à s'exprimer à ce sujet.

Introduction – In France and worldwide, psychological disorders have increased significantly over the last decade, with an important rise in anxiety and depression. In this context, investigating mental health help-seeking behaviours appears to be crucial to promote early intervention. The aim of this study is to identify the main factors associated with talking about one's psychological distress or difficulties, in light of the types of people approached.

Method – The data studied comes from waves 34 to 37 of the CoviPrev survey (May 2022-September 2023), conducted using a quota sampling method with participants recruited from an Access panel. A total of 8,010 individuals were interviewed across all 4 survey waves, of whom 2,919 reported having felt psychological distress or difficulties during the year preceding their answer to the survey. Bivariate analyses were first carried out on whether respondents had communicated their psychological distress or difficulties, with a distinction made according to the types of people they had spoken to. Factors associated with the fact of having talked about the subject were finally investigated by the construction of a Poisson regression model with robust variance.

Results – In our subsample of people who had experienced psychological distress or difficulties in the past 12 months, approximately one in two individuals reported having discussed it with someone. A significant interaction has been found between sex and age: young men (aged 18-24) reported having talked about their psychological distress or difficulties as often as young women, using also more frequently alternative communication

channels (telephone helpline, social media, association, etc.). Conversely, men aged over 65 were the least likely to report having talked about it. In addition to sex and age, the main factors associated with this were chronic health problem, perceiving oneself to be in poor health, living alone, or having had suicidal thoughts in the past 12 months. In the opposite, living in a rural area and a depressive state were related to a lower probability of having talked about it.

Conclusion – A large proportion of people experiencing psychological distress or difficulties report that they do not talk about it to anyone, neither to people around them nor to health professionals. These results highlight the importance of taking action to make easier talking about psychological distress and reduce stigma, paying particular attention to populations that are least likely to speak out this matter.

Mots-clés : Santé mentale, Mal-être, Détresse psychologique, Recherche d'aide
// Keywords: Mental health, Ill-being, Psychological distress, Help-seeking

Introduction

La pandémie de Covid-19 a fortement altéré la santé mentale des populations à l'échelle mondiale¹. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une augmentation d'environ 25% des troubles anxieux et dépressifs a été observée, avec une hausse particulièrement marquée chez les femmes et les jeunes^{2,3}.

En France, les données du Baromètre de Santé publique France font aussi état d'une détérioration de la santé mentale de la population ces dernières années. Chez les adultes de 18 à 75 ans, la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés survenus au cours de l'année est passée de 9,8% en 2017 à 13,3% en 2021⁴. Les 18-24 ans sont particulièrement concernés avec une prévalence des épisodes dépressifs qui a presque doublé (de 11,7% en 2017 à 20,8% en 2021), accompagnée d'une hausse des pensées suicidaires déclarées pour l'année écoulée et des tentatives de suicide déclarées au cours de leur vie⁵.

Un des enjeux importants pour la prévention des troubles psychiques est alors le repérage et la prise en charge précoce des symptômes, avant qu'ils ne s'aggravent et ne deviennent chroniques. Selon les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), cette prise en charge doit être adaptée au niveau de la gravité des symptômes : les formes légères à modérées des troubles anxieux et dépressifs bénéficient en première intention de psychothérapies et de mesures hygiéno-diététiques (sommeil, alimentation, activité physique, activité sociale, arrêt de consommation de substances), tandis que les formes sévères ou résistantes nécessitent l'association de traitements médicamenteux et d'un suivi spécialisé^{6,7}. Pourtant, selon un Eurobaromètre réalisé en 2023, plus de la moitié des personnes concernées par un problème de santé mentale déclarait ne pas avoir reçu l'aide d'un professionnel⁸. En France, les résultats de l'enquête CoviPrev (2020-2023) ont permis d'identifier plusieurs obstacles à la consultation : le coût de celle-ci, la difficulté à se confier, la méconnaissance des professionnels de santé mentale, ainsi que la peur du jugement⁹. Une part importante de personnes ont également déclaré considérer comme honteux le fait de parler de ses problèmes psychologiques. Ces freins, en partie témoins d'une stigmatisation persistante, soulignent la nécessité d'agir pour faciliter la parole autour de la santé mentale.

Pour mieux comprendre les déterminants de la communication d'un mal-être ou de difficultés psychologiques (ME-DP), cet article a pour objectif d'étudier, à partir des données de l'enquête CoviPrev, les facteurs sociodémographiques, socio-économiques, ou liés à l'état de santé associés au fait d'en avoir parlé à quelqu'un. Il explore également les modalités de recours à diverses catégories d'interlocuteurs (entourage, professionnels ou autre), afin de détailler ces différences et d'éclairer les stratégies de prévention et d'intervention.

Matériel et méthode

Source de données

Les données analysées sont issues de l'enquête CoviPrev mise en place par Santé publique France, en lien avec l'institut de sondage BVA, entre mars 2020 et septembre 2023 (37 vagues d'enquête ont été réalisées). CoviPrev interrogeait des échantillons de 2 000 personnes de 18 ans et plus, résidant en France hexagonale, recrutés sur *Access panel*⁽¹⁾ pour répondre à un questionnaire en ligne, avec une méthode d'échantillonnage par quotas (sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle du répondant, région, catégorie d'agglomération)⁽²⁾. Chaque vague d'enquête a été redressée sur le Recensement général de la population de 2016 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

Les résultats présentés dans le cadre de cet article portent sur les données des quatre dernières vagues de l'enquête : les vagues 34 (du 9 au 16 mai 2022), 35 (du 12 au 19 septembre 2022), 36 (du 5 au 9 décembre 2022) et 37 (du 11 au 18 septembre 2023). Les échantillons issus de chacune de ces vagues sont indépendants, et la taille de l'échantillon total correspondant au regroupement des quatre vagues est de 8 010 individus. Les analyses ont été menées sur les 2 919 individus ayant répondu « oui, souvent » ou « oui, de temps en temps » à la question : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous ressenti un mal-être ou des difficultés psychologiques (anxiété, dépression ou autre trouble

⁽¹⁾ Panel présélectionné par une société de sondages, caractérisé par sa disponibilité pour répondre aux études.

⁽²⁾ Pour en savoir plus sur l'enquête : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>

psychologique : phobie, troubles obsessionnels compulsifs (TOC), anorexie, boulimie, schizophrénie, paranoïa, troubles bipolaires...) ? ». Sont exclus les individus ayant répondu « non, jamais ».

Variables

La principale variable d'intérêt de notre étude concernait le fait de déclarer avoir parlé à quelqu'un de son ME-DP au cours des 12 derniers mois (oui vs non). En cas de réponse positive, les répondants devaient ensuite préciser à qui ils en avaient parlé parmi une liste d'options proposées (question à choix multiple). Les réponses ont été regroupées selon 3 modalités : 1) en avoir parlé à une personne de son « entourage » (famille, ami, collègue de travail) ; 2) à un « professionnel de santé ou de santé mentale » (médecin généraliste ou médecin traitant, psychiatre, psychologue, psychothérapeute) ; 3) autre (association d'aide aux personnes ayant des difficultés psychologiques, ligne téléphonique d'aide et d'écoute pour les personnes ayant des difficultés psychologiques, Internet ou les réseaux sociaux, ou encore à une autre personne ou structure).

Les variables sociodémographiques étaient le sexe, la tranche d'âge (18 à 24 ans, 25 à 34 ans, 35 à 49 ans, 50 à 64 ans, 65 ans et plus), le niveau du dernier diplôme obtenu (inférieur au baccalauréat vs supérieur ou équivalent), le type d'unité urbaine ou catégorie d'agglomération du lieu de résidence (moins de 20 000 habitants, entre 20 000 et 100 000 habitants, plus de 100 000 habitants, agglomération parisienne ou zone rurale), et le type de ménage (vivre seul ou non). Les variables socio-économiques comprenaient la catégorie socioprofessionnelle (indépendants chefs d'entreprise, cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires, employés, ouvriers, retraités ou autres inactifs), la situation professionnelle (travail, chômage, inactivité), la situation financière perçue (bonne situation financière, juste, difficile ou très difficile), ainsi que le fait de vivre ou non dans un logement à forte promiscuité (défini par une superficie de moins de 18 m² par personne ou moins de 25 m² pour une personne vivant seule).

Enfin, les variables relatives à l'état de santé correspondaient à la perception de son propre état de santé général en trois modalités (bon ou très bon, assez bon, mauvais ou très mauvais) et à la présence d'un problème de santé chronique (oui vs non), à travers des items issus du mini-module européen¹⁰. Concernant la santé mentale, les facteurs étudiés portaient sur la présence d'un état dépressif ou d'un état anxieux au moment de l'enquête (deux variables distinctes, correspondant relativement à un score strictement supérieur à 10 sur la sous-échelle dépression ou sur la sous-échelle anxiété de la *Hospital Anxiety and Depression scale* (HAD)¹¹) ; ainsi que la survenue de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ? » (oui/non).

Analyses statistiques

Des analyses descriptives ont été conduites afin de présenter la composition du sous-échantillon d'analyse (répondants ayant déclaré avoir ressenti un ME-DP au

cours des 12 derniers mois), ainsi que la distribution des variables d'intérêt (avoir parlé de son ME-DP ressenti au cours des 12 derniers mois à quelqu'un, et selon les types d'interlocuteurs) par variable indépendante et selon un croisement sexe par âge. Les pourcentages ont été comparés en utilisant le test d'indépendance du Chi² de Pearson (avec correction de Rao-Scott), avec un seuil maximal de significativité fixé à 5%. Le seuil retenu pour la diffusion des résultats au sein des tableaux est d'au moins 10 individus par cellule (mention « SD » précisée en cas d'effectifs bruts inférieurs au seuil).

Les associations entre les variables indépendantes et notre principale variable d'intérêt (avoir parlé de son ME-DP à quelqu'un) ont été estimées à l'aide d'un modèle de régression de Poisson, avec une estimation de la variance robuste (erreurs standards de type Horvitz-Thompson). Afin de sélectionner l'ensemble des facteurs explicatifs à intégrer dans le modèle final, des tests de Wald ajustés ont été effectués sur l'ajout de chaque variable au sein du modèle comprenant l'ensemble des autres variables décrites dans le cadre des analyses bivariées (facteur conservé si $p < 0,3$). Un effet d'interaction a également été inclus entre le sexe et la tranche d'âge. Les risques relatifs ajustés (IRR), associés aux différents facteurs indépendants, et leurs intervalles de confiance à 95% ont été calculés, les associations ayant été mesurées par un test de Wald ajusté avec un seuil maximal de significativité fixé à 5%.

Afin de tester la robustesse de nos résultats, le modèle finalement retenu a été reproduit sur l'échantillon des 998 individus ayant déclaré avoir « souvent » ressenti un ME-DP au cours des 12 derniers mois (exclusion des « oui, de temps en temps »). Bien que certaines associations n'apparaissent alors plus significatives (catégorie d'agglomération, vivre seul ou pensées suicidaires), ce qui est aussi à mettre en lien avec un problème de taille des effectifs et probable manque de puissance statistique, cela n'affecte pas les résultats observés ou conclusions réalisées quant à l'identification des principaux facteurs associés.

Les analyses ont été réalisées sur données pondérées (package « survey ») avec le logiciel R®, version 4.3.1.

Résultats

Description de l'échantillon des personnes ayant ressenti un mal-être ou des difficultés psychologiques au cours des 12 derniers mois

Parmi l'ensemble des 8 010 personnes interrogées lors des quatre vagues d'enquête, 2 919 ont déclaré avoir ressenti un ME-DP au cours des 12 derniers mois. Les individus concernés étaient équitablement répartis entre les vagues d'enquête (24% à 26% par vague ; proportions pondérées).

Les femmes étaient plus nombreuses parmi les individus ayant déclaré avoir ressenti un ME-DP (59% vs 52% dans l'ensemble). La moyenne d'âge était de 44 ans (vs 49 ans), avec environ deux tiers d'adultes âgés de moins de 50 ans (64%) et 16% de jeunes âgés de 18 à 24 ans (vs 51% et 10%). Les retraités étaient moins

représentés (19% vs 28%). On retrouvait également une proportion plus importante de personnes résidant dans une agglomération de plus de 100 000 habitants hors agglomération parisienne (33% vs 30%), ainsi qu'une part un peu moins élevée de personnes résidant dans une commune rurale (21% vs 23%).

Enfin, le sous-échantillon des individus ayant ressenti un ME-DP comprenait une proportion environ deux fois plus élevée de personnes en état anxieux, dépressif, ou ayant eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, par rapport à celle observée chez l'ensemble des individus interrogés au sein des quatre vagues (respectivement 51% vs 25%, 30% vs 16% et 26% vs 11%).

Parler de son mal-être ou de ses difficultés psychologiques, analyses descriptives

Environ la moitié (51%) des personnes ayant ressenti un ME-DP au cours de l'année déclarait avoir parlé à quelqu'un. Parmi ceux-ci, 36% indiquaient en avoir parlé à une personne de leur entourage (dont 25% d'entre eux à un membre de leur famille ; 19% à un(e) ami(e) ; 7% à un(e) collègue de travail) ; 29% à un professionnel de santé ou de santé mentale et 9% à une autre personne ou structure (Internet, ligne d'écoute, association, autre personne ou structure). Le tableau 1 présente le croisement de notre variable d'intérêt avec l'ensemble des variables sélectionnées pour l'étude.

Tableau 1

Avoir parlé de son ME-DP à quelqu'un et selon les types d'interlocuteurs, parmi les individus déclarant en avoir ressenti un au cours de l'année précédant la réponse à l'enquête, en fonction des caractéristiques des répondants

	Ont déclaré avoir ressenti un ME-DP au cours des 12 derniers mois (n)	Ont parlé de leur ME-DP à quelqu'un		Ont parlé de leur ME-DP à une personne de leur entourage		Ont parlé de leur ME-DP à un professionnel de santé ou de santé mentale		Ont parlé de leur ME-DP à une autre personne, structure ou via un autre canal	
		%	[IC95%]	%	[IC95%]	%	[IC95%]	%	[IC95%]
Ensemble	2 919	51	[49-53]	36	[34-38]	29	[27-31]	9	[8-10]
Vague d'enquête				***				**	
Vague 34	755	49	[45-53]	31	[28-35]	29	[26-33]	12	[10-15]
Vague 35	757	49	[45-53]	33	[30-37]	29	[26-32]	8	[6-10]
Vague 36	685	52	[48-56]	38	[35-42]	28	[25-32]	9	[6-11]
Vague 37	722	54	[50-58]	42	[38-46]	29	[26-33]	8	[6-11]
Variables sociodémographiques									
Sexe		*		**		***		***	
Homme	1 151	48	[45-52]	33	[31-36]	25	[22-27]	12	[10-14]
Femme	1 768	53	[50-55]	38	[36-40]	32	[30-34]	7	[6-8]
Tranche d'âge		***		***		*		***	
18-24 ans	466	56	[52-61]	42	[37-47]	24	[20-28]	16	[13-20]
25-34 ans	501	58	[54-63]	42	[38-47]	29	[25-33]	15	[12-19]
35-49 ans	868	51	[47-54]	37	[34-40]	29	[26-32]	9	[7-11]
50-64 ans	655	48	[44-52]	31	[27-35]	33	[29-37]	4	[3-6]
65 ans et plus	429	41	[37-46]	28	[24-32]	28	[24-33]	SD	SD
Niveau du dernier diplôme obtenu		*		***					
Inférieur au bac	835	48	[44-51]	30	[27-34]	28	[25-31]	9	[7-11]
Supérieur ou équivalent au bac	2 084	52	[50-54]	38	[36-41]	29	[27-31]	9	[8-11]
Catégorie d'agglomération				*				*	
Rurale	605	47	[42-51]	30	[26-34]	29	[25-32]	7	[5-10]
Moins de 20 000 habitants	494	49	[45-54]	37	[32-41]	29	[25-32]	8	[6-11]
20 000 à 100 000 habitants	416	53	[48-58]	39	[34-44]	29	[25-34]	10	[7-13]
Plus de 100 000 habitants	976	53	[50-56]	38	[35-41]	30	[27-33]	9	[7-11]
Agglomération parisienne	428	52	[47-57]	36	[32-41]	26	[22-31]	13	[10-16]
Vit seul(e)		**				**		*	
Non	2 038	49	[47-51]	35	[33-37]	27	[25-29]	8	[7-10]
Oui	881	55	[52-59]	38	[35-42]	33	[30-36]	11	[9-13]
Variables socio-économiques									
Catégorie socioprofessionnelle		***		***		*		***	
Indépendants chefs d'entreprise	135	55	[46-63]	35	[26-43]	24	[17-33]	16	[10-23]



Tableau 1 (suite)

	Ont déclaré avoir ressenti un ME-DP au cours des 12 derniers mois (n)	Ont parlé de leur ME-DP à quelqu'un		Ont parlé de leur ME-DP à une personne de leur entourage		Ont parlé de leur ME-DP à un professionnel de santé ou de santé mentale		Ont parlé de leur ME-DP à une autre personne, structure ou via un autre canal	
		%	[IC95%]	%	[IC95%]	%	[IC95%]	%	[IC95%]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	387	59	[54-64]	45	[40-50]	31	[27-36]	15	[11-19]
Professions intermédiaires	413	53	[48-58]	36	[31-41]	31	[27-36]	9	[6-12]
Employés	624	53	[49-57]	40	[36-44]	28	[24-32]	10	[8-13]
Ouvriers	323	46	[40-51]	29	[24-35]	27	[22-32]	9	[6-13]
Retraités	541	43	[39-47]	29	[25-33]	29	[25-33]	2	[1-4]
Élèves/étudiants	193	53	[46-60]	44	[37-52]	19	[14-25]	12	[8-18]
Autres inactifs	303	52	[46-58]	36	[31-42]	35	[29-41]	9	[6-13]
Situation professionnelle		**						***	
Travail	1 723	53	[51-56]	38	[35-40]	29	[27-31]	11	[10-13]
Chômage	189	46	[39-53]	33	[26-40]	26	[20-33]	9	[5-14]
Inactifs (étudiants, retraités, au foyer)	1 007	48	[45-51]	34	[31-37]	29	[26-32]	6	[5-8]
Situation financière perçue		*							
Bonne situation financière	1 235	54	[51-57]	38	[35-41]	29	[26-32]	11	[9-12]
Situation juste	912	49	[46-53]	35	[31-38]	28	[25-31]	9	[7-11]
Situation financière difficile ou très difficile	772	48	[44-52]	34	[31-38]	30	[26-33]	8	[6-10]
Logement à forte promiscuité						***		***	
Non	2 573	51	[49-53]	36	[34-38]	30	[28-32]	8	[7-10]
Oui	346	50	[45-56]	36	[31-41]	19	[15-24]	15	[12-20]
Santé générale									
Perception au sujet de son état de santé						***		***	
Bon ou très bon état de santé	1 363	52	[49-55]	38	[35-40]	24	[22-27]	12	[10-13]
Assez bon état de santé	1 084	48	[45-51]	34	[31-37]	30	[27-33]	7	[5-9]
Mauvais ou très mauvais état de santé	472	54	[50-59]	37	[33-42]	39	[35-44]	8	[5-10]
Problème de santé chronique		***		**		***		*	
Non	1 329	45	[42-47]	33	[31-36]	22	[20-24]	8	[6-9]
Oui	1 590	56	[54-59]	39	[36-41]	35	[28-35]	11	[9-12]
Santé mentale									
État anxieux								***	
Non	1 448	49	[47-52]	36	[34-39]	29	[27-32]	5	[4-7]
Oui	1 471	53	[50-55]	36	[33-38]	28	[26-31]	13	[11-15]
État dépressif		***		***				**	
Non	2 045	54	[52-56]	39	[36-41]	29	[27-31]	10	[9-12]
Oui	874	44	[40-47]	30	[27-34]	28	[25-31]	6	[5-8]
Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois		***				***		***	
Non	2 175	48	[46-50]	35	[33-37]	26	[25-28]	7	[6-8]
Oui	744	59	[56-63]	38	[35-42]	36	[32-39]	16	[13-18]

Source : Enquête CoviPrev, vagues 34 à 37 (mai 2022-septembre 2023).

Données : Effectifs bruts, proportions pondérées.

Champ : Personnes âgées de 18 ans ou plus, résidant en France hexagonale, ayant déclaré avoir ressenti un mal-être ou des difficultés psychologiques dans les 12 mois précédant la réponse à l'enquête.

Lecture : Entre 2022 et 2023, parmi les personnes de notre échantillon ayant ressenti un mal-être ou des difficultés psychologiques au cours des 12 mois précédant la réponse à l'enquête, 51% déclaraient en avoir parlé à quelqu'un.

Note : Le nombre d'étoiles indique le degré de significativité du test du Chi2 (correction de Rao-Scott) sur le croisement entre la variable caractéristique et la variable dépendante au sein de la tranche d'âge considérée : *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

ME-DP : mal-être ou difficultés psychologiques ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; SD : seuil de diffusion (effectifs bruts inférieurs au seuil de 10 personnes).

Les personnes déclarant avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année écoulée ont été proportionnellement plus nombreuses que les autres à avoir parlé de leur ME-DP à au moins une personne (59%), ainsi que les cadres et professions intellectuelles supérieures (59%), les jeunes adultes de moins de 35 ans (57%), les personnes souffrant d'un problème de santé chronique (56%), celles vivant seules (55%), celles se percevant en bonne situation financière (54%), les femmes (53%), les personnes en emploi (53%) ou encore celles ayant un niveau de diplôme égal ou supérieur au bac (52%) (tableau 1).

À l'inverse, les personnes âgées de 65 ans et plus (41%), les retraités (43%), les personnes présentant un état dépressif au moment de l'enquête (44%), les ouvriers (46%) ou les personnes vivant en milieu rural (47%) étaient en proportion moins nombreuses à déclarer avoir parlé de leur ME-DP à quelqu'un. Cependant, si l'ensemble de ces populations déclarait moins souvent avoir parlé de son ME-DP à au moins une personne, ces écarts s'observaient surtout par le biais d'en avoir parlé à une personne de l'entourage ainsi qu'à d'autres personnes, réseaux ou structures. Ces différences n'étaient pas significatives pour le fait d'en avoir parlé à un professionnel de santé ou de santé mentale.

Concernant les populations identifiées comme déclarant davantage avoir parlé de leur ME-DP à quelqu'un, la différence observée au global ne se retrouvait pas toujours sur les mêmes types d'interlocuteurs selon la variable considérée (tableau 1). Notamment, les personnes en emploi, les cadres et professions intellectuelles supérieures, ainsi que celles se percevant en bonne situation financière, déclaraient plus souvent que les autres en avoir parlé à quelqu'un de leur entourage ou par l'intermédiaire d'un autre moyen (hors professionnels de santé). Par ailleurs, les personnes vivant seules, ainsi que celles ayant eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois indiquaient en moyenne plus fréquemment avoir parlé de leur ME-DP à un professionnel ou via un autre type de personne ou structure (hors entourage). Les personnes souffrant d'un problème de santé chronique déclaraient plus souvent en avoir parlé à tous types d'interlocuteurs, tandis qu'un écart a été relevé en lien avec le niveau de diplôme, spécifiquement sur le fait d'en avoir parlé à une personne de son entourage (comportement davantage observé chez les individus ayant un diplôme supérieur ou équivalent au bac). On observait aussi une augmentation progressive de l'expression de son ME-DP à son entourage entre les vagues d'enquête.

Pour le sexe ou l'âge, les écarts observés variaient fortement en fonction des types d'interlocuteurs considérés. Les 18 à 34 ans déclaraient plus souvent avoir parlé de leur ME-DP en comparaison des adultes plus âgés (57% vs 47% des 35 ans et plus ; $p<0,001$), notamment à leur entourage (42% vs 33% ; $p<0,001$), ainsi qu'à d'autres personnes ou structures (hors professionnels de santé ; 16% vs 6% ; $p<0,001$). En revanche, les jeunes de 18 à 24 ans étaient moins nombreux à déclarer en avoir parlé à un professionnel

de santé ou de santé mentale par rapport aux autres tranches d'âge (24% vs 30% en moyenne chez les 25 ans et plus ; $p<0,01$). Par ailleurs, si les femmes étaient en proportion plus nombreuses que les hommes à indiquer avoir parlé de leur ME-DP (53% vs 48% ; $p<0,05$), notamment à une personne de leur entourage (38% vs 33% ; $p<0,01$) ou à un professionnel (32% vs 25% ; $p<0,001$), elles étaient moins nombreuses que les hommes à déclarer l'avoir fait par un autre intermédiaire (7% vs 12% ; $p<0,001$).

Au-delà des différences observées en moyenne, les écarts selon le sexe variaient en fonction de la tranche d'âge (et inversement), comme le montre le tableau 2. Sur le fait d'en avoir parlé à quelqu'un en général, les différences hommes/femmes n'étaient significatives que chez les 35-49 ans (54% des femmes vs 46% des hommes de cette tranche d'âge ; $p<0,05$), ainsi que chez les 65 ans et plus (47% vs 31% ; $p<0,001$). Par ailleurs chez les 18-24 ans, 61% des hommes déclaraient avoir parlé de leur ME-DP à au moins une personne (vs 54% chez les femmes du même âge ; écart non significatif), notamment du fait d'un recours plus important à une personne, réseau ou structure autre que l'entourage ou un professionnel, en comparaison des femmes du même âge (24% vs 12% ; $p<0,01$).

Des différences étaient ainsi observées selon la catégorie d'interlocuteur. Concernant le fait d'avoir parlé de son ME-DP à un professionnel de santé ou de santé mentale, des écarts significatifs entre femmes et hommes n'étaient relevés que chez les 18-24 ans (respectivement 27% vs 18% ; $p<0,05$), les 35-49 ans (34% vs 23% ; $p<0,001$) et les 65 ans et plus (34% vs 18% ; $p<0,001$). Les hommes de moins de 50 ans étaient plus nombreux que les femmes de la même catégorie d'âge à indiquer avoir parlé de leur ME-DP par un autre intermédiaire que l'entourage ou les professionnels de santé et de santé mentale (tableau 2).

Facteurs associés au fait de parler de son mal-être à quelqu'un

Les analyses de régression confirment d'une part les effets du sexe et de la catégorie d'âge, indépendamment des autres facteurs intégrés dans le modèle (modèle 1, sans interaction, tableau 3) sur le fait d'avoir parlé ou non de son ME-DP ; et d'autre part que l'effet du sexe dépend de la catégorie d'âge (modèle 2, effet d'interaction, tableau 3).

Le modèle 1 (tableau 3) présente ainsi les associations observées par rapport au fait d'avoir parlé de son ME-DP à quelqu'un, en moyenne avec le sexe ou la tranche d'âge, indépendamment des autres variables d'ajustement. Concernant le sexe, une femme avait une plus forte probabilité qu'un homme d'avoir parlé de son ME-DP à quelqu'un (IRR=1,13 ; intervalle de confiance à 95% (IC95%): [1,05-1,22]). Au niveau de l'âge, en comparaison d'un individu âgé de 35 à 49 ans, un individu âgé de 25 à 34 ans avait aussi plus de chances d'en avoir parlé (1,14 [1,03-1,26]), à l'inverse d'une personne âgée de 65 ans ou plus qui avait une plus faible probabilité de l'avoir fait (0,76 [0,65-0,89]).

L'ajout de l'interaction entre le sexe et la tranche d'âge au sein du modèle ($p=0,002$) (modèle 2, tableau 3) indique que l'association observée avec le sexe dépend de la catégorie d'âge, et inversement. La situation de référence choisie pour l'analyse de l'interaction « sexe-âge » est un homme âgé de 35 à 49 ans. En comparaison, une femme appartenant à cette même tranche d'âge avait une probabilité environ 1,2 fois plus élevée d'avoir parlé de son ME-DP à quelqu'un (1,24 [1,08-1,42]), indépendamment des autres facteurs intégrés au modèle. La probabilité d'en avoir parlé était également supérieure pour un homme âgé de 18 à 24 ans (1,34 [1,13-1,58]) ou de

25 à 34 ans (1,24 [1,05-1,46]) en comparaison d'un homme âgé de 35 à 49 ans, à l'inverse d'un homme âgé de 65 ans ou plus qui avait une plus faible probabilité de l'avoir fait (0,64 [0,49-0,85]). Par rapport à la situation de référence, la valeur du coefficient associé au terme d'interaction « Femme – 18-24 ans » indiquait un « effet spécifique » (0,71 [0,58-0,88]). Ainsi, le risque relatif ajusté associé au fait d'avoir parlé de son ME-DP à quelqu'un pour les 18-24 ans en comparaison des 35-49 ans était plus faible chez les femmes que chez les hommes. Les calculs et observations effectués à partir des données du modèle montrent qu'une femme âgée de 65 ans ou plus

Tableau 2

Avoir parlé de son ME-DP à quelqu'un et en fonction des types d'interlocuteurs, parmi les individus déclarant en avoir ressenti un au cours de l'année précédant la réponse à l'enquête, selon le sexe au sein des différentes catégories d'âge

	Ont déclaré avoir ressenti un ME-DP au cours des 12 derniers mois (n)	Ont parlé de leur ME-DP à quelqu'un		Ont parlé de leur ME-DP à une personne de leur entourage		Ont parlé de leur ME-DP à un professionnel de santé ou de santé mentale		Ont parlé de leur ME-DP à une autre personne, structure ou via un autre canal	
		%	[IC95%]	%	[IC95%]	%	[IC95%]	%	[IC95%]
De 18 à 24 ans						*		**	
Hommes	164	61	[53-68]	40	[32-48]	18	[12-25]	24	[17-31]
Femmes	302	54	[48-59]	43	[37-49]	27	[22-32]	12	[9-16]
Total	466	56	[52-61]	42	[37-46]	24	[20-28]	16	[13-20]
De 25 à 34 ans								**	
Hommes	191	57	[49-64]	40	[33-47]	28	[21-35]	21	[15-27]
Femmes	310	59	[53-65]	44	[39-50]	30	[25-35]	11	[8-15]
Total	501	58	[54-63]	42	[38-47]	29	[25-33]	15	[12-19]
De 35 à 49 ans		*		*		***		*	
Hommes	360	46	[41-51]	33	[28-38]	23	[18-27]	11	[8-15]
Femmes	508	54	[50-59]	40	[36-44]	34	[30-39]	7	[5-9]
Total	868	51	[47-54]	37	[34-40]	29	[26-32]	9	[7-11]
De 50 à 64 ans									
Hommes	284	47	[41-53]	31	[25-37]	33	[28-39]	5	[3-8]
Femmes	371	48	[43-54]	31	[26-36]	32	[28-37]	4	[2-6]
Total	655	48	[44-52]	31	[27-35]	33	[29-37]	4	[3-6]
65 ans et plus		**				***			
Hommes	152	31	[24-39]	23	[16-30]	18	[12-25]	SD	SD
Femmes	277	47	[41-53]	31	[26-37]	34	[29-40]	SD	SD
Total	429	41	[37-46]	28	[24-32]	28	[24-33]	SD	SD
Ensemble		**		**		***		***	
Hommes	1 151	48	[45-51]	33	[31-36]	25	[22-27]	12	[10-14]
Femmes	1 768	53	[50-55]	38	[36-40]	32	[30-34]	7	[6-8]
Total	2 919	51	[49-53]	36	[34-38]	29	[27-31]	9	[8-10]

Source : Enquête CoviPrev, vagues 34 à 37 (mai 2022-septembre 2023).

Données : Effectifs bruts, proportions pondérées.

Champ : Personnes âgées de 18 ans ou plus, résidant en France hexagonale et ayant déclaré avoir ressenti un mal-être ou des difficultés psychologiques dans les 12 mois précédant la réponse à l'enquête.

Lecture : Entre 2022 et 2023, parmi les personnes de notre échantillon ayant ressenti un mal-être ou des difficultés psychologiques au cours des 12 mois précédant la réponse à l'enquête, 27% des femmes âgées de 18 à 24 ans déclaraient en avoir parlé à un professionnel de santé ou de santé mentale (médecin généraliste, psychiatre, psychologue ou psychothérapeute), contre 18% des hommes de la même tranche d'âge ($p<0,05$).

Note : Le nombre d'étoiles indique le degré de significativité du test du Chi2 (correction de Rao-Scott) sur le croisement entre le sexe et la variable dépendante au sein de la tranche d'âge considérée : * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$.

ME-DP : mal-être ou difficultés psychologiques ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; SD : seuil de diffusion (effectifs bruts inférieurs au seuil de 10 personnes).

Tableau 3

Modèles de régression de Poisson à variance robuste : facteurs associés au fait d'avoir parlé ou non de son mal-être ou de ses difficultés psychologiques à quelqu'un

Variables explicatives	Modèle 1 (sans interaction)		Modèle 2 (avec interaction « sexe – tranche d'âge »)	
	IRR	[IC95%]	IRR	[IC95%]
Vague d'enquête				
Vague 34 (réf.)	-	-	-	-
Vague 35	1,01	[0,91-1,12]	1,01	[0,91-1,11]
Vague 36	1,07	[0,97-1,18]	1,08	[0,98-1,19]
Vague 37	1,09	[0,99-1,20]	1,10	[1,00-1,21]
Variables sociodémographiques				
Sexe				
Homme (réf.)	-	-	-	-
Femme	1,13**	[1,05-1,22]	1,24**	[1,08-1,42]
Tranche d'âge				
18-24 ans	1,08	[0,97-1,20]	1,34***	[1,13-1,58]
25-34 ans	1,14**	[1,03-1,26]	1,24*	[1,05-1,46]
35-49 ans (réf.)	-	-	-	-
50-64 ans	0,91	[0,82-1,01]	0,99	[0,83-1,16]
65 ans et plus	0,76***	[0,65-0,89]	0,64**	[0,49-0,85]
Catégorie d'agglomération				
Rurale	0,90*	[0,81-0,99]	0,89*	[0,80-0,99]
Moins de 20 000 habitants	0,95	[0,85-1,05]	0,94	[0,84-1,04]
Entre 20 000 et 100 000 habitants	1,02	[0,92-1,14]	1,02	[0,92-1,14]
Plus de 100 000 habitants (réf.)	-	-	-	-
Agglomération parisienne	1,0	[0,89-1,11]	0,99	[0,89-1,10]
Vit seul(e)				
Non (réf.)	-	-	-	-
Oui	1,12**	[1,04-1,21]	1,11**	[1,03-1,20]
Variables socio-économiques				
Situation professionnelle				
Travail (réf.)	-	-	-	-
Chômage	0,86	[0,74-1,01]	0,86	[0,74-1,01]
Inactifs (étudiants, retraités, au foyer)	0,97	[0,88-1,07]	0,98	[0,89-1,07]
Situation financière perçue				
Bonne situation financière (réf.)	-	-	-	-
Situation juste	0,95	[0,87-1,03]	0,95	[0,87-1,03]
Situation financière difficile ou très difficile	0,91	[0,83-1,00]	0,92	[0,84-1,01]
Logement à forte promiscuité				
Non (réf.)	-	-	-	-
Oui	0,92	[0,83-1,03]	0,91	[0,81-1,02]
Santé générale				
Perception au sujet de son état de santé				
Bon ou très bon état de santé	1,06	[0,97-1,15]	1,05	[0,96-1,14]
Assez bon état de santé (réf.)	-	-	-	-
Mauvais ou très mauvais état de santé	1,14*	[1,02-1,26]	1,14*	[1,03-1,27]
Problème de santé chronique				
Non (réf.)	-	-	-	-
Oui	1,32***	[1,22-1,43]	1,32***	[1,22-1,43]



Tableau 3 (suite)

Variables explicatives	Modèle 1 (sans interaction)		Modèle 2 (avec interaction « sexe – tranche d'âge »)	
	IRR	[IC95%]	IRR	[IC95%]
Santé mentale				
État dépressif (certain)				
Non (réf.)	-	-	-	-
Oui	0,79***	[0,72-0,86]	0,79***	[0,72-0,86]
Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois				
Non (réf.)	-	-	-	-
Oui	1,20***	[1,11-1,29]	1,20***	[1,11-1,29]
Coefficients de l'interaction « sexe – tranche d'âge »				
Femme – 18-24 ans			0,71**	[0,58-0,88]
Femme – 25-34 ans			0,88	[0,72-1,07]
Femme – 50-64 ans			0,86	[0,70-1,07]
Femme – 65 ans et plus			1,26	[0,93-1,70]
Statistiques globales sur le modèle				
	Valeur		Valeur	
p-value du test sur l'ajout de l'interaction globale « sexe – tranche d'âge » au modèle (test de Wald ajusté)			0,002	

Source : Enquête CoviPrev, vagues 34 à 37 (mai 2022-septembre 2023).
Données : Modèle de régression de Poisson avec lien logarithmique et estimation de la variance robuste sur données pondérées (erreurs standard de type Horvitz-Thompson).
Champ : Personnes âgées de 18 ans ou plus, résidant en France hexagonale, ayant déclaré avoir ressenti un mal-être ou des difficultés psychologiques dans les 12 mois précédant la réponse à l'enquête.
Lecture : D'après le modèle 1, entre 2022 et 2023, parmi les personnes de notre échantillon ayant ressenti un mal-être ou des difficultés psychologiques au cours des 12 mois précédant la réponse à l'enquête, la probabilité d'avoir parlé de son ME-DP était 1,13 fois plus élevée chez une femme que chez un homme, indépendamment des autres facteurs introduits dans le modèle ($p < 0,01$). Le modèle 2 prend en compte la modélisation d'un effet d'interaction entre le sexe et la tranche d'âge ($p = 0,002$), la situation de référence du modèle correspondant alors à un homme âgé de 35 à 49 ans. Ainsi d'après ce modèle, une femme âgée de 35 à 49 ans avait une probabilité 1,24 fois plus élevée qu'un homme de la même tranche d'âge d'en avoir parlé à quelqu'un, indépendamment des autres facteurs. Le coefficient associé au terme d'interaction « Femme – 18-24 ans » ($IRR = 0,71$) indique l'effet spécifique qui s'applique aux femmes âgées de 18 à 24 ans, d'une part par rapport aux hommes du même âge, et d'autre part par rapport aux femmes âgées de 35 à 49 ans. En prenant en compte les modalités de référence, la valeur du risque relatif ajusté comparant les femmes âgées de 18 à 24 ans aux hommes du même âge est égal à $1,24 \times 0,71 = 0,88$ (non significatif, coefficient et résultat du test de Wald non présentés dans le tableau).
IRR : risque relatif ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; - : modalité de référence pour la variable explicative ; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$, avec la p-value du test de Wald sur la significativité du coefficient.

avait également une probabilité environ 1,6 fois plus élevée d'avoir parlé de son ME-DP, en comparaison d'un homme de la même tranche d'âge (1,56 [1,19-2,04] ; non présenté). En revanche, la différence relative entre les deux sexes n'était pas significative au sein des autres tranches d'âge (18-24 ans, 25-34 ans et 50-64 ans)⁽³⁾.

Enfin, indépendamment des autres facteurs, le fait d'être atteint d'une pathologie chronique (1,32 [1,22-1,43]), d'avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois (1,20 [1,11-1,29]), de se considérer en mauvais ou très mauvais état de santé (1,14 par rapport à un état de santé perçu comme « assez bon » ; [1,03-1,27]) ou encore de vivre seul(e) (1,11 [1,03-1,20]) étaient associés à une plus forte probabilité d'avoir parlé de son ME-DP à quelqu'un. À l'inverse, les personnes présentant les symptômes d'un état dépressif avaient une plus faible probabilité

que les autres d'avoir parlé de leur ME-DP à quelqu'un (0,79 [0,72-0,86]), tout comme les personnes résidant au sein d'une zone rurale, en comparaison de celles habitant dans une ville de plus de 100 000 habitants (0,89 [0,80-0,99]) (modèle 2, tableau 3).

Discussion

Selon les données de l'enquête CoviPrev, parmi les personnes ayant ressenti un mal-être ou des difficultés psychologiques (ME-DP) au cours des 12 derniers mois entre 2022 et 2023, environ une personne sur deux déclarait en avoir parlé à quelqu'un. Un peu plus d'un tiers des répondants en avaient parlé à une personne de leur entourage (famille, amis, collègue de travail), moins d'un tiers à un professionnel de santé ou de santé mentale (médecin généraliste ou médecin traitant, psychiatre, psychologue, psychothérapeute, etc.), et moins d'une personne sur dix à une autre personne ou structure (association, Internet et réseaux sociaux, ligne téléphonique d'aide et d'écoute). Des différences ont notamment été observées selon le sexe et l'âge (effet d'interaction), la catégorie d'agglomération du lieu de résidence (zone rurale), ainsi que

⁽³⁾ Concernant le calcul des risques relatifs ajustés correspondant aux résultats présentés, se référer à la note de lecture du tableau 3. Ces valeurs ainsi que leurs intervalles de confiance à 95% ont également été obtenus en modifiant simplement la modalité de référence de la tranche d'âge au sein du modèle.

l'état de santé des répondants (maladie chronique, état de santé générale perçue, présence d'un état dépressif ou de pensées suicidaires).

Les résultats de cette étude indiquent que les personnes de l'entourage (famille, amis, collègues de travail) représentent la catégorie d'interlocuteurs la plus souvent sollicitée en cas de ressenti d'un ME-DP, juste devant les professionnels de santé ou de santé mentale. De nombreuses études indiquent que le recours à des sources d'aide de type « formelles » (c'est-à-dire essentiellement les professionnels de santé) est souvent moins privilégié que le recours à des aides définies comme plus « informelles », telles que le soutien des proches^{12,13}.

Nos résultats confirment aussi l'existence de différences selon le sexe et l'âge. Les femmes de notre échantillon étaient en proportion plus nombreuses que les hommes à avoir parlé de leur ME-DP, de même que les jeunes adultes en comparaison des plus âgés. Ces associations sont retrouvées dans la littérature. Le genre représente en effet l'un des principaux déterminants du comportement de recherche d'aide, les femmes étant en moyenne plus enclines à chercher de l'aide pour leurs problèmes de santé mentale¹³. De façon générale, ce constat est à mettre en lien avec la conception genrée des émotions qui s'est progressivement ancrée au sein de nos sociétés¹⁴, les différences liées au sexe pouvant notamment être imputées à des normes culturelles de masculinité (autonomie, force physique ou contrôle émotionnel) défavorables à la recherche d'aide chez les hommes^{15,16}. Les effets d'âge pourraient relever quant à eux de différences générationnelles, les générations plus âgées ayant a priori été moins sensibilisées aux problématiques de santé mentale que les générations plus jeunes. Une situation d'isolement social, touchant fortement les plus âgés¹⁷, permettrait peut-être aussi d'expliquer ces disparités.

En revanche, les 18-24 ans étaient moins nombreux à en avoir fait part à un professionnel de santé ou de santé mentale. Ce constat rejoint celui d'études internationales montrant que les jeunes adultes n'ont qu'assez peu fréquemment recours à l'aide de professionnels en cas de problèmes de santé mentale^{18,19}. Cela corrobore également les observations récentes montrant que les jeunes adultes se déclarent en moyenne plus enclins à parler de leurs problèmes psychologiques à leurs amis, alors qu'ils sont davantage à considérer qu'il est honteux d'en parler à son médecin⁹. Selon la littérature, les personnes âgées affichent aussi des attitudes plus favorables envers la recherche d'aide professionnelle en santé mentale et l'utilisation des services dédiés²⁰⁻²².

Les résultats de cette étude suggèrent néanmoins que les différences selon l'âge dépendent du sexe, et inversement. Si le fait d'avoir parlé de son mal-être diminue avec l'âge pour les deux sexes, les écarts observés entre les jeunes adultes de moins de 35 ans et les plus âgés de 65 ans et plus, sont beaucoup plus importants chez les hommes (près de 30 points d'écart) que chez les femmes (environ 10 points

d'écart). De même, les effets du sexe varient selon l'âge avec des différences non significatives chez les moins de 35 ans et des écarts importants observés chez les plus de 65 ans. Chez les plus jeunes, l'absence d'écart entre les sexes sur l'indicateur global (en avoir parlé à quelqu'un) masque cependant des différences selon le type d'interlocuteur. Les hommes de 18 à 24 ans restent ainsi en proportion moins nombreux que les femmes du même âge à avoir parlé de leur ME-DP à des professionnels de santé ou de santé mentale, mais plus nombreux à en avoir parlé par l'intermédiaire d'un autre moyen (association, Internet et réseaux sociaux, ou ligne téléphonique d'aide et d'écoute). Une étude a notamment mis en avant le fait que les jeunes se serviraient de plus en plus des réseaux sociaux pour gérer leurs problèmes de santé mentale, déclarant notamment y recevoir un certain support émotionnel ou ayant la possibilité de s'entourer de pairs avec qui partager leurs préoccupations à travers les communautés en ligne²³. L'utilisation plus fréquente de ces autres formes de communication observée ici chez les jeunes hommes pourrait traduire une opportunité d'obtenir un soutien qu'ils ont plus de difficulté à trouver ou solliciter auprès de leur entourage ou des professionnels de santé. L'anonymat ou des ressources alternatives leur permettraient peut-être ainsi de s'affranchir plus facilement des stéréotypes de genre.

D'autres caractéristiques que le sexe et l'âge, en particulier celles relatives à la santé ou au lieu de résidence, étaient liées au fait d'avoir parlé de son ME-DP à quelqu'un.

Souffrir d'une pathologie chronique ou se percevoir en mauvaise santé étaient associés au fait d'avoir parlé de son ME-DP à quelqu'un. Cela pourrait probablement s'expliquer en partie par une exposition supérieure au système de santé. Ces individus étant généralement suivis médicalement, on peut en effet supposer qu'ils ont davantage d'opportunités d'en parler, notamment à leur médecin traitant ou aux professionnels en charge de leur suivi. Par ailleurs, les personnes atteintes d'une maladie chronique sont aussi plus à risque de développer des troubles psychiques²⁴. En revanche, les personnes présentant un état dépressif avaient une plus faible probabilité d'avoir parlé de leur ME-DP que les autres, déclarant en particulier moins souvent en avoir parlé à leur entourage. À l'inverse, les personnes ayant rapporté des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois avaient plus de chances d'en avoir parlé, comparativement aux individus non concernés, ceci étant notamment observé à travers des écarts sur le fait d'en avoir fait part à un professionnel ou via un autre moyen ou support. Ces résultats semblent refléter un constat précédemment établi : si les personnes souffrant de problèmes ou troubles psychiques recherchent moins fréquemment d'aide adaptée, cette tendance varierait selon le type de trouble ou la sévérité des symptômes^{25,26}. Le repli sur soi constitue aussi l'un des signes d'un état de dépression susceptible d'inhiber la recherche d'aide.

Concernant les pensées suicidaires, les résultats sont en adéquation avec ceux du Baromètre santé 2021 de Santé publique France, selon lesquels 64% des personnes ayant déclaré des pensées suicidaires au cours de l'année déclaraient en avoir parlé à quelqu'un⁵.

Les habitants des zones rurales présentaient également une plus faible probabilité d'avoir parlé de leur ME-DP que ceux résidant dans de grandes agglomérations, indépendamment des autres facteurs. En dépit de l'existence de problématiques liées aux difficultés d'accès aux soins ou à la désertification médicale, les résultats des analyses descriptives nous indiquent que les individus habitant en zone rurale avaient surtout moins souvent tendance à en avoir parlé à une personne de leur entourage, sans écart observé sur le fait d'en avoir parlé à un professionnel de santé ou de santé mentale par rapport aux résidents des zones urbaines. Les freins au fait de réussir à évoquer ou partager son mal-être pourraient en partie s'expliquer par des normes d'autonomie, de forte indépendance, de confidentialité ou d'anonymat, ou encore par une stigmatisation particulièrement renforcée en contexte rural^{27,28}. En revanche, la catégorie socioprofessionnelle, la situation professionnelle et la situation financière perçue n'ont ici pas été identifiées comme facteurs associés au fait d'avoir parlé de son ME-DP à quelqu'un, malgré un taux d'isolement relationnel plus important chez les populations les plus précaires²⁹.

Enfin, le fait de vivre seul était également associé au fait d'avoir parlé de son ME-DP à quelqu'un. Cela semble peut-être illustrer le fait que les personnes vivant seules ne sont pas nécessairement plus isolées socialement, les jeunes célibataires ayant même en moyenne une plus forte propension à développer des contacts avec leur entourage que les couples³⁰. Ce résultat reste cependant assez difficile à interpréter en l'absence d'informations supplémentaires disponibles sur le type de ménage, car le fait de vivre seul ou non regroupe, dans l'un ou l'autre cas, des situations très diverses en termes d'isolement social ou de composition du foyer (familles monoparentales, collocations, couples avec ou sans enfant, personnes vivant seules mais en situation de couple, etc.). Par ailleurs, bien que les personnes avec un diplôme supérieur ou équivalent au bac aient plus souvent déclaré avoir parlé de leur ME-DP que ceux ayant un niveau de diplôme inférieur (reflétant ainsi l'association parfois observée à travers la littérature entre la recherche d'aide et le niveau d'éducation¹³), cet indicateur n'apparaissait pas comme facteur associé à ce comportement dans nos résultats.

Limites

Notre étude comporte plusieurs limites. Elles concernent en particulier la méthode d'échantillonnage et la nature des variables disponibles.

La méthode d'échantillonnage par quotas, ainsi que le recrutement des répondants au sein d'un *Web panel*, limitent la généralisation de nos résultats à

l'ensemble de la population, notamment en termes de fréquence observée du comportement. Une publication récente suggère que les personnes inscrites dans les panels, indépendamment de leurs caractéristiques sociodémographiques, se distinguent par des comportements en ligne plus actifs, sont plus informées, utilisent davantage les réseaux sociaux et publient plus de messages³¹. Ces caractéristiques non contrôlées dans notre étude sont susceptibles d'avoir affecté la fréquence mesurée du comportement, en particulier le fait d'avoir parlé de son mal-être à « d'autres personnes ou structures » (ex : associations, Internet et réseaux sociaux, ligne d'aide et d'écoute). Cependant, cette analyse ne visait non pas à estimer la prévalence du comportement au sein de la population, mais à explorer les facteurs associés à celui-ci. Nous pouvons faire l'hypothèse que les déterminants identifiés (ex : sexe, âge), ainsi que leurs mécanismes d'action supposés (ex : normes sociales de genre), sont de portée générale et s'appliquent aux individus indépendamment de leur probabilité d'inclusion dans l'enquête.

Concernant le fait de parler ou non de son mal-être, il est envisageable que les termes « mal-être » et « difficultés psychologiques » aient pu être interprétés de différentes manières selon les individus. Malgré l'analyse de sensibilité réalisée en lien avec la fréquence du mal-être ressenti (effectifs restreints) et les variables d'ajustement intégrées au modèle (notamment état anxieux, état dépressif et pensées suicidaires), un degré d'information plus précis sur la nature et l'intensité des symptômes ressentis pourrait être intéressant à mettre en perspective dans le cadre d'autres travaux ou études sur le sujet.

Par ailleurs, cette étude ne permet pas de distinguer le type de professionnels avec lesquels les personnes ont pu aborder leurs problèmes de santé mentale. Or, si les exemples proposés à travers la question posée aux participants faisaient plutôt mention du fait d'avoir sollicité ou non un professionnel parmi un médecin généraliste, psychologue, psychiatre ou psychothérapeute, la littérature scientifique plus ancienne sur le sujet a pu mettre en avant que les personnes préféreraient souvent parler de leur ME-DP à des professionnels non spécialisés en santé mentale¹².

Enfin, si certaines inégalités sociales ou territoriales de santé ont pu être mises en avant dans le cadre de cette étude, des apports complémentaires seraient sans doute nécessaires afin d'être en mesure de les mettre davantage en exergue. Les données à disposition n'ont en effet pas toujours permis de présenter un gradient social ou de détailler de façon plus fine certains des indicateurs intégrés aux analyses (niveau d'éducation, type de ménage). Non mesurables au sein de l'enquête, d'autres déterminants potentiels pourraient aussi être pris en compte dans le cadre de futurs travaux ; notamment associés à des contextes sociaux, territoriaux ou environnementaux (comme le contexte socio-économique du territoire, l'offre de soins et de services, les conditions de vie, le soutien social, etc.). De même, la non-prise en compte des déterminants socio-cognitifs du comportement,

tels que les opportunités, les capacités ou motivations des individus à adopter le comportement (en particulier le niveau de littératie en santé mentale ou encore la stigmatisation des troubles psychiques), constitue une limite importante. La mesure de ces déterminants est à considérer, afin de mieux identifier les freins et leviers à l'adoption du comportement. Les effets issus de la combinaison ou de l'articulation entre les différents facteurs mériteraient également d'être investigués. Toutefois, les associations mesurées en lien avec les facteurs sociodémographiques, socio-économiques ou encore liés à l'état de santé des répondants apportent des premiers éléments d'informations utiles pour cibler les actions de communication et d'information visant à promouvoir la libération de la parole et à lutter contre la stigmatisation.

Conclusion

En France, la prévalence élevée des troubles psychiques contraste avec une réalité préoccupante : une proportion importante de personnes confrontées à un mal-être ou à des difficultés psychologiques n'en parle à personne. Pourtant, exprimer son mal-être est une étape essentielle pour accéder à une prise en charge adaptée, comme le rappellent les recommandations de la HAS, qui soulignent l'importance d'une intervention précoce et personnalisée selon la gravité des symptômes^{6,7}. La recherche d'aide, en particulier auprès de professionnels de santé, a un impact positif et protecteur sur la santé mentale à long terme¹³. À l'inverse, le retard dans la prise en charge des troubles psychiques peut conduire à une aggravation de ces derniers et à une réduction des effets bénéfiques des traitements¹².

Ces constats rappellent la nécessité de déployer des actions ciblées pour faciliter l'expression des difficultés psychologiques et réduire la stigmatisation associée. La formation et la sensibilisation des différents professionnels de santé au sujet du repérage des signes de souffrance psychique représentent également un enjeu important en ce sens. Les résultats de cette étude permettent d'identifier les publics prioritaires, moins enclins à parler de leur mal-être ou de leurs difficultés psychologiques : notamment les hommes, les personnes âgées (en particulier les hommes âgés), les personnes présentant un état dépressif, ainsi que les personnes résidant en zone rurale. Ces publics doivent faire l'objet d'une attention particulière dans les stratégies de prévention, afin de garantir un accès équitable et précoce aux soins. ■

Liens d'intérêt

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

Références

[1] Wu T, Jia X, Shi H, Niu J, Yin X, Xie J, *et al.* Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2021;281:91-8.

[2] COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet.* 2021;398(10312):1700-12.

[3] World Health Organization. Mental health and Covid-19: Early evidence of the pandemic's impact. Scientific brief. Geneva: WHO; 2022. 11 p. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1

[4] Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021. *Bull Epidemiol Hebd.* 2023;(2):28-40. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/2/2023_2_1.html

[5] Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021. *Bull Epidemiol Hebd.* 2024;(3):42-56. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/3/2024_3_1.html

[6] Haute Autorité de santé. Guide – Affection de longue durée – Affections psychiatriques de longue durée – Troubles anxieux graves. Saint-Denis: HAS; 2007. 36 p. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf

[7] Haute Autorité de santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours. Saint-Denis: HAS; 2017. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours

[8] European commission: Directorate-general for health and food safety and Ipsos European public affairs. Mental health – Report. Publications office of the European Union; 2023. 102 p. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/41a51902-7f89-11ee-99ba-01aa75ed71a1/language-en>

[9] Mertens C, Gillaizeau I, Léon C, du Roscoät E. Représentations sur la santé mentale et les troubles psychiques. Résultats des vagues 24 à 35 de l'enquête CoviPrev (mai 2021 – septembre 2022). Saint-Maurice: Santé publique France; 2023. 21 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/enquetes-etudes/representations-sur-la-sante-mentale-et-les-troubles-psychiques-resultats-des-vagues-24-a-35-de-l-enquete-coviprev>

[10] Cox B, van Oyen H, Cambois E, Jagger C, le Roy S, Robine JM, *et al.* The reliability of the minimum European health module. *Int J Public Health* 2009;54(2):55-60.

[11] Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-70.

[12] Jorm AF. Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol.* 2012;67(3):231-43.

[13] Pereira A, Dubath C. Les comportements promoteurs d'une bonne santé mentale : synthèse de la littérature scientifique. Genève: minds – Promotion de la santé mentale à Genève; 2022. 64 p. <https://www.minds-ge.ch/ressources/les-comportements-promoteurs-dune-bonne-sante-mentale>

[14] Boquet D, Lett D. Les émotions à l'épreuve du genre. *Clio Femmes Genre Histoire.* 2018;47:7-22.

[15] Addis ME, Mahalik JR. Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *Am Psychol.* 2003;58(1):5-14.

[16] Gough B, Novikova I. Mental health, men and culture: How do sociocultural constructions of masculinities relate to men's mental health help-seeking behaviour in the WHO European region? Copenhagen: World Health Organization. Regional office for Europe; 2020. 72 p. <https://iris.who.int/handle/10665/332974>

[17] Petits frères des pauvres. Baromètre solitude et isolement : quand on a plus de 60 ans en France en 2021. Paris: Petits frères des pauvres; 2021. 112 p. <https://www.petits>

[18] Vanheusden K, van der Ende J, Mulder CL, van Lenthe FJ, Verhulst FC, Mackenbach JP. Beliefs about mental health problems and help-seeking behavior in Dutch young adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009;44(3):239-46.

[19] Martin JM. Stigma and student mental health in higher education. *High Educ Res Dev.* 2010;29(3):259-74.

[20] Mackenzie CS, Gekoski WL, Knox VJ. Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging Ment Health.* 2006;10(6):574-82.

[21] Mackenzie CS, Heath PJ, Vogel DL, Chekay R. Age differences in public stigma, self-stigma, and attitudes toward seeking help: A moderated mediation model. *J Clin Psychol.* 2019;75(12):2259-72.

[22] Committee on the mental health workforce for geriatric populations; Board on health care services; Institute of medicine. *The mental health and substance use workforce for older adults: In whose hands?* Washington, DC: National Academies Press (US); 2012. 396 p.

[23] Royal society for public health, youth health movement. #StatusofMind: Social media and young people's mental health and wellbeing. Londres: RSPH; 2017. 32 p. <https://www.rsph.org.uk/our-work/publications/statusofmind/>

[24] Verhaak PFM, Heijmans MJWM, Peters L, Rijken M. Chronic disease and mental disorder. *Soc Sci Med.* 2005; 60(4):789-97.

[25] Wang PS, Berglund P, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):603-13.

[26] Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med.* 2005;352(24):2515-23.

[27] Cheesmond NE, Davies K, Inder KJ. Exploring the role of rurality and rural identity in mental health help-seeking behavior: A systematic qualitative review. *J Rural Ment Health* 2019;43(1):45-59.

[28] Mohatt NV, Kreisel CJ, Hoffberg AS, Mph LW, Beehler SJ. A systematic review of factors impacting suicide risk among rural adults in the United States. *J Rural Health.* 2021;37(3):565-75.

[29] Riffaut H, Dessajan S, Saurier D, Bérhuet S, Hoibian S. Solitudes 2024. Le temps des solitudes. Les fragilités relationnelles à l'épreuve des temporalités. Paris: Fondation de France – Observatoire Philanthropie & Société; 2025. 62 p. <https://www.credoc.fr/publications/le-temps-des-solitudes-les-fragilites-relationnelles-a-lepreuve-des-temporalites-rapport>

[30] Pan Ké Shon JL. Vivre seul, sentiment de solitude et isolement relationnel. Institut national de la statistique et des études économiques. 1999;678:4 p. <https://www.bnsp.insee.fr/ark:/12148/bc6p0702cwv.textelimage>

[31] Legleye S, Chauvet G, Merly-Alpa T, Soullier N. Who are the online panelists and why they cannot represent the general population. *Surv Methods Insights Field*; 2025. 17 p.

Citer cet article

Mertens C, du Roscoät E, Léon C, Lasbeur L, Gillaizeau I. Parler de son mal-être ou de ses difficultés psychologiques : résultats de l'enquête CoviPrev, mai 2022-septembre 2023. *Bull Epidemiol Hebd.* 2026;(8):128-40. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/8/2026_8_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.



INVESTIGATION D'UN SYNDROME COLLECTIF INEXPLIQUÉ DANS UN FOYER D'ACCUEIL : APPROCHE PLURIDISCIPLINAIRE ET ENSEIGNEMENTS

// INVESTIGATION OF AN UNEXPLAINED COLLECTIVE SYNDROME IN A RESIDENTIAL FACILITY: A MULTIDISCIPLINARY APPROACH AND LESSONS LEARNED

Carine Grenier¹, Stéphane Erouart¹, Myriam Blanchard¹, Leslie Kouam¹, Frédéric Gonano², Marie Teyssandier²,
Mélanie Martel¹ (melanie.martel@santepubliquefrance.fr)

¹ Santé publique France – Normandie, Rouen

² Agence régionale de santé, délégation départementale de l'Orne, cellule environnement, Alençon

Soumis le 30.10.2025 // Date of submission: 10.30.2025

Résumé // Abstract

Introduction – Les syndromes collectifs inexpliqués (SCI) se caractérisent par l'apparition simultanée de symptômes similaires, plutôt bénins, au sein d'un groupe partageant un environnement commun, sans cause clairement identifiable. En janvier 2022, un foyer d'accueil pour adultes atteints de troubles du spectre autistique (TSA) en Normandie a connu trois épisodes successifs de symptômes oculaires et cutanés touchant résidents et professionnels, entraînant plusieurs interventions d'urgence et l'évacuation partielle du bâtiment.

Méthode – Une enquête pluridisciplinaire (épidémiologique, clinique, environnementale) a été menée, combinant investigations épidémiologiques, cliniques et environnementales. Vingt-sept personnes ont été concernées (13 résidents, 14 professionnels).

Résultats – Les résidents présentaient des manifestations oculaires objectivables, tandis que les professionnels décrivaient des symptômes fonctionnels, tels que picotements oculaires et céphalées. L'analyse environnementale n'a révélé aucune anomalie : qualité de l'air et de l'eau conforme aux normes, absence de dysfonctionnements techniques et de polluants détectables. Les données cliniques suggèrent une origine infectieuse probable pour les symptômes des résidents, tandis que les symptômes des professionnels relèvent d'un SCI induit par l'anxiété collective.

Conclusion – Cet événement met en lumière l'influence des phénomènes psychosomatiques qui peuvent se manifester chez tout un chacun dans un contexte d'anxiété aiguë face à une menace sanitaire mal identifiée. Il illustre la complexité des SCI, combinant un déclencheur initial et des réactions psychosomatiques chez les témoins ou les personnes exposées à l'inquiétude ambiante. L'étude souligne l'importance d'une approche multidisciplinaire pour identifier, expliquer et gérer de tels épisodes, ainsi que la nécessité d'une communication claire auprès des résidents, des professionnels et des familles concernées pour limiter l'ampleur et la durée des manifestations.

Introduction – Unexplained collective syndromes (UCS) are characterized by the simultaneous occurrence of similar symptoms within a group sharing a common environment, without a clearly identifiable organic cause. In January 2022, a residential facility for adults with autism spectrum disorders (ASD) in Normandy experienced three successive episodes of ocular and cutaneous symptoms affecting both residents and staff, prompting multiple emergency interventions and partial evacuation of the building.

Method – A multidisciplinary investigation was conducted, combining epidemiological, clinical, and environmental assessments. Twenty-seven individuals were concerned (13 residents, 14 staff members).

Results – Residents exhibited objective ocular manifestations, whereas staff reported functional symptoms, such as ocular tingling and headaches, mainly in response to stress and uncertainty. Environmental analysis revealed no anomalies: air and water quality was compliant with standards, and no technical failures or detectable pollutants were identified. Clinical data suggest a probable infectious origin for residents' episodes, while staff symptoms reflect a UCS triggered by collective anxiety.

Conclusion – This case highlights the power of psychosomatic phenomena, which can affect anyone in the context of acute anxiety arising from a poorly identified health threat. It illustrates the complexity of UCS, combining an initial organic trigger with psychosomatic reactions among witnesses or those exposed to heightened concern. The study underscores the importance of a multidisciplinary approach for identifying, explaining, and managing such episodes. Clear communication with residents, staff, and families is essential to limit the extent and duration of functional manifestations.

Mots-clés : Syndromes collectifs inexpliqués, Troubles psychosomatiques, Anxiété, Troubles du spectre autistique, Foyers pour adultes, Investigation multidisciplinaire

// **Keywords**: Unexplained collective syndromes, Psychosomatic symptoms, Anxiety, Autism spectrum disorders, Residential facilities, Multidisciplinary investigation

Introduction

Les syndromes collectifs inexplicables (SCI) désignent l'apparition simultanée, au sein d'un groupe de personnes partageant un environnement commun, de symptômes similaires sans qu'une cause organique clairement identifiable ne soit mise en évidence¹. Ces phénomènes sont souvent observés dans des milieux confinés, tels que les établissements scolaires, les lieux de travail ou les structures médico-sociales, et peuvent entraîner un fort impact émotionnel et organisationnel². Leur origine est généralement multifactorielle, impliquant des interactions complexes entre facteurs environnementaux, psychosociaux et parfois infectieux^{3,4}.

L'identification et la gestion des SCI représentent un défi pour les autorités sanitaires, car elles nécessitent une approche multidisciplinaire combinant expertise clinique, enquête épidémiologique et analyse environnementale^{4,5}. Ces investigations visent à écarter une cause toxique ou infectieuse, tout en prenant en compte l'éventuelle contribution d'un effet psychogène de masse ou d'une réaction collective au stress⁶. La littérature souligne ainsi l'importance d'une communication transparente et d'une prise en charge adaptée pour limiter l'ampleur et la durée des épisodes⁷.

Le 18 janvier 2022, Santé publique France a été alertée par l'Agence régionale de santé (ARS) Normandie d'une situation d'urgence dans un foyer d'accueil médicalisé (FAM), accueillant des adultes atteints de troubles du spectre autistique (TSA). Des symptômes oculaires et cutanés inexplicables ont touché des résidents et des membres du personnel de certaines unités du foyer, entraînant plusieurs interventions des pompiers, de la Structure mobile d'urgence et de réanimation (Smur) et de la police. Trois épisodes distincts ont eu lieu entre le 14 et le 19 janvier dans deux unités du bâtiment, menant à l'évacuation partielle puis complète du foyer le 19 janvier (l'hypothèse d'une origine environnementale ayant été évoquée). Aucun incident similaire n'avait été signalé depuis l'ouverture en 2013. Une enquête interdisciplinaire a été lancée pour comprendre l'origine des faits et proposer des mesures de gestion.

L'objectif de cet article est de décrire cette enquête et d'en analyser les résultats au regard des connaissances actuelles sur les SCI.

Méthode

Investigation épidémiologique

Une enquête transversale a été menée par Santé publique France et les symptômes présentés par les résidents et le personnel ont été décrits de façon chronologique.

Un questionnaire standardisé et anonymisé a été administré par les épidémiologistes de Santé publique France – Normandie en entretien face à face ou par téléphone entre le 21 janvier et le 21 février 2022. Celui-ci était à destination de tout résident ou professionnel ayant fréquenté une unité de l'établissement où des cas sont survenus entre le 14 et le

19 janvier 2022 (quatre unités de vie qu'on nommera unité 1 à 4). Les résidents n'étant pas en capacité de répondre pour eux-mêmes, leurs questionnaires ont été remplis avec des professionnels du FAM. Les informations recueillies portaient sur des données sociodémographiques (âge, sexe, profession) et des informations cliniques (symptômes, chronologie des manifestations, prise en charge médicale, antécédents médicaux).

Un cas a été défini comme tout résident ou professionnel de l'établissement ayant présenté un ou plusieurs symptômes lors d'un ou plusieurs épisodes survenus entre le 14 et le 19 janvier 2022.

Investigation clinique

L'enquête épidémiologique a été complétée par le recueil des observations médicales et des ordonnances établies par les médecins des secours intervenus sur place, ainsi que par des professionnels de santé consultés à la maison médicale locale et aux urgences de l'hôpital du secteur. Par ailleurs, des spécialistes en infectiologie et dermatologie ont été consultés afin d'apporter leur expertise sur cette situation.

Investigation environnementale

L'ARS a conduit une investigation environnementale basée sur le guide de diagnostic et de prise en charge des SCI⁴ :

- visite sur site le 21 janvier 2022, au cours de laquelle des échanges avec le personnel et une inspection des locaux ont permis de recueillir des informations sur le fonctionnement du bâtiment ;
- compilation des observations et des mesures réalisées par les pompiers lors de leurs interventions, analyse des rapports d'expertise portant sur les systèmes de ventilation, de chauffage, de climatisation et sur la qualité de l'eau ;
- campagne de mesures de la qualité de l'air intérieur effectuée par un laboratoire accrédité du 27 au 31 janvier 2022, en l'absence d'occupation des locaux.

Le plan d'échantillonnage comportait cinq points de prélèvement dans plusieurs unités. Les analyses comprenaient un enregistrement continu des paramètres de confort (température, hygrométrie), ainsi que la recherche de polluants chimiques et microbiologiques (bactéries, levures, moisissures). Les mesures ont été réalisées par le laboratoire accrédité Labeo (pôle d'analyses et de recherche interdépartemental de Normandie) à la demande du service Santé environnement de l'ARS Normandie.

Résultats

Investigation épidémiologique

Population étudiée

Le FAM héberge 26 résidents encadrés par 25 membres du personnel en journée. Il est situé dans un environnement calme au nord d'une ville

de 13 000 habitants en Normandie. Il est constitué d'un bâtiment découpé en quatre espaces d'accueil des résidents (dits « unités » ou « maisons ») séparés par des espaces de travail pour le personnel. Sauf exception, les résidents restent dans leur unité et ne se mélangent pas, tandis qu'une partie du personnel ne travaille qu'avec certaines unités et qu'une autre partie intervient sur les quatre unités.

Au total, 27 personnes ont été interrogées : 14 professionnels et 13 résidents (tableau 1). Parmi elles, 17 personnes ont présenté des signes cliniques et répondaient à la définition de cas (9 professionnels et 8 résidents).

Parmi les 14 professionnels, 8 personnes ont été interrogées sur les 9 ayant travaillé dans les unités concernées durant les jours d'apparition des symptômes (3 aides-soignants, 3 maîtresses de maison, 2 aides médico-psychologiques). Certaines avaient également exercé dans les unités non concernées par les événements, permettant d'établir que la moitié du bâtiment n'avait pas été touchée par le SCI. L'enquête a également inclus 2 infirmiers, 2 éducateurs spécialisés et 2 veilleurs de nuit, intervenant transversalement auprès de tous les résidents, assurant ainsi une bonne exhaustivité des symptômes.

Concernant les résidents, le questionnaire a été complété pour les 13 habitants des deux unités affectées (14 résidents n'ayant aucun contact avec ces unités ni aucun symptôme ont été exclus).

La répartition par sexe et par âge était similaire chez les professionnels et les résidents (*sex-ratio* femmes/hommes de 1,7, âge moyen entre 35 et 40 ans).

Tableau 1
Description des caractéristiques des sujets investigués, foyer d'accueil pour adultes, 14-19 janvier 2022

	Résident (n=13)	Professionnel (n=14)
Profession, n		
Aide-soignant	-	3
Maîtresse de maison	-	3
Aide médico-psychologique	-	2
Infirmier	-	2
Veilleur de nuit	-	2
Éducateur spécialisé	-	2
Genre, n (%)		
Masculin	5 (38)	5 (36)
Féminin	8 (62)	9 (64)
Âge moyen en années (min-max)	35 [23-51]	38 [27-44]
Maladies chroniques, n (%)		
Aucune	9 (69)	8 (57)
Au moins une	4 (31)	6 (43)
Asthme	0	4
Allergie	1	5
Autres	4	2

Par ailleurs, 43% des professionnels présentaient des maladies chroniques (asthme, allergies), de même que 31% des résidents (épilepsie, obésité).

Chronologie des événements

Un cas isolé d'érythème cervical, survenu le jeudi 13 janvier chez un résident de l'unité 1 ayant des antécédents de fragilité cutanée, a été rapporté. Bien distinct des épisodes suivants, cet événement a néanmoins suscité une inquiétude parmi le personnel (d'après des échanges avec des professionnels du FAM).

Le vendredi 14 janvier 2022, vers 8 h, un professionnel du FAM a constaté au réveil chez une autre résidente de l'unité 1 des yeux rouges, gonflés et larmoyants avec des plaques rouges sous les yeux. Elle a été prise en charge par l'infirmière qui a effectué un nettoyage des yeux au sérum physiologique. Vers 11 h, l'équipe encadrante a constaté une symptomatologie oculaire similaire chez 2 autres résidents de l'unité 1 qui ont été pris en charge de la même manière par l'infirmière. Entre 13 h et 14 h, des signes oculaires similaires sont apparus chez 2 autres résidents de l'unité 1 (dont le résident qui avait présenté un érythème cutané la veille) et un résident de l'unité 2 qui a l'habitude de déambuler entre les unités 2 et 1. Devant ce phénomène, l'établissement a sollicité les secours qui sont intervenus sur place (Smur, sapeurs-pompiers et police). Les résidents ont été pris en charge par le Smur qui a posé un diagnostic de conjonctivites allergiques et a prescrit un nettoyage des yeux au sérum physiologique.

Parallèlement, les sapeurs-pompiers ont effectué des mesures environnementales pour rechercher une éventuelle fuite de gaz ou d'autres émanations. Aucun produit toxique n'ayant été retrouvé, les résidents ont été autorisés à réintégrer l'unité.

En soirée, face à l'aggravation des symptômes, 2 résidents ont été conduits aux urgences où un diagnostic de conjonctivite allergique a été posé. L'établissement a alors décidé d'évacuer l'unité 1 par mesure de précaution. Deux résidents sont rentrés au domicile de leur famille et les autres ont été installés dans l'unité 2. L'unité 1 a été fermée aux personnes et aérée durant tout le week-end.

Le lundi 17 janvier, après un nettoyage désinfectant, l'unité 1 a été réouverte aux résidents à 15 h. Cependant, vers 17 h 30, des symptômes oculaires ont à nouveau été trouvés chez les résidents, dont ceux ayant présenté des signes le vendredi 14 janvier. Vers 18 h 30, des irritations oculaires sont survenues chez les professionnels. L'établissement a procédé à une nouvelle évacuation de l'unité et à une nouvelle intervention conjointe des sapeurs-pompiers, du véhicule d'intervention des risques technologiques (Virt) et du Smur. Les résidents et les professionnels ont été pris en charge par le service d'aide médicale urgente (Samu) qui a posé des diagnostics de conjonctivite légère. Les sapeurs-pompiers ont exploré l'unité de vie et le vide sanitaire à la recherche de produits toxiques, chimiques et de champignons. Ils n'ont relevé aucune anomalie.

Environ trois heures après la réintégration de l'unité 1, une symptomatologie similaire a été signalée chez des professionnels (6 nouveaux cas), sans résidents symptomatiques. Un nouvel appel au Samu a entraîné une nouvelle évacuation des résidents vers l'unité 2.

Enfin, le mercredi 19 janvier, un troisième épisode de symptomatologie similaire s'est produit dans l'unité 2, affectant deux résidents et un professionnel (figure 1). Les sapeurs-pompiers et la police ont à nouveau été appelés. Après le départ des secours, qui n'ont pas constaté de nouveaux éléments, l'établissement a été évacué vers un autre site d'accueil.

Les investigations épidémiologiques et environnementales ont été menées sur place à partir du 21 janvier jusqu'au 21 février 2022. La principale mesure de gestion mise en œuvre a été le maintien de la fermeture de l'établissement le temps que les conclusions des investigations épidémiologiques et environnementales soient disponibles. L'objectif était de rester en cohérence avec la décision de la direction d'évacuer les lieux et de ne pas les réintégrer dans un climat d'incertitude. C'est une application stricte du principe de précaution qui a prévalu.

Les résultats ont été rendus à la direction de l'établissement le 21 février en même temps qu'une autorisation de réintégration des locaux a été donnée par l'ARS. Ces résultats ont été immédiatement diffusés auprès de l'ensemble du personnel pour qu'il puisse se les approprier. Une restitution auprès des familles

a été faite le 3 mars 2022 lors d'une réunion sur place, après la réintégration des locaux. Cela a permis de les rassurer sur l'état environnemental de l'établissement et d'expliquer les phénomènes qui sont survenus en janvier 2022. Les réactions observées lors de la restitution des résultats manifestaient une bonne compréhension des conclusions des enquêteurs et une dédramatisation de ce qui s'était passé, indiquant une mise à distance des inquiétudes initiales au profit d'une réassurance globale.

Symptomatologie rapportée

Huit résidents et 9 professionnels ont présenté au moins un symptôme lors d'un des épisodes (tableau 2a). Du fait des limitations de communication des résidents, leurs symptômes ont été décrits par le personnel. Les signes observés différaient entre les deux groupes : les résidents présentaient des manifestations spécifiques et objectivables (notamment ophtalmiques), tandis que les professionnels rapportaient des symptômes plus généraux et variés.

La temporalité des symptômes variait également : chez les résidents, l'apparition s'étalait sur environ sept heures, alors qu'elle était plus concentrée, sur environ une heure, chez les professionnels.

La durée des symptômes chez les résidents n'a pas excédé quelques jours avec un traitement local (sérum physiologique, collyre antibactérien). Chez les professionnels, les symptômes ont diminué dès la sortie du bâtiment ou dans les trois jours suivants, sans complications ni critères de gravité.

Figure 1

Répartition des cas selon la première date d'apparition des signes chez les résidents (n=8) et les professionnels (n=9) selon le lieu d'apparition dans le foyer d'accueil pour adultes, 14-19 janvier 2022

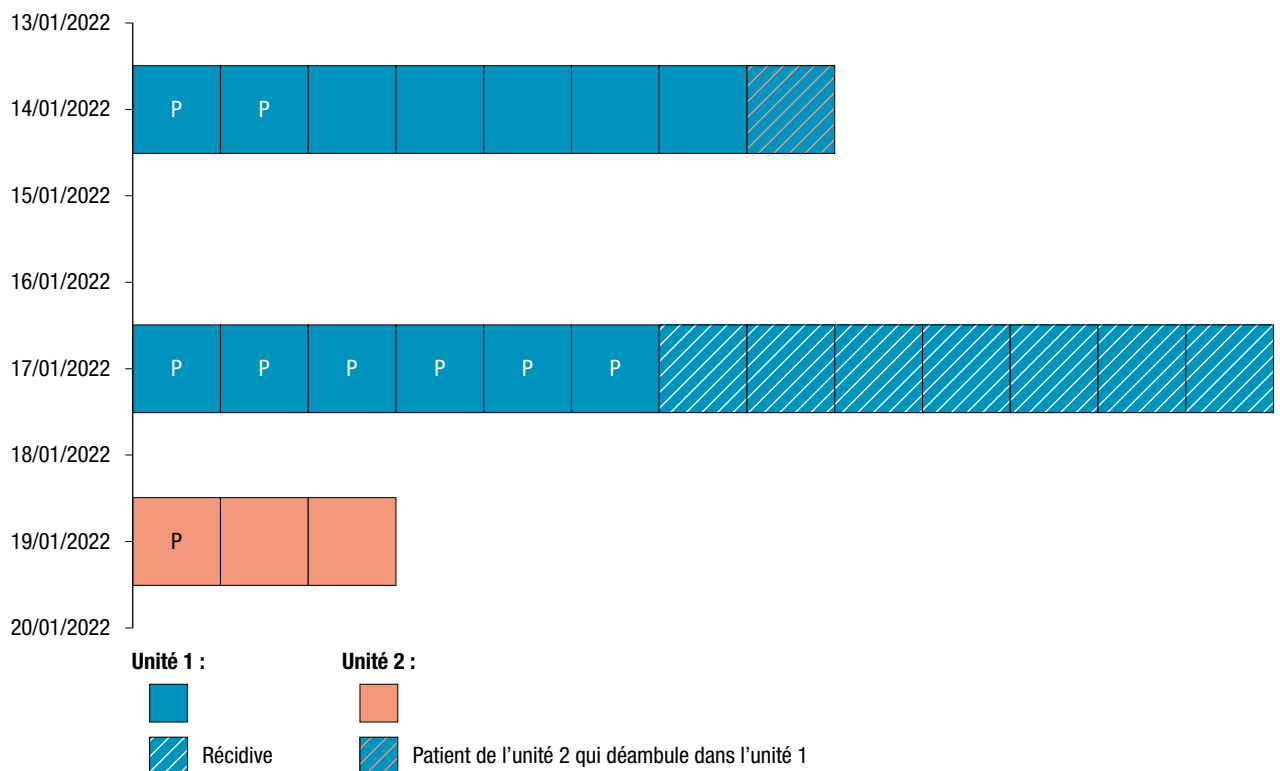


Tableau 2

Description des symptômes chez les résidents et les professionnels, foyer d'accueil pour adultes, 14-19 janvier 2022**2a) Selon le questionnaire des trois épisodes**

	Résidents (n=13)	Professionnels (n=14)
Absence de symptomatologie, n (%)	5 (38,5)	5 (35,7)
Symptomatologie, n (%)	8 (61,5)	9 (64,3)
Type de symptôme (nombre de fois rapportées sur les 3 épisodes), n		
Yeux rouges/gonflés	14	-
Yeux qui larmoient	6	-
Yeux qui piquent	4	9
Érythème sur le visage	8	-
Toux	1	-
Picotements/maux de gorge	-	5
Picotement du nez	-	2
Sensation de gêne respiratoire	-	5
Céphalées	-	5
Palpitations	-	1
Autre (sensation d'atmosphère pesante, de brûlure du nez)	-	8

De façon générale, les symptômes étaient spontanément résolutifs et pouvaient récidiver avec le retour dans le bâtiment.

Investigation clinique

Le rapport d'intervention du Smur le 14 janvier a confirmé la divergence des symptômes entre résidents (hypérémie conjonctivale, œdème palpébral, écoulements oculaires) et professionnels (picotements oculaires) (tableau 2b). Un cas de palpitations chez un professionnel a conduit à un bilan cardiaque.

Deux résidents présentant une aggravation des signes ont été diagnostiqués d'abord comme ayant une conjonctivite aiguë allergique, puis une conjonctivite infectieuse.

Un infectiologue consulté en tant qu'expert, a reconnu la possibilité d'une origine infectieuse virale malgré une chronologie atypique.

Investigation environnementale

Construit en 2013, le bâtiment ne présentait aucune proximité avec un site industriel polluant. L'entretien des locaux était quotidien, réalisé par des professionnels en l'absence des résidents, avec des produits d'entretien habituels stockés en sécurité et utilisés de façon mesurée pour éviter tout surdosage.

Aucun dysfonctionnement n'a été relevé sur les systèmes de ventilation, de chauffage et de climatisation. L'analyse microbiologique de l'eau, réalisée le 24 janvier 2022, a confirmé sa conformité aux normes réglementaires.

La campagne de mesures a inclus cinq points de prélèvement : trois dans l'unité 1 (épicerie de l'événement), un dans le salon de l'unité 2 (également touché) et un dans le salon de l'unité 3, où aucun événement ne

2b) Selon le compte-rendu d'intervention du Smur du vendredi 14 janvier 2022

	Résidents (n=8)	Professionnels (n=5)
Examen normal, n (%)	2 (25,0)	3 (60,0)
Symptômes rapportés, n (%)	6 (75,0)	2 (40,0)
Type de symptôme, n		
Hypérémie conjonctivale	4	1
Œdème palpébral	2	-
Macule érythémateuse sur le visage	4	-
Écoulement oculaire (clair)	2	-
Picotements oculaires	-	4
Palpitations	-	1

Smur : Structure mobile d'urgence et de réanimation.

s'était produit. Elle a été effectuée en locaux inoccupés et a montré des concentrations en formaldéhyde et benzène plus de 12 fois inférieures aux seuils réglementaires. Le CO₂ variait entre 447 et 496 ppm, bien en deçà du seuil d'alerte de 1000 ppm. Les concentrations des autres polluants recherchés étaient inférieures aux seuils de détection ou à des niveaux 20 à 30 fois inférieurs aux valeurs guides. La concentration en moisissures était plus de 14 fois inférieure au seuil défini par l'Anses. La température moyenne était conforme aux recommandations (18-22 °C), tandis que l'hygrométrie était dans la limite basse des valeurs recommandées, les mesures ayant été effectuées en locaux vides.

Discussion

Cette enquête menée au sein du FAM en janvier 2022 a permis de documenter un épisode collectif de manifestations oculaires et cutanées chez des résidents et des professionnels.

Érythème cutané isolé

En premier lieu, le cas d'érythème cutané survenu le jeudi 13 janvier doit être considéré comme isolé et distinct des cas de conjonctivite qui sont apparus les jours suivants. En effet, le résident qui a présenté ces signes avait des antécédents connus de fragilité cutanée. Le tableau clinique de ses signes a décrit des brûlures superficielles selon les médecins qui l'ont consulté. L'évolution a été résolutive en plusieurs jours, sous traitement local. Ce tableau ne se retrouve chez aucun autre résident ni professionnel. Sa progression semble distincte de celle des signes oculaires, dans la mesure où le résident a également présenté des signes de conjonctivite le vendredi 14 janvier 2022 en début d'après-midi, plusieurs heures après l'apparition du premier cas, et où ses signes oculaires ont évolué plus rapidement vers la guérison que ses signes cutanés. Aucune hypothèse diagnostique ne permet en outre d'attribuer l'ensemble de ces signes à une même cause.

Bien qu'isolé, cet épisode est survenu juste avant l'épidémie de conjonctivites et son origine exacte n'a pas pu être identifiée. Il a donc concouru à l'inquiétude initiale sur la nature des signes observés et à l'évocation d'une origine environnementale ayant conduit à l'évacuation du bâtiment. Cela souligne le rôle d'un événement déclencheur qui se retrouve souvent à l'origine immédiate des SCI.

Épidémie de conjonctivites : hypothèses diagnostiques

Plusieurs hypothèses explicatives de l'épidémie ont été étudiées, celle-ci pouvait être d'origine irritative, allergique ou infectieuse virale.

Hypothèse irritative

Les enquêtes n'ont pas mis en évidence d'exposition à des agents irritants. La qualité de l'air était conforme aux normes et les mesures chimiques et microbiologiques ne retrouvaient pas de pollution⁸.

Hypothèse allergique

Elle est peu probable, en raison de la saison hivernale, de l'absence de nouveaux produits ou de modifications dans les pratiques de nettoyage, ainsi que des aliments communs aux différentes unités, alors que les symptômes étaient initialement limités à l'une d'entre elles.

Hypothèse infectieuse virale

Elle apparaît la plus probable, notamment en raison de la chronologie des cas, initialement localisés puis étendus après regroupement des résidents, suggérant une transmission interhumaine. La littérature rapporte des épidémies virales de conjonctivites très contagieuses dans les collectivités, notamment liées à des adénovirus^{9,10}. L'évolution spontanément résolutive en quelques jours, sans gravité, est également caractéristique de ce type d'épidémie. Toutefois, l'absence de prélèvements biologiques empêche de conclure. La rapidité d'apparition des symptômes reste atypique, mais n'invalide pas l'hypothèse pour autant.

Évolution

Plusieurs éléments au cours de l'épidémie ont pu contribuer à perturber sa compréhension au moment où elle se déroulait, détaillés ci-après. En premier lieu, la notion de récurrence des signes chez les résidents doit être questionnée pour le lundi 17 janvier 2022. Tous les résidents qui ont présenté des signes oculaires ce jour-là en avaient déjà présenté le vendredi 14 janvier. La disparition complète des signes chez les résidents durant le week-end n'est pas clairement documentée et il est probable que les signes constatés chez les résidents le lundi soient une simple évolution de l'infection et non une récurrence à proprement parler.

En second lieu, les signes constatés chez les professionnels à partir du lundi 17 janvier 2022 étaient majoritairement de nature fonctionnelle (picotements, céphalées). Les médecins intervenus sur place n'ont

pas objectivé les mêmes signes que chez les résidents. Ces manifestations pourraient être liées à l'inquiétude vis-à-vis de la situation. Celles-ci ont été observées dans des épisodes de SCI et sont décrites dans la littérature scientifique^{4,11-13}. Elles se sont surajoutées aux signes liés à l'épidémie virale chez les résidents et ont disparu lorsque le sentiment d'exposition à un risque non maîtrisé a disparu. Ceci explique la différence de tableaux cliniques observés chez les résidents et les professionnels, qui a pu perturber la compréhension du diagnostic.

Un point notable de ce SCI réside dans le fait qu'aucun facteur social ni environnemental n'a favorisé sa survenue. En effet, les bâtiments du foyer étaient sains et conformes à la réglementation : la notion de syndrome des bâtiments malsains pouvait être exclue. Les conditions de travail évoquées par le personnel lors des entretiens avec les épidémiologistes étaient bonnes et aucun conflit social ne préexistait à l'événement d'après la direction.

Néanmoins, on retrouve ici le déroulement habituel d'un SCI :

- une situation sanitaire avec un cas isolé d'affection dermatologique, puis une épidémie de conjonctivites probablement infectieuses chez les résidents, qui a constitué le facteur déclencheur du SCI ;
- le SCI en lui-même, généré par l'incompréhension de l'événement initial et le développement d'une symptomatologie physique en réaction à la forte inquiétude ambiante. Il a touché principalement le personnel qui a présenté des signes spécifiques, différents de ceux des résidents qui avaient une conjonctivite :
 - symptômes avant tout fonctionnels et non objectivables à l'examen clinique (picotements, céphalées) spontanément résolutifs une fois le sujet soustrait à la situation de stress (retour au domicile), puis pouvant récidiver lors du retour dans l'établissement ;
 - déploiement d'importantes mesures de gestion avec interventions multiples des services de secours, confirmant l'impression de danger pour les personnes présentes ;
 - discordance entre l'importance des mesures de gestion et l'incapacité des acteurs à identifier une menace objective ou des conséquences sanitaires graves.

Biais potentiels des enquêtes

L'absence d'enquête psychosociale constitue une limite de cette investigation, car elle aurait permis de mieux appréhender la dimension subjective des symptômes, notamment chez le personnel. Elle n'a pas pu être mise en place faute de compétences disponibles chez les enquêteurs dans le temps relativement court durant lequel les investigations ont été décidées et menées (intervention en urgence dans le mois qui a suivi le signalement à l'ARS). Un biais de

mémorisation ne peut également être exclu, compte tenu de la répétition et de la similarité des épisodes, ce qui pourrait avoir influencé la description chronologique et la sévérité rapportée des symptômes.

Cependant, l'enquête épidémiologique a bénéficié d'une bonne représentativité des professionnels impliqués et d'une couverture complète des résidents concernés afin d'avoir l'exhaustivité des symptômes de l'événement.

De même, l'enquête environnementale a été exhaustive, incluant une inspection détaillée des locaux et des analyses approfondies de nombreux paramètres. Les résultats confirment un environnement sain, excluant une origine environnementale de l'épidémie.

Enseignements à tirer

Cet événement montre qu'un SCI peut survenir chez des adultes dans un environnement sain et équilibré. Il rappelle l'importance des phénomènes psychosomatiques qui peuvent se manifester chez tout un chacun, dans un contexte d'anxiété aiguë face à la perception d'une menace sanitaire mal identifiée.

Dans ce cas, il semble difficile de prévenir la survenue d'un SCI. En revanche, il est important de savoir l'identifier pour pouvoir l'expliquer et parvenir à sa résolution. Les constatations des services de secours, les analyses environnementales, l'enquête épidémiologique et le temps pris par l'établissement, direction comme personnel, dans l'accompagnement de ces démarches ont été déterminants pour aboutir à une issue favorable. La prise en charge d'un SCI se doit donc d'être multidisciplinaire et le temps nécessaire aux investigations doit être respecté pour mener à sa résolution.

Conclusion

L'épisode collectif de conjonctivites survenu en janvier 2022 au sein du foyer d'accueil médicalisé a associé manifestations cliniques et réactions psychosociales. L'analyse approfondie des données a permis de retenir chez les résidents une origine virale probable, excluant une cause environnementale ou allergique, et des réactions psychosomatiques chez les professionnels.

Cette expérience met en lumière l'importance d'une information claire et régulière, appuyée par une prise en charge médicale individuelle adaptée, pour contenir l'ampleur et la durée de tels épisodes.

Cet événement rappelle également que des phénomènes psychosomatiques peuvent se manifester dans un contexte d'anxiété élevée lorsqu'une menace sanitaire est mal identifiée.

Enfin, cette enquête souligne la nécessité d'une approche multidisciplinaire, combinant expertise médicale, épidémiologique, environnementale et psychologique dans l'analyse des syndromes collectifs inexpliqués, pour en permettre la résolution. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec le contenu de cet article.

Références

- [1] Bartholomew RE, Wessely S. Protean nature of mass sociogenic illness: From possessed nuns to chemical and biological terrorism fears. *Br J Psychiatry*. 2002;180:300-6.
- [2] Bass C, Halligan P. Factitious disorders and malingering: Challenges for clinical assessment and management. *Lancet*. 2014;383(9926):1422-32.
- [3] Jones TF. Mass psychogenic illness: Role of the individual physician. *Am Fam Physician*. 2000;62(12):2649-53, 2655-6.
- [4] Kermarec F, Heyman C, Dor F. Diagnostic et prise en charge des syndromes collectifs inexpliqués – Synthèse. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2010. 4 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/diagnostic-et-prise-en-charge-des-syndromes-collectifs-inexpliques-synthese>
- [5] Dor F, Bringer-Guérin C, Kermarec F, Urban S, Briand E. Deux guides méthodologiques pour la prise en charge des syndromes collectifs inexpliqués et pour la gestion de la qualité de l'air intérieur : une nécessaire double articulation entre sciences et entre sciences et gestion. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*. 2010;71(5):813-7.
- [6] Kermarec F, Daniau C, Colleville AC, Sassi M. Descriptive epidemiological analysis of mass psychogenic illness managed by "Santé publique France" 2010–2014. Identification of key factors for evaluation. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2018;66(Supplement 5):S335.
- [7] Kermarec F (Coord.). Les syndromes psychogènes : connaissances acquises et études de cas. *Bull Epidemiol Hebd*. 2007;(15-16):1-16. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2007/15_16/index.htm
- [8] Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Liste des Valeurs guides de qualité d'air intérieur de l'Anses. Maisons-Alfort: Anses; 2020. https://www.anses.fr/fr/system/files/Tableau_VGAI_Avril_2021.pdf
- [9] Sendra-Gutiérrez JM, Martín-Rios D, Casas I, Sáez P, Tovar A, Moreno C. An outbreak of adenovirus type 8 keratoconjunctivitis in a nursing home in Madrid. *Euro Surveill*. 2004;9(3):27-30.
- [10] Li D, Zhou JN, Li H, He CY, Dai QS, Li XL *et al*. An outbreak of epidemic keratoconjunctivitis caused by human adenovirus type 8 in primary school, southwest China. *BMC Infect Dis*. 2019;19(1):624.
- [11] Barataud D, Hubert B, Leftah-Marie N. Investigation d'un syndrome des bâtiments malsains dans les laboratoires du rez-de-jardin de l'Institut de biologie du CHU de Nantes, 2006-2008. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2009. 52 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/pays-de-la-loire/documents/rapport-synthese/2009/investigation-d-un-syndrome-des-batiments-malsains-dans-les-laboratoires-du-rez-de-jardin-de-l-institut-de-biologie-du-chu-de-nantes-2006-2008>
- [12] Pépin P, Cheloufi D. Manifestations sanitaires inexpliquées chez les écoliers de Bert dans l'Allier, 14 avril-4 juillet 2014. Saint-Maurice: Santé publique France; 2016. 52 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/manifestations-sanitaires-inexpliquees-chez-les-ecoliers-de-bert-dans-l-allier-14-avril-4-juillet-2014>
- [13] Mathieu A, Blanchard M. Investigation d'un syndrome collectif inexpliqué survenu au Pôle urgence d'une structure sociale privée du Havre (76). Saint-Maurice: Santé publique France; 2018. 22 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/normandie/documents/rapport-synthese/2018/>

Citer cet article :

Grenier C, Erouart S, Blanchard M, Kouam L, Gonano F, Teyssandier M, Martel M. Investigation d'un syndrome collectif inexpliqué dans un foyer d'accueil : approche pluridisciplinaire et enseignements. Bull Epidemiol Hebd. 2026;(8):141-8. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/8/2026_8_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.



> ARTICLE // Article

ÉPIDÉMIOLOGIE DU CANCER COLORECTAL EN GUYANE FRANÇAISE DE 2003 À 2017 : UNE ANALYSE DESCRIPTIVE ET SPATIALE À PARTIR DES DONNÉES DU REGISTRE DES CANCERS

// EPIDEMIOLOGY OF COLORECTAL CANCER IN FRENCH GUIANA FROM 2003 TO 2017: A DESCRIPTIVE AND SPATIAL ANALYSIS BASED ON DATA FROM THE CANCERS REGISTRY

Sarah Bailly¹ (sarah.bailly@ch-cayenne.fr), Alolia Aboikoni², Qiannan Wang¹, Meg Rouvreau¹, Hakim Amroun³, Dominique Louvel², Mathieu Nacher¹, Kinan Drak Alsibai¹

¹ Registre des cancers de Guyane (RCan Guyane), Institut santé des populations en Amazonie (Isipa), Centre hospitalier universitaire (CHU) de Guyane, Cayenne

² Service de médecine gastro-entérologie, CHU de Guyane, Cayenne

³ Service de chirurgie viscérale et digestive, CHU de Guyane, Cayenne

Soumis le 15.09.2025 // Date of submission: 09.15.2025

Résumé // Abstract

En Guyane française, territoire marqué par de fortes disparités sociodémographiques et géographiques, l'incidence du cancer colorectal (CCR) a été très peu documentée malgré son enjeu majeur de santé publique. Cette étude vise à décrire l'épidémiologie du CCR en Guyane française de 2003 à 2017.

Nous avons analysé l'ensemble des cas incidents de CCR enregistrés par le Registre des cancers de Guyane entre 2003 et 2017. L'analyse a porté sur la répartition des cas selon le sexe, l'âge et les territoires de santé. Les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale (TSM) ont été calculés et les tendances temporelles et spatiales ont été examinées.

Un total de 464 cas de CCR a été recensé sur la période étudiée. Le TSM a diminué en moyenne de 3,3% par an, passant de 20,1 cas à 12,6 pour 100 000 personnes-années. Cette tendance masque des dynamiques opposées : une baisse moyenne annuelle de 8,4% chez les femmes et une augmentation moyenne de 2,2% par an chez les hommes. Le taux spécifique a progressé d'environ 2,4% par an chez les 50-64 ans et une tendance à la hausse a été observée dans la tranche des 40-49 ans (+3,3% par an chez les hommes, +1,1% par an chez les femmes) sur la période 2003-2017. L'analyse spatiale a révélé une forte concentration des cas dans le Centre Littoral (88% des cas), avec un TSM cinq fois supérieur à celui du territoire du Maroni.

Ces résultats mettent en évidence des contrastes épidémiologiques marqués du CCR en Guyane française, notamment selon le sexe et la géographie. L'augmentation de l'incidence chez les hommes et la forte concentration des cas dans les zones littorales soulignent la nécessité de renforcer les stratégies de dépistage et de prévention. Une surveillance particulière est requise pour le CCR précoce chez les jeunes adultes, une tendance émergente qui pourrait justifier une adaptation des recommandations à l'avenir.

In French Guiana, a territory marked by pronounced sociodemographic and geographic disparities, the incidence of colorectal cancer (CRC) has been scarcely documented despite its major public health importance. This study aims to describe the epidemiology of CRC in French Guiana from 2003 to 2017.

We analyzed all incident cases of CRC recorded by the French Guiana cancers Registry between 2003 and 2017. The analysis focused on the distribution of cases by sex, age, and health territories. Age-standardized incidence rates (ASIR) were calculated, and temporal and spatial trends were examined.

A total of 464 CRC cases were recorded during the study period. The overall ASIR decreased by 3.3% per year, from 20.1 to 12.6 per 100,000. However, this trend conceals opposing dynamics: a mean annual decrease

of 8.4% among women and an increase of 2.2% among men. Incidence increased among individuals aged 50-64 years (+2.4% per year), and an upward trend was also observed in the 40-49 age group (+3.3% per year in men and +1.1% in women). The spatial analysis revealed a strong concentration of cases in the Central Coastal territory (88% of cases), with an ASIR five times higher than in the Maroni health territory.

These findings highlight significant epidemiological disparities in CRC in French Guiana, particularly by sex and geography. The increase in incidence among men and the high concentration of cases in coastal areas underscore the need to strengthen screening and prevention strategies. Particular attention is required for early-onset CRC in young adults, an emerging trend that may warrant adapting future recommendations.

Mots-clés : Cancer colorectal, Épidémiologie, Incidence, Disparités géographiques, Guyane française

// **Keywords:** Colorectal cancer, Epidemiology, Incidence, Geographic disparities, French Guiana

Introduction

Le cancer colorectal (CCR) est la troisième cause de cancer incident et la deuxième cause de décès par cancer dans le monde, avec près de deux millions de nouveaux cas et plus de 900 000 décès estimés en 2020¹. Les données internationales montrent de fortes disparités d'incidence et de mortalité selon les régions du monde et le niveau de revenu des pays, traduisant des différences d'exposition aux facteurs de risque, d'accès au dépistage et aux soins^{1,2}. En Guyane, le cancer colorectal est la troisième cause de cancer incident, et la quatrième cause de décès par cancer³.

La Guyane française, région ultrapériphérique située en Amérique du Sud, présente un contexte démographique, territorial et sanitaire unique au sein des départements et régions d'outre-mer (DROM). La population guyanaise est plus jeune que celle de la France hexagonale et des autres DROM : l'âge médian est de 25 ans en Guyane française contre 42 ans en France hexagonale. La population guyanaise est constituée à 40% d'habitants de moins de 20 ans⁴. La transition épidémiologique du territoire est rapide mais hétérogène, marquée par la persistance des maladies infectieuses et l'augmentation des pathologies chroniques, dont les cancers⁵.

Plus de 90% de la population guyanaise est concentrée sur le littoral, tandis que l'intérieur du territoire est constitué de grandes zones faiblement peuplées et difficilement accessibles, notamment le long des fleuves Maroni et Oyapock⁴. Cet isolement géographique se traduit par un accès limité aux structures de soins et des inégalités marquées dans le recours au dépistage et aux soins spécialisés⁶. La participation au programme de dépistage organisé du CCR y demeure particulièrement faible : pour la période récente 2022-2023, elle est estimée à environ 9,5% en Guyane contre plus de 20% dans les autres DROM et en France hexagonale⁷. Ces contrastes territoriaux constituent un enjeu majeur de santé publique.

Cette situation est complexifiée par une forte diversité culturelle et linguistique, avec la cohabitation de populations créoles, amérindiennes, noirs marrons, hmongs, brésiliennes ou encore surinamaises⁸. Cette pluralité s'accompagne de représentations et de parcours de soins hétérogènes, susceptibles d'influencer le recours à la prévention, au

dépistage et au diagnostic⁹. Les dimensions socio-culturelles constituent ainsi un élément structurant du contexte dans lequel s'inscrit la prise en charge du CCR en Guyane, et distinguent ce territoire des autres DROM.

Malgré l'existence depuis 2005 d'un registre des cancers, membre du réseau France cancer incidence et mortalité (Francim)⁽¹⁾, dont l'objectif principal est d'assurer une surveillance à partir de données de qualité, celles publiées décrivant l'incidence et la distribution du CCR en Guyane française restent limitées. Le registre des cancers de Guyane constitue une source unique permettant d'exposer, de manière exhaustive et cartographique, l'incidence du CCR en Guyane française entre 2003 et 2017, selon le sexe, l'âge et les communes de Guyane. Ce travail vise à mieux caractériser les dynamiques temporelles et spatiales de l'incidence du CCR dans un territoire en pleine transition, afin de contribuer à l'adaptation des stratégies de prévention et de dépistage.

Matériel et méthodes

Source de données

Les données utilisées proviennent du Registre des cancers de Guyane, évalué par le Comité national des registres (CNR) et membre du réseau Francim. Le registre collecte de manière exhaustive depuis le 1^{er} janvier 2003, les cas incidents de cancers diagnostiqués chez les personnes résidant en Guyane depuis au moins 3 mois, à partir de multiples sources de données comme par exemple l'anatomopathologie, les comptes rendus opératoires et d'endoscopie, les imageries ou encore le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Le chaînage inter-sources repose sur l'appariement nominatif selon les règles de Francim, avec détection et suppression des doublons, puis validation manuelle. La qualité des données est assurée par des contrôles réguliers de cohérence et de complétude.

Critères d'inclusion

Tous les cas de CCR invasif enregistrés entre le 1^{er} janvier 2003 et le 31 décembre 2017 ont été retenus. Les cas inclus correspondent aux codes

⁽¹⁾ Le réseau français des registres du cancer. <https://www.francim-reseau.org>

de la Classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O), 3^e édition : C18 (côlon), C19 (jonction recto-sigmoïdienne) et C20 (rectum) ; avec la morphologie M-8220/3. Les tumeurs bénignes, in situ et les métastases n'ont pas été incluses.

Analyse statistique

Des taux d'incidence bruts (TB) ont été calculés à partir des données de populations de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Des taux d'incidence standardisés sur la population mondiale (TSM) ont été calculés par la méthode directe, avec standardisation sur la population mondiale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁽²⁾. Les taux ont été exprimés pour 100 000 personnes-années, avec leurs intervalles de confiance à 95% (IC95%). Les taux spécifiques par âge (TSA) ont été calculés en rapportant le nombre de cas au nombre de personnes-années de la population correspondante, exprimés pour 100 000 personnes-années. Les TSA ont été présentés par sexe et par classe d'âge.

Pour faciliter l'analyse, l'interprétation et les comparaisons avec d'autres études, les âges ont été agrégés en catégories basées sur les recommandations de dépistage du CCR en France¹⁰. Ces regroupements reflètent à la fois les classes d'âges ciblées par le dépistage organisé du CCR (50-74 ans) et les recommandations de l'Institut national du cancer (INCa), tout en permettant d'explorer la problématique émergente des CCR précoces (<50 ans)¹¹. Les moins de 50 ans ont été divisés en deux groupes (les moins de 40 ans et les 40-49 ans) pour suivre l'évolution de l'incidence chez les populations jeunes, ce qui est un enjeu de santé publique croissant dans notre territoire.

Analyse temporelle

Des analyses descriptives ont été menées pour exposer l'évolution temporelle de l'incidence, globalement et selon le sexe et l'âge. La période d'étude de 15 ans a été scindée en trois périodes quinquennales. Les variations moyennes annuelles des taux ont été estimées à partir des différences de TSM rapportées au nombre d'années correspondantes. L'ensemble des analyses a été réalisé avec le logiciel Stata 19.5[®].

Analyse spatiale

L'analyse spatiale de l'incidence du CCR a été réalisée à l'échelle communale. Dans cette analyse, trois cas n'ont pas été pris en compte, en raison de l'absence d'adresse et de commune de résidence. Les résultats ont été représentés sous forme cartographique afin de visualiser la distribution spatiale de l'incidence par commune en Guyane française. Les représentations de la distribution spatiales ont été effectuées avec le logiciel QGIS 3.36[®].

⁽²⁾ Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (SEER). Standard populations (Millions) for age-adjustment. <https://seer.cancer.gov/stdpopulations/>

Résultats

Description générale des cas

Entre 2003 et 2017, 464 cas de cancer colorectal ont été enregistrés en Guyane française, avec 252 cas chez les hommes (54,3%) et 212 cas chez les femmes (45,7%). Le nombre de cas annuel variait de 8 à 48, avec un effectif moyen de 31 cas par an. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 62,5 ans (écart-type=13,8), avec un âge médian de 62 ans. La majorité des cas survenait entre 50 et 74 ans (64,6%) avec 40,7% chez les 50-64 ans et 23,9% chez les 65-74 ans. Les moins de 50 ans représentaient 15,5% des cas, tandis que les 75 ans et plus comptaient pour 19,8% des cas.

Le site tumoral le plus fréquent était le côlon (C18) avec 74,8% des cas, suivi du rectum (C20) avec 16,8%, et enfin de la jonction recto-sigmoïdienne (C19) avec 8,4% des cas enregistrés sur la période étudiée (tableau 1).

Analyse temporelle de l'incidence

Au cours de l'année 2003, le TSM s'élevait à 20,1 cas pour 100 000 personnes-années, contre 12,6 en 2017, correspondant à une diminution de la moyenne annuelle de 3,3%. Lorsqu'on regroupe les années en périodes quinquennales, le TSM passait de 18,1 en 2003-2007 à 20,5 en 2008-2012, soit une augmentation moyenne de 2,5% par an. Entre la 2^e et la 3^e période, le TSM a légèrement diminué (-0,8%) (tableau 2).

Analyse selon le sexe

Sur l'ensemble de la période d'étude, l'effectif annuel moyen est de 17 cas chez les hommes et 14 chez les femmes. Le TSM du CCR était plus élevé chez les hommes (21,5 cas pour 100 000 personnes-années) que chez les femmes (17,4 pour 100 000 personnes-années). Chez les femmes, le TSM a diminué en moyenne de 8,4% par an tandis que chez les hommes, il a augmenté en moyenne de 2,2% par an. Ces tendances reflètent

Tableau 1

Répartition des cas de cancer colorectal par sexe, tranche d'âge et site tumoral, Guyane française, 2003-2017

	Effectif total (n=464)	Hommes (n=252)	Femmes (n=212)
Groupes d'âges			
<40 ans	24 (5,2%)	10 (3,4%)	14 (6,6%)
40-49 ans	48 (10,3%)	22 (8,7%)	26 (12,3%)
50-64 ans	189 (40,7%)	112 (44,4%)	77 (36,3%)
65-74 ans	111 (23,9%)	71 (28,2%)	40 (18,9%)
75 ans et plus	92 (19,8%)	37 (14,7%)	55 (25,9%)
Site tumoral			
Côlon	347 (74,8%)	178 (70,6%)	169 (79,7%)
Rectum	78 (16,8%)	51 (20,2%)	27 (12,7%)
Jonction recto-sigmoïdienne	39 (8,4%)	23 (9,1%)	16 (7,5%)

Tableau 2

Incidence du cancer colorectal en Guyane française, selon trois périodes quinquennales de 2003 à 2017

Période	Sexe	Cas observés	TB (pour 100 000 personnes-années)	TSM (pour 100 000 personnes-années)	TSM IC95% (min-max)
2003-2007	Hommes	51	10,1	16,9	[12,3-21,5]
	Femmes	61	12,0	19,3	[14,5-24,2]
	Total	112	11,0	18,1	[14,8-21,5]
2008-2012	Hommes	88	15,2	23,9	[18,9-28,9]
	Femmes	69	11,8	17,1	[13,0-21,1]
	Total	157	13,5	20,5	[17,3-23,7]
2013-2017	Hommes	113	17,4	23,6	[19,3-28,0]
	Femmes	82	12,4	15,7	[12,3-19,2]
	Total	195	14,9	19,7	[16,9-22,5]
2003-2017	Hommes	252	14,6	21,5	[18,8-24,1]
	Femmes	212	12,1	17,4	[15,0-19,7]
	Total	464	13,3	19,4	[17,7-21,2]

Taux bruts et taux standardisés (population mondiale OMS) pour 100 000 personnes-années.

TB : taux d'incidence bruts ; TSM : taux d'incidence standardisés sur la population mondiale ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

une divergence de l'évolution de l'incidence selon le sexe au cours de la période étudiée (tableau 2).

Analyse selon les groupes d'âges

L'analyse selon l'âge montre que les taux les plus élevés sont observés chez les personnes de 75 ans et plus, avec un taux (tout sexe confondu) de 153,3 cas pour 100 000 personnes-années sur la période 2003-2017. Dans cette classe d'âge, une augmentation annuelle moyenne de 3,1% a été notée chez les hommes (figure 1). Chez les 65-74 ans, la tendance est à la baisse chez les femmes (-5,3% par an). Dans cette même classe d'âge, les TSA culminaient à 174,1 cas pour 100 000 chez les hommes sur la période 2008-2012. La tranche des 50-64 ans suivait avec des taux modérés chez les femmes (environ 40 pour 100 000) et un plateau à 62,4 pour 100 000 chez les hommes. Enfin, malgré des taux faibles chez les moins de 40 ans (<2/100 000), une tendance à l'augmentation a été observée dans le groupe des 40-49 ans, tant chez les hommes (+3,3% par an) que chez les femmes (+1,1% par an).

Analyse spatiale par commune

Sur l'ensemble de la période 2003-2017, les cas de CCR étaient majoritairement concentrés dans les communes du Centre Littoral, en particulier dans les zones les plus urbanisées (figure 2). Cinq communes n'ont enregistré aucun cas diagnostiqué sur l'ensemble de la période d'étude de 15 ans, notamment dans les territoires du Maroni et de l'Est guyanais. Les TSM présentaient une forte hétérogénéité spatiale à l'échelle communale (figure 2), avec des valeurs allant de 0,48 pour 100 000 personnes-années à Papaïchton, à 33,9 à Sinnamary. Les TSM les plus élevés étaient observés dans plusieurs communes du Centre Littoral : Sinnamary (33,9 pour 100 000 personnes-années), Kourou (29,4), Rémire-Montjoly (26,5) et Cayenne (25,9).

Discussion

Cette étude, basée sur les données du Registre des cancers de Guyane, analyse et décrit l'évolution temporelle et spatiale de l'incidence du cancer colorectal de 2003 à 2017. En 2017, le TSM du CCR était de 12,6 cas pour 100 000 personnes-années en Guyane française, avec des variations selon le sexe, l'âge et les communes, dans un contexte d'incidence inférieure à celle observée en France hexagonale (32,1 cas pour 100 000 personnes-années)³.

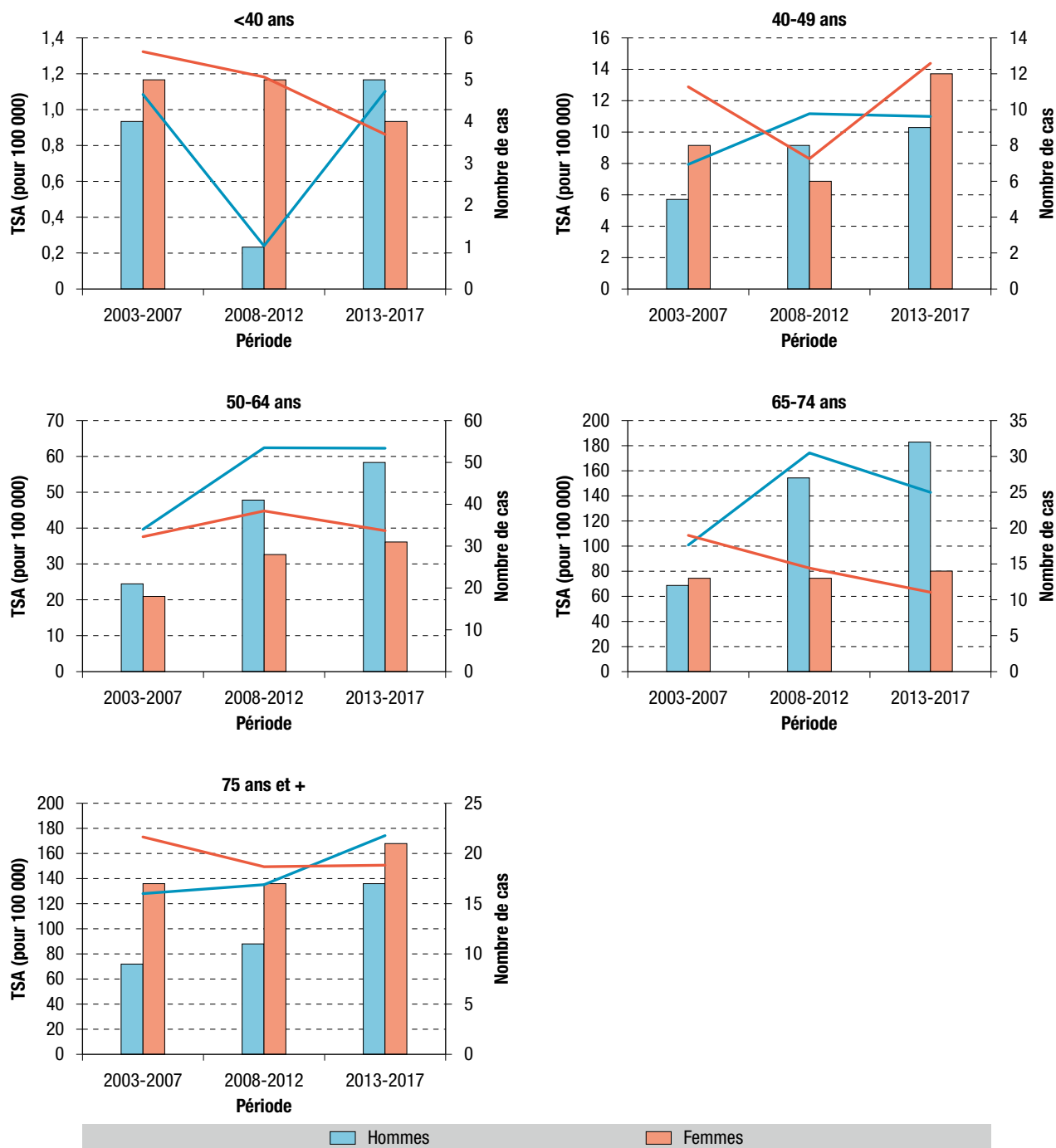
Sur l'ensemble de la période étudiée, l'incidence du CCR était plus élevée chez les hommes que chez les femmes, avec un TSM moyen de 21,5 cas pour 100 000 personnes-années chez les hommes, contre 17,4 chez les femmes. Dans les Antilles françaises, on observe également un TSM plus élevé chez les hommes, avec des TSM supérieurs à 26 pour les hommes, et compris entre 17 et 20 pour les femmes, sur la période 2007-2014³. Cette tendance est la même en France hexagonale avec un TSM de 35,9 pour les hommes et 25,5 pour les femmes¹².

L'évolution temporelle de l'incidence du CCR observée en Guyane française, révèle des dynamiques contrastées selon le sexe sur la période 2003-2017. Globalement avec les deux sexes, le TSM a diminué en moyenne de 3,3% par an entre 2003 et 2017. Toutefois, des trajectoires divergentes émergent entre les hommes et les femmes. Chez les femmes, le TSM a diminué en moyenne de 8,4% par an, alors que chez les hommes il a augmenté (+2,2% par an). Ces évolutions pourraient refléter des différences d'exposition aux facteurs de risque¹³ (surpoids, consommation d'alcool, tabagisme, habitudes alimentaires), ainsi que des comportements de recours au dépistage¹⁴.

L'analyse par groupes d'âges montre une augmentation nette des taux spécifiques à partir de 50 ans, avec un maximum entre 70 et 74 ans. Cette distribution est

Figure 1

Analyse temporelle des taux spécifiques d'âge (TSA) et du nombre de cas de cancer colorectal par sexe et périodes quinquennales en Guyane française, 2003-2017



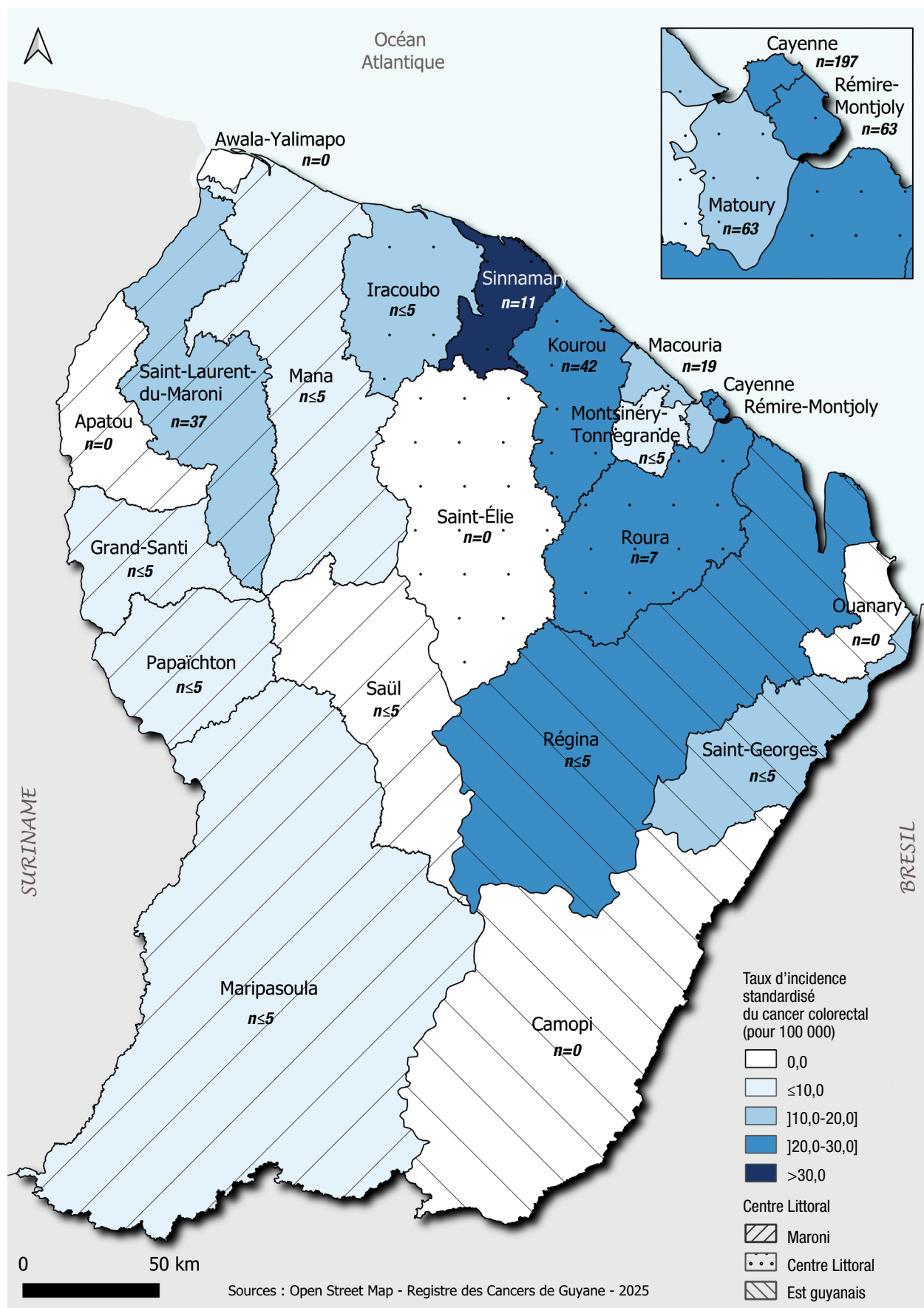
TSA : taux spécifiques par âge.

en accord avec les données observées dans d'autres régions, où l'incidence est fortement concentrée après 50 ans, âge à partir duquel débute le programme national de dépistage^{10,11}. Une observation notable concerne la présence persistante de cas chez les moins de 50 ans. On remarque une tendance à la hausse des taux dans la tranche des 40-49 ans, particulièrement chez les hommes (+3,3% par an). Cette évolution rejoint les tendances observées en Europe et en Amérique du Nord, où l'incidence du CCR précoce (<50 ans) augmente depuis deux décennies¹¹⁻¹⁵. Les cancers colorectaux survenant avant 50 ans sont

plus fréquemment associés à des formes familiales ou à des prédispositions génétiques^{16,17}. Néanmoins, en Guyane française, l'identification et l'exploration de ces formes restent limitées par plusieurs facteurs structurels : la complexité des structures familiales, la mobilité géographique importante, la proportion élevée de populations étrangères (notamment surinamaises, brésiliennes et haïtiennes), et l'accès restreint aux enquêtes génétiques en population générale. Ce signal doit être surveillé avec attention, notamment dans un territoire où 40% de la population a moins de 20 ans. La survenue de CCR avant 50 ans, même

Figure 2

Distribution spatiale des taux standardisés du cancer colorectal, en Guyane française, 2003-2017



n : nombre de cas par commune.

à faible taux, est susceptible d'avoir un impact disproportionné en termes de morbidité et mortalité prématurée. Si cette tendance se confirmait, cela pourrait justifier l'adaptation des critères d'âge à partir duquel le dépistage est recommandé. Chez les personnes âgées de 70 ans et plus, l'incidence élevée observée souligne également l'importance de la prise en charge oncogériatrique, afin d'adapter les décisions thérapeutiques à l'état fonctionnel, aux comorbidités et au contexte social, dans un territoire où l'accès aux soins spécialisés peut être complexe.

L'analyse spatiale met en évidence une forte hétérogénéité spatiale de l'incidence du CCR en Guyane française sur la période d'étude. En moyenne les TSM sont 5 fois plus élevés dans le Centre Littoral par rapport au territoire du Maroni. Les communes du Centre Littoral regroupent 88% des cas diagnostiqués. Ces contrastes spatiaux peuvent s'expliquer en partie par la différence majeure d'accessibilité aux soins, de diagnostic et de prise en charge, concentrés dans les trois établissements hospitaliers de Cayenne, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni. Les zones plus éloignées, accessibles principalement par voie fluviale ou aérienne (comme les communes de Camopi, Maripasoula, Papaïchton), peuvent faire face à des retards diagnostiques importants, malgré la proximité relative de certains centres hospitaliers, notamment dans l'Ouest guyanais. Ce gradient spatial est cohérent avec des observations réalisées dans d'autres contextes, où la distribution spatiale varie selon la densité de population et l'organisation de l'offre de soins^{18,19}. Au-delà de l'accessibilité géographique, les résultats suggèrent un rôle possible des contextes culturels et démographiques. Les zones présentant des TSM faibles ou nuls correspondent majoritairement à des territoires à dominante amérindienne ou Noire marronne, tandis que les zones à TSM élevé sont principalement situées dans la sphère urbaine du littoral, caractérisée par des populations créoles, européennes et haïtiennes. L'absence de données ethniques individuelles ne permet pas d'aller au-delà de ces observations. Le recours à des méthodes de lissage spatial, telles que le krigeage, permettrait de mieux visualiser la distribution de l'incidence du CCR, en tenant compte des relations spatiales entre communes, tout en réduisant l'instabilité des estimations dans les zones faiblement peuplées²⁰. Cette approche constituerait un outil complémentaire pour l'exploration des inégalités territoriales et l'identification d'éventuels gradients ou zones de concentration du risque.

La période de l'étude couvre une phase de structuration progressive du dépistage du CCR en Guyane, avec la mise en place initiale de l'Association guyanaise du dépistage organisé des cancers (Agedoc), puis la création du Centre régional de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) en 2018. Si le dépistage organisé du cancer colorectal repose théoriquement sur la réalisation d'un test immunologique fécal (FIT)⁽³⁾ ne nécessitant pas de recours

hospitalier, son accessibilité effective dépend fortement de l'organisation locale des soins, dans un contexte territorial de faible densité médicale et de forte hétérogénéité de l'offre de soins. Les étapes ultérieures du parcours de dépistage – coloscopie en cas de test positif et analyse anatomo-pathologique – sont largement centralisées dans les établissements hospitaliers du territoire, avec parfois une externalisation des examens d'anatomo-pathologie hors de Guyane. Cette centralisation peut allonger les délais diagnostiques et renforcer les inégalités territoriales d'accès à une prise en charge précoce. Les évolutions récentes, notamment la création du CHU de Guyane, le renforcement des centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) et l'ouverture d'hôpitaux de proximité, constituent des leviers importants pour réduire les inégalités observées. En Guyane, les données disponibles suggèrent une faible couverture du dépistage organisé du CCR, estimée à 18,8% chez les hommes et 22,1% chez les femmes en 2022¹³, avec un recours majoritaire à l'endoscopie parmi les personnes dépistées. Cette situation pourrait contribuer à une détection plus tardive, et participe probablement aux différences observées d'incidence et de dynamique temporelle.

Cette étude repose sur les données du registre des cancers de Guyane, qui constitue une source exhaustive et standardisée des cas incidents de cancer colorectal sur le territoire, permettant une analyse longitudinale sur une période de 15 ans. L'utilisation de taux standardisés sur l'âge et l'exploitation conjointe d'analyses temporelles (par sexe, par âge et spatiale) représentent un atout majeur pour décrire les dynamiques de l'incidence dans un contexte territorial marqué par de fortes disparités géographiques et démographiques. Toutefois, plusieurs limites doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats. Les faibles effectifs observés dans certaines communes et territoires, liés à la faible densité de population, peuvent entraîner une instabilité des estimations et limiter les comparaisons spatiales fines. L'absence de données individuelles sur l'origine ethnique, le statut migratoire, le niveau socio-économique ou les facteurs de risque comportementaux ne permet pas d'explorer directement le rôle de ces déterminants, pourtant susceptibles d'influencer l'incidence du CCR en Guyane. En outre, les données du registre portent sur les personnes domiciliées en Guyane au moment du diagnostic, sans information détaillée sur les parcours migratoires ou la durée de résidence, ce qui peut introduire un biais de classification de l'exposition aux facteurs environnementaux ou socioculturels.

Ces résultats plaident pour un renforcement du dépistage, en ciblant particulièrement les hommes et les zones isolées, ainsi que pour une meilleure sensibilisation des jeunes adultes. L'adaptation culturelle et linguistique des campagnes de prévention est donc une condition indispensable à l'efficacité des stratégies de dépistage en Guyane française.

⁽³⁾ *Fecal Immunological Test*

Conclusion

Cette analyse, basée sur les données du Registre des cancers de Guyane, fournit un état des lieux précis de l'épidémiologie du cancer colorectal sur le territoire. Elle révèle des inégalités marquées selon le sexe, l'âge et la géographie. Ces résultats appellent à des stratégies différenciées de prévention : intensifier le dépistage chez les hommes et dans les zones isolées du territoire, tout en renforçant les campagnes de sensibilisation adaptées aux réalités linguistiques et culturelles de la Guyane. Une attention particulière doit être portée à la surveillance de l'incidence précoce (<50 ans), afin d'anticiper d'éventuelles adaptations des recommandations de dépistage. La prévention primaire, l'éducation à la santé et la médiation culturelle jouent un rôle central pour améliorer l'adhésion aux messages de prévention et de dépistage. Dans un territoire qui poursuit sa transition épidémiologique et démographique, les évolutions récentes de l'organisation du système de santé – structuration du CHU, renforcement des hôpitaux de proximité – constituent des perspectives encourageantes pour réduire les inégalités territoriales, et améliorer durablement la prise en charge et la prévention des cancers colorectaux. ■

Liens d'intérêt

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

Références

[1] Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-49.

[2] GBD 2019 Colorectal cancer collaborators. Global, regional, and national burden of colorectal cancer and its risk factors, 1990-2019: A systematic analysis for the Global burden of disease study 2019. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2022;7(7):627-47.

[3] Belliardo S, Carvalho L, Andrieu A, Cariou M, Billot-Grasset A, Chatignoux É. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Guyane. Saint-Maurice: Santé publique France; 2019. 109 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/guyane/documents/rapport-synthese/2019/estimations-regionales-et-departementales-d-incidence-et-de-mortalite-par-cancers-en-france-2007-2016-guyane>

[4] Institut de la statistique et des études économiques. L'essentiel sur ... la Guyane. Montrouge: Insee; 2026. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4313999>

[5] Nacher M, Basurko C, Douine M, Lambert Y, Hcini N, Elenga N, et al. The epidemiologic transition in French Guiana: Secular trends and setbacks, and comparisons with continental France and South American countries. *Trop Med Infect Dis.* 2023;8(4):219.

[6] Valmy L, Gontier B, Parriault MC, Van Melle A, Pavlovsky T, Basurko C, et al. Prevalence and predictive factors for renouncing medical care in poor populations of Cayenne, French Guiana. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:34.

[7] Santé publique France. Participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Période 2022-2023 et évolution depuis 2010. Saint-Maurice: Santé publique France; 2024. 10 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/documents/bulletin-national/participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal.-periode-2022-2023-et-evolution-depuis-2010>

[8] Droz JP, Couppié P, Fayette J. La cancérologie en Guyane : un défi à gagner. *Bull Cancer.* 2024;111(6):597-607.

[9] Jolivet A, Cadot E, Florence S, Lesieur S, Lebas J, Chauvin P. Migrant health in French Guiana: Are undocumented immigrants more vulnerable? *BMC Public Health.* 2012;12:53.

[10] Institut national du cancer. Dépistage du cancer colorectal. Boulogne Billancourt: INCa. <https://www.cancer.fr/professionnels-de-sante/prevention-et-depistages/depistage-et-detection-precoce/depistage-du-cancer-colorectal>

[11] Vuik FE, Nieuwenburg SA, Bardou M, Lansdorp-Vogelaar I, Dinis-Ribeiro M, Bento MJ, et al. Increasing incidence of colorectal cancer in young adults in Europe over the last 25 years. *Gut.* 2019;68(10):1820-6.

[12] Lapôtre-Ledoux B, Remontet L, Uhry Z, Dantony E, Grosclaude P, Molinié F, et al. Incidence des principaux cancers en France métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990. *Bull Epidemiol Hebd.* 2023;(12-13):188-204. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/12-13/2023_12-13_1.html

[13] Nacher M, Basurko C, Imounga LM, Wang Q, Van Melle A, Lucarelli A, et al. Complex sex differences in life expectancy in French Guiana. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(13):6195.

[14] Quintin C, Denis B, Delasalle P, Sengchanh-Vidal S, Quartier MC, Seitz JF. Estimation du taux de couverture du dépistage du cancer colorectal en France en 2022. *Bull Epidemiol Hebd.* 2025;(3-4):48-56. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/3-4/2025_3-4_4.html

[15] Wong MCS, Huang J, Lok V, Wang J, Fung F, Ding H, et al. Differences in incidence and mortality trends of colorectal cancer worldwide based on sex, age, and anatomic location. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2021;19(5):955-66.e61.

[16] Lynch HT, de la Chapelle A. Hereditary colorectal cancer. *N Engl J Med.* 2003;348(10):919-32.

[17] Butterworth AS, Higgins JPT, Pharoah P. Relative and absolute risk of colorectal cancer for individuals with a family history: A meta-analysis. *Eur J Cancer.* 2006;42(2):216-27.

[18] Thatcher EJ, Camacho F, Anderson RT, Li L, Cohn WF, DeGuzman PB, et al. Spatial analysis of colorectal cancer outcomes and socioeconomic factors in Virginia. *BMC Public Health.* 2021;21(1):1908.

[19] Darmadi D, Mohammadian-Hafshejani A, Kheiri S. Global disparities in colorectal cancer: Unveiling the present landscape of incidence and mortality rates, analyzing geographical variances, and assessing the human development index. *J Prev Med Hyg.* 2025;65(4):E499-E514.

[20] Goovaerts P. Geostatistical analysis of disease data: Accounting for spatial support and population density in the isopleth mapping of cancer mortality risk using area-to-point Poisson kriging. *Int J Health Geogr.* 2006;5:7.

Citer cet article

Bailly S, Aboikoni A, Wang Q, Rouvreau M, Amroun H, Louvel D, et al. Épidémiologie du cancer colorectal en Guyane française de 2003 à 2017 : une analyse descriptive et spatiale à partir des données du Registre des cancers. *Bull Epidemiol Hebd.* 2026;(8):148-55. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/8/2026_8_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.

