

> **SOMMAIRE // Contents**

ARTICLE // Article

Accidents de la vie courante motivant un recours aux soins hospitaliers chez les enfants âgés de 1 à 10 ans : étude des facteurs associés au sein de la cohorte Elfe
// Unintentional injuries requiring hospitalisation for children aged 1 to 10 years: An analysis of associated factors within the Elfe cohort.....p. 354

Héctor Raúl Címbaro Canella et coll.

Unité mixte Elfe – Institut national d'études démographiques (Ined), Aubervilliers ; Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Paris

ARTICLE // Article

Santé perçue dégradée et inégalités d'accès aux soins en Guadeloupe : les personnes vulnérables plus souvent concernées
// A deterioration in perceived health and inequalities in access to healthcare in Guadeloupe: Vulnerable people more often affectedp. 371

Christelle Celeste et coll.

Observatoire régional de la santé de Guadeloupe (Orsag), Baie-Mahault

ARTICLE // Article

Analyse des événements indésirables graves chez les patients hospitalisés en psychiatrie : étude descriptive rétrospective
// Analysis of serious adverse events in patients hospitalised in psychiatric wards: A retrospective descriptive studyp. 365

Elena Rentea et coll.

Centre hospitalier Le Mas Careiron, Uzès



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
Secrétariat de rédaction : Jessy Mercier, Océane Le Bourhis
Comité de rédaction : Raphaël Andler, Santé publique France ; Thomas Bénéat, Santé publique France-Auvergne-Rhône-Alpes (en disponibilité) ; Kathleen Chami, Santé publique France ; Olivier Dejardin, CHU Caen ; Franck de Laval, Cespa ; Martin Herbas Eklat, CHU Brazzaville, Congo ; Matthieu Eveillard, CHU Angers ; Bertrand Gagnière, Santé publique France - Bretagne ; Isabelle Grémy, HCSP ; Anne Guinard, Santé publique France - Occitanie ; Jean-Paul Guthmann, Santé publique France ; Camille Lecoffre-Bernard, Santé publique France ; Valérie Olié, EPI-Phare ; Arnaud Tarantola, Santé publique France - Ile-de-France ; Marie-Pierre Tivolacci, CHU Rouen ; Hélène Therre ; Isabelle Villena, CHU Reims.
Santé publique France - Site Internet : <https://www.santepubliquefrance.fr>
Préresse : Luminess
ISSN : 1953-8030

ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE MOTIVANT UN RECOURS AUX SOINS HOSPITALIERS CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 1 À 10 ANS : ÉTUDE DES FACTEURS ASSOCIÉS AU SEIN DE LA COHORTE ELFE

// UNINTENTIONAL INJURIES REQUIRING HOSPITALISATION FOR CHILDREN AGED 1 TO 10 YEARS: AN ANALYSIS OF ASSOCIATED FACTORS WITHIN THE ELFE COHORT

Héctor Raúl Cíbaro Canella (raul.cimbaro-canella@ined.fr)¹, Karen Milcent², Marie-Noëlle Dufourg^{1,3}, Mélissa Arneton¹, Malamine Gassama¹, Louis-Marie Paget⁴, Anne-Laure Perrine⁴, Jean-Louis Lanoë¹, Iris Hourani¹, Thierry Simeon¹, Marie-Aline Charles¹

¹ Unité mixte Elfe, Institut national d'études démographiques (Ined), Aubervilliers ; Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Paris

² Service de pédiatrie générale, Hôpital Antoine Bécélère, Assistance publique – Hôpitaux de Paris (APHP), Clamart

³ Explorations fonctionnelles endocriniennes, Hôpital Armand Trousseau, APHP, Paris

⁴ Santé publique France, Saint-Maurice

Soumis le 25.11.2025 // Date of submission: 11.25.2025

Résumé // Abstract

Introduction – L'objectif est de décrire les accidents de la vie courante (AcVC) avec un recours aux soins hospitaliers (urgences seules ou avec hospitalisation) chez les enfants de 1 à 10 ans de la cohorte Elfe et d'en analyser les facteurs de risque ou protecteurs associés.

Méthodes – Les données ont été collectées auprès de parents de 9 662 à 12 243 enfants selon les âges de 2, 3, 5 et 10 ans. Les incidences annuelles moyennes pondérées sont estimées en redressant l'échantillon pour correspondre à la population des enfants nés en 2011 en France. L'analyse des facteurs associés à la gravité s'appuie sur un modèle de régression logistique multinomiale multivarié.

Résultats – Les incidences annuelles moyennes des AcVC avec un recours aux soins hospitaliers décroissent avec l'âge de l'enfant (14,1% chez les 1-2 ans *versus* 9,2% chez les 5-10 ans). Les chutes, avec traumatisme crânien en particulier, sont les types d'accidents les plus fréquents. Parmi les facteurs associés à l'hospitalisation pour un AcVC, on retrouve pour les enfants âgés de 2 ans : le sexe masculin (odds ratio ajusté de 1,79 ; intervalle de confiance à 95% (IC95%): [1,19-2,70]) ; pour ceux de 3 ans : le trouble de santé mentale d'un parent (1,64 [1,00-2,68]) et le sexe masculin (1,58 [1,12-2,23]) ; pour ceux de 5 ans : le trouble d'attention/hyperactivité (1,59 [1,00-2,51]) ; et pour ceux de 10 ans le fait d'habiter dans une grande commune autre que Paris (1,55 [1,03-2,34]), d'avoir un indice de défavorisation sociale communale élevé (1,60 [1,09-2,37]), d'avoir des parents souffrant d'une maladie chronique (1,46 [1,16-1,85]), d'un trouble de santé mentale (1,34 [1,00-1,81]), ou imposant une discipline inconstante (5,37 [1,40-20,64]), de pratiquer des sports encadrés (1,65 [1,16-2,33]) et d'être de sexe masculin (1,42 [1,12-1,80]).

Conclusion – Si les facteurs liés à l'enfant sont souvent bien décrits, l'étude montre que la santé mentale des parents, leur mode éducatif et les caractéristiques de la commune sont également associés au recours hospitalier pour les AcVC.

Introduction – The aim of this study is to analyse home and leisure injuries (HLI) resulting in hospital care (emergency treatment alone or hospital admission) among children from the Elfe cohort aged between 1 and 10 years while identifying associated risk or protective factors.

Methods – Data were collected at different ages (2, 3, 5, and 10 years) involving a participant group ranging from 9,662 to 12,243 children. The weighted average annual incidence rates are estimated by adjusting the sample to reflect the population of children born in mainland France in 2011. The analysis of contributing factors is conducted using a stratified multinomial logistic regression model.

Results – The incidence rates for HLI in hospitalised cases decrease with the age of the child (14.1% of 1-2 years vs. 9.2% of 5-10 years). The majority of these incidents were attributed to falls, especially those that resulted in head injuries. Among the factors associated with hospitalisation due to HLIs is noted at 2 years: male sex (ORa of 1.79 [95% confidence interval [95%CI]: [1.19-2.70]); at 3 years: a parent's mental health disorder (1.64 [1.00-2.68]), male sex (1.58 [1.12-2.23]); at 5 years: attention/hyperactivity disorder (1.59 [1.00-2.51]); at 10 years: residing in a large municipality other than Paris (1.55 [1.03-2.34]), having a high communal social deprivation index (1.60 [1.09-2.37]), a chronic illness in parents (1.46 [1.16-1.85]), a mental health disorder in parents (1.34 [1.00-1.81]), inconsistent discipline (5.37 [1.40-20.64]), participation in organised sports (1.65 [1.16-2.33]) and male sex (1.42 [1.12-1.80]).

Conclusion – While the factors specific to the child are well-documented, the findings suggest parental mental health issues, parental educational styles, and the characteristics of the home city are associated to recourse to hospitals for HLI.

Mots-clés : Accidents de la vie courante, Inégalités socio-économiques, Activité physique, Genre
// **Keywords** : Home and leisure injuries, Socio-economic disparities, Physical activity, Gender

Introduction

Les accidents de la vie courante (AcVC) sont des traumatismes non intentionnels qui regroupent, selon le lieu ou l'activité de survenue, les accidents domestiques, ceux de sports et de loisirs, ceux se produisant à l'école et tous ceux survenant à un autre moment dans la vie privée de l'enfant¹. Il existe une grande diversité de mécanismes, et ces accidents sont fréquents : le taux d'incidence chez les enfants de moins de 15 ans en France hexagonale a été de 5,5% en 2012¹. Entre 2012 et 2016, les AcVC ont été responsables de 20% de l'ensemble des décès chez les enfants de 1 à 4 ans et de 11% chez les 5 à 14 ans².

Les accidents surviennent chez les petits enfants, le plus souvent à domicile, et se produisent lors d'activités de jeux ou de loisirs. Après 5 ans, il y a une augmentation des accidents à l'école et sur les aires de sport et de jeux. Les chutes en sont le mécanisme le plus fréquent, quel que soit l'âge³. L'identification des facteurs de risque des AcVC constitue l'un des objectifs de la stratégie nationale de santé pour mieux cibler les campagnes de prévention auprès des jeunes et de leurs parents^{4,5}. Prévenir la survenue d'accidents nécessite cependant de disposer d'informations sur les facteurs potentiellement associés à leur survenue, dans le cadre d'une approche complexe prenant en compte l'état de santé des enfants, leur habitat, leur environnement socio-économique, ainsi que les pratiques éducatives familiales. Selon la littérature, l'âge, le sexe masculin, la santé mentale des parents et la pauvreté sont des facteurs de risque indépendants des traumatismes dus à des chutes chez les enfants de 0 à 6 ans⁶. Cependant, les études menées en France jusqu'à présent manquent de données concernant l'environnement de l'enfant.

Objectifs

L'objectif de notre étude est de décrire, pour les enfants de 1 à 10 ans, les AcVC avec un recours aux soins hospitaliers (urgences seules ou avec hospitalisation) à partir des données d'une cohorte française d'enfants suivis depuis la naissance. Nous cherchons à analyser les facteurs de risque ou protecteurs associés à cinq strates de facteurs relevant de la commune, du logement, de la famille, du mode de vie des enfants et de leur santé.

Population et méthodes

L'étude Elfe est une cohorte de naissance en population générale lancée en 2011 dans 349 maternités en France hexagonale, sélectionnées aléatoirement parmi les 540 maternités françaises. Les naissances prématurées avant 33 semaines d'aménorrhée

en 2011 ont été exclues de l'étude Elfe⁷. Réalisé en quatre vagues réparties sur l'année, le recrutement des participants à l'étude ayant donné leur consentement en maternité a inclus 18 329 enfants.

Les AcVC et les facteurs étudiés déclarés par les parents (majoritairement les mères) sont recensés à partir des enquêtes téléphoniques de suivi aux 2 ans (n=12 243), 3 ans (n=11 011), 5 ans (n=10 408) et 10 ans (n=9 662) de l'enfant.

À chacun de ces âges, une suite de questions à modalités de réponses fermées a permis d'identifier les enfants accidentés ayant eu un recours aux urgences au moins une fois pour un motif d'accident ou ayant eu au moins une hospitalisation pour un motif d'accident grave ou sévère.

Variables utilisées pour l'analyse

Les facteurs analysés ont été sélectionnés par une revue de la littérature et en fonction des données disponibles dans la cohorte Elfe, ils sont présentés dans la figure.

Analyses statistiques

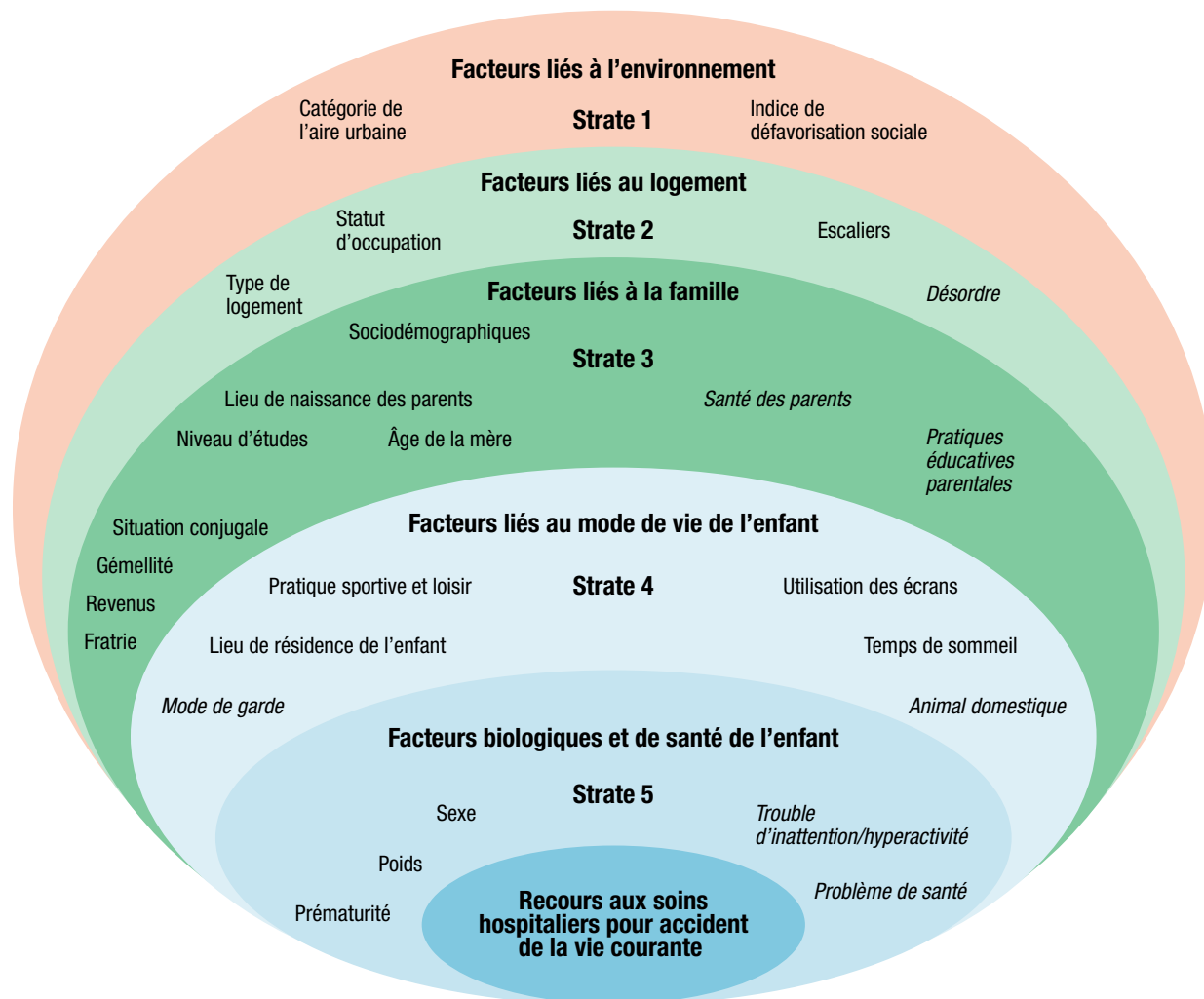
Dans un premier temps, les incidences annuelles moyennes des accidents ayant conduit à un recours hospitalier (consultation aux urgences avec ou sans hospitalisation) ont été estimées :

$$\frac{\text{nombre d'accidents pondérés}}{\text{nombre total des enfants pondérés} \times \text{nombre d'années}}$$

Les pondérations tiennent compte de la non-participation initiale et de l'attrition⁸. Les facteurs ont été analysés suivant une approche par étapes avec sélection progressive des variables selon leur strate. Des modèles de régression logistique multinomiale multivariés, avec pour référence l'absence de recours aux soins hospitaliers pour AcVC, ont été mis en œuvre. Un modèle par strate a été construit, en commençant par la strate 1 (les facteurs liés à l'environnement) jusqu'à la strate 5 (les facteurs biologiques et de santé de l'enfant) comme décrit dans la figure. Chaque modèle introduit les variables de sa strate et ajuste sur les variables significatives de la ou des strates supérieures. Lorsque la proportion de données manquantes d'une variable était supérieure à 5%, la catégorie « Manquant » a été mentionnée et analysée. Dans le cas contraire, les individus pour lesquels l'information était absente ont été exclus du ou des modèles correspondants.

Finalement, les variables dont l'association avec le risque d'accident était significative ($p < 0,05$) au niveau de chaque strate ont été intégrées dans un modèle logistique final et les associations mesurées après ajustement sur l'ensemble des variables retenues.

Facteurs pris en compte dans l'analyse des accidents de la vie courante avec recours aux soins hospitaliers selon les cinq strates descriptives du contexte de développement des enfants



Notes : En italique, ce sont les facteurs qui ont été étudiés à certains âges, car ils n'ont pas été recueillis aux âges antérieurs ou ultérieurs :

- problème de santé de l'enfant : « Est-il/elle limité(e) depuis au moins 6 mois dans les activités habituelles des enfants de son âge à cause d'un problème de santé (se déplacer seul, aller à l'école, se concentrer sur une activité, manger seul, voir, entendre...) ? » ;
- trouble d'inattention/hyperactivité : entre 2 et 10 ans. Le *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) permet de mesurer des difficultés socio-émotionnelles et comportementales de l'enfant. Il comprend cinq échelles de cinq questions chacune. Chaque question comprend trois réponses possibles. Seule l'échelle inattention/hyperactivité complétée par les parents est retenue dans les analyses présentées dans ce rapport. Un score par échelle est calculé permettant de classer les difficultés d'inattention/hyperactivité en trois catégories (« normal », « état limite » et « anormal ») ;
- mode de garde : entre 1 et 2 ans ;
- désordre au logement : entre 2 et 3 ans. Réponse à la question : « Chez moi c'est vraiment en désordre » [10] ;
- santé des parents : parent répondant. Entre 1 et 2 ans et entre 3 et 5 ans : détresse psychologique *Kessler Psychological Distress Scale* (K6) [11], ou problème de santé chronique du parent : question « Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique pour lequel vous consultez un médecin au moins une fois par an ? » [12]. Entre 2 et 3 ans : questions « Avez-vous pris un traitement pour une dépression ? » ou « pour des troubles de sommeil ? ». Entre 5 et 10 ans : le *Mini International Neuropsychiatric Interview French current DSM-IV* (MINI) a été choisi pour mesurer des symptômes d'épisodes dépressifs majeurs complété par la question : « Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique pour lequel vous consultez un médecin au moins une fois par an ? » ;
- pratiques éducatives parentales : entre 5 et 10 ans. Ce questionnaire est une traduction du *Alabama Parenting Questionnaire* (APQ) développé par Frick (1991) pour identifier les pratiques éducatives des parents à l'égard du jeune, notamment celles susceptibles d'entraîner des troubles du comportement chez lui. L'APQ est une échelle qui vise à mesurer cinq dimensions distinctes, à savoir : l'engagement parental, les comportements éducatifs positifs, la surveillance parentale, l'incohérence de la discipline et les punitions corporelles (dimension non utilisée dans l'étude) ;
- animal domestique : entre 2 et 10 ans.

Résultats

Incidence annuelle moyenne des recours aux soins pour les AcVC

Les incidences annuelles moyennes pondérées des AcVC avec recours aux urgences (avec et sans hospitalisation) sont respectivement de 14,1% entre 1 et 2 ans, 11,6% entre 2 et 3 ans, 7,8% entre 3 et 5 ans et 9,2% entre 5 et 10 ans.

Lésions associées aux AcVC ayant motivé un recours aux soins hospitaliers

La répartition par type de lésion est décrite dans le tableau 1. Entre 1 et 2 ans, la lésion la plus fréquente est le traumatisme crânien, quel que soit le mode de recours hospitalier. Entre 2 et 3 ans, les atteintes cutanées (plaies, coupures, écrasement) sont les causes les plus fréquentes de consultations aux urgences, et les traumatismes crâniens sont les causes les plus

Tableau 1

Répartition des types de lésion par âge entre 1 et 10 ans et par modalité de recours hospitaliers pour accident, étude Elfe, 2011-2022

Tranche d'âge	1 à 2 ans		2 à 3 ans		3 à 5 ans		5 à 10 ans	
n	12 243		11 011		10 408		9 662	
Type de recours hospitalier	Urgences seules	Hospitalisation	Urgences seules	Hospitalisation	Urgences seules	Hospitalisation	Urgences seules	Hospitalisation
Total	1 591	101	1 695	150	1 550	153	3 702	408
Type d'accident	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Traumatisme crânien	721 (45,3)	42 (41,6)	296 (17,5)	55 (36,7)	343 (22,1)	55 (35,9)	314 (8,5)	82 (20,1)
Plaie, coupure, écrasement	251 (15,8)	19 (18,8)	651 (38,4)	19 (12,7)	584 (37,7)	15 (9,8)	879 (23,7)	20 (4,9)
Fracture ou autre traumatisme*	437 (27,3)	12 (11,9)	579 (34,2)	40 (26,7)	507 (32,7)	68 (44,4)	2 415 (65,2)	268 (65,7)
Brûlure	74 (4,7)	12 (11,9)	28 (1,7)	4 (2,7)	20 (1,3)	5 (3,3)	12 (0,3)	3 (0,7)
Intoxication	42 (2,6)	11 (10,9)	44 (2,6)	13 (8,7)	15 (1,0)	3 (2,0)	9 (0,2)	2 (0,5)
Étouffement ou noyade	0 (0,0)	2 (2,0)	0 (0,0)	5 (3,3)		1 (0,7)		
Présence d'un corps étranger	68 (4,3)	1 (1,0)	97 (5,7)	6 (4,0)	80 (5,2)	4 (2,6)	73 (2,0)	
Non renseigné		2 (2,0)	0 (0,0)	8 (5,3)		2 (1,3)	0 (0,0)	33 (8,1)

Note : Les chiffres en gras correspondent aux deux types d'accidents les plus fréquents par tranche d'âge et par recours aux soins.

* Inclut les entorses, luxations, foulures et torsions.

fréquentes d'hospitalisation. Entre 3 et 5 ans, les atteintes cutanées restent en tête pour le recours aux urgences, mais les fractures ou autres traumatismes (entorses, luxations, etc.) deviennent la première cause d'hospitalisation pour accidents. Entre 5 et 10 ans, les fractures ou autres traumatismes sont les lésions les plus fréquentes pour les consultations aux urgences et les hospitalisations.

Facteurs associés aux AcVC ayant motivé un recours aux soins hospitaliers

Au niveau de la strate la plus distale, entre 1 et 2 ans, les communes rurales sont associées à un risque plus faible d'AcVC avec recours aux urgences seules (tableau 2). Entre 5 et 10 ans en revanche, c'est l'aire urbaine de Paris qui est associée à un moindre risque d'accidents avec hospitalisation. Dans cette tranche d'âge, un fort indice de défavorisation sociale de la commune de résidence est associé à un risque accru de ce type d'accidents.

Si l'on considère le logement de l'enfant, la présence d'escaliers est significativement associée aux AcVC avec recours aux urgences seules uniquement entre 3 et 5 ans, et un logement autre qu'une maison ou un appartement (caravane, hôtel...) est le facteur le plus fortement associé à ce type de recours aux soins pour AcVC entre 2 et 3 ans (tableaux 3 et 4).

Dans le cadre familial (tableaux 2 à 5), à partir de 2 ans, les problèmes de santé mentale ou physique du parent répondant sont systématiquement associés au risque d'AcVC avec recours aux urgences seules et avec hospitalisation. Entre 5 et 10 ans, on retrouve un moindre recours aux urgences pour accident lorsque les deux parents sont nés à l'étranger et, de façon plus modeste, lorsque la mère est plus âgée, entre 1 et 2 ans. Un score Alabama élevé d'engagement parental auprès de l'enfant protège contre le risque de recours hospitalier pour accident.

Les autres aspects testés : surveillance parentale (contrôle sur les horaires et les fréquentations), incohérence de la discipline et attitudes positives (encouragements, récompenses), ne présentent pas d'association significative.

Concernant le mode de vie de l'enfant (tableaux 2 à 5), la pratique régulière d'une activité sportive encadrée (en périscolaire, club, association) augmente le risque, à la fois pour les consultations aux urgences seules et les hospitalisations entre 5 et 10 ans. Les autres facteurs testés (temps de sommeil, d'écran, mode de garde chez les petits et présence d'un animal domestique) ne présentent pas d'association significative.

Enfin, s'agissant des caractéristiques propres à l'enfant (tableaux 2 à 5), on retrouve plus de recours aux urgences seules et plus d'hospitalisations pour des AcVC chez les garçons, quel que soit l'âge. Lorsque ce facteur a pu être testé, un trouble sévère de l'hyperactivité/de l'inattention a été associé aux deux types de recours aux soins hospitaliers pour AcVC entre 3 et 5 ans, et un trouble modéré ou sévère aux recours aux urgences seules entre 5 et 10 ans.

Discussion

Le travail réalisé sur une cohorte française d'enfants montre que l'incidence annuelle moyenne d'AcVC avec recours aux urgences observée dans la cohorte Elfe diminue avec l'âge des enfants (14,1% à 1-2 ans, contre 9,2% à 5-10 ans), conformément aux chiffres observés en France pour l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac)³, à partir des urgences hospitalières de certains hôpitaux, et en Europe¹³, en accord avec les différentes étapes du développement et des activités des enfants. L'étude met en évidence qu'il existe des liens entre les

Tableau 2

Associations entre les facteurs liés à l'enfant, à la famille, à l'habitat et à l'environnement et les accidents de la vie courante entre 1 et 2 ans dans des modèles socio-écologiques, étude Eife, 2017-2022

	Accidents de la vie courante n (%)		Modèle logistique ORa	
	Urgences sans hospitalisation	Hospitalisation	Urgences sans hospitalisation	Hospitalisation
	n (%)	n (%)	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]
Strate 1 Facteurs liés à l'environnement				
Nombre d'habitants de l'aire urbaine				
Rurale	150 (9,4)	12 (0,8)	0,72 [0,58-0,89]	0,83 [0,40-1,74]
Moins de 200 000 habitants	315 (11,6)	27 (1,0)	0,93 [0,78-1,11]	1,17 [0,64-2,14]
200 000-500 000 habitants	302 (13,9)	19 (0,9)	1,14 [0,96-1,37]	1,07 [0,56-2,05]
500 000-1 000 000 habitants	385 (11,5)	23 (0,7)	0,95 [0,80-1,12]	0,84 [0,46-1,56]
Aire urbaine de Paris	276 (11,7)	19 (0,8)	Réf	Réf
Strate 3 Facteurs liés à la famille				
Revenu par unité de consommation				
Manquant	48 (7,4)	10 (1,5)	0,62 [0,45-0,85]	2,35 [1,12-4,91]
Inférieur à 1 423 euros	445 (12,2)	37 (1,0)	1,09 [0,95-1,26]	1,54 [0,92-2,59]
Entre 1 423 et 1 996 euros	492 (12,5)	27 (0,7)	1,11 [0,96-1,28]	1,03 [0,59-1,79]
Supérieur à 1 996 euros	451 (11,3)	26 (0,6)	Réf	Réf
Âge maternel				
Moins de 31 ans	637 (13,0)	43 (0,9)	1,35 [1,18-1,56]	1,28 [0,77-2,13]
Entre 31 et 35 ans	462 (11,7)	33 (0,8)	1,19 [1,02-1,38]	1,26 [0,74-2,14]
Plus de 35 ans	336 (9,9)	24 (0,7)	Réf	Réf
Strate 5 Facteurs biologiques et de santé de l'enfant				
Sexe de l'enfant				
Masculin	800 (12,9)	64 (1,0)	1,27 [1,14-1,42]	1,79 [1,19-2,70]
Féminin	635 (10,6)	36 (0,6)	Réf	Réf

Associations mesurées par l'odds ratio, régression multinomiale avec pour référence la catégorie des enfants sans recours aux soins pour accidents ; n=12 168 ; données manquantes n=75, soit 0,61%.

Note : Les facteurs étudiés à cet âge étaient : le sexe de l'enfant, la prématurité, le z-score IMC (indice de masse corporelle), l'état de santé de l'enfant selon les parents, les activités physiques pratiquées avec la mère, le temps moyen quotidien passé devant la télévision, la durée totale de sommeil, le mode de garde, le lieu de résidence de l'enfant, la jumeauté, la taille de la fratrie, l'âge maternel, le revenu par unité de consommation, le niveau d'étude maternel et paternel, l'origine des parents, la situation familiale maternelle, la détresse psychologique du parent répondant, le type de logement, le statut d'occupation, la présence d'escaliers dans le logement, l'indice de défavorisation sociale, le nombre d'habitants de l'aire urbaine. Ceux n'apparaissant pas dans le tableau n'étaient pas significatifs à la strate dans laquelle ils ont été introduits. À part les facteurs périnataux, les facteurs analysés correspondent à la situation de la famille et de l'enfant lorsque celui-ci a 2 ans.

ORa : odds ratio ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

AcVC, avec et sans hospitalisation, et les différentes caractéristiques environnementales (l'aire urbaine, le type de logement, un faible indice de défavorisation sociale de la commune) et de santé de la famille (santé mentale parentale).

L'approche par strate, selon un modèle socio-écologique¹⁴, a été choisie pour prendre en compte les multiples corrélations entre les différents facteurs. Elle permet de reconnaître l'imbrication complexe entre tous les facteurs pouvant influencer la survenue d'accidents des enfants et de décrire leurs associations avec les accidents de façon hiérarchisée à différents niveaux possibles d'intervention.

Dans la littérature, de nombreux travaux décrivent une association entre la survenue d'accidents et l'environnement, les facteurs socio-économiques des familles^{6,15-18} ou les caractéristiques de leur logement⁶.

Lieu de vie

Dans nos résultats comme dans la littérature¹⁹, un indice élevé de défavorisation sociale de la commune est associé au risque d'accidents les plus graves, alors que vivre dans l'aire urbaine de Paris semble être un élément protecteur entre 5 et 10 ans. Une inégalité en termes de prévalence des accidents a été retrouvée en défaveur des territoires autres que Paris dans d'autres études²⁰. L'efficacité de l'aménagement de l'espace urbain pour les enfants (signalisation, restrictions de vitesse et zones de jeux sécurisées), mais aussi le type d'activités pratiquées par les enfants (peu de ski et d'escalade à Paris par exemple) peuvent contribuer à expliquer ces résultats. Nous observons également un moindre recours aux urgences pour les communes rurales chez les moins de 2 ans, ce qui peut s'expliquer par une limitation de l'accès aux soins hospitaliers liée à la distance à parcourir, surtout pour les accidents les moins sévères.

Tableau 3

Associations entre les facteurs liés à l'enfant, à la famille, à l'habitat et à l'environnement et les accidents de la vie courante entre 2 et 3 ans dans des modèles socio-écologiques, étude Eife, 2017-2022

	Accidents de la vie courant n (%)		Modèle logistique ORa [IC95%]	
	Urgences sans hospitalisation	Hospitalisation	Urgences sans hospitalisation	Hospitalisation
	n (%)	n (%)	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]
Strate 1 Facteurs liés à l'environnement				
Nombre d'habitants de l'aire urbaine				
Rurale	199 (14,1)	20 (14,3)	1,15 [0,93-1,43]	1,03 [0,56-1,90]
Moins de 200 000 habitants	304 (21,6)	38 (27,1)	1,08 [0,89-1,30]	1,22 [0,72-2,06]
Entre 200 000 et 500 000 habitants	301 (21,4)	21 (15,0)	1,34 [1,11-1,62]	0,84 [0,47-1,52]
Entre 500 000 et 1 000 000 habitants	369 (26,2)	33 (23,6)	1,06 [0,88-1,26]	0,81 [0,48-1,36]
Aire urbaine de Paris	236 (16,8)	28 (20,0)	Réf	Réf
Strate 2 Facteurs liés au logement				
Type de logement				
Maison	980 (69,5)	98 (69,5)	Réf	Réf
Appartement	418 (29,7)	43 (30,5)	0,89 [0,78-1,02]	0,95 [0,64-1,41]
Autre (caravane, hôtel...)	12 (0,9)	0 (0,0)	2,52 [1,29-4,94]	
Chez moi c'est vraiment en désordre				
D'accord	140 (10,0)	18 (13,0)	0,93 [0,77-1,13]	1,39 [0,83-2,32]
Ni d'accord, ni désaccord	250 (17,8)	35 (25,2)	1,01 [0,87-1,18]	1,67 [1,12-2,49]
Pas d'accord	1 014 (72,2)	86 (61,9)	Réf	Réf
Strate 3 Facteurs liés à la famille				
Parent répondant avec traitement pour un trouble anxio-dépressif				
Oui	155 (11,0)	19 (13,6)	1,31 [1,09-1,57]	1,64 [1,00-2,68]
Non	1 255 (89,0)	121 (86,4)	Réf	Réf
Strate 5 Facteurs biologiques et de santé de l'enfant				
Sexe de l'enfant				
Masculin	802 (56,9)	87 (62,1)	1,31 [1,17-1,47]	1,58 [1,12-2,23]
Féminin	608 (43,1)	53 (37,9)	Réf	Réf

Associations mesurées par l'odds ratio, régression multinomiale avec pour référence la catégorie des enfants sans recours aux soins pour accidents ; n=11 901 ; données manquantes n=110, soit 1,00%.

Note : Les facteurs étudiés à cet âge étaient le sexe de l'enfant, la prématurité, le poids (indice de masse corporelle), l'hyperactivité/inattention, la pratique régulière d'une activité de loisir, la présence d'un animal domestique, le temps moyen quotidien devant les écrans, la durée totale de sommeil, le lieu de résidence de l'enfant, la jumeauté, la taille de la fratrie, l'âge maternel, le revenu par unité de consommation, le niveau d'étude maternel et paternel, l'origine des parents, la situation familiale maternelle, le traitement pour un trouble anxio-dépressif et/ou pour des troubles de sommeil, le type de logement, le statut d'occupation, la présence d'escaliers dans le logement, la perception de désordre au foyer, l'indice de défavorisation sociale, le nombre d'habitants de l'aire urbaine. Ceux n'apparaissant pas dans le tableau n'étaient pas significatifs à la strate dans laquelle ils ont été introduits. Les facteurs analysés correspondent à la situation de la famille et de l'enfant lorsque celui-ci a 3 ans.

ORa : odds ratio ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; SDQ : *Strengths and Difficulties Questionnaire*.

Les logements les plus précaires sont associés à un recours aux urgences pour AcVC plus élevé. Ces logements peuvent être moins faciles à adapter et à équiper de matériel de puériculture assurant la sécurité des nourrissons⁶. Cependant, selon la cohorte britannique, après avoir pris en compte les différentes façons dont se construisent les inégalités sociales, elles-mêmes susceptibles d'agir comme médiateurs des AcVC, les chercheurs ont conclu qu'il est peu probable que les disparités chez les enfants puissent être rectifiées uniquement par des mesures et des politiques axées sur la sécurité de l'environnement et la surveillance des enfants¹⁷. Des politiques plus globales visant à améliorer les conditions socio-économiques, telles que l'augmentation des revenus des ménages, sont également indispensables^{17,21}.

Milieu familial

Un moindre recours aux soins pour les accidents les moins sévères s'observe aussi dans nos résultats lorsque les deux parents sont nés à l'étranger ou pour les mères les plus âgées, ce qui pourrait s'expliquer par des différences culturelles ou un accès inégal au recours aux soins²⁰, une différence dans la perception du risque, et/ou une plus grande capacité à prévenir ou gérer les accidents les moins graves.

Dans une revue systématique de la littérature, l'âge maternel a été aussi associé aux AcVC, sans spécifier si les accidents étaient graves ou non¹⁶. Selon nos résultats, le risque de recours aux urgences pour des AcVC moins sévères entre 1 à 2 ans peut diminuer de 34,6% chez les mères plus âgées, par

Tableau 4

Associations entre les facteurs liés à l'enfant, à la famille, à l'habitat et à l'environnement et les accidents de la vie courante entre 3 et 5 ans dans des modèles socio-écologiques, étude Eife, 2017-2022

	Accidents de la vie courante n (%)		Modèle logistique ORa [IC95%]	
	Urgences sans hospitalisation	Hospitalisation	Urgences sans hospitalisation	Hospitalisation
	n (%)	n (%)	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]
Strate 2 Facteurs liés au logement				
Présence d'escaliers				
Non renseigné	270 (20,6)	26 (18,2)	1,13 [0,94-1,35]	0,82 [0,50-1,35]
Oui	746 (56,8)	77 (53,9)	1,25 [1,08-1,45]	0,96 [0,65-1,42]
Non	297 (22,6)	40 (28,0)	Réf	Réf
Strate 3 Facteurs liés à la famille				
Problème de santé chronique du parent répondant				
Oui	330 (25,1)	31 (21,7)	1,24 [1,08-1,43]	1,01 [0,67-1,51]
Non	983 (74,9)	112 (78,3)	Réf	Réf
Strate 5 Facteurs biologiques et de santé de l'enfant				
Sexe de l'enfant				
Masculin	785 (59,8)	80 (55,9)	1,51 [1,34-1,70]	1,22 [0,87-1,71]
Féminin	528 (40,2)	63 (44,1)	Réf	Réf
Hyperactivité/inattention (SDQ)				
Normale	1 036 (78,9)	112 (78,3)	Réf	Réf
Modérée	96 (7,3)	8 (5,6)	1,08 [0,86-1,35]	0,86 [0,42-1,77]
Sévère	181 (13,8)	23 (16,1)	1,23 [1,03-1,47]	1,59 [1,00-2,51]

Associations mesurées par l'odds ratio, régression multinomiale avec pour référence la catégorie des enfants sans recours aux soins pour accidents ; n=10 401 ; données manquantes n=13, soit 0,09%.

Note : Les facteurs étudiés à cet âge étaient le sexe de l'enfant, la prématurité, le poids (indice de masse corporelle), le problème de santé limitant l'activité de l'enfant, l'hyperactivité/inattention, la pratique régulière d'une activité de loisir, le temps moyen quotidien à jouer dehors, la présence d'un animal domestique, le temps moyen quotidien devant les écrans, la durée totale de sommeil, le lieu de résidence de l'enfant, la gemellité, la taille de la fratrie, l'âge maternel, le revenu par unité de consommation, les niveaux d'étude maternel et paternel, l'origine des parents, la situation familiale maternelle, la détresse psychologique du parent répondant, le problème de santé chronique du parent, le type de logement, le statut d'occupation, la présence d'escaliers, l'indice de défavorisation sociale, le nombre d'habitants de l'aire urbaine. Ceux n'apparaissant pas dans le tableau n'étaient pas significatifs à la strate dans laquelle ils ont été introduits. Les facteurs analysés correspondent à la situation de la famille et de l'enfant lorsque celui-ci a 5,5 ans.

ORa : odds ratio ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; SDQ : *Strengths and Difficulties Questionnaire*.

rapport à celles étant plus jeunes, et de 26,5% pour les enfants de 5 à 10 ans. Cette tendance pourrait être associée à une expérience moindre et une insuffisance de sensibilisation des mères plus jeunes concernant les dangers de blessures auxquels les enfants font face en grandissant et en devenant plus actifs¹⁶.

Une autre caractéristique parentale apparaît dans notre étude en lien avec les AcVC : la santé physique (maladies chroniques) ou mentale des parents répondants est associée à un risque augmenté des recours aux soins, sans et avec hospitalisation. Cela rejoint d'autres travaux menés sur des données britanniques ou suédoises^{22,23}. Bien que les mécanismes ne soient pas clairs, il semble que le risque de blessures chez l'enfant puisse être diminué en favorisant l'accès rapide à des traitements pour la dépression et/ou pour l'anxiété maternelle²⁴, ou plus généralement avec des offres de soutien à la parentalité¹⁷. Chez l'ensemble des parents, pour les enfants âgés de 10 ans pour lesquels nous avons pu tester les associations avec les modes éducatifs parentaux, nous retrouvons un effet protecteur du score élevé

d'engagement parental qui est caractérisé par des discussions plus fréquentes avec l'enfant, l'aide à la planification et l'accompagnement de l'enfant dans ses activités²¹.

Mode de vie des enfants

Notre étude indique une association entre l'activité sportive encadrée et les AcVC, que cela soit en milieu scolaire ou en club, comme l'ont déjà montré plusieurs travaux menés à partir de cohortes d'enfants^{18,25}. La pratique des sports aide à prévenir la sédentarité et le surpoids, donc ceci renforce l'importance des politiques de prévention des blessures pendant la pratique auprès des jeunes et de la sécurité des structures sportives⁴.

Si dans la littérature, les problèmes de sommeil, liés ou non à l'usage des écrans, sont décrits comme étant associés aux accidents⁶, nous n'avons pas trouvé de lien entre l'utilisation des écrans et des AcVC, une fois prise en compte la pratique d'activités physiques. Il est possible que le lien, notamment avec le sommeil, apparaisse plus tardivement au cours de l'adolescence²⁶.

Tableau 5

Associations entre les facteurs liés à l'enfant, à la famille, à l'habitat et à l'environnement et les accidents de la vie courante entre 5 et 10 ans dans des modèles socio-écologiques, étude Elfe, 2017-2022

	Accidents de la vie courante n (%)		Modèle logistique ORa [IC95%]	
	Urgences sans hospitalisation	Hospitalisation	Urgences sans hospitalisation	Hospitalisation
	n (%)	n (%)	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]
Strate 1 Facteurs liés à l'environnement				
Indice de défavorisation sociale				
1 (moins défavorisé)	606 (26,2)	62 (19,3)	Réf	Réf
2	537 (23,2)	62 (19,3)	0,98 [0,85-1,13]	0,97 [0,67-1,41]
3	432 (18,7)	61 (18,9)	0,96 [0,82-1,12]	1,17 [0,79-1,72]
4	405 (17,5)	76 (23,6)	1,02 [0,86-1,20]	1,60 [1,09-2,37]
5 (plus défavorisé)	270 (11,7)	49 (15,2)	1,00 [0,83-1,20]	1,46 [0,94-2,26]
Nombre d'habitants de l'aire urbaine				
Rurale	109 (4,7)	23 (7,1)	0,79 [0,61-1,02]	1,58 [0,87-2,85]
Moins de 200 000 habitants	540 (23,3)	88 (27,3)	0,84 [0,71-1,00]	1,31 [0,83-2,05]
Entre 200 000 et 700 000 habitants	592 (25,6)	84 (26,1)	0,97 [0,83-1,14]	1,50 [0,97-2,31]
Plus de 700 000 habitants (hors Paris)	608 (26,3)	82 (25,5)	0,98 [0,85-1,14]	1,55 [1,03-2,34]
Aire urbaine de Paris	418 (18,1)	36 (11,2)	Réf	Réf
Strate 2 Facteurs liés au logement				
Statut d'occupation				
Propriétaire	1 847 (79,8)	250 (77,6)	Réf	Réf
Locataire	411 (17,8)	53 (16,5)	0,99 [0,87-1,13]	0,95 [0,69-1,32]
Autre	57 (2,5)	19 (5,9)	1,32 [0,95-1,83]	3,00 [1,76-5,10]
Strate 3 Facteurs liés à la famille				
Âge maternel				
Moins de 40 ans	965 (41,7)	127 (39,4)	1,17 [1,02-1,34]	0,87 [0,64-1,98]
Entre 40 et 45 ans	931 (40,2)	123 (38,2)	1,19 [1,04-1,36]	0,95 [0,70-1,29]
Plus de 45 ans	417 (18,1)	69 (21,4)	Réf	Réf
Origine des parents				
Deux parents nés en France	2 004 (86,6)	283 (87,9)	Réf	Réf
Deux parents nés à l'étranger	56 (2,4)	10 (3,1)	0,55 [0,40-0,75]	0,82 [0,42-1,61]
Un parent né en France	255 (11,0)	29 (9,0)	1,04 [0,89-1,22]	0,92 [0,62-1,37]
Symptômes d'épisode dépressif (Mini) du parent répondant				
Non	1 414 (61,1)	171 (53,1)	Réf	Réf
Oui	901 (38,9)	151 (46,9)	1,29 [1,13-1,47]	1,34 [1,00-1,81]
Problème chronique de santé d'un parent				
Non	428 (18,5)	63 (19,6)	Réf	Réf
Oui	1 887 (81,5)	259 (80,4)	1,06 [0,96-1,17]	1,46 [1,16-1,85]
Score Alabama				
Engagement parental	101 (4,4)	16 (5,0)	0,73 [0,58-0,91]	0,91 [0,54-1,53]
Non	2 214 (95,6)	306 (95,0)	Réf	Réf
Discipline inconstante	5 (0,2)	3 (0,9)	1,58 [0,53-4,72]	5,37 [1,40-20,64]
Non	2 310 (99,8)	319 (99,1)	Réf	Réf
Strate 4 Facteurs liés au mode de vie de l'enfant				
Pratique régulière de sport encadré				
Oui	1 968 (85,0)	278 (86,3)	1,28 [1,12-1,46]	1,65 [1,16-2,33]
Non	347 (15,0)	44 (13,7)	Réf	Réf



Tableau 5 (suite)

	Accidents de la vie courante n (%)		Modèle logistique ORa [IC95%]	
	Urgences sans hospitalisation	Hospitalisation	Urgences sans hospitalisation	Hospitalisation
	n (%)	n (%)	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]
Strate 5 Facteurs biologiques et de santé de l'enfant				
Sexe de l'enfant				
Masculin	1 279 (55,2)	193 (59,9)	1,19 [1,08-1,31]	1,42 [1,12-1,80]
Féminin	1 036 (44,8)	129 (40,1)	Réf	Réf
Hyperactivité/inattention (SDQ)				
Normale	1 712 (74,0)	243 (75,5)	Réf	Réf
Modérée	199 (8,5)	24 (7,5)	1,32 [1,11-1,58]	1,09 [0,71-1,69]
Sévère	404 (17,5)	55 (17,0)	1,48 [1,29-1,69]	1,23 [0,89-1,70]

Associations mesurées par l'odds ratio, régression multinomiale avec pour référence la catégorie des enfants sans recours aux soins pour accidents ; n=9 331 ; données manquantes n=331 (soit 3,42%).

Note : Les facteurs étudiés à cet âge étaient : le sexe de l'enfant, la prématurité modérée, le poids (indice de masse corporelle), le problème de santé limitant l'activité de l'enfant, l'hyperactivité/inattention, la pratique régulière de sport encadré et d'une activité de loisir, la présence d'un animal domestique, le temps moyen quotidien devant les écrans, la durée totale de sommeil, le lieu de résidence de l'enfant, la jumeauté, la taille de la fratrie, l'âge maternel, le revenu par unité de consommation, le niveau d'étude maternel et paternel, l'origine des parents, la situation familiale maternelle, le problème de santé chronique d'un parent, les épisodes dépressifs majeurs, le score Alabama (engagement parental, comportements éducatifs positifs, discipline inconstante, manque de surveillance parentale), le type de logement, le statut d'occupation, la présence d'escaliers, l'indice de défavorisation sociale, le nombre d'habitants de l'aire urbaine. Ceux n'apparaissant pas dans le tableau n'étaient pas significatifs à la strate dans laquelle ils ont été introduits. Les facteurs analysés correspondent à la situation de la famille et de l'enfant lorsque celui-ci a 10 ans.

ORa : odds ratio ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; SDQ : *Strengths and Difficulties Questionnaire* ; Mini : *Mini International Neuropsychiatric Interview French current DSM-IV* ; Alabama : *Alabama Parenting Score*.

En ce qui concerne les caractéristiques de santé de l'enfant, dans notre étude, le sexe masculin est associé aux AcVC, quel que soit l'âge, ce qui rejoint les résultats d'autres études^{6,27}. Cet excès de risques est en général attribué à un niveau plus élevé d'activités et à un modèle de comportement différent chez les garçons et les filles²⁸. Cette différence est déjà observée chez les enfants ayant entre 1 et 2 ans dans notre étude, avec une force d'association comparable à celle retrouvée aux âges plus élevés. Ce surrisque pourrait aussi être lié à une perception et une surveillance parentale différentes selon le sexe²⁹. Globalement, dans notre étude, le score de surveillance parentale, qui caractérise le fait de savoir où et avec qui est l'enfant, n'est pas associé au risque d'accidents, contrairement au score d'engagement parental caractérisé, lui, par le fait d'accompagner l'enfant dans ses activités, et à la dimension de discipline inconstante qui peut jouer un rôle dans la surveillance des enfants²¹.

Dans notre travail, les troubles sévères de l'attention/hyperactivité sont associés à un risque accru d'AcVC à tous les âges auxquels ils ont été étudiés (à partir de 3 ans), ce qui rejoint d'autres constats à l'international^{6,30}. Un certain nombre d'études mentionnent que ce risque peut être diminué dès lors qu'un diagnostic et un traitement corrects sont mis en place³¹.

L'investigation menée à partir de la cohorte Elfe a plusieurs forces, car elle repose sur un grand échantillon d'enfants vivant en France hexagonale, pour lesquels des informations à la fois sur les caractéristiques des AcVC des enfants, sur leur santé, sur leur environnement socio-économique et familial, ainsi

que sur leurs conditions de logement sont disponibles. Cette investigation reste donc pertinente.

Une des limites de l'étude est le caractère déclaratif par les parents des accidents, ainsi que de leur sévérité. Nous présumons qu'une part importante des enfants victimes d'AcVC ne recourent pas aux soins hospitaliers : ils sont pris en charge directement par leurs proches (automédication) ou par d'autres professionnels de santé à l'extérieur de l'hôpital (généralistes, pédiatres, autres professionnels de santé). Il est néanmoins admis que les consultations aux urgences et les hospitalisations sont des événements marquants dans la vie des familles, et que notre interrogation des parents répétée dans le temps limite les biais de mémorisation. Un recours aux soins hospitaliers reflète conjointement plusieurs caractéristiques : la gravité de la blessure, le comportement de l'adulte responsable, la possibilité d'avoir un recours aux soins à proximité, etc. Par exemple, il est difficile de conclure si les enfants de parents plus jeunes sont plus souvent blessés ou si leurs parents ont des difficultés pour les soigner eux-mêmes ou pour évaluer la nécessité d'une consultation médicale. Cependant, le fait de travailler sur les AcVC nécessitant un recours à l'hôpital permet de repérer les cas les plus graves qui doivent être ciblés en priorité par des mesures de prévention. La cohérence avec les autres données françaises renforce la validité de ces données déclaratives. Une deuxième limite réside dans le manque d'informations sur les circonstances exactes des accidents, dont certains sont susceptibles de relever de négligence grave ou de maltraitance. De plus, pour maximiser notre effectif d'analyse, les informations sur la santé des parents est limitée à celle du parent répondant

(qui est principalement la mère), en raison du nombre de valeurs manquantes pour le second parent.

Une autre limite est la sous-représentation dans la population de la cohorte Elfe des familles de contexte socio-économique très défavorisé, ce qui diminue la variabilité des conditions socio-économiques⁷. Les plus fragilisés socialement sont peu représentés dans Elfe ou perdus de vue. Les familles qui ont accepté et continuent de participer, sont celles qui, d'emblée, manifestent un intérêt pour la santé de leur enfant. Par exemple, parmi les facteurs sociodémographiques, les revenus, le niveau d'études parental, la situation conjugale, la fratrie n'ont pas été associés aux accidents dans notre étude, alors qu'ils ont pu l'être dans d'autres études à l'étranger^{6,18}. Il est donc possible que ces associations ne soient expliquées que par les situations très défavorisées peu représentées dans notre échantillon. Néanmoins, le jeune âge maternel et les problèmes de santé mentale ou physique des parents sont les facteurs que nous retrouvons régulièrement associés au risque d'accidents ou d'accidents grave à partir de 1 an dans la strate famille. Or, ces facteurs sont des médiateurs importants de la relation entre niveau socio-économique et risque d'accidents.

Conclusion

En conclusion, l'étude Elfe permet d'évaluer l'incidence du recours aux urgences pour les AcVC entre 1 et 10 ans, ainsi que l'hétérogénéité des différents types d'accident en fonction de l'âge. Plusieurs facteurs associés à une augmentation des recours hospitaliers pour les AcVC ont pu être identifiés : les problèmes de santé des parents, les modes éducatifs parentaux, aux côtés de facteurs propres à l'enfant et de facteurs plus structurels, liés à son lieu de vie. Cette analyse met en évidence la complexité de ce sujet de santé publique et demande d'approfondir la recherche, tout en proposant des solutions élaborées collectivement par les différents acteurs et institutions susceptibles d'intervenir pour réduire la fréquence et la gravité de ces accidents qui surviennent dans des contextes très différents (cadre domestique, école, activité sportive, activité de loisirs). ■

Liens d'intérêt

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

Financement

L'enquête Elfe est une réalisation conjointe de l'Institut national d'études démographiques (Ined) et de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), en partenariat avec l'Établissement français du sang (EFS), Santé publique France, l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), la Direction générale de la santé (DGS, ministère de la Santé, de la Famille, et de l'Autonomie des personnes handicapées), la Direction générale de la prévention des risques (DGPR, ministère de l'Environnement), la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees, ministère de la Santé, de la Famille, et de l'Autonomie des personnes handicapées), le Département des études, de la prospective et des statistiques (DEPS, ministère de la Culture), la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf),

et avec le soutien du ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation et de l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (Injep). Dans le cadre de la plateforme Reconai[®], elle bénéficie d'une aide de l'État, gérée par l'Agence nationale de la recherche, au titre du programme Investissements d'avenir portant les références ANR-11-EQPX-0038 et ANR-19-COHO-0001.

Références

- [1] Paget LM, Thélot B, Pédrone G. Home and leisure injuries in mainland France based on the health care and insurance survey, 2012. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2018;(66) Suppl5:S338-9.
- [2] Ung A, Chatignoux E, Beltzer N. Analyse de la mortalité par accident de la vie courante en France, 2012-2016. *Bull Epidemiol Hebd*. 2021;(16):290-301. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/16/2021_16_2.html
- [3] Santé publique France. Les accidents de la vie courante chez les moins de 15 ans en France métropolitaine. Analyse des données de l'enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC) sur la période 2014-2018. Saint-Maurice: Santé publique France; 2021. 30 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/enquetesetudes/les-accidents-de-la-vie-courante-chez-les-moins-de-15-ans-en-france-metropolitaine-analyse-des>
- [4] Direction générale de la santé. Priority on prevention. Staying healthy for life. Paris: Direction générale de la santé; 2018. 6 p. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie-11031/>
- [5] DeGeorge KC, Neltner CE, Neltner BT. Prevention of unintentional childhood injury. *Am Fam Physician*. 2020;102(7):411-7.
- [6] Gallagher L, Breslin G, Leavey G, Curran E, Rosato M. Determinants of unintentional injuries in preschool age children in high-income countries: A systematic review. *Child Care Health Dev*. 2024;50(1):e13161.
- [7] Charles MA, Thierry X, Lanoe JL, Bois C, Dufourg MN, Popa R, et al. Cohort profile: The French national cohort of children (ELFE): Birth to 5 years. *Int J Epidemiol*. 2020;49(2):368-9j.
- [8] Siméon T. Enquête « Elfe » : pondérations des enquêtes nationales. 2019. 19 p. https://pandora-elfe.inserm.fr/doc/Pond%C3%A9rations_enqu%C3%AAtes_nationales.pdf
- [9] Goodman R. The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38(5):581-6.
- [10] Matheny A.P, Wachs T.D, Ludwig J.L, Phillips K. Bringing order out of chaos: Psychometric characteristics of the confusion, hubbub, and order scale. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 1995;(16):429-44.
- [11] Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, et al. Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(2):184-9.
- [12] 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.
- [13] European Association for Injury Prevention and Safety Promotion (EAFIPAS), Bejko D, Pastore J. Injuries in the European Union: Summary of injury statistics for the years 2012-2014. Amsterdam: EuroSafe; 2016. 49 p. <http://www.eurosafe.eu.com/key-actions/injury-data/reports>
- [14] McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Q*. 1988;15(4):351-77.
- [15] Henery PM, Dundas R, Katikreddi SV, Leyland A, Wood R, Pearce A. Social inequalities and hospital admission for unintentional injury in young children in Scotland: A nationwide linked cohort study. *Lancet Reg Health Eur*. 2021;6:100117.

- [16] Ghebream L, Kool B, Lee A, Morton S. Risk factors of unintentional injury among children in New Zealand: A systematic review. *Aust N Z J Public Health*. 2021;45(4):403-10.
- [17] Scherrer IR, Alves CR. Association of maternal depression, family composition and poverty with maternal care and physical health of children in the first year of life. *J Hum Growth Dev*. 2021;31(1):18-27. <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/jhgd/article/view/10859>
- [18] Andersen IK, Lauritsen J. Social inequalities in unintentional childhood injury incidence suggest subgroup identification and differentiation in the municipal planning of preventive efforts. *Scand J Public Health*. 2020;48(2):200-6.
- [19] Rey G, Jouglu E, Fouillet A, Hémon D. Ecological association between a deprivation index and mortality in France over the period 1997-2001: Variations with spatial scale, degree of urbanicity, age, gender and cause of death. *BMC Public Health*. 2009;(9):33.
- [20] Bagein G, Costemalle V, Deroyon T, Hazo JB, Naouri D, Pesonel E, *et al*. L'état de santé de la population en France à l'aune des inégalités sociales. *Les dossiers de la Dress*. 2022;(102):1-66. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/letat-de-sante-de-la-population-en>
- [21] Campbell M, Lai ET, Pearce A, Orton E, Kendrick D, Wickham S, *et al*. Understanding pathways to social inequalities in childhood unintentional injuries: Findings from the UK millennium cohort study. *BMC Pediatr*. 2019;19(1):150.
- [22] Baker R, Kendrick D, Tata LJ, Orton E. Association between maternal depression and anxiety episodes and rates of childhood injuries: A cohort study from England. *Inj Prev*. 2017;23(6):396-402.
- [23] Nevriana A, Pierce M, Dalman C, Wicks S, Hasselberg M, Hope H, *et al*. Association between maternal and paternal mental illness and risk of injuries in children and adolescents: Nationwide register based cohort study in Sweden. *BMJ*. 2020;369:m853.
- [24] Mulvaney C, Kendrick D. Do maternal depressive symptoms, stress and a lack of social support influence whether mothers living in deprived circumstances adopt safety practices for the prevention of childhood injury? *Child Care Health Dev*. 2006;32(3):311-9.
- [25] Gong H, Lu G, Ma J, Zheng J, Hu F, Liu J, *et al*. Causes and characteristics of children unintentional injuries in emergency department and its implications for prevention. *Front Public Health*. 2021;9:669125.
- [26] Zhang R, Zhu H, Xiao Q, Wu Q, Jin Y, Liu T, *et al*. Association between excessive screen time and falls, with additional risk from insufficient sleep duration in children and adolescents, a large cross-sectional study in China. *Front Public Health*. 2024;12:1452133.
- [27] Ribeiro MG, Paula AB, Bezerra MA, Rocha SS, Avelino FV, Gouveia MT. Social determinants of health associated with childhood accidents at home: An integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(1):265-76.
- [28] Morrongiello BA, Corbett M, Stewart J. Understanding sex differences in children's injury risk as pedestrians. *J Pediatr Psychol*. 2020;45(10):1144-52.
- [29] Morrongiello BA, McArthur BA, Spence JR. Understanding gender differences in childhood injuries: Examining longitudinal relations between parental reactions and boys' versus girls' injury-risk behaviors. *Health Psychol*. 2016;35(6):523-30.
- [30] Culasso M, Porta D, Brescianini S, Gagliardi L, Michelozzi P, Pizzi C, *et al*. Unintentional injuries and potential determinants of falls in young children: Results from the Piccolipiù Italian birth cohort. *PLoS One*. 2022;17(10):e0275521.
- [31] Dalsgaard S, Leckman JF, Mortensen PB, Nielsen HS, Simonsen M. Effect of drugs on the risk of injuries in children with attention deficit hyperactivity disorder: A prospective cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(8):702-9.

Citer cet article

Címbaro Canella HR, Milcent K, Dufourg M-N, Arneton M, Gassama M, Paget L-M, *et al*. Accidents de la vie courante motivant un recours aux soins hospitaliers chez les enfants âgés de 1 à 10 ans : étude des facteurs associés au sein de la cohorte Elfe. *Bull Epidemiol Hebd*. 2026;(16):354-64. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/16/2026_16_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.



ANALYSE DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES CHEZ LES PATIENTS HOSPITALISÉS EN PSYCHIATRIE : ÉTUDE DESCRIPTIVE RÉTROSPECTIVE

// ANALYSIS OF SERIOUS ADVERSE EVENTS IN PATIENTS HOSPITALISED IN PSYCHIATRIC WARDS: A RETROSPECTIVE DESCRIPTIVE STUDY

Elena Rentea^{1,2} (elena.rentea@chu-nimes.fr), Sylvie Louvard³, Pierre-Marie Roger⁴, Patricia Étienne^{1,2}

¹ Centre hospitalier Le Mas Careiron, Uzès

² Fédération régionale de recherche en psychiatrie et en santé mentale d'Occitanie (Ferrepsy), Saint-André-lez-Lille

³ Service Samu Smur urgences, Centre hospitalier universitaire de Nîmes

⁴ Service infectiologie, polyclinique Les Fleurs, Ollioules

Soumis le 29.09.2025 // Date of submission: 09.29.2025

Résumé // Abstract

Introduction – Les personnes atteintes de troubles psychiatriques présentent une mortalité plus élevée que la population générale, notamment en lien avec les facteurs de risque cardiovasculaire, les psychotropes et un accès limité aux soins. Ce constat suggère une plus grande incidentalité en hospitalisation psychiatrique. L'objectif principal de cette étude est de décrire la survenue des événements indésirables graves (EIG) au cours d'une hospitalisation en psychiatrie, définis ici par les décès inattendus survenant durant l'hospitalisation et les transferts non programmés vers les services d'urgences générales.

Méthode – Une étude descriptive rétrospective monocentrique a été réalisée sur une période de 24 mois, pour analyser les EIG parmi les adultes hospitalisés en établissement psychiatrique. Les caractéristiques démographiques, les comorbidités, les motifs de recours aux urgences et les diagnostics, l'iatrogénie, la mortalité à un et six mois de la survenue de l'EIG ont été répertoriés.

Résultats – Au total, 144 EIG (6,4%) ont été recensés, dont 137 transferts urgents et 7 décès. Les urgences vitales représentaient 51% des EIG, principalement par détresse respiratoire. L'iatrogénie était suspectée dans 41% des EIG et une cause infectieuse dans 38% des cas. Au cours des 48 premières heures d'hospitalisation, 20% des EIG ont été observés. La mortalité à un mois après la survenue de l'EIG était de 10% (15 cas sur 144).

Conclusion – L'analyse des EIG en cours d'hospitalisation en psychiatrie permet de cibler les axes d'amélioration, notamment une surveillance accrue dans les 48 premières heures et une meilleure prévention de l'iatrogénie.

Introduction – People with psychiatric disorders have higher mortality rate than the general population, particularly due to cardiovascular risk factors, psychotropic drugs, and limited access to care. This observation suggests a higher incidentality during psychiatric hospitalisations. In this context, the primary objective of this study is to describe the occurrence of serious adverse events (SAE) during psychiatric hospitalisation, defined in this study as unexpected deaths occurring during hospitalisation and unscheduled transfers to a general emergency department.

Method – A single-center retrospective descriptive study took place over a 24 months period to analyse SAE among adults hospitalised in psychiatric facilities. Demographic characteristics, comorbidities, reasons for emergency department visits and diagnoses, iatrogenic events, and mortality at one and six months after the onset of the SAE were recorded.

Results – A total of 144 SAE (6.4%) were recorded, including 137 emergency transfers and 7 deaths. Life-threatening emergencies accounted for 51% of adverse events, mainly due to respiratory distress. Iatrogenic causes were suspected in 41% of adverse events and infectious causes in 38% of cases. The mortality rate one month after the onset of the SAE was 10% (15 out of 144 cases). During the first 48 hours of hospitalisation, 20% of adverse events were observed.

Conclusion – Analysis of SAE during psychiatric hospitalisations helps identify areas for improvement, including increased monitoring during the first 48 hours and better prevention of iatrogenic events.

Mots-clés : Psychiatrie, Hospitalisation, Mortalité, Urgences somatiques, Iatrogénie, Soins spécialisés, Comorbidités, Complications cardiovasculaires

// **Keywords**: Psychiatry, Hospitalisation, Mortality, Somatic emergencies, Iatrogenesis, Specialised care, Comorbidities, Cardiovascular complications

Introduction

Les personnes atteintes de troubles mentaux présentent une mortalité globale deux à trois fois plus élevée que celle observée dans la population générale du même âge et du même sexe. La réduction de l'espérance de vie est estimée à environ 20 ans chez les hommes et 15 ans chez les femmes^{1,2}. La surmortalité concerne surtout les patients atteints de troubles mentaux sévères, notamment psychotiques et bipolaires. Elle est en grande partie liée à des affections d'origine cardiovasculaire et respiratoire, ainsi qu'à la présence de comorbidités et de facteurs de risque modifiables^{3,4}. Une part de cette mortalité est également liée aux comportements suicidaires, directement associés aux troubles psychiatriques. Il semble que le mode de vie et l'exposition aux effets secondaires des médicaments psychotropes expliquent en grande partie le risque accru de la plupart de ces maladies physiques. Par ailleurs, il est clairement établi que les personnes souffrant de troubles mentaux sévères bénéficient moins souvent des soins standards pour la majorité de ces maladies⁵. Ce constat soulève la question de l'organisation des soins hospitaliers⁶ et de la survenue d'événements graves au cours des hospitalisations en psychiatrie, alors que les données épidémiologiques restent limitées⁷⁻⁹. L'objectif principal de cette étude est de décrire la survenue des événements indésirables graves (EIG) au cours d'une hospitalisation en psychiatrie, définis dans ce travail par les décès inattendus survenant durant l'hospitalisation et les transferts non programmés vers un service d'urgences générales et repérés par le dossier médical informatisé. Les objectifs secondaires sont de caractériser les causes de ces EIG, d'explorer la part potentielle de l'iatrogénie, d'analyser leur temporalité de survenue au cours de l'hospitalisation et d'évaluer la mortalité à un et six mois de la survenue de l'EIG.

Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, dans un Établissement public de santé mentale (EPSM) de 168 lits d'hospitalisation à temps plein, situé dans le sud-est de la France. Les unités d'hospitalisation comptaient trois unités d'entrée sectorisées (psychiatrie aiguë) et des unités intersectorielles (soins intensifs de psychiatrie, psychogériatrie, jeunes adultes, autistes sévères). Les admissions dans l'établissement pouvaient se faire directement depuis le domicile, via les urgences générales d'un autre établissement hospitalier ou sur adressage par les structures ambulatoires du secteur (notamment les centres médico-psychologiques).

Une évaluation clinique était réalisée à l'admission par le psychiatre. L'examen somatique était effectué par un médecin généraliste présent dans l'établissement aux heures ouvrables. En dehors de ces horaires, l'évaluation initiale était assurée par le psychiatre de garde et l'examen somatique pouvait être réalisé secondairement par le médecin généraliste, conformément à l'organisation des soins qui prévoit sa

réalisation dans les 48 premières heures d'hospitalisation. Les admissions sous contrainte bénéficiaient, conformément à la réglementation, d'un examen somatique systématique à l'admission.

Selon la situation clinique, un avis urgentiste pouvait également être sollicité avant l'admission ou au cours de l'hospitalisation. Dans ce contexte organisationnel, les transferts vers les urgences générales correspondaient aux situations nécessitant une prise en charge somatique hospitalière et ont été retenus comme critères d'EIG dans cette étude. Tous les EIG survenus au cours d'hospitalisation à temps plein d'adultes ont été inclus. Les caractéristiques démographiques, les comorbidités, les motifs de recours aux urgences et les diagnostics, le délai entre l'hospitalisation en psychiatrie et l'EIG, l'iatrogénie, la mortalité à un et six mois après la survenue de l'EIG ont été répertoriés.

L'iatrogénie est définie comme probable si elle était explicitement mentionnée dans le diagnostic aux urgences, ou comme possible si le motif de transfert correspondait à un effet indésirable décrit dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) d'un médicament administré lors de l'EIG.

Cette approche est descriptive et exploratoire, adaptée au caractère rétrospectif de l'étude et aux informations disponibles dans les dossiers médicaux. L'application de méthodes formelles d'imputabilité, telles que celles proposées par Naranjo ou l'OMS, n'était pas possible en raison de l'absence de certaines données cliniques nécessaires à leur utilisation.

Une urgence vitale est définie par un arrêt cardio-respiratoire (dont les décès inattendus) ou une défaillance critique d'organe ou multiviscérale aiguë. Les critères retenus sont : pour la défaillance respiratoire, une saturation en oxygène inférieure à 92% ou une diminution de 30% par rapport à la valeur habituelle chez les patients présentant une insuffisance respiratoire chronique, pour la défaillance hémodynamique, une tension artérielle systolique inférieure à 90 mmHg, pour la défaillance neurologique, une échelle de Glasgow inférieure à 13, ou altération significative de la vigilance, et pour la défaillance circulatoire, une douleur thoracique ou un trouble du rythme cardiaque. L'infection associée aux soins (IAS) est définie par tout événement infectieux se manifestant dans un délai supérieur à 48 heures après l'admission, si elle n'était ni présente, ni en incubation avant le début de l'hospitalisation¹⁰. Le suivi post-transfert inclut la mortalité à un et six mois de la survenue de l'EIG, déterminée grâce au suivi post-hospitalisation par contact avec le patient, sa famille, son médecin traitant, ou via les dossiers de suivi ambulatoire ou de réhospitalisation au sein de l'EPSM.

Les analyses ont principalement une visée descriptive. Une analyse univariée exploratoire des facteurs associés à la mortalité à un mois après la survenue de l'EIG a également été réalisée. Les données ont été étudiées à l'aide du logiciel StatView® version 5.0, et la signification statistique a été établie pour une valeur $\alpha=0,05$. Les variables continues ont été

comparées à l'aide du test t de Student ou du test non paramétrique de Mann-Whitney. Les proportions ont, quant à elles, été comparées grâce au test Chi2 ou au test exact de Fisher. Cette étude rétrospective repose sur l'analyse de données issues des dossiers médicaux et n'implique aucune intervention sur les patients. Le protocole a été présenté au comité éthique de l'établissement, qui a validé sa réalisation, conformément aux règles de confidentialité et d'anonymisation des données.

Résultats

En 2022 et 2023, sur 2 255 admissions en hospitalisation à temps plein, 144 EIG étaient enregistrés, représentant ainsi 6,4% des admissions. Parmi eux, 137 étaient des transferts aux urgences (95%) et 7

des décès inattendus (5%), soit un taux de mortalité inattendue de 3 pour 1 000 admissions (tableau 1). La moyenne d'âge était de 58 ans (de 16 à 94 ans), avec un sex-ratio hommes/femmes de 1,3. La moyenne d'âge des décès intrahospitaliers était de 60 ans (de 46 à 92 ans). Une cause iatrogène a été suspectée dans 41% des EIG (59/144), dont 10% probables (15/144). Parmi les EIG avec iatrogénie suspectée ou probable, un tiers des cas correspondait à des troubles de vigilance associés à des infections respiratoires basses (pneumopathies d'inhalation) et un tiers à des troubles de vigilance isolés, tous attribuables à l'utilisation – seule ou en association – de benzodiazépines (tableau 2). Les infections représentaient 38% des EIG (55 cas sur 144), et 36% (52 cas sur 144) étaient des IAS. Concernant tous les cas d'infection, la moitié étaient pulmonaires (29 cas

Tableau 1

Caractéristiques des 144 EIG survenus dans un EPSM en 2022 et 2023

	Total (%)	Issue favorable à un mois de la survenue de l'EIG (%)	Décès à un mois de la survenue de l'EIG (%)	p-value
Effectif	n=144 (100%)	n=129 (90%)	n=15 (10%)	
Âge (ans) moyen /étendue	58/16-94	57/16-94	59/42-92	0,264
Sex-ratio (H/F)	1,21	1,11	2,75	0,128
Comorbidités				
Cardiologiques	72 (50%)	65 (50%)	7 (47%)	0,785
Pneumologiques	49 (34%)	42 (33%)	7 (47%)	0,275
Neurologiques	50 (35%)	49 (38%)	1 (7%)	0,033
Cancer évolutif	18 (12%)	18 (14%)	0 (0%)	0,256
Diabète	17 (12%)	14 (11%)	3 (20%)	0,537
Hépatiques et digestives	34 (24%)	29 (22%)	5 (33%)	0,348
Néphrologiques et urologiques	18 (12%)	15 (12%)	3 (20%)	0,606
Obésité	26 (18%)	22 (17%)	4 (27%)	0,582
Trouble de l'usage de l'alcool	21 (15%)	15 (12%)	6 (40%)	0,003
Tabagisme actif	63 (44%)	54 (42%)	9 (60%)	0,180
Urgences vitales	73 (51%)	59 (46%)	14 (93%)	0,001
Catégorie diagnostique EIG				
Infectiologie	55 (38%)	52 (40%)	3 (20%)	0,210
<i>Dont IAS</i>	52 (36%)	50 (39%)	2 (13%)	0,097
Traumatologie	19 (13%)	19 (15%)	0 (0%)	0,233
Cardiologie	18 (12%)	12 (9%)	6 (40%)	<0,001
Digestif	17 (12%)	15 (12%)	2 (13%)	>0,999
Neuropsychiatrie	19 (13%)	18 (14%)	1 (7%)	0,699
Autre	20 (14%)	16 (12%)	4 (27%)	0,263
Iatrogénie				
Possible	59 (41%)	54 (42%)	5 (33%)	0,525
Probable	15 (10%)	14 (11%)	1 (7%)	0,955
Durée séjour avant EIG				
<48 heures	28 (19%)	24 (19%)	4 (27%)	0,687
3-30 jours	66 (46%)	61 (47%)	5 (33%)	-
>30 jours	50 (35%)	44 (34%)	6 (40%)	0,480

EIG : événement indésirable grave ; EPSM : établissement public de santé mentale ; IAS : infection associée aux soins.

Tableau 2

Iatrogénie médicamenteuse possible ou probable dans les EIG rapportés en 2022-2023 : molécules impliquées et événements indésirables associés

	Iatrogénie possible N=59	Iatrogénie probable N=15
Molécules		
BZD	23 (39%)	3 (20%)
BZD+NL	13 (22%)	5 (33%)
NL	17 (28%)	5 (33%)
NL+ATD	1 (2%)	
Lithium	1 (2%)	
Chimiothérapie	2 (3%)	1 (7%)
AAP	1 (2%)	
Vit D	1 (2%)	1 (7%)
Type d'EIG		
Infection respiratoire basse + trouble de la vigilance	20 (34%)	5 (33%)
Trouble de la vigilance isolé	20 (34%)	5 (33%)
Trouble métabolique	5 (8%)	2 (13%)
Rétention aiguë d'urines	5 (8%)	1 (7%)
Syndrome occlusif	5 (8%)	1 (7%)
Neutropénie fébrile	2 (4%)	1 (7%)
Hémorragie	1 (2%)	
Trouble du rythme cardiaque	1 (2%)	

EIG : Événements indésirables graves ; BZD : benzodiazépine ; NL : neuroleptique ; ATD : antidépresseur ; AAP : antiagrégant plaquettaire.

sur 55, 53%), suivies des infections urinaires (9 cas sur 55, 16%), digestives (8 cas sur 55, 15%) et de la peau et des tissus mous (8 cas sur 55, 13%). Le délai de survenue d'un EIG était inférieur à 48 heures dans 20% des cas, soulignant une période à haut risque en début d'hospitalisation. Les urgences vitales constituaient 51% des EIG (73 cas sur 144), principalement dues à des défaillances respiratoires (47%, 34 cas sur 73), neurologiques (19%, 14 cas sur 73) et multiviscérales (14%, 10 cas sur 73). Une cause infectieuse était retrouvée dans 42% (31 cas sur 73) des urgences vitales. Les transferts sans urgence vitale (71 cas sur 144) étaient principalement motivés par des causes infectieuses (34%, 24 cas sur 71) et traumatiques (24%, 17 cas sur 71). La mortalité était de 10% (15 cas sur 144) à un mois et atteignait 16% (23 cas sur 144) à six mois après la survenue de l'EIG. En analyse univariée, les décès à un mois faisant suite à l'EIG étaient significativement associés aux troubles liés à l'usage d'alcool ($p=0,003$) et aux urgences vitales à l'admission ($p=0,001$).

Discussion

Peu d'études s'intéressent aux EIG chez les patients hospitalisés en psychiatrie. À notre connaissance, cette étude rétrospective est la première en France permettant d'analyser les EIG et leurs causes potentielles au sein d'un établissement psychiatrique. La

détresse respiratoire était le principal diagnostic d'urgence vitale, avec mention fréquente de pneumonie d'inhalation.

Ceci peut s'expliquer par les principales causes d'EIG identifiées dans ce travail, à savoir l'iatrogénie et les infections, l'iatrogénie ayant été suspectée dans 41% des EIG, dont 10% qualifiés de probables. Ces chiffres reflètent la nature exploratoire et descriptive de notre analyse, en lien avec les informations disponibles dans les dossiers médicaux. La majorité des EIG suspectés d'être iatrogènes correspondaient à des troubles de vigilance, parfois associés à des infections respiratoires basses, ou à l'utilisation, seule ou en association, de benzodiazépines.

Il convient d'interpréter ces résultats avec prudence, car la définition de l'iatrogénie retenue repose, soit sur la mention dans le diagnostic aux urgences, soit sur la référence aux effets indésirables connus dans les RCP, sans recours à des méthodes formelles d'imputabilité (Naranjo, OMS). Cette approche permet cependant de fournir une estimation indicative de la contribution possible de l'iatrogénie aux événements survenus.

De plus, ces résultats sont cohérents avec deux études australiennes s'intéressant aux facteurs associés et aux diagnostics des appels à une équipe de soins d'urgence réalisés pour les patients hospitalisés en psychiatrie^{8,9}. Dans ces travaux, les diagnostics les plus fréquents associés aux transferts aux urgences étaient aussi l'iatrogénie et les infections.

Bien que la mortalité prématurée chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques soit largement documentée¹⁻⁴, les décès survenant durant une hospitalisation psychiatrique restent encore peu explorés. Dans notre travail, 5% des EIG étaient des décès inattendus, soit une mortalité intrahospitalière de 3 sur 1 000 admissions, concernant une population jeune (moyenne d'âge de 60 ans). Ces chiffres peuvent être mis en perspective avec une étude australienne menée en Nouvelle-Galles du Sud¹¹, qui recensait 471 décès en unités psychiatriques hospitalières sur une période de dix ans, soit environ un sur 100, dont un tiers était jugé potentiellement évitable, soulignant l'importance d'une prise en charge médicale rapide et adaptée pour améliorer la chaîne de survie intrahospitalière. Plusieurs travaux ont mis en évidence le fait que ces décès sont souvent liés à des complications cardiovasculaires, telles que l'allongement de l'intervalle QT^{12,13} ou les arythmies^{13,14}, parfois induites par certains psychotropes. La définition des EIG dans ce travail est élargie à la mortalité inattendue intrahospitalière et aux recours aux urgences non programmés, permettant d'étudier la mortalité à un mois de la survenue de l'EIG. Ainsi, des points de vigilance peuvent être soulignés pour diminuer la morbi-mortalité intrahospitalière, tels que la formation aux urgences vitales avec une prise en charge somatique coordonnée. La prévention de l'iatrogénie est un point clé également, puisqu'elle était présente dans 51% des EIG.

De plus, 20% des EIG survenaient dans les 48 premières heures d'hospitalisation en psychiatrie. Ce chiffre élevé souligne la nécessité d'une vigilance particulière en début d'hospitalisation, période de plus grande fréquence d'incidents. On peut questionner, pour expliquer ce résultat, l'erreur d'orientation (avec un possible sous-diagnostic des problématiques somatiques en amont de l'hospitalisation en psychiatrie pour les patients présentant comme comorbidité des troubles mentaux^{15,16}), mais aussi l'utilisation de neuroleptiques et de benzodiazépines à plus fortes posologies en phase aiguë d'hospitalisation en psychiatrie. Afin d'affiner l'interprétation de ce résultat et de mieux identifier les périodes à risque, des études de cohortes hospitalières ou une déclaration prospective informatisée des EIG seraient nécessaires afin d'analyser les délais de survenue et les facteurs associés. Après un EIG, la plupart des patients étaient, soit maintenus dans l'EPSM, soit réhospitalisés dans l'établissement, et seuls quelques-uns ont été orientés vers d'autres structures ou n'y sont pas retournés, notamment en cas de décès.

De façon générale, l'occurrence des EIG pour les patients hospitalisés en psychiatrie doit amener à questionner l'organisation des soins. La majorité des études citées concernaient des unités de psychiatrie intégrées à des hôpitaux généraux, bénéficiant d'un accès rapide aux soins somatiques. Or, à l'instar de nombreux EPSM en France, notre établissement n'est pas rattaché à un établissement général ou un CHU, et est situé à 40 minutes du premier service d'accueil des urgences. Selon un rapport de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), en 2020 67% des établissements dispensant des soins psychiatriques étaient monodisciplinaires¹⁷. Ainsi, une formation spécifique du personnel soignant, la rédaction de protocoles conservatoires et la coopération avec le Samu de rattachement devraient tenir compte de ces caractéristiques¹⁸.

Au-delà de cette particularité géographique, notre établissement répond à une organisation territoriale et sectorisée couvrant un large territoire géographique d'un département de moyenne densité, et présente également une importante activité d'hospitalisation intersectorielle (psychogériatrie, unité jeunes adultes, soins intensifs psychiatriques, unité d'autistes sévères), permettant une bonne représentativité des EPSM nationaux. Dans notre étude, 33% des EIG se produisaient au sein de l'unité de psychogériatrie, mais seulement un décès intrahospitalier sur sept.

Limites de l'étude

Le caractère rétrospectif expose à des biais de déclaration et de codage. Le renseignement des dossiers ne permettait pas de documenter de façon exhaustive des paramètres cliniques importants, tels que la fréquence respiratoire ou l'échelle de Glasgow. Le faible effectif de cette étude monocentrique limite

la puissance statistique. Le nombre limité d'événements ne permettait pas la réalisation d'analyses multivariées robustes, et celles-ci doivent donc être interprétées comme descriptives et exploratoires. L'absence de correction pour comparaisons multiples constitue également une limite. Des études prospectives multicentriques seraient nécessaires pour généraliser ces résultats. Néanmoins, ce type d'étude portant sur les EIG en hospitalisation psychiatrique apporte un éclairage important sur une problématique peu explorée et propose des pistes concrètes d'amélioration et de gestion des risques au sein d'un EPSM.

Conclusion

L'analyse rétrospective des EIG en hospitalisation psychiatrique est un outil pour la mise en place d'axes d'amélioration. Ce travail plaide pour la promotion d'une surveillance renforcée durant les premières 48 heures d'admission, ainsi que pour l'amélioration de la prévention de l'iatrogénie. Ces actions sont essentielles pour renforcer la sécurité des patients et réduire la morbi-mortalité intrahospitalière. Une étude prospective multicentrique et le suivi systématique des EIG définis par le transfert aux urgences et les décès inattendus au sein des EPSM permettraient de préciser les mesures nécessaires à la prévention de la morbi-mortalité hospitalière. ■

Liens d'intérêt

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

Références

- [1] Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: Life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2011;199(6):453-8.
- [2] Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: The scandal of premature mortality. *Br J Psychiatry*. 2011;199(6):441-2.
- [3] Correll CU, Solmi M, Croatto G, Schneider LK, Rohani-Montez SC, Fairley L, et al. Mortality in people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. *World Psychiatry*. 2022;21(2):248-71.
- [4] Crump C, Sundquist K, Winkleby MA, Sundquist J. Comorbidities and mortality in bipolar disorder: A Swedish national cohort study. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(9):931-9.
- [5] DE Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. 2011;10(1):52-77.
- [6] Rodrigues-Silva N, Ribeiro L. Impact of medical comorbidity in psychiatric inpatient length of stay. *J Ment Health*. 2020;29(6):701-5.
- [7] Leung MW, Xiong GL, Leamon MH, McCarron RM, Hales RE. General-medical hospital admissions from a public inpatient psychiatric health facility: A review of medical complications over 30 months. *Psychosomatics*. 2010;51(6):498-502.
- [8] Porter JE, Cant R, Missen K, Raymond A, Churchill A. Physical deterioration in an acute mental health unit: A quantitative retrospective analysis of medical emergencies. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(5):1364-70.

[9] Azraai M, Pham JH, Looi WF, Wirth D, Ng ASL, Babu U, *et al.* Observational cohort study of the triggers, diagnoses and outcomes of the medical emergency team (MET) response in adult psychiatry inpatients colocated with acute medical services in Australia. *BMJ Open*. 2021;11(10):e046110.

[10] Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Définition des infections associées aux soins. Paris: ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports; 2007. 11 p. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_vcourte.pdf

[11] Gunaratne P, Srasuebku P, Trollor J. Mortality and cause of death during inpatient psychiatric care in New South Wales, Australia: A retrospective linked data study. *J Psychiatr Res*. 2023;164:51-8.

[12] Ansermot N, Bochatay M, Schläpfer J, Gholam M, Gonthier A, Conus P, *et al.* Prevalence of ECG abnormalities and risk factors for QTc interval prolongation in hospitalized psychiatric patients. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2019;9:2045125319891386.

[13] Girardin FR, Gex-Fabry M, Berney P, Shah D, Gaspoz JM, Dayer P. Drug-induced long QT in adult psychiatric inpatients: The 5-year cross-sectional ECG Screening Outcome in Psychiatry study. *Am J Psychiatry*. 2013;170(12):1468-76.

[14] Shakir SAW, Layton D. Causal association in pharmacovigilance and pharmacoepidemiology: Thoughts on the application of the Austin Bradford-Hill criteria. *Drug Saf*. 2002;25(6):467-71.

[15] Bazemore PH, Gitlin DF, Soreff S. Treatment of psychiatric hospital patients transferred to emergency departments. *Psychosomatics*. 2005;46(1):65-70.

[16] Karim RS, Kwan MM, Finlay AJ, Kondalsamy-Chennakesavan S, Toombs MR, Nicholson GC, *et al.* Mortality in hospital patients with and without mental disorders: A data-linkage cohort study. *J Psychiatr Res*. 2019;111:104-9.

[17] Toutlemonde F (dir.). Les établissements de santé — édition 2020. Fiche 15. L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé. Paris: Drees; 2020. 6 p. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2015%20-%20L%E2%80%99offre%20de%20soins%20de%20psychiatrie%20dans%20les%20%C3%A9tablissements%20de%20sant%C3%A9%20.pdf>

[18] Société française d'anesthésie et de réanimation. JMT SFAR 2023 : « Urgences vitales intra hospitalières ». Paris: SFAR; 2023. <https://sfar.org/evenement/jmt-sfar-2023-urgences-vitales-intra-hospitalieres/>

Citer cet article

Rentea E, Louvard S, Roger PM, Étienne P. Analyse des événements indésirables graves chez les patients hospitalisés en psychiatrie : étude descriptive rétrospective. *Bull Epidemiol Hebd*. 2026;(16):365-70. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/16/2026_16_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.



SANTÉ PERÇUE DÉGRADÉE ET INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS EN GUADELOUPE : LES PERSONNES VULNÉRABLES PLUS SOUVENT CONCERNÉES

// A DETERIORATION IN PERCEIVED HEALTH AND INEQUALITIES IN ACCESS TO HEALTHCARE IN GUADELOUPE:
VULNERABLE PEOPLE MORE OFTEN AFFECTED

Christelle Celeste (cc.orsag@orange.fr)¹, Corinne Valérie Pioche¹, Maturin Tabue-Teguo², Pauline Kangambega-Nouvier³

¹ Observatoire régional de la santé de Guadeloupe (Orsag), Baie-Mahault

² Centre hospitalier universitaire (CHU), Fort-de-France

³ Association pour la promotion de l'éducation thérapeutique en Guadeloupe (APET971), Baie-Mahault

Soumis le 16.12.2025 // Date of submission: 12.16.2025

Résumé // Abstract

Introduction – La Guadeloupe est confrontée à une situation sanitaire particulière, marquée par une faible densité médicale et un accès aux soins inégalement réparti sur l'ensemble du territoire. Par ailleurs, la population guadeloupéenne est vieillissante et le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques ne cesse d'augmenter. Réduire les inégalités d'accès aux soins est un enjeu majeur des politiques publiques, notamment dans les territoires ultramarins. C'est dans ce contexte que le Conseil régional de Guadeloupe a sollicité l'Observatoire régional de la santé de Guadeloupe (Orsag) pour réaliser une étude visant à identifier les besoins de la population en matière d'accès aux soins, ainsi que les leviers permettant d'en améliorer les conditions.

Méthode – Entre novembre et décembre 2023, une enquête téléphonique a été réalisée sur un échantillon par quotas de la population guadeloupéenne. Toute personne majeure et résidente en Guadeloupe de manière permanente était éligible.

Résultats – Un total de 400 Guadeloupéens a été interrogé. Un peu plus de la moitié des répondants (56%) déclarent se sentir en bonne, voire en très bonne santé. Cette proportion est plus faible chez les personnes percevant un revenu mensuel inférieur à 1 000 euros (36%). Dans les 12 mois précédant l'enquête, 85% ont consulté un médecin généraliste, 43% ont consulté un médecin spécialiste et 39% ont consulté un autre professionnel de santé. Par ailleurs, 41% de personnes ont renoncé à un soin en raison d'un délai de rendez-vous jugé trop long. La majorité des Guadeloupéens (60 à 70%) utilisent leur moyen de déplacement personnel pour se rendre à un rendez-vous médical, 12% utilisent les transports urbains collectifs.

Conclusion – Les résultats de l'enquête montrent que la perception de l'état de santé des Guadeloupéens s'est dégradée par rapport aux précédentes études. Ils soulignent les difficultés rencontrées par la population pour accéder aux soins. Ces contraintes entraînent des retards de diagnostic, des risques pour la santé et un mal-être. Des politiques publiques adaptées sont nécessaires pour renforcer l'offre et l'accès aux soins, et pour développer des actions ciblées vers les populations les plus vulnérables.

Introduction – Guadeloupe faces a specific healthcare situation characterised by a low density of medical professionals and uneven access to care across the territory. Furthermore, Guadeloupe's population is aging, and the number of people living with chronic conditions continues to rise. Reducing inequalities in access to healthcare is a major public policy challenge, particularly in overseas territories. It is in this context that the Guadeloupe Region Council commissioned the Guadeloupe Regional Health Observatory (Orsag) to conduct a study aimed at identifying the population's needs regarding access to healthcare, as well as the levers to improve these conditions.

Method – A telephone survey was conducted between November and December 2023 on a quota-based sample of the Guadeloupean population. Any adult who was permanent resident of Guadeloupe was eligible.

Results – A total of four hundred Guadeloupeans responded to the survey. Just over half of the respondents (56%) reported feeling in good or very good health. This proportion is lower among those with a monthly income of less than 1,000 euros (36%). In the 12 months prior to the survey, 85% had seen a general practitioner, 43% had seen a specialist and 39% had seen another healthcare professional. Additionally, 41% of people had foregone medical care due to what they considered to be an excessively long wait for an appointment. Most Guadeloupeans (60 to 70%) use their own personal transportation to get to a medical appointment, while 12% use public transportation.

Conclusion – The survey results show that Guadeloupeans' perception of their health has deteriorated compared with previous studies. They highlight the difficulties faced by the population in accessing healthcare.

These constraints lead to delays in diagnosis, health risks and ill-being. Appropriate public policies are needed to strengthen the provision of and access to healthcare, and to develop targeted measures for the most vulnerable groups.

Mots-clés : Accès aux soins, Santé perçue, Population vulnérable, Inégalités sociales et territoriales de santé, Départements et régions d'outre-mer
// Keywords: Access to care, Perceived health, Vulnerable population, Social and regional health inequalities, Overseas departments and regions

Introduction

La réduction des inégalités d'accès aux soins demeure un enjeu majeur des politiques publiques des collectivités territoriales en matière d'aménagement et d'attractivité des territoires. Ces inégalités affectent plus fortement les personnes vulnérables, c'est-à-dire, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), celles qui disposent de ressources insuffisantes pour leur permettre de protéger leurs propres intérêts et qui présentent ainsi un risque accru de renoncement aux soins.

La Guadeloupe, archipel de six îles, présente à cet égard, des vulnérabilités spécifiques liées à sa configuration géographique, à son contexte socio-économique et à l'organisation de son système de santé. Tout comme d'autres territoires ultramarins, elle est exposée à des contraintes climatiques et migratoires différentes de la France hexagonale. Le territoire est marqué par un contexte socio-économique défavorable caractérisé par une précarité sociale et une économie fragile. En 2022, le taux de chômage s'élevait à 18% contre 7% en France hexagonale⁽¹⁾, et 21% de la population bénéficiait du Revenu de solidarité active (RSA) contre 5% dans l'Hexagone⁽²⁾.

Certains indicateurs démographiques se distinguent de ceux de la France hexagonale. La part des femmes représente 54% de la population (52% en France hexagonale) en 2022. La part des personnes âgées de 65 ans et plus a augmenté de 6% entre 2012 et 2022, contre +3% en France hexagonale⁽¹⁾. Le taux d'illettrisme est aussi plus élevé, 7% contre 4% en France hexagonale¹. Sur le plan sanitaire, certaines pathologies sont particulièrement préoccupantes : les cancers, les maladies cardio-vasculaires, l'obésité ou encore le diabète avec 12% des Guadeloupéens ayant un diabète connu en 2021 (contre 6% en France hexagonale)². Les troubles psychiatriques constituent aussi un enjeu majeur, avec 4% de personnes prises en charge en 2022⁽³⁾.

⁽¹⁾ Exploitation ORSaG – Sources : Insee, recensement de la population 2012-2022 : https://www.insee.fr/fr/statistiques/7343188?sommaire=7343407&utm_source= ; <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7456887?sommaire=7456956>.

Pour l'évolution de l'effectif des 65 ans et plus : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2044748> ; <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8581696?sommaire=8581933>.

⁽²⁾ Exploitation ORSaG – Sources : CNAF, au 31 décembre 2022.

Pour la Guadeloupe : https://guadeloupe.deets.gouv.fr/sites/guadeloupe.deets.gouv.fr/IMG/pdf/chiffres_cles_2024_guadeloupe.pdf ; pour la France hexagonale : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-10/MS2024.pdf>.

⁽³⁾ Exploitation ORSaG – Sources : Système national des données de santé (SNDS), cartographie des pathologies : https://data.ameli.fr/pages/pathologies/?refine.patho_niv1=Maladies%20psychiatriques.

La densité des médecins spécialistes reste inférieure à celle de la France hexagonale (74 pour 100 000 habitants contre 87 en 2023)⁽⁴⁾. De plus, l'offre de soins est inégalement répartie sur le territoire. On observe une densité de 203 médecins spécialistes pour 100 000 habitants dans la zone centrale Cap Excellence (Capex : Baie-Mahault, Pointe-à-Pitre, Les Abymes) et 85 dans la zone du sud Basse-Terre (Basse-Terre, Saint-Claude). À l'inverse, dans la Communauté d'agglomération du nord Basse-Terre (CANBT), on observe une densité plus faible avec 18 médecins spécialistes pour 100 000 habitants⁽⁴⁾. Ces disparités sont d'autant plus marquées par une hétérogénéité des moyens de transports, alors que la mobilité constitue un déterminant clé dans l'accès aux soins sur le territoire. L'île de Terre-de-Haut ou celle de la Désirade sont ainsi affectées par leur double insularité : l'éloignement à la fois du continent et des pôles urbains principaux.

Par ailleurs, la crise sanitaire de la Covid-19 en 2020 a mis en évidence cette vulnérabilité. En Guadeloupe, elle a révélé les disparités de prise en charge médicale, liées à l'état de santé des habitants, aux conditions de vie précaires, au manque de professionnels et aux limites dans la coordination des soins.

En 2021, le Conseil régional de Guadeloupe a mis en place une consultation citoyenne en ligne, afin de recueillir les avis des Guadeloupéens sur leurs conditions d'accès aux soins. Les résultats ont mis en évidence ces difficultés, cependant l'étude présentait quelques limites en termes de représentativité³.

En 2023, l'enquête a été reconduite avec des améliorations méthodologiques destinées à améliorer la représentativité de l'échantillon. Cet article présente donc les résultats de cette enquête dont l'objectif principal était d'analyser les conditions d'accès au système de soins en Guadeloupe et d'identifier les déterminants des inégalités d'accès, en mettant un accent particulier sur les populations vulnérables (un rapport complet est disponible sur le site de l'OrsaG⁴).

Méthodologie de l'enquête

Une étude descriptive transversale a été réalisée par enquête téléphonique auprès de 400 personnes par l'institut de sondages Etom Outre-mer. Afin

⁽⁴⁾ Exploitation ORSaG – Sources : Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de Santé (RPPS) ; champ : médecins spécialistes libéraux ou mixtes, sans activité de remplacement, toute activités confondues.

de garantir une structure d'échantillon représentative, la méthode des quotas a été appliquée en s'appuyant sur les principales caractéristiques sociodémographiques de la population : sexe, âge (18-30 ans, 30-39 ans, 40-49 ans, 50-59 ans et 60 ans et plus), commune de résidence (32 communes) et catégorie socioprofessionnelle (CSP) (nomenclature PCS2003 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)). Le recensement de la population réalisé par l'Insee en 2019 a été utilisé comme référence. L'enquête téléphonique s'est déroulée entre novembre et décembre 2023.

Base de sondage

La base des numéros de téléphone était constituée à 80% de numéros mobiles et 20% de numéros de téléphone fixe. L'enquête a été réalisée sur la base d'un tirage aléatoire des numéros.

Population de l'étude

Les personnes majeures et qui résidaient en Guadeloupe de manière permanente au moment de l'enquête étaient éligibles. Dans cette étude, la notion de vulnérabilité renvoie aux situations de fragilité : personnes aux ressources limitées, bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, peu diplômées, âgées ou présentant une maladie chronique ou un handicap.

Variables recueillies

Le questionnaire était composé de 55 questions. Des données sur les caractéristiques démographiques des répondants (sexe, âge, situation professionnelle, commune de résidence, couverture médicale) ont été recueillies, ainsi que leur perception de leur état de santé physique et psychologique et leur situation au regard d'une ou plusieurs pathologies chroniques ou d'un handicap. L'accès aux soins, le renoncement et les causes de celui-ci ont également été examinés. Les actions prioritaires à mettre en place selon les répondants pour améliorer l'accès aux soins ont été aussi enregistrées.

Analyse des données

Les analyses ont été réalisées avec les logiciels Stata 9® et Rstudio®. Les proportions pour les variables catégorielles et les moyennes pour les variables continues sont présentées dans cet article. Les comparaisons des proportions ont été effectuées à l'aide du test Chi2 ou de Fisher, avec un seuil de significativité de 5%.

Résultats

Caractéristiques des répondants

La part des femmes était la plus importante, représentant 56% de l'échantillon. Les personnes âgées de 60 ans ou plus représentaient 35% et les affiliés à la complémentaire santé solidaire 26%. Les personnes rapportant un problème de santé chronique constituaient 31% des répondants et 6% ont déclaré être en situation de handicap. Interrogés sur leurs revenus,

30% des personnes n'ont pas souhaité répondre. Celles percevant moins de 1 000 euros mensuels dans leur foyer représentaient 27% (tableau 1).

Les Guadeloupéens et leur santé

Dans la population étudiée, 56% des répondants se sentaient en bonne, voire très bonne santé physique, avec une différence statistique selon le sexe, les femmes se sentant en meilleure santé que les hommes (respectivement 60% et 49%). La bonne santé physique diminuait fortement avec l'âge (35,5% chez les 60 ans et plus), chez les personnes aux faibles revenus (36% chez les personnes percevant moins de 1 000 euros par mois) et chez les malades chroniques (25%) (tableau 2).

En ce qui concerne la santé psychique, 59% de l'ensemble de la population étudiée a déclaré être en bonne, voire très bonne santé psychique avec une différence statistique selon la tranche d'âge, la CSP, le diplôme, la couverture médicale, la présence d'une maladie chronique ou d'un handicap (tableau 2).

Consultation auprès du médecin généraliste

Dans l'enquête, 97% des répondants ont déclaré avoir un médecin généraliste habituel. Au cours des 12 mois précédant l'enquête, presque 9 répondants sur 10 (85%) ont consulté un médecin généraliste pour eux-mêmes, dont 60% plusieurs fois. La fréquence de consultation variait significativement en fonction de la tranche d'âge, du diplôme, de la couverture médicale et de la présence d'une maladie chronique (tableau 3).

Les délais d'obtention des rendez-vous étaient globalement satisfaisants pour les répondants. En moyenne, ils ont obtenu leur rendez-vous en six jours. Parmi eux, 17% l'ont obtenu le jour même. Les répondants ont indiqué, à part égale (37%), soit se rendre directement au cabinet médical sans avoir pris rendez-vous, soit prendre rendez-vous par téléphone avec le médecin. Un peu moins (13%) sont passés par une plateforme téléphonique, 7% ont pris un ticket sur place et à peine 6% ont utilisé Internet pour prendre rendez-vous.

Consultation auprès du médecin spécialiste

Les données ont montré que moins de la moitié (43%) des répondants ont consulté un médecin spécialiste. La part de personnes en ayant consulté un variait en fonction de la tranche d'âge, de la CSP, du diplôme, des revenus, de la couverture médicale et de la présence d'une maladie chronique ou d'un handicap (tableau 3).

La plus grande part des répondants (32%) a obtenu un rendez-vous avec le spécialiste dans un délai de 1 à 3 mois. Les trois principaux médecins spécialistes consultés étaient le gynécologue (40% des femmes en ont consulté un), l'ophtalmologue et le cardiologue (respectivement 15% et 11% parmi l'ensemble des personnes interrogées).

Les données ont montré que les répondants résidant dans la Communauté d'agglomération de Cap

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des répondants (N=400), Guadeloupe, 2023

	N	%
Sexe		
Femme	224	56,0
Homme	176	44,0
Tranche d'âge		
18-29 ans	56	14,0
30-39 ans	51	12,8
40-49 ans	68	17,0
50-59 ans	84	21,0
60 ans et plus	141	35,3
Catégorie socioprofessionnelle⁽¹⁾		
CSP-	124	31,0
CSP+	93	23,3
Retraités	101	25,3
Autres inactifs ⁽²⁾	82	20,5
EPCI de résidence		
CAGSC	76	19,0
CANBT	75	18,8
CANGT	64	16,0
Capex	107	26,8
Carl	73	18,3
CCMG	5	1,1

	N	%
Diplôme		
Aucun diplôme	76	19,0
Inférieur au baccalauréat	111	27,8
Baccalauréat	90	22,5
Supérieur au baccalauréat	113	28,3
Ne sait pas ou ne souhaite pas répondre	10	2,5
Couverture médicale (N=398)		
Assurance maladie + mutuelle	256	64,3
C2S	103	25,9
Autres situations ⁽³⁾	39	9,8
Tranche de revenus du foyer		
Moins de 1 000 euros	106	26,5
De 1 000 à 2 000 euros	95	23,8
Plus de 2 000 euros	80	20,0
Ne sait pas ou ne souhaite pas répondre	119	29,8
Malades chroniques		
Non	276	69,0
Oui	124	31,0
En situation de handicap		
Non	375	93,8
Oui	25	6,3
Total	400	

Lecture : Les femmes représentent 56% de l'échantillon.

⁽¹⁾ CSP- : agriculteur, employé, ouvrier ; CSP+ : cadres et professions intellectuelles supérieures, professions libérales, artisan/commerçant/chef d'entreprise, professions intermédiaires ; ⁽²⁾ autres inactifs : étudiants, sans emploi, n'a jamais travaillé ; ⁽³⁾ autres situations : Assurance maladie seule, Aide médicale de l'État, aucune couverture.

Capex : Cap Excellence ; CANGT : Communauté d'agglomération du Nord Grande-Terre ; CANBT : Communauté d'agglomération du Nord Basse-Terre ; CAGSC : Communauté d'agglomération Grand Sud Caraïbe ; Carl : Communauté d'agglomération la Riviera du Levant ; CCMG : Communauté des communes de Marie-Galante ; C2S : Complémentaire santé solidaire ; EPCI : Établissement public de coopération intercommunale.

Excellence ou de la Communauté d'agglomération Grand Sud Caraïbe (CAGSC) consultaient plus fréquemment des médecins spécialistes au sein de leur établissement public de coopération intercommunale (EPCI) de résidence⁽⁵⁾ (tableau 4).

Recours aux autres professionnels de santé et soins hospitaliers

Près de quatre répondants sur 10 (39%) ont eu recours au moins une fois à un autre professionnel de santé, hors médecine générale et spécialisée au cours des 12 mois précédant l'enquête. La part de répondants ayant consulté un de ces professionnels variait en fonction de la CSP, du diplôme, des revenus, de la présence d'une maladie chronique ou d'un handicap. Contrairement aux médecins, les seniors de 60 ans et plus consultaient ces professionnels dans des proportions comparables aux autres tranches d'âge (38%) (tableau 3). Les principaux professionnels consultés étaient :

le dentiste (46%), le kinésithérapeute (19%), l'ostéopathe (17%), le médecin du travail (17%) et l'infirmier (10%).

En ce qui concerne les soins hospitaliers au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, les données ont montré qu'une faible proportion de répondants y avait eu recours. Au total, ils étaient 37 (9%) à avoir été hospitalisés dans un établissement de santé en Guadeloupe et 31 (8%) ont eu recours aux urgences hospitalières au cours de cette période.

Les transports utilisés

Entre 6 et 7 répondants sur 10 ont utilisé leur moyen de déplacement personnel pour se rendre à leurs rendez-vous médicaux. Environ 1 personne sur 10 a utilisé les transports urbains collectifs. La durée moyenne du trajet pour aller chez le médecin généraliste était de 16 minutes et de 30 minutes pour aller chez le médecin spécialiste.

Pour se rendre dans un établissement de santé, le moyen de déplacement personnel était aussi le moyen de transport le plus souvent utilisé (76%), suivi du transport médicalisé (16%).

⁽⁵⁾ Capex : Pointe-à-Pitre, Les Abymes, Baie-Mahault ; CAGSC : Capesterre Belle Eau, Trois-Rivières, Gourbeyre, Vieux-Fort, Terre-de-Haut, Terre-de-Bas, Saint-Claude, Basse-Terre, Baillif, Vieux-Habitants, Bouillante.

Tableau 2

Répartition d'une bonne santé physique et psychique selon les caractéristiques sociodémographiques des répondants (N=400), Guadeloupe, 2023

	Bonne santé physique		Bonne santé psychique	
	%	p-value	%	p-value
Ensemble	56,0		59,0	
Sexe		0,040		0,700
Femme	59,8		59,8	
Homme	49,4		58,0	
Tranche d'âge		<0,001		<0,001
18-29 ans	82,1		76,8	
30-39 ans	68,6		70,6	
40-49 ans	67,6		67,6	
50-59 ans	52,4		54,8	
60 ans et plus	35,5		46,1	
Malades chroniques		<0,001		<0,001
Non	68,8		65,9	
Oui	25,0		43,5	
En situation de handicap		NA		NA
Non	ss		ss	
Oui	ss		ss	
Revenus mensuels du foyer		<0,001		<0,001
Moins de 1 000 euros	35,8		33,0	
Entre 1 000 et 2 000 euros	62,1		68,4	
Plus de 2 000 euros	68,8		68,8	
Ne sait pas ou ne souhaite pas répondre	58,0		68,1	
Catégorie socioprofessionnelle⁽¹⁾		<0,001		<0,001
CSP-	68,5		70,2	
CSP+	65,6		69,9	
Retraités	32,7		44,6	
Autres inactifs ⁽²⁾	51,2		47,6	
Diplôme		NA		<0,001
Aucun diplôme	23,7		35,5	
Inférieur au baccalauréat	52,3		53,2	
Baccalauréat	67,8		74,4	
Supérieur au baccalauréat	69,9		69,0	
Ne sait pas ou ne souhaite pas répondre	ss		ss	
Couverture médicale (N=398)		<0,001		<0,001
Assurance maladie + mutuelle	57,4		62,5	
C2S	40,8		43,7	
Autres situations ⁽³⁾	82,1		76,9	

Lecture : 25% des personnes malades chroniques ont déclaré avoir une bonne, voire une très bonne santé physique.

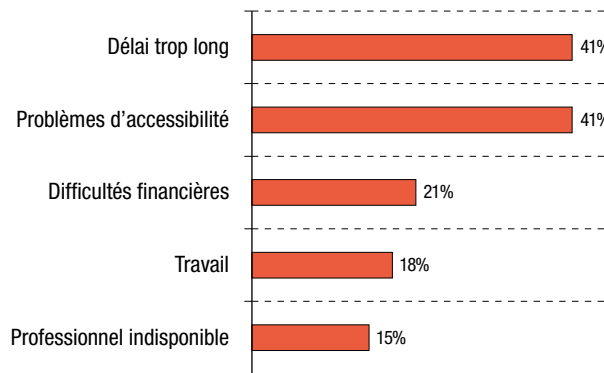
⁽¹⁾ CSP- : agriculteur, employé, ouvrier ; CSP+ : cadres et professions intellectuelles supérieures, professions libérales, artisan/commerçant/chef d'entreprise, professions intermédiaires.

⁽²⁾ Autres inactifs : étudiants, sans emploi n'a jamais travaillé ; ⁽³⁾ autres situations : Assurance maladie seule, Aide médicale de l'État, aucune couverture.

ss : secret statistique ; NA : non applicable ; C2S : Complémentaire santé solidaire ; CSP : catégories socioprofessionnelles.

Figure

Répartition des raisons de renoncement aux soins (N=39), Guadeloupe, 2023



Lecture : 41% des personnes ayant renoncé à un soin l'ont fait en raison de délais trop longs.

Pour se rendre chez un autre professionnel de santé hors médecine générale et spécialisée, les répondants ont majoritairement utilisé leur moyen de déplacement personnel (76%). Les transports urbains collectifs et médicalisés sont peu utilisés (5% et 2% respectivement). Enfin, on observe qu'1 personne sur 10 a bénéficié d'une visite à domicile. Les enquêtés ont majoritairement indiqué (97%) privilégier l'usage d'un moyen de déplacement personnel pour des raisons de convenance personnelle.

Renoncement aux soins

Un répondant sur 10 a déclaré avoir renoncé à un soin pour lui-même au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les femmes étaient significativement plus nombreuses à renoncer à un soin que les hommes (respectivement 12% et 6%).

Les données indiquent que les consultations auprès des médecins spécialistes étaient celles auxquelles les répondants avaient le plus renoncé (46%), suivies des examens médicaux (26%). Pour 41% de ceux qui ont renoncé à un soin, les principaux motifs étaient les délais trop longs pour obtenir un rendez-vous et les problèmes d'accessibilité. La raison financière concernait 21% des répondants ayant renoncé à un soin et pour 18% de ces personnes, il était question d'indisponibilité liée à leur emploi. Enfin, pour 15% d'entre elles, le renoncement était dû à la non-disponibilité du professionnel de santé (figure).

Les actions prioritaires pour améliorer l'accès aux soins

Les Guadeloupéens ont été interrogés sur les trois actions prioritaires à mettre en place pour améliorer l'accès aux soins dans leur commune. Les actions les plus souvent citées étaient : le soutien à l'installation de professionnels de santé (57%), l'accompagnement des habitants pour l'accès à leurs droits de santé (56%) et l'accompagnement des habitants pour l'accès aux différents types d'aides à domicile en cas de dépendance (42%).

Tableau 3

Répartition de la consultation de professionnels de santé dans les 12 derniers mois selon les caractéristiques sociodémographiques des répondants (N=400), Guadeloupe, 2023

	Médecin généraliste			Médecin spécialiste		Autres professionnels de santé	
	Au moins une fois		Plusieurs fois (%)	Consultation (%)	p-value	Consultation (%)	p-value
	(%)	p-value					
Ensemble	85,0		60,0	43,0		39,0	
Sexe		0,745			0,204		0,735
Femme	85,3		57,1	45,5		39,7	
Homme	84,1		63,6	39,2		38,1	
Tranche d'âge		0,008			0,006		0,566
18-29 ans	75,0		48,2	37,5		41,1	
30-39 ans	74,5		52,9	33,3		47,1	
40-49 ans	82,4		45,6	33,8		32,4	
50-59 ans	89,3		61,9	38,1		40,5	
60 ans ou plus	90,8		73,0	55,3		37,6	
Catégorie socioprofessionnelle⁽¹⁾		0,052			<0,001		<0,001
CSP-	80,6		47,6	25,8		30,6	
CSP+	81,7		54,8	52,7		57,0	
Retraités	93,1		78,2	59,4		34,7	
Autres inactifs ⁽²⁾	84,1		62,2	36,6		36,6	
Diplôme		0,004			0,03		0,010
Aucun diplôme	94,7		77,6	40,8		31,6	
Inférieur au baccalauréat	84,7		57,7	40,5		33,3	
Baccalauréat	74,4		47,8	32,2		35,6	
Supérieur au baccalauréat	85,0		60,2	54,0		53,1	
Ne sait pas ou ne souhaite pas répondre	100,0		60,0	ss		ss	
Revenus mensuels du foyer		0,172			<0,001		<0,001
Moins de 1 000 euros	89,6		68,9	40,6		33,0	
Entre 1 000 et 2 000 euros	87,4		64,2	37,9		43,2	
Plus de 2 000 euros	82,5		60,0	67,5		60,0	
Ne sait pas ou ne souhaite pas répondre	79,8		48,7	31,9		26,9	
Couverture médicale (N=398)		<0,001			<0,001		0,07
Assurance maladie + mutuelle	87,5		63,3	50,0		42,2	
C2S	85,4		62,1	35,0		37,9	
Autres situations ⁽³⁾	64,1		30,8	ss		ss	
Malades chroniques		0,002			<0,001		0,001
Non	81,2		48,2	31,9		33,7	
Oui	92,7		86,3	66,9		50,8	
En situation de handicap		0,149			0,003		0,034
Non	84,0		58,9	40,8		37,6	
Oui	96,0		76,0	72,0		60,0	

Lecture : 94,7% des personnes sans diplôme ont déclaré avoir consulté un médecin généraliste au moins une fois au cours des 12 derniers mois.

⁽¹⁾ CSP- : agriculteur, employé, ouvrier ; CSP+ : cadres et professions intellectuelles supérieures, professions libérales, artisan/commerçant/chef d'entreprise, professions intermédiaires ; ⁽²⁾ autres inactifs : étudiants, sans emploi, qui n'a jamais travaillé.

⁽³⁾ Autres situations : Assurance maladie seule, Aide médicale de l'État, aucune couverture.

Autres professionnels de santé : diététicien, sage-femme, étioathe, orthophoniste ou audioprothésiste, naturopathe, psychologue ou psychothérapeute, podologue, infirmier(e), médecin du travail, ostéopathe ou chiropracteur, kinésithérapeute, dentiste.

ss : secret statistique ; C2S : Complémentaire santé solidaire.

Tableau 4

Part des répondants ayant effectué leur dernière consultation de médecin spécialiste dans leur EPCI de résidence et densité des médecins spécialistes par territoire, Guadeloupe, 2023 (N=304)*

	(%)	p-value	Densité médicale en 2023 (pour 100 000 habitants)
Capex	92,0	<0,001	202
CAGSC	69,8		85
Carl	40,0		41
CANBT	25,0		18
CANGT	23,5		37
CCMG	NA		38

Lecture : 92% des résidents de Capex ont consulté pour la dernière fois un médecin spécialiste dans leur EPCI.

Capex : Cap Excellence ; CANGT : Communauté d'agglomération du Nord Grande-Terre ; CANBT : Communauté d'agglomération du Nord Basse-Terre ; CAGSC : Communauté d'agglomération Grand Sud Caraïbe ; Carl : Communauté d'agglomération la Riviera du Levant ; CCMG : Communauté des communes de Marie-Galante ; EPCI : Établissement public de coopération intercommunale ; NA : non applicable.

* Parmi les répondants ayant renseigné une commune en excluant les habitants de la CCMG.

Discussion

Les résultats de l'enquête montrent que la perception de l'état de santé des Guadeloupéens s'est dégradée entre 2021 et 2023. En 2021, les personnes se sentant en bonne santé représentaient 72% des répondants³. Elles ne représentent que 56% de l'échantillon interrogé en 2023. Cette évolution est préoccupante, dans la mesure où la santé perçue constitue un indicateur clé de la morbidité et du recours aux soins. La dégradation observée est un constat national depuis plusieurs années. Le vieillissement de la population, les difficultés d'accès aux soins, la montée des inégalités sociales sont des marqueurs majeurs de cette évolution⁵.

Dans les territoires ultramarins, ces facteurs sont accentués par des contraintes structurelles spécifiques : l'éloignement géographique, une offre de soins limitée et inégalement répartie, des difficultés de mobilité liées aux transports, ainsi que des inégalités socio-économiques plus marquées. Les résultats de notre enquête montrent que 77% des employés se déclarent en bonne ou très bonne santé, contre 49% des personnes sans emploi. Ce gradient social de santé est également observé dans le baromètre d'opinion de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)⁶ qui montre qu'en France la part des personnes se déclarant en mauvaise santé parmi les inactifs est de cinq points supérieure à celle des actifs (9% contre 4%).

Les données de notre enquête indiquent par ailleurs que près d'un tiers des répondants (31%) déclarent être atteints d'une maladie chronique. Ce résultat est cohérent avec les données de suivi des pathologies chroniques produites en Guadeloupe⁷, mais reste néanmoins inférieur à l'estimation du Baromètre de

Santé publique de France DROM 2021, qui l'établissait à 39%. Cet écart pourrait s'expliquer par la faiblesse de notre échantillon, ainsi que par des biais de sélection et de déclaration inhérents aux enquêtes en population générale, certaines personnes en moins bon état de santé étant moins susceptibles de participer ou n'ayant pas la même définition de ce qu'est une maladie chronique.

Dans notre enquête, un peu plus de 6% des répondants ont déclaré être en situation de handicap. Ce résultat est proche des 7% de bénéficiaires d'une reconnaissance administrative de leur handicap observés en Guadeloupe dans l'enquête « Vie quotidienne et santé » de la Drees (2021). Toutefois, selon l'indicateur GALI (*Global Activity Limitation Indicator*)⁽⁶⁾, fondé sur les limitations dans les activités de la vie quotidienne, 16,5% des Guadeloupéens seraient concernés (13% en France hexagonale)⁸. L'écart entre reconnaissance administrative et limitation fonctionnelle est fréquent et pourrait s'expliquer par des différences d'accès à l'information ou par la complexité des démarches administratives. Ce non-recours peut retarder l'accès aux soins et aux aides, et ainsi aggraver l'état de santé des personnes concernées. Des actions d'accompagnement existent déjà et doivent être renforcées afin de réduire ce non-recours aux droits.

Ces situations de maladie chronique, de handicap ou plus largement de précarité sociale se traduisent par une perception plus dégradée de l'état de santé en Guadeloupe, comme dans les autres départements et régions d'outre-mer (DROM).

En 2019, 55% de la population martiniquaise de 15 ans ou plus se déclaraient en bon état de santé. Ce taux s'élevait à 65% à La Réunion, contre 71% en France hexagonale⁹. Ces données soulignent la nécessité de renforcer la prévention et l'accès aux soins dans les DROM pour réduire les inégalités de santé.

Les données de notre enquête montrent également une perception préoccupante de la santé mentale, avec moins de six personnes sur 10 qui déclarent se sentir en bonne santé psychique. Les personnes les plus vulnérables, notamment les seniors et les personnes à faibles revenus, sont les plus touchées, confirmant que la vulnérabilité s'accompagne d'un risque accru de dégradation psychique. Entre 2014 et 2021, la part de personnes présentant un épisode dépressif caractérisé est passée de 6,3% à 7,1% en Guadeloupe, corroborant une dégradation de la santé mentale, aussi bien dans les DROM qu'en France hexagonale^{10,11}. Cette dégradation a été amplifiée par le climat anxigène lié à la crise sanitaire, mais aussi par les difficultés de prise en charge (manque de places, de personnels...) sur le territoire, augmentant ainsi les risques de décompensation et de perte de chance. La crise a également accentué l'isolement de certaines populations et aggravé la situation financière des ménages précaires. La Guadeloupe était

⁽⁶⁾ Indicateur global de restriction d'activité.

classée troisième département le plus concerné par une aggravation de la situation financière ressentie par ses habitants en France¹².

Enfin, les résultats de l'enquête soulignent que le recours aux professionnels de santé varie selon les situations de vulnérabilité sociale et sanitaire. La grande majorité (85%) des répondants ont déclaré avoir consulté un médecin généraliste dans les 12 mois précédant l'enquête. Les résultats de l'enquête ont montré que les personnes atteintes de maladies chroniques ou de handicap consultent davantage et à plusieurs reprises dans l'année. Par ailleurs, les répondants ont un recours fréquent aux consultations sans rendez-vous auprès des médecins généralistes. Ces résultats soulignent la nécessité d'adapter l'organisation des soins de premiers recours, afin de mieux répondre aux besoins de la population, notamment par le développement de modalités d'accès plus flexibles et par le renforcement du suivi coordonné de ces patients.

En ce qui concerne les consultations de spécialistes, une part importante de répondants déclarent ne pas en avoir consulté, souvent en raison de l'absence de besoin perçu.

On observe des inégalités très marquées dans l'accès aux consultations de médecins spécialistes, ainsi qu'aux autres professionnels de santé. Les personnes les plus favorisées socialement déclarent plus fréquemment y avoir recours. À l'inverse, les personnes aux revenus les plus faibles consultent beaucoup moins ces professionnels.

L'accès aux spécialités médicales et paramédicales pour tous doit demeurer une priorité des politiques de santé publique. Une étroite collaboration entre les communautés professionnelles territoriales de santé et les autorités de santé permet d'envisager la prise en compte concrète des particularités de chaque territoire de la Guadeloupe et de ses habitants dans l'objectif d'un accès équitable aux soins.

En Guadeloupe, la consultation auprès des médecins spécialistes est celle à laquelle les habitants renoncent le plus, en raison de délais trop longs, de problèmes d'accessibilité et de difficultés financières. Comme les auteurs de l'enquête de la Drees l'ont souligné¹³, les personnes aux conditions de vie difficiles ont trois fois plus de risques de renoncer aux soins, ce qui peut entraîner des retards de diagnostic et de prise en charge, augmentant les risques pour leur santé. Les résultats du volet « Population en situation de précarité » de l'étude « Inégalités sociales dans l'accessibilité aux soins en Guadeloupe »⁴ montrent que 35% des personnes accompagnées par les centres communaux d'action sociale (CCAS) déclarent avoir renoncé à des soins et ils étaient 37% pour les bénéficiaires du RSA¹⁴. Ces résultats confirment que le renoncement aux soins constitue un marqueur fort des inégalités sociales et territoriales de santé, en imbriquant des facteurs individuels (état de santé, ressources, mobilité) et structurels (offres de soins, organisation territoriale).

La question de la mobilité apparaît comme un déterminant central de l'accès aux soins pour les collectivités locales. La mauvaise organisation des transports urbains collectifs et le manque de transports médicalisés sont souvent des obstacles majeurs pour utiliser ces derniers sur le territoire. Le moyen de transport privilégié reste par conséquent le véhicule personnel. Les personnes résidant dans les zones rurales, loin des pôles urbains, pâtissent ainsi d'un cumul de désavantages en matière d'accessibilité avec des conséquences sur leur qualité de vie, leur suivi et, à terme, leur santé. Ces éléments mettent en évidence la nécessité d'améliorer la mobilité et les transports sanitaires sur le territoire.

Les répondants soulignent que les priorités pour améliorer l'accès aux soins dans leur commune sont le soutien à l'installation de professionnels de santé, une meilleure organisation de l'accès aux soins sur tout le territoire et un accompagnement des habitants dans l'accès à leurs droits en santé. Ces attentes montrent l'importance d'une prise en charge dite de proximité, pour réduire les obstacles à l'accès aux soins et améliorer l'état de santé des habitants.

Limites

Bien que l'enquête téléphonique par quotas permette de structurer l'échantillon en fonction des critères définis, elle présente quelques limites telles que des biais de couverture, de désirabilité sociale ou de sélection. Les résultats présentés ici reflètent des tendances et non la représentativité stricte de la population. Ils sont donc à interpréter avec prudence.

Le caractère déclaratif des données expose à des biais de perception ou de mémoire, notamment pour l'évaluation de l'état de santé ou des délais d'obtention des rendez-vous. Par ailleurs, l'analyse fine en sous-groupe a été limitée en raison de la faiblesse de notre échantillon. Il aurait également été pertinent d'obtenir des informations sur les soins d'imagerie, sur lesquels les répondants n'ont pas été interrogés. Les résultats de l'enquête permettent toutefois de disposer de données fiables sur l'accès aux soins et sur les inégalités de santé en Guadeloupe.

Conclusion

Cette enquête met en évidence une dégradation de la santé perçue et les difficultés persistantes d'accès aux structures de soins en Guadeloupe, touchant plus particulièrement les populations les plus vulnérables. Les conséquences sur leur santé sont multiples : retard de diagnostic, risque plus élevé de mortalité, mal-être profond. Le contexte actuel du territoire imbriquant insularité, fragilité socio-économique, morbidité élevée et organisation territoriale inégale nécessite la mise en place de politiques publiques adaptées et ciblées

sur le renforcement de l'offre de soins, l'amélioration de l'accessibilité physique et organisationnelle des structures, en passant notamment par l'amélioration de l'accès aux transports collectifs et médicalisés, et le développement d'actions dédiées (telles que l'« aller vers ») en faveur des populations les plus exposées aux inégalités. ■

Liens d'intérêt

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

Remerciements

Nous remercions l'ensemble des participants qui ont accepté de répondre à cette enquête.

Références

[1] Institut national de la statistique et des études économiques. Un Guadeloupéen de 18 à 64 ans sur six rencontre des difficultés à l'écrit en 2022. Insee Analyses Guadeloupe. 2024;(82). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8275762>

[2] Hernandez H, Piffaretti C, Gautier A, Cosson E, Fosse-Edorh S. Prévalence du diabète connu dans 4 départements et régions d'outre-mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion. Résultats du Baromètre de Santé publique France de 2021. Bull Epidemiol Hebd. 2023;(20-21):424-31. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/20-21/2023_20-21_2.html

[3] Observatoire régional de la santé de Guadeloupe. L'accessibilité aux soins en Guadeloupe : un enjeu majeur des politiques publiques. Baie-Mahault: Orsag; 2022. 2 p. <https://orsag.fr/accessibilite-aux-soins-en-guadeloupe-un-enjeu-majeur-des-politiques-de-sante/>

[4] Observatoire régional de la santé de Guadeloupe. Inégalités sociales dans l'accessibilité aux soins en Guadeloupe. Baie-Mahault: Orsag; 2025. 1 p. <https://orsag.fr/inegalite-sociale-dans-laccessibilite-aux-soins-en-guadeloupe/>

[5] Lahbib H, Carcaillon-Bentata L, Beltzer N, Delpierre C, Coste J. Dégradation de la santé perçue et augmentation des limitations d'activité en France entre 2017 et 2021. Med Sci. 2025;41(1):26-8.

[6] Desprat D. Causes des problèmes de santé, accès aux soins et assurance maladie : l'opinion des Français selon leur état de santé. Études et Résultats. 2021;(1181):1-5. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/causes-des-problemes-de-sante-acces-aux-soins-et-assurance-maladie>

[7] Observatoire régional de la santé de Guadeloupe. Maladies chroniques et mortalité toutes causes en Guadeloupe. Baie-Mahault: Orsag; 2021. <https://orsag.fr/maladies-chroniques-et-mortalite-toutes-causes-en-guadeloupe/>

[8] Celeste C. La perception du handicap en Guadeloupe. Exploitation de l'enquête Vie quotidienne et santé 2021. Baie-Mahault: Orsag; 2023. 24 p. <https://orsag.fr/infographie-handicap/>

[9] Leduc A, Deroyon T, Rochereau T, Renaud A. Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS), 2019. Métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte. Les Dossiers de la Drees. 2021;(78):1-98. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/premiers-resultats-de-lenquete-sante-europeenne-ehis-2019-metropole-guadeloupe-martinique-guyane-la-reunion-mayotte>

[10] Richard JB. Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014. Résultats détaillés selon le DOM, l'âge et le sexe DOM 2014. Saint-Maurice: Santé publique France; 2015. 32 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions-et-territoires/ocean-indien/enquetes-etudes/premiers-resultats-du-barometre-sante-dom-2014-resultats-detailles-selon-le-dom-lage-et-le-sexe>

[11] 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

[12] Firlej A, Pawlowski É. Des conséquences financières du premier confinement plus ou moins marquées selon les territoires. Insee Première. 2021;(1850):1-4. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5351583>

[13] Lapinte A, Legendre B. Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres. Études et Résultats. 2021;(1200):1-8. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/renoncement-aux-soins-la-faible-densite-medicale-est-un-facteur>

[14] Pioche CV, Bonine A, Cuirassier L, Gustave J, Yacou C, Domiquin E, et al. (2025). Étude sur les besoins en santé des bénéficiaires du RSA en Guadeloupe. Santé Publique. 2025;37(HS1):81-9.

Citer cet article

Celeste C, Pioche CV, Tabue-Teguo M, Kangambega-Nouvier P. Santé perçue dégradée et inégalités d'accès aux soins en Guadeloupe : les personnes vulnérables plus souvent concernées. Bull Epidemiol Hebd. 2026;(16):371-9. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/16/2026_16_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.

