

Approche synthétique des besoins de la population dans les domaines couverts par certaines formations du 3^{ème} cycle d'études médicales

Compilation de notes de synthèse réalisées à la demande de
l'Observatoire national de la démographie des professions de santé
(ONDPS)

Approche synthétique des besoins de la population dans les domaines couverts par certaines formations du 3^{ème} cycle d'études médicales

Mars 2021

Cette étude est une compilation des notes de synthèse, réalisée par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé [FNORS] entre avril 2019 et mars 2020, à la demande de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé [ONDPS], avec les contributions de :

- // Caroline BONNET (ORS Bourgogne-Franche-Comté)*
- // Céline LECLERC (ORS Centre-Val de Loire)*
- // Célié NOËL (ORS Guadeloupe)*
- // Marine GUILLON, Sylvie LE RÉTIF, Annabelle YON (ORS-Creai Normandie)*
- // Bernard LEDÉSERT (Creai-ORS Occitanie)*
- // Vanessa LAURENT, Lise TROTET (Fnors)*

Sommaire

AVANT-PROPOS	1
1^{ERE} PARTIE : ADDICTIONS	3
1. Populations	4
1.1. Adultes.....	4
Tabac	4
Alcool	5
Cannabis et autres drogues illicites	6
1.2. Jeunes âgés de 17 ans	7
Tabac	7
Alcool	8
Cannabis.....	9
Addictions sans substances	10
1.3. Les femmes enceintes.....	10
2. Structures de prise en charge	10
3. Éléments de prospective	11
4. Mobilisation des bases de données	12
Mortalité liée au tabac	12
Mortalité liée à l'alcool.....	12
2^E PARTIE : DOULEUR	13
1. Populations	14
1.1. Adultes.....	14
Les baromètres santé.....	14
L'enquête santé protection sociale.....	15
1.2. Enfants et adolescents	16
1.3. Personnes âgées.....	16
1.4. Séjours hospitaliers tous âges.....	16
Douleur aiguë	17
Douleur chronique.....	18
2. Pathologies	19
Cancer.....	19
Endométriose	21
3. Structures de prise en charge	22
Structures d'étude et de traitement de la douleur chronique	22
Services en soins palliatifs.....	23
4. Éléments de prospective	25
5. Mobilisation des bases de données	25
3^E PARTIE : MALADIES ALLERGIQUES	27
1. Prévalence des allergies en France	28
1.1. La rhinite – conjonctivite allergique	28
1.2. L'asthme.....	29
Les admissions en affection de longue durée pour asthme	30
Les séjours hospitaliers en soins de courte durée pour asthme	31
Les décès par asthme.....	32
1.3. Les allergies alimentaires.....	34
1.4. La dermatite atopique ou eczéma atopique.....	35
1.5. Les allergies médicamenteuses	35
2. Recherches potentielles dans les bases de données.....	36
3. Conclusions prospectives	37
4^E PARTIE : NUTRITION APPLIQUEE	39
1. Populations	40
1.1. Adultes.....	40
Corpulence	40
État nutritionnel.....	43
Allergies et intolérances alimentaires	43

1.2.	Enfants.....	43
	Corpulence	43
	Allergies et intolérances alimentaires	45
1.3.	Populations spécifiques	46
	Population précaire.....	46
	Personnes âgées.....	46
2.	Pathologies	47
	Troubles du comportement alimentaire.....	47
	Dyslipidémies.....	48
	Malnutrition et carences nutritionnelles.....	49
	Maladies de l'appareil digestif	50
	Maladies autour de la malabsorption intestinale	52
	Obésité et chirurgie.....	54
3.	Éléments de prospective	56
4.	Mobilisation des bases de données existantes	57
4.1.	Autour des séjours hospitaliers	57
4.2.	Autour de la chirurgie bariatrique	57
5^E PARTIE : SOMMEIL		59
1.	Prévalence des troubles du sommeil.....	60
1.1.	Insomnies.....	61
1.2.	Syndromes d'apnée du sommeil.....	62
1.3.	Hypersomnies	63
2.	Pathologies entraînant des troubles du sommeil.....	64
3.	Populations spécifiques	64
3.1.	Travailleurs de nuit	64
3.2.	Enfants et adolescents	65
3.3.	Personnes âgées.....	65
4.	Recours et consommation de soins	65
	Hospitalisations pour troubles du sommeil	65
	Hospitalisation et troubles du sommeil en diagnostic associé.....	66
	Examens d'évaluation de la qualité du sommeil.....	67
	Traitements hypnotiques	69
5.	Mobilisation des bases de données existantes	70
	Autour des séjours hospitaliers	70
	Autour du recours aux médicaments	70
6^E PARTIE : SANTE MENTALE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS.....		71
1.	Connaissance du public et recours aux soins	73
1.1.	La prise en charge des enfants et adolescents pour cause de maladie psychiatrique.....	73
1.2.	La consommation de psychotropes chez les mineurs	79
1.3.	Les troubles psychiques chez les enfants et les adolescents	80
	Troubles anxieux.....	80
	Troubles des comportements alimentaires	80
	Troubles addictifs	80
	Schizophrénie.....	81
	Troubles dépressifs	81
	Pensées suicidaires	81
2.	Mortalité liée aux troubles psychiatriques	82
3.	Offre de soins et d'accompagnement.....	82
3.1.	Offre libérale et mixte.....	82
3.2.	Structures de prise en charge ambulatoire	83
	Offre médico-sociale	83
	Autres acteurs	84
3.3.	Offre hospitalière.....	84
4.	Éléments de prospective et mobilisation de bases de données	86
	Enquête internationale HBSC (2014)	86
	Enquête ESCAPAD (2017).....	86

7^E PARTIE : SANTE MENTALE DES PERSONNES AGEES	89
1.	Connaissance du public et recours aux soins90
1.1.	La prise en charge des personnes âgées pour cause de maladie psychiatrique90
1.2.	La consommation de médicaments97
1.3.	Les troubles psychiques chez les personnes âgées98
	Troubles dépressifs, anxieux, addictifs98
	Les troubles dépressifs98
	Les troubles anxieux.....99
	Les troubles addictifs99
	Les troubles cognitifs99
	Les troubles du sommeil99
	Risque suicidaire.....99
2.	Mortalité liée aux troubles psychiatriques 100
2.1.	Mortalité pour cause de troubles mentaux 100
2.2.	Mortalité par suicide 101
3.	Offre de soins et d'accompagnement..... 102
3.1.	Offre libérale et mixte : médecins généralistes, psychologues, psychiatres, gériatres 102
3.2.	Structures de prise en charge ambulatoire 103
	CATTP (Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) 103
	Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP)..... 103
	PASS (Permanence d'accès aux soins de santé) 103
3.3.	Offre médico-sociale 103
3.4.	Offre hospitalière..... 104
3.5.	Dispositifs et outils de coordination 105
	GEM (Groupe d'entraide mutuelle)..... 105
	CLSM (Conseil local de santé mentale)..... 105
	PTSM (Projet territorial de santé mentale)..... 105
	MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) 105
4.	Éléments de prospective et mobilisation de base de données 106
	La répartition selon le sexe 106
	Le cadre de vie de la personne âgée..... 106
	Le sentiment d'isolement social 106

Avant-Propos

En 2017, la ministre de la santé Agnès Buzyn invitait l'Observatoire national de la Démographie des professions de santé (ONDPS) à faire des propositions pour « *la détermination du nombre de postes à ouvrir par subdivision à compter de 2019 pour les options et les formations spécialisées transversales proposées dans le cadre du troisième cycle des études médicales.* »¹

L'année 2019 a été celle du premier exercice de cette mission, dans la suite de la mise en œuvre de la réforme du 3^e cycle des études médicales.

Cette réforme, mise en place en novembre 2017, a profondément restructuré l'accès à la qualification de spécialiste en médecine. Par cette réforme, un seul diplôme - le diplôme d'études spécialisées (DES) - est nécessaire et suffisant pour cette qualification et pour l'exercice de la spécialité.

L'ensemble des 44 spécialités fait l'objet d'une filiarisation avec des effectifs qui sont définis annuellement par région et subdivision du 3^e cycle des études médicales². Ces effectifs sont fixés chaque année par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur sur proposition de ONDPS, chargé de mener la concertation au sein de son conseil d'orientation sur la base des besoins de santé, de l'offre de soins et de l'offre de formation.

Le 3^e cycle des études médicales est désormais organisé en trois phases :

- une phase socle, d'une durée de 1 an (2 ans pour la biologie), qui recouvre l'acquisition des connaissances de base de la spécialité ;
- une phase d'approfondissement, d'une durée de 2 à 3 ans selon le DES choisi, qui correspond à l'acquisition approfondie des connaissances et des compétences nécessaires à l'exercice de la spécialité suivie ;
- une phase de consolidation, d'une durée de 1 à 2 ans selon le DES choisi, correspondant à la consolidation de l'ensemble des connaissances et des compétences professionnelles nécessaires à l'exercice de la spécialité et qui favorise l'autonomisation croissante de l'étudiant (statut de Dr Junior). Cette phase n'est cependant pas prévue pour le DES de médecine générale.

Pour compléter le cursus de l'interne, sont proposées des options et des formations spécialisées transversales (FST).

Les options proposées au sein de certains DES, permettent l'acquisition de compétences complémentaires spécifiques à la spécialité (par exemple, néonatalogie dans le DES de pédiatrie).

Les FST, au nombre de 24, permettent l'acquisition de compétences complémentaires mais communes à plusieurs spécialités. Elles sont proposées, à partir de la phase d'approfondissement à tous les internes quel que soit le DES choisi. Cependant, chaque maquette de DES met en avant les FST indicatives. En deux semestres supplémentaires, les

¹ Lettre de mission de la ministre au président de l'ONDPS, juillet 2017

² Cf. Arrêté du 18 septembre 2017 portant détermination des régions et subdivisions du troisième cycle des études de médecine et du diplôme d'études spécialisées de biologie médicale.

FST permettent d'acquérir les compétences pour exercer une surspécialité en supplément de la spécialité de DES. Les compétences acquises lors d'une FST ne peuvent être exercées que dans le cadre de la spécialité du DES choisi.

Un contrat de formation est conclu à l'issue de la validation de la phase socle entre l'étudiant de troisième cycle des études médicales, le directeur de l'UFR et la commission locale de coordination de la spécialité. Il définit les objectifs pédagogiques poursuivis ainsi que le parcours de formation suivi au sein de la spécialité. Il intègre les souhaits d'options ou de FST. Le choix d'une FST ajoute une année à la durée des études pour les DES de moins de 5 ans.

Ainsi, les diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC) ont disparu, mais il existe une possibilité de se surspécialiser dans un domaine particulier par le biais des options et des FST qui ouvrent un champ de compétences additionnel, permettant l'extension du champ d'exercice dans le cadre de la spécialité d'origine. Le nombre de places ouvertes dans ces formations est défini par arrêté, sur propositions de l'ONDPS afin de réguler le nombre de professionnels formés en fonction de l'estimation des besoins et des capacités de formation.

En 2019, année où la plupart des FST et options ont été lancées, l'ONDPS a procédé à un premier exercice de proposition de places à ouvrir dans ces formations. Une enquête a été menée en amont auprès des subdivisions, via les correspondants des agences régionales de santé (ARS) de l'ONDPS, pour estimer les capacités de formation. Pour estimer les besoins de santé, l'ONDPS a fait appel à la FNORS pour lui apporter des éléments d'appréciation des besoins de la population au niveau national et au niveau des subdivisions d'internat dans les champs couverts par cinq formations spécialisées transverses et deux options.

Ce document restitue les notes de synthèse réalisées sur les FST « Addictologie », « Douleur », « Maladies allergiques », « Nutrition appliquée », « Sommeil » et pour les deux options du DES de Psychiatrie (« Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent », « Psychiatrie de la personne âgée »).

Emmanuel TOUZÉ, Président de l'ONDPS

1^{ERE} PARTIE : ADDICTIONS

Les comportements addictifs se rapportent soit à une dépendance à des substances psychoactives licites - alcool, tabac et médicaments psychotropes - ou illicites (stupéfiants), soit à une dépendance sans produits (liés aux jeux d'argent et de hasard, aux jeux vidéo, à internet). Ces pratiques peuvent avoir de nombreuses conséquences physiques, psychiques et sociales sur les individus. En 2015, les consommations de tabac et d'alcool - addictions les plus répandues en France - représentaient les deux premières causes de mortalité évitable du pays. Plusieurs études réalisées périodiquement permettent de connaître les comportements des Français vis-à-vis de ces substances psychoactives et leurs évolutions. Les principaux résultats de cette synthèse sont issus du Baromètre santé 2017, du baromètre santé Dom 2014 et de l'enquête ESCAPAD 2017, réalisée respectivement parmi les 18-75 ans, les 15-75 ans et les jeunes âgés de 17 ans.

1. Populations

1.1. Adultes

Tabac

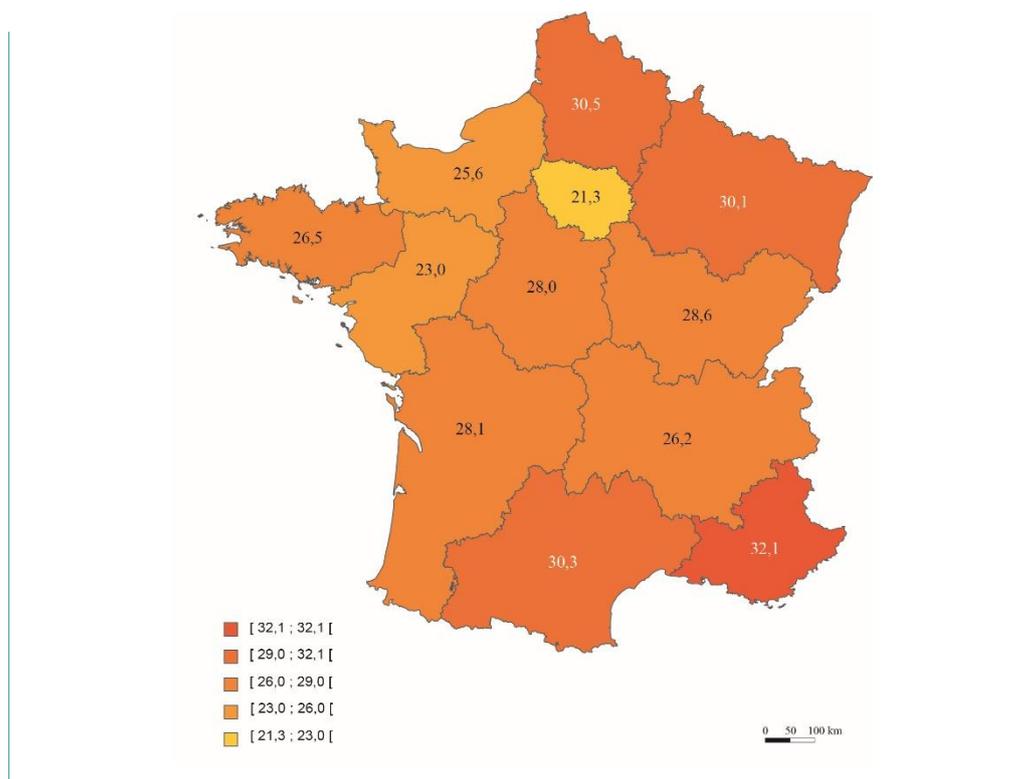
En France hexagonale, 31,9 % des personnes âgées de 18 à 75 ans déclaraient fumer en 2017. Les consommateurs quotidiens³ représentaient 26,9 % de la population adulte : 29,8 % parmi les hommes et 24,2 % parmi les femmes. Après une stabilité observée entre 2010 et 2016, la prévalence du tabagisme quotidien a diminué de 2,5 points entre 2016 et 2017. Une diminution qui s'observe aussi bien parmi les hommes, que les femmes. À l'échelle des régions administratives, le tabagisme quotidien varie de 21,3 % à 32,1 % en France hexagonale pour l'année 2017. Quatre régions se distinguent par des prévalences supérieures à l'ensemble du territoire hexagonal : le Grand Est (30,1 %), l'Occitanie (30,3 %), les Hauts-de-France (30,5 %) et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (32,1 %). À l'inverse, les prévalences de l'Île-de-France (21,3 %) et des Pays de la Loire (23,0 %) sont inférieures au niveau hexagonal⁴. Dans les départements d'outre-mer, les prévalences issues de la dernière enquête baromètre santé Dom, sont toutes inférieures au niveau hexagonal. Ainsi, en 2014, la part des consommateurs quotidiens représentait 12 % des 15-75 ans en Guyane et en Guadeloupe, 15 % en Martinique et 25 % à La Réunion⁵. Les bénéfices de l'arrêt de la consommation de tabac sont importants en termes de morbidité et de mortalité. Ainsi, en France hexagonale, plus d'un fumeur quotidien sur deux souhaitait arrêter de fumer en 2017 (56,7 %) ².

³ Est qualifié de fumeur quotidien un individu déclarant fumer tous les jours.

⁴ Pasquereau A, Andler A, Guignard G, Richard JB, Arwidson P, Nguyen-Thanh V ; le groupe Baromètre santé 2017. La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2018;(14-15):265-73. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_1.html.

⁵ Beck F, Obradovic I, Spilka S. Addictions en outre-mer. Note 2016-02, OFDT, 2016, 7p.

Part des consommateurs quotidiens de tabac en 2017 parmi les 18-75 ans, selon la région (en %)



Source : Santé publique France, Baromètre santé 2017.

Alcool

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France. En 2017, 86,5 % des 18-75 ans ont répondu en avoir consommé en France hexagonale. Sans changement notable depuis 2010, la part des consommateurs quotidiens d'alcool⁶ s'élevait à 10 % en 2017. Près de deux personnes sur dix ont déclaré avoir une consommation ponctuelle importante d'alcool⁷ au moins une fois par mois (16,2 %) en 2017 et 20,7 % ont eu au moins une ivresse dans l'année. Les pratiques diffèrent selon les générations : la consommation quotidienne, peu fréquente avant 25 ans (2,3 %), concerne plus d'un quart des individus au-delà de 65 ans (26 %). À l'inverse 41 % des moins de 25 ans ont déclaré une ivresse au cours de l'année et plus d'un quart une consommation ponctuelle importante mensuelle (28 %) contre respectivement 8 % et 2 % parmi les 65 ans ou plus⁸.

Au niveau des départements d'outre-mer, les indicateurs d'alcoolisation, proches dans les quatre Dom ont des niveaux inférieurs à ceux observés en France hexagonale. Les consommations quotidiennes d'alcool globalement inférieures dans tous les Dom relèvent essentiellement d'une moindre consommation de vin. La consommation de bière ou d'alcool fort étant similaire voir plus élevée qu'en France hexagonale. Les pratiques de consommation

⁶ La consommation quotidienne d'alcool est calculée sur la base du nombre de jours de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois.

⁷ L'alcoolisation ponctuelle importante se définit par une consommation d'au moins 6 verres au cours d'une même occasion.

⁸ Richard JB, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(5-6):89-97. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_1.html.

excessive (ivresse dans l'année et alcoolisation ponctuelle importante dans le mois) se révèlent moins fréquentes pour les 4 territoires ultra-marins en comparaison de l'Hexagone⁹. Toutefois, la mortalité par accident de la route, particulièrement élevée dans ces départements est fortement liée à l'alcool. En 2017, selon les données de l'observatoire national interministériel de la sécurité routière, l'alcool était impliqué dans 44 % des accidents mortels en Guadeloupe et à la Réunion. Il s'agit des deux régions les plus concernées devant la Bretagne (36 %) et les Pays de la Loire (36 %). À l'opposé l'alcool est impliqué dans respectivement 23 % et 24 % des accidents mortels dans le Grand Est et en Île-de-France.

Cannabis et autres drogues illicites

Le cannabis reste la première substance illicite consommée en France : la part de ses expérimentateurs n'a cessé d'augmenter au cours des dernières décennies et concerne désormais près de la moitié de la population adulte en France hexagonale (44,8 % en 2017). L'usage régulier de cannabis¹⁰ concerne 3,6 % des 18-64 ans. En augmentation parmi les hommes par rapport à 2014 (passant de 4,6 % à 5,4 %), il est resté stable parmi les femmes (1,8 %). Avec 8,4 % de consommateurs réguliers parmi les 18-25 ans, l'usage du cannabis concerne majoritairement les jeunes générations. Toutefois, en 2017, la consommation régulière persiste au-delà de 25 ans (6,3 % parmi les 26-34 ans, 3,3 % parmi les 45-54 ans et 1,7 % parmi les 45-54 ans)¹¹.

Dans les départements d'outre-mer, les données issues du Baromètre santé Dom 2014, mettent en évidence des disparités selon les territoires. La Guadeloupe se démarque par des indicateurs inférieurs à la France hexagonale tandis que la Guyane présente des indicateurs supérieurs. Les deux autres régions ultra-marines (Martinique et La Réunion) sont proches du niveau de France hexagonale⁷.

L'usage de cocaïne - deuxième drogue illicite la plus consommée après le cannabis - au cours de l'année augmente. Il est passé de 0,2 % en 1995, à 1,1 % en 2014 puis 1,6 % en 2017. La consommation de MDMA/ecstasy au cours de l'année 2017 stagne et concerne 1 % des 18-64 ans. Quant à l'usage de champignons hallucinogènes en 2017, il demeure faible et concerne 0,3 % des 18-64 ans. À l'instar du cannabis, les hommes sont plus fréquemment consommateurs que les femmes pour l'ensemble de ces substances et leurs usages augmentent parmi les plus de 25 ans⁹.

⁹ Beck F, Obradovic I, Spilka S. Addictions en outre-mer. Note 2016-02, OFDT, 2016, 7p.

¹⁰ L'usage régulier de cannabis se définit par au moins 10 usages au cours des 30 jours précédant l'enquête.

¹¹ Spilka S, Richard JB, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Shah J, Chyderiotis S, Andler R, Cogordan C. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017, Tendances, OFDT, n°128, 2018, 6p.

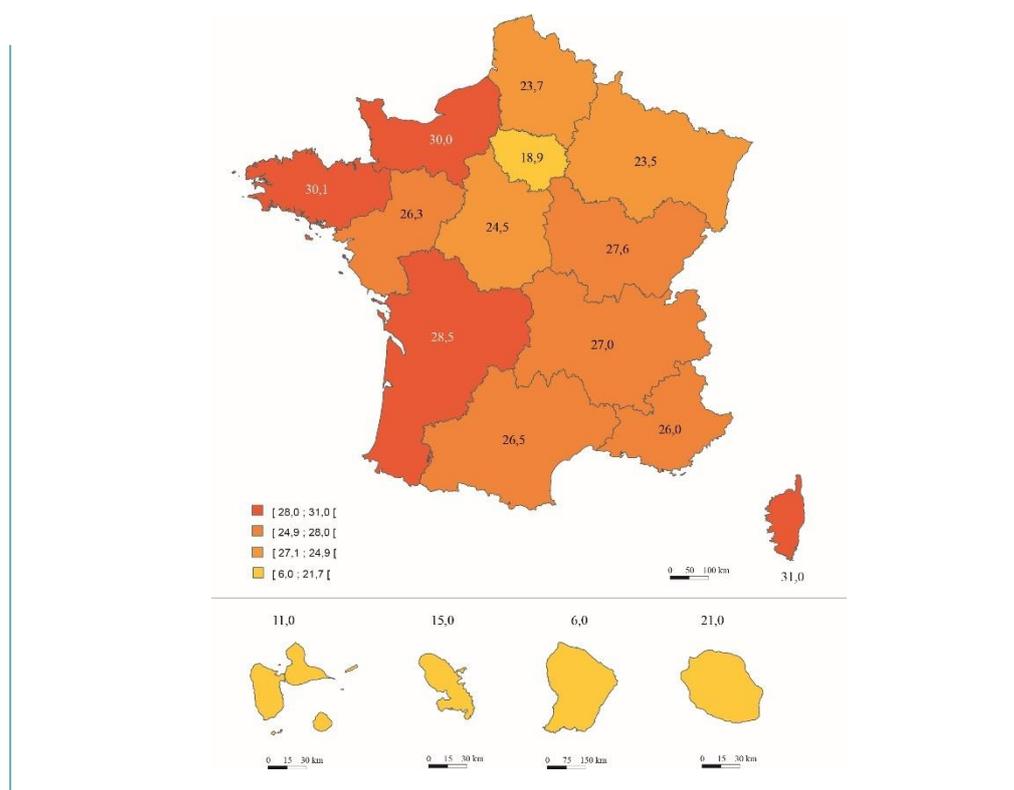
1.2. Jeunes âgés de 17 ans

L'adolescence est une période importante pour l'acquisition des bases favorisant une bonne santé à l'âge adulte. Elle est également une période d'expérimentation et de découverte pouvant mener à de nombreux comportements à risque (tabagisme, alcoolisme...) susceptible de perdurer et impacter la santé à court ou à long terme.

Tabac

Parmi les jeunes âgés de 17 ans, la consommation quotidienne de tabac est proche de celle des 18-75 ans (25,1 % en 2017 en France hexagonale). Le tabagisme quotidien est plus fréquent parmi les jeunes en apprentissage (47,3 %) ou ceux sortis du système scolaire (57,0 %) par rapport aux lycéens (22,0 %). Il est également plus important parmi les jeunes vivant en milieu rural (26,7 %) par rapport à ceux vivant dans une agglomération de plus de 200 000 habitants (21,8 %). Enfin, à l'échelle des régions administratives Environ trois jeunes de 17 ans sur dix déclarent fumer quotidiennement en Corse (31,0 %), en Bretagne (30,1 %) et en Normandie (30,0 %). À l'inverse, le niveau d'usage quotidien de tabac est le plus bas en Île-de-France (18,9 %), suivie par les régions des Hauts-de-France (23,7 %) et du Grand Est (23,5 %)¹².

Part des consommateurs quotidiens de tabac en 2017 parmi les jeunes âgés de 17 ans, selon la région (en %)



Source : OFDT - Escapad 2017.

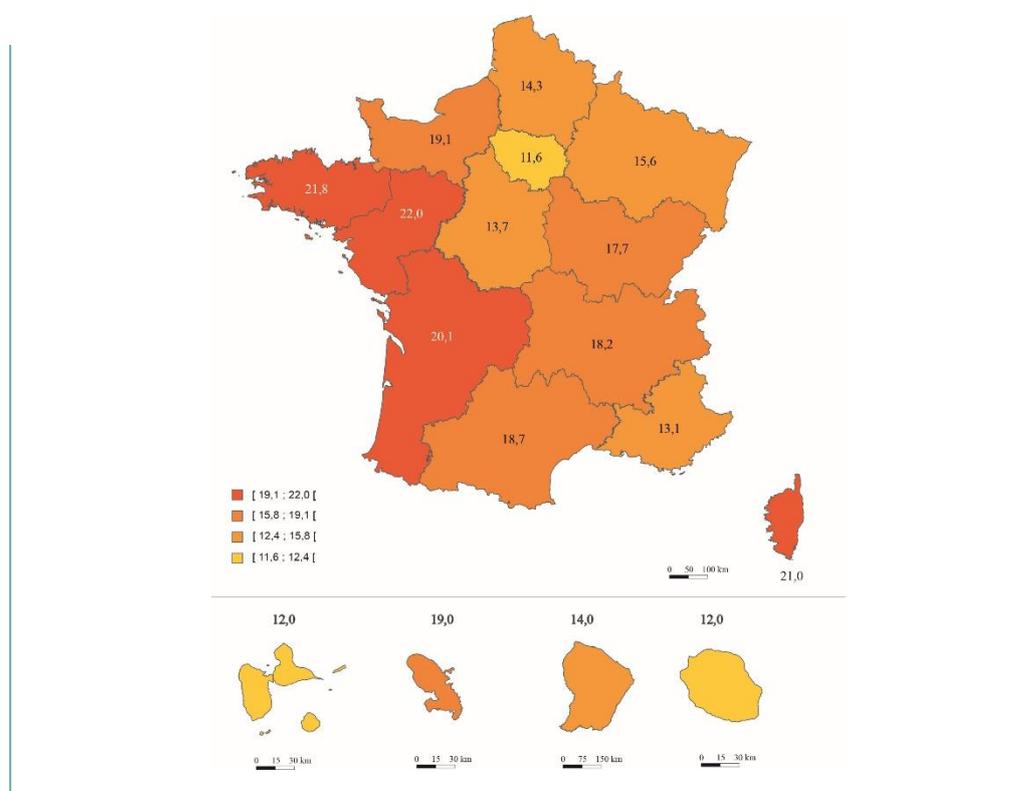
¹² Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A. Les drogues à 17 ans : analyse régionale : enquête Escapad 2017, OFDT, 2018, 54p.

Alcool

À l'instar des résultats du Baromètre santé, les données issues de l'enquête Escapad révèlent des pratiques de consommation ponctuelle importante d'alcool particulièrement prononcées parmi les jeunes : en 2017, 16,4 % des adolescents âgés de 17 ans avaient indiqué avoir connu au moins 3 épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante¹³ durant le dernier mois précédant l'enquête. Comme pour le tabac, l'usage régulier d'alcool¹⁴ est plus fréquent parmi les jeunes en apprentissage ou sortis du système scolaire (respectivement 18,4 % et 12,6 % contre 7,5 % parmi les lycéens) et les jeunes vivant dans un milieu rural (10,3 % contre 6,7 % des jeunes vivant dans une agglomération de plus de 200 000 habitants)¹⁵.

Les adolescents des régions de la façade atlantique se révèlent toujours « sur-consommateurs » d'alcool relativement à leurs homologues du reste du territoire.

Part des jeunes âgés de 17 ans ayant eu au moins 3 alcoolisations ponctuelles importantes au cours du dernier mois précédant l'enquête en 2017 selon la région (en %)



Source : OFDT - Escapad 2017

¹³ Dans l'enquête Escapad l'alcoolisation ponctuelle importante est définie par la consommation d'au moins 5 verres au cours d'une même occasion.

¹⁴ L'usage régulier d'alcool se définit par au moins 10 usages au cours du dernier mois précédant l'enquête.

¹⁵ Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A. Les drogues à 17 ans : analyse régionale : enquête Escapad 2017, OFDT, 2018, 54p.

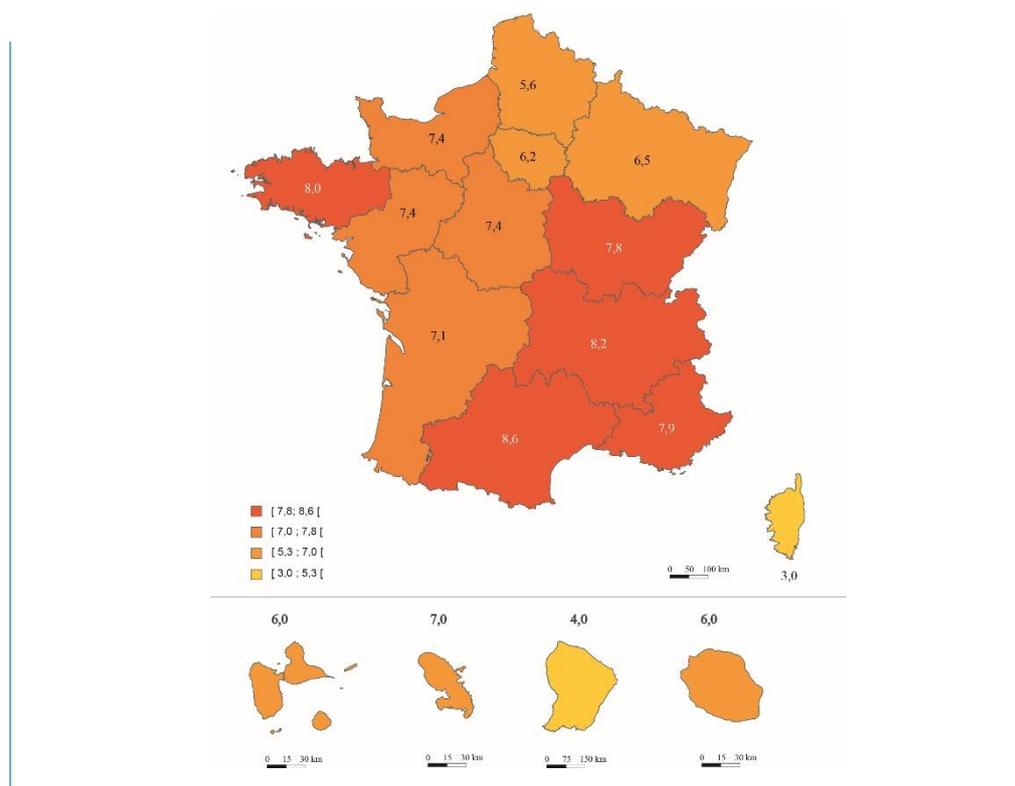
Cannabis

En 2017, près de quatre adolescents de 17 ans sur dix (39,1 %) en France hexagonale disent avoir déjà fumé du cannabis au cours de leur vie. Les niveaux d'usages réguliers¹⁶ varient du simple au double entre filles et garçons (4,5 % vs 9,7 %). L'usage régulier est plus fréquent parmi les jeunes en apprentissage ou sortis du système scolaire (respectivement 14,3 % et 21,1 % contre 6,0 % parmi les lycéens), mais plus élevé parmi les jeunes vivant dans une agglomération de plus de 200 000 habitants (6,9 %) par rapport aux jeunes vivant en milieu rural (5,8 %).

Comme pour le tabac, le niveau d'usage régulier de cannabis demeure le plus bas en Île-de-France (6,2 %) et dans les Hauts-de-France (5,6 %). À cela s'oppose, deux régions aux niveaux d'usage supérieurs à celui du niveau national : l'Occitanie (8,6 %) et l'Auvergne-Rhône-Alpes (8,2 %).

Parmi les jeunes âgés de 17 ans, les expérimentations des autres substances illicites (champignons hallucinogènes, MDMA/ecstasy, cocaïne) se maintiennent à des niveaux de l'ordre de 3 à 4 % pour les plus élevés (MDMA/ecstasy) à moins d'1 % pour les plus faibles (crack) en 2017. Concernant l'expérimentation des substances détournées de leurs usages premiers, elle est particulièrement élevée concernant le poppers (8,8 %) et le purple drank (8,5 %)¹⁷.

Part des consommateurs réguliers de cannabis parmi les jeunes âgés de 17 ans en 2017 selon la région (en %)



¹⁶ L'usage régulier cannabis se définit par au moins 10 usages au cours du dernier mois précédent l'enquête.

¹⁷ Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Shah J, Chyderiotis S. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête Escapad 2017, Tendances, OFDT, n°123, 2018, 8p.

Addictions sans substances

L'enquête Escapad apporte également des données relevant des addictions sans substances. Ainsi, en 2017, près de quatre jeunes âgés de 17 ans sur dix ont déclaré avoir joué à un jeu d'argent et de hasard au moins une fois dans l'année. Parmi ces jeunes, 71,6 % ne présentaient pas de risque de jeu problématique, 20 % un risque faible, 7 % un risque modéré et 1,6 % un risque élevé. Les garçons présentent des habitudes de jeux considérées à risque (faible, modéré ou élevé) trois fois plus fréquemment que les filles (40 % vs 11 %) ¹⁸.

1.3. Les femmes enceintes

En 2017, même si les consommations d'alcool et de tabac pendant la grossesse restent minoritaires, leur impact sur la santé des nouveau-nés demeure grave : risque accru de retard de croissance, malformation, syndrome d'alcoolisme fœtal, trouble du comportement. D'après les données de l'enquête Baromètre santé de 2017, le tabagisme pendant la grossesse concernerait entre 20 et 25 % des femmes enceintes. Environ une femme enceinte sur dix (11,7 %) a déclaré consommer de l'alcool pendant la grossesse : 10,7 % affirmaient l'avoir fait uniquement pour de grandes occasions, moins d'un pourcent déclarait en avoir consommé plus d'une fois par mois, mais moins d'une fois par semaine et moins d'un pourcent répondaient en avoir consommé une fois par semaine ou plus. Enfin, concernant les pratiques préventives, quatre femmes enceintes ou mères de jeunes enfants sur dix ont déclaré ne pas avoir été informées des risques de la consommation d'alcool et de tabac par le médecin ou la sage-femme les suivant ou les ayant suivis durant leur grossesse ¹⁹.

2. Structures de prise en charge

En 2016, 375 centres de soins, d'accompagnement et de prévention des addictions (CSAPA) accueillant des patients en ambulatoire ont été recensés sur l'ensemble de la France. Parmi ces structures, 65 % se déclarent généralistes, 18 % spécialisés en alcoologie et 17 % spécialisés sur les drogues illicites. Au total, ces structures ont reçu un nombre de patients estimé à un peu plus de 308 000. Cette file active représente environ 6,4 patients pour 1 000 habitants âgés de 15 à 74 ans. La Corse (8,3), la Martinique (9,8), la Bourgogne-Franche-Comté (8,1), la Bretagne (8,0) et les Hauts de France (7,9) sont les régions de France dont les nombres de patients reçus pour 1 000 habitants sont les plus élevés. Tandis que La Réunion et la Guyane ont les nombres les plus faibles (respectivement 4,5 et 4,6 patients pour 1 000 habitants) ²⁰.

En 2016, 125 rapports relevant de CSAPA avec hébergement ont été recensés. L'ensemble de ces établissements a déclaré avoir vu 7 088 personnes et en avoir hébergé 3 740 sur l'ensemble de la France ¹⁸.

¹⁸ Brissot A, Philippon A, Spilka S, Niveaux de pratique des jeux d'argent et de hasard à la fin de l'adolescence en 2017 : enquête Escapad 2017, Note 2018-03, OFDT, 2018, 12p.

¹⁹ Andler R, Cogordan C, Richard JB, Demiguel V, Regnault N, Guignard R, Pasquereau A, Nguyen-Thanh V. Baromètre santé 2017. Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2018.

²⁰ Palle C, Rattanatray M. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2016 situation en 2016 et évolutions sur la période 2005-2016 analyse des données des rapports d'activité des CSAPA. OFDT, 2018, 109p.

Quel que soit le type de structure, les hommes sont majoritaires et représentent entre 75 et 80 % des patients reçus. Les structures accueillent entre un quart et un tiers de patients âgés de moins de 30 ans, ainsi qu'un quart à un tiers de patients âgés de 30 à 39 ans et enfin un quart à la moitié de patients âgés de 40 ans ou plus. En ambulatoire les patients résidant dans le département sont majoritaires (au moins 90 %). En structure d'hébergement, ils représentent entre un à deux tiers des patients. De façon générale l'alcool constitue la principale substance à l'origine de la prise en charge (entre un tiers à la moitié). Le cannabis représente la deuxième substance la plus fréquente dans les structures en ambulatoire, tandis qu'il s'agit des opiacés, de la cocaïne et du crack dans les structures d'hébergement. En ambulatoire, deux actes sur dix sont réalisés par un médecin généraliste (20,2 %), plus fréquemment en CSAPA alcool (25,1 %) qu'en CSAPA drogues (15,5 %). En structure d'hébergement, moins d'un acte sur dix a été réalisé par un médecin (généraliste ou psychiatre). Enfin, en 2016, sur l'ensemble des CSAPA, 261 ont indiqué gérer une consultation jeunes consommateurs. Ces consultations indiquent avoir accueilli près de 33 350 jeunes sur l'ensemble de la France¹⁸.

En 2015, 167 centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (CAARUD) ont été recensés sur l'ensemble du territoire. Plus d'un CAARUD sur dix est implanté en Ile-de-France (11,4 %). Ces structures reçoivent en majorité des usagers connaissant des situations sociales plus précaires qu'au sein des CSAPA²¹.

L'analyse plus approfondie des données issues des CSAPA et des CAARUD pourrait apporter davantage d'informations concernant le profil des patients et l'activité au sein de ces structures.

3. Éléments de prospective

En France, les consommations de substances psychoactives demeurent courantes, mais évoluent au fil du temps. En 2017, pour la première fois depuis une dizaine d'années, une diminution importante de la consommation de tabac s'observe dans l'ensemble de la population. Les pratiques concernant l'alcool, quant à elles, évoluent au fil des générations : la consommation quotidienne plus répandue parmi les plus âgés contraste avec des pratiques d'alcoolisation ponctuelle importante dominantes parmi les jeunes. Concernant le cannabis, le vieillissement des générations d'expérimentateurs conduit à une augmentation de son usage au-delà de 25 ans. Globalement, si les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis sont en diminution parmi les adolescents âgés de 17 ans, elles contrastent avec l'augmentation de nouvelles substances (poppers, purple drank). Au-delà de la consommation de ces substances, les comportements évoluent notamment parmi les jeunes. Les écrans, les nouvelles technologies et les nouveaux modes de communication, omniprésents, laissent désormais place à de nouvelles formes d'addictions. Les futures enquêtes devraient permettre de suivre l'évolution des nouvelles pratiques en termes d'addictions notamment parmi les plus jeunes générations.

²¹ Cadet-Taïrou A, Lermenier-Jeannet A, Gautier S. Profils et pratiques des usagers de drogues rencontrés dans les CAARUD en 2015 résultats de l'enquête nationale 2015 réalisée auprès des usagers des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (ena-caarud), OFDT, 2018, 56p.

4. Mobilisation des bases de données

En complément des résultats issues des enquêtes, l'interrogation des bases de données peuvent permettre d'apporter d'autres informations relatives aux addictions.

Mortalité liée au tabac

Sur la période 2009-2015, les départements français d'Amérique sont les trois régions de France ayant le taux standardisé de mortalité liée au tabac²² le plus faible (respectivement 44, 47 et 67 décès pour 100 000 habitants en Martinique, en Guadeloupe et en Guyane), devant l'Île-de-France (104 décès pour 100 000 habitants) et les Pays de la Loire (105 décès pour 100 000 habitants). À l'inverse, le Grand-Est et les Hauts-de-France sont les régions ayant les plus forts taux de mortalité liée à cette substance (respectivement 139 et 140 décès pour 100 000 habitants).

Mortalité liée à l'alcool

Sur la période 2009-2015, la Martinique, la Corse et l'Occitanie sont les trois régions de France ayant le taux standardisé de mortalité liée à l'alcool²³ le plus faible (respectivement 17, 18 et 20 décès pour 100 000 habitants). À l'inverse, la Bretagne, la Réunion et les Hauts-de-France sont les régions ayant les plus forts taux de mortalité liée à cette substance (respectivement 37, 37 et 45 décès pour 100 000 habitants).

D'autres indicateurs tels que les données de séjours hospitaliers, le suivi de certaines admissions en affections de longue durée ou encore le remboursement des produits de substitution nicotinique par l'assurance maladie pourraient également être étudiés pour les années futures.

²² La mortalité liée au tabac regroupe les décès par bronchopneumopathies obstructives, par cancer du poumon, de la gorge et de la trachée et par cardiopathies ischémiques.

²³ La mortalité liée à l'alcool regroupe les décès par cancer des voies aérodigestives supérieures, par cirrhose alcoolique du foie et par psychose alcoolique.

2^E PARTIE : DOULEUR

La société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) définit trois grands groupes de douleurs : la douleur aiguë liée à une atteinte tissulaire brutale, la douleur procédurale en lien avec un soins et la douleur chronique. Pour cette dernière, référence est faite à la définition donnée par la Haute Autorité de Santé (HAS), à savoir un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne concernée et associant une persistance ou une récurrence au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée et une détérioration significative et progressive du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail.

La douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique, est un des symptômes le plus fréquemment retrouvé dans les motifs de recours aux soins, que ce soit lors de consultations chez le médecin généraliste ou lors de consultations auprès d'un service d'urgences.

Le Haut Conseil de Santé Publique²⁴, dans son évaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 rappelait des éléments illustrant la prévalence des phénomènes douloureux en population générale avec autour de 30 % de la population adulte indiquant souffrir au moment où on les interroge dans les différentes enquêtes mentionnées. Dans quatre cas sur cinq, les français consultant un médecin recevraient une prescription d'antalgique. La douleur serait présente chez la moitié des personnes s'adressant à un service d'urgence ou hospitalisées dans un service de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO).

Malgré la fréquence de ce symptôme et son retentissement dans la vie quotidienne des personnes concernées, la douleur n'était pas intégrée en tant que telle dans le parcours de formation des médecins spécialistes jusqu'à la dernière réforme du 3^e cycle des études médicales. Depuis lors, la douleur est l'une des 24 formations spécialisées transversales proposées dans le cursus des étudiants de 3^e cycle d'études médicales.

²⁴ Haut Conseil de Santé Publique. Évaluation, du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. Paris : HCSP ; Mars 2011.

1. Populations

1.1. Adultes

La douleur fait l'objet de peu d'études spécifiques et n'est pas toujours abordée dans les enquêtes et analyses sur l'état de santé de la population. Ainsi, le rapport 2017 sur l'état de santé de la population en France n'aborde pas cette question de manière spécifique²⁵.

Des données sur la prévalence des phénomènes douloureux en population générale sont retrouvées principalement au travers de deux types d'enquêtes : les baromètres santé de l'Inpes et aujourd'hui de Santé publique France d'une part, l'enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Irdes incluse aujourd'hui dans l'enquête santé européenne (EHIS).

Les baromètres santé

Les baromètres santé sont réalisés périodiquement depuis 1992 en population générale. Ils portent maintenant sur la population de 15-85 ans. L'édition de 2010²⁶ est la dernière donnant des éléments sur la prévalence des phénomènes douloureux. Une « douleur physique difficile à supporter au cours des 12 derniers mois » concernerait 25,9 % de la population en France métropolitaine avec une prévalence plus élevée chez les femmes (28,0 %) que chez les hommes (23,7 %) et un effet de l'âge important, la prévalence passant de 16,4 % chez les 15-19 ans à 34,9 % chez les 75-85 ans.

*Pourcentage de personnes déclarant avoir souffert
d'une douleur physique difficile à supporter au cours des 12 derniers mois en 2010 (en %)*

Âge	Hommes	Femmes	Ensemble
15-19 ans	16,6	16,2	16,4
20-25 ans	22,7	16,7	19,6
26-34 ans	24,7	25,0	24,8
35-44 ans	23,2	28,5	25,9
45-54 ans	26,5	27,7	27,1
55-64 ans	22,3	31,1	26,8
65-74 ans	25,7	33,4	29,8
75-85 ans	26,6	40,3	34,9
Total	23,7	28,0	25,9

Source : Baromètre santé 2010, INPES

²⁵ Drees – Santé publique France. L'état de santé de la population en France – Rapport 2017. Paris : Drees ; 2017.

²⁶ Résultats repris dans : Danet S (dir.) L'état de santé de la population en France – Suivi des objectifs annexés à la loi de Santé Publique – Rapport 2011. Paris : Dress ; 2011.

Le baromètre santé 2000 est le dernier à avoir exploré la satisfaction vis-à-vis de la prise en charge de la douleur physique²⁷. Il apparaît que dans 19,7 % des cas, les répondants indiquent ne pas avoir été satisfait de la prise en charge de cette douleur par le médecin généraliste. Cette proportion atteint 23,5 % chez les personnes qui ont été prises en charge dans un établissement de santé (y compris les services d'urgences).

La question de la douleur a également été prise en compte dans le baromètre santé 2014 mais uniquement sur des sous échantillons de personnes interrogées et n'a pas fait l'objet, à notre connaissance, de publication à ce jour.

La méthodologie des baromètres santé et les modalités d'échantillonnage ne permettent, le plus souvent, que la production de résultats nationaux. Des suréchantillonnages ont pu être réalisés dans certaines régions à plusieurs reprises pour disposer de résultats au niveau de celles-ci. Le plus souvent, ces suréchantillonnages ont concerné des populations spécifiques (notamment les jeunes de 15 à 34 ans), dans les régions volontaires et n'ont pas abouti à la prise en compte dans les analyses des questions sur la douleur quand celles-ci étaient présentes. Lorsque, comme en 2017, l'échantillonnage national permettait de disposer d'estimation régionales, la question de la douleur n'a pas été traitée.

L'enquête santé protection sociale

L'enquête santé protection sociale de l'Irdes prend en compte la douleur au travers de deux questions dans son édition de 2014²⁸. La première permet de dénombrer les personnes présentant des douleurs physiques d'une « grande » ou « très grande » intensité et la seconde les personnes qui présentent des douleurs physiques qui les limitent « beaucoup » ou « énormément » dans leur travail ou leurs activités domestiques.

Ainsi, parmi les personnes de 15 à 39 ans, 3,8 % indiquent présenter des douleurs physiques de « grande » ou « très grande » intensité. Cette proportion passe à 7,7 % chez les 40-64 ans et atteint 15,4 % chez les 65 ans et plus. Elle est plus élevée chez les femmes (10,0 %) que chez les hommes (5,8 %). Elle varie selon plusieurs facteurs socioéconomiques : plus fréquente chez les chômeurs que chez les actifs occupés, chez les employés et les ouvriers que chez les cadres ou les professions intermédiaires, chez les personnes les moins diplômées, chez les personnes ayant les revenus les plus bas, chez les personnes seules ou les adultes des familles monoparentales, chez les personnes exonérés du ticket modérateur pour raison médicale et chez celles déclarant avoir une maladie chronique ou durable ou bien qui sont limitées dans les activités courantes.

Cette étude montre également que 3,6 % des personnes âgées entre 15 et 39 ans indiquent présenter des douleurs physiques qui les limitent « beaucoup » ou « énormément » dans leur travail ou leurs activités domestiques. Cette proportion passe à 6,6 % chez les 40-64 ans et à 14,8 % chez les 65 ans et plus. Le différentiel de fréquence entre les femmes et les hommes est moindre que pour la question sur les douleurs intenses ou très intenses : respectivement 8,7 % et 5,8 %. Les effets des variables socioéconomiques sont similaires à ceux présentés précédemment.

²⁷ CFES – CnamTS. Baromètre santé premiers résultats 2000. Consommation de soins et prise en charge de la douleur. Vanves : CFES ; septembre 2000.

²⁸ Célant N, Guillaume S, Rochereau Th. L'enquête santé européenne – Enquête santé et protection sociale (EHIS–ESPS) 2014. Paris : Irdes ; septembre 2017.

La méthodologie et les modalités d'échantillonnage des enquêtes ESPS ne permettent de produire des résultats qu'au niveau national.

1.2. Enfants et adolescents

La prévalence des douleurs chroniques chez les enfants et adolescents n'a pas été étudiée en France. Cependant, une étude réalisée sous l'égide de la HAS et de la SFETD auprès des structures de prise en charge de la douleur spécifiques aux enfants²⁹. Sur les 22 structures participantes, 337 enfants ont été vus en consultation pour la première fois au cours de la période d'enquête (5 semaines en janvier et février 2013). Cette population avait en moyenne 10,8 ans et était composée à 57 % de filles. Les motifs de consultation les plus fréquents étaient les céphalées (57 %) et les douleurs musculo squelettiques (26 %). Ces douleurs évoluaient depuis plus de trois mois dans 86 % des cas et depuis plus de 6 mois dans 25 % des cas. L'orientation vers la structure douleur était le fait d'un médecin spécialiste (libéral ou hospitalier) dans 63 % des cas. Un travail de thèse réalisé en 2012, cité en marge de cette étude, mettait en avant que les deux tiers des douleurs musculo squelettiques des adolescents persisteraient à l'âge adulte.

1.3. Personnes âgées

Comme le montrent les enquêtes précitées en population générale (Baromètre santé et enquête ESPS), la fréquence des douleurs chroniques rapportées par les personnes interrogées augment avec l'âge et, en particulier, chez les personnes âgées de 65 ans ou plus.

Des données générales sur la prévalence de la dépendance ou des maladies chroniques chez les personnes âgées en France sont disponibles sans que la question de la douleur dans cette population soit plus précisément prise en compte³⁰. Ainsi, 36,1 % des hommes et 42,3 % des femmes de 85 ans et plus déclarent être ou avoir été fortement limité au cours des 6 derniers mois « dans les activités que font les gens habituellement ». Ces proportions sont respectivement 12,4 et 12,5 % chez les 65-74 ans et de 22,9 et 21,7 % chez les 75-84 ans.

73,1 % des hommes et 77,9 % des femmes de 85 ans et plus déclarent avoir une maladie ou un problème de santé chronique ou durable. Ces proportions sont respectivement de 56,2 et 55,5 % chez les 65-74 ans et de 69,2 et 68,3 % chez les 75-84 ans.

Selon le livre blanc de la douleur 2017 de la SFETD³¹, « *La douleur chronique touche 50 % des personnes âgées vivant à domicile, 49 à 83 % de celles vivant en institution et 80 % des personnes âgées en fin de vie ; 30 % des urgences gériatriques sont des douleurs aiguës.* »

1.4. Séjours hospitaliers tous âges

Le motif « douleur » peut apparaître comme diagnostic principal ou diagnostic relié lors de séjours hospitaliers. Il est possible de distinguer les séjours pour douleurs aiguës d'une part (code CIM10 R52.0) et ceux pour douleurs chroniques d'autre part (code CIM10 R52.1 et R52.2).

²⁹ Tourniaire B, Gallo A. Douleur chronique des enfants et des adolescents : quoi de neuf ? La lettre de la SFETD 2013 ; 29 :3-4.

³⁰ Drees – Santé publique France. L'état de santé de la population en France – Rapport 2017. Paris : Drees ; 2017.

³¹ SFETD. Livre blanc de la douleur 2017. Paris : Med-Line ; 2017.

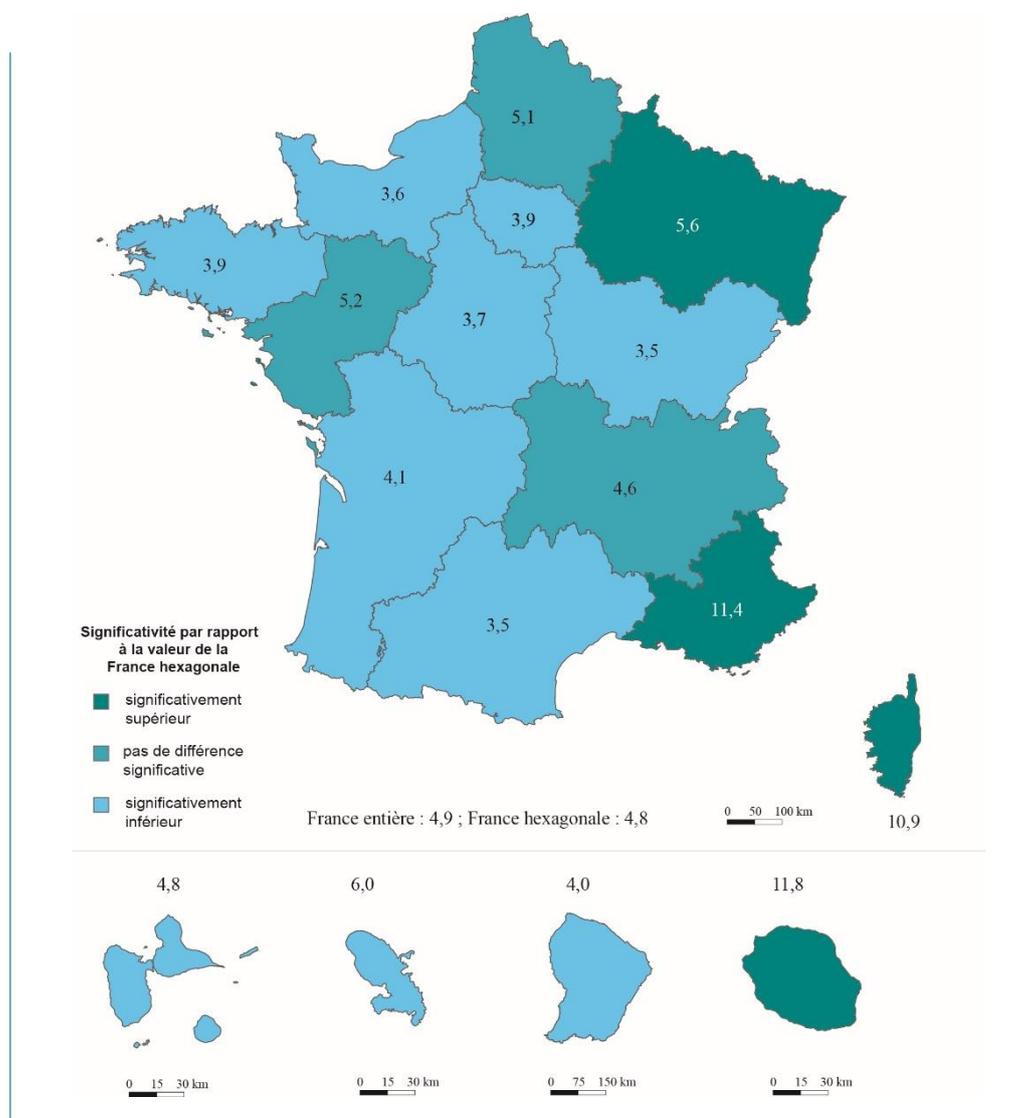
Douleur aiguë

Au total, 3 342 séjours hospitaliers en médecine, chirurgie ou obstétrique pour douleur aiguë peuvent être dénombrés en moyenne annuelle sur la période 2015-2017 soit 4,9 séjours par an pour 100 000 habitants en France entière.

La part des enfants et adolescents parmi les personnes concernées par ces séjours est très faible : 11 % des séjours concernent des personnes de moins de 20 ans. Les personnes ayant entre 40 et 69 ans représentent les deux cinquièmes de ces séjours.

Quatre régions présentent des taux standardisés de séjours hospitaliers significativement supérieurs à la valeur observée sur l'ensemble de la France : Grand-Est, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse et La Réunion. À l'opposé, les valeurs observées en Île-de-France, Centre-Val de Loire, Bourgogne-Franche-Comté, Normandie, Bretagne, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et Auvergne-Rhône-Alpes sont significativement inférieures à la valeur France entière.

Taux standardisé d'hospitalisation pour douleur aiguë en 2015-2017, pour 100 000 habitants*



*Population de référence : France entière au RP 2006.

Les données France n'incluent pas Mayotte.

Sources : Atih - PMSI-MCO, Insee - exploitation ORS Bourgogne-Franche-Comté, Fnors.

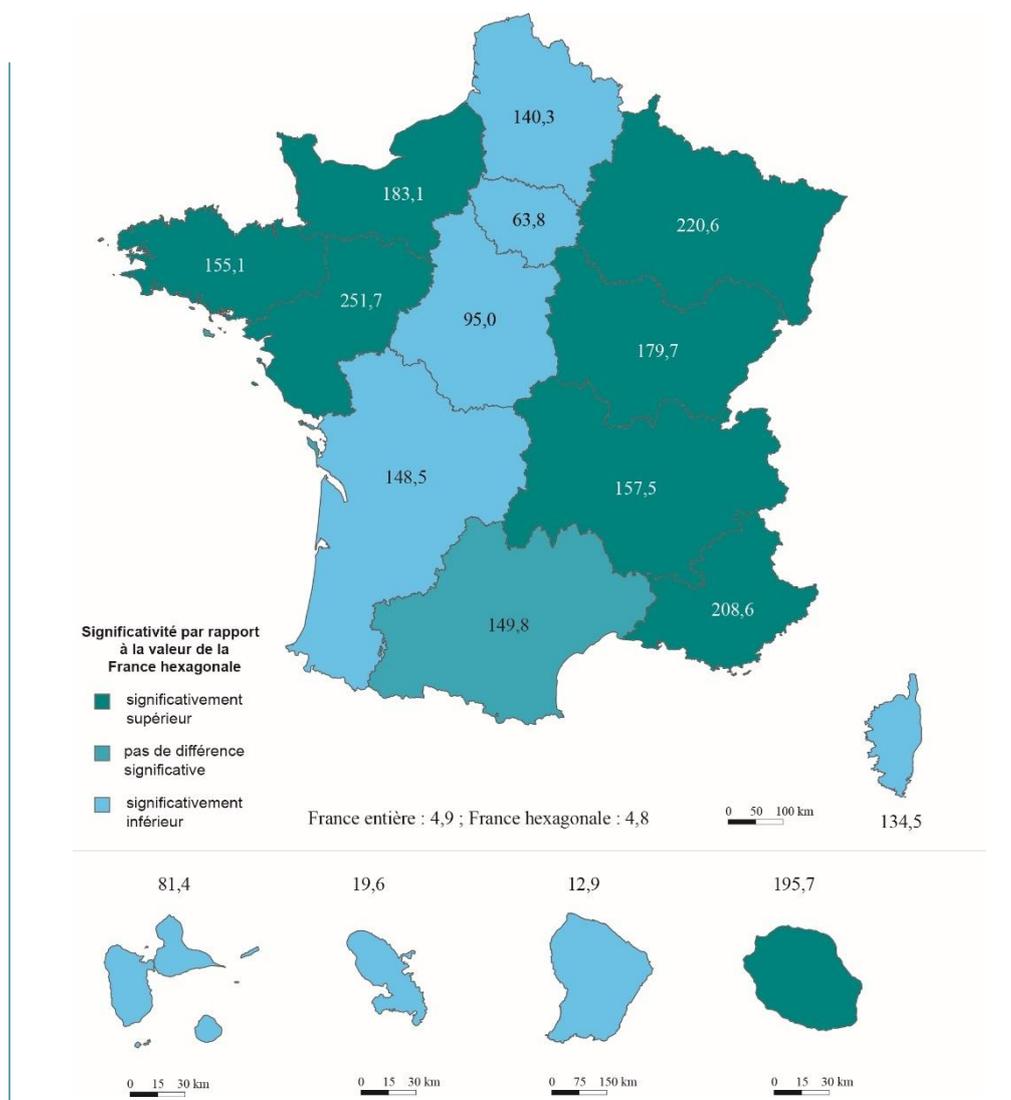
Douleur chronique

Au total, 101 661 séjours hospitaliers en médecine, chirurgie ou obstétrique pour douleur chronique sont dénombrés sur la France entière en moyenne annuelle sur la période 2015-2017 soit 150,3 séjours par an pour 100 000 habitants.

C'est parmi les personnes âgées entre 50 et 54 ans que le plus grand nombre de séjours pour douleur chronique est dénombré. La moitié des séjours concernent des personnes ayant entre 40 et 59 ans.

Huit régions présentent des taux standardisés de séjours hospitaliers significativement supérieurs à la valeur observée sur l'ensemble de la France : Bourgogne- Franche-Comté, Normandie, Grand-Est, Pays de la Loire, Bretagne, Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et la Réunion. Dans sept régions, les valeurs observées sont significativement inférieures à la valeur France entière : Île-de-France, Centre-Val de Loire, Hauts-de-France, Corse, Guadeloupe, Martinique et Guyane.

Taux standardisé d'hospitalisation pour douleur chronique en 2015-2017, pour 100 000 habitants*



*Population de référence : France entière au RP 2006.

Les données France n'incluent pas Mayotte.

Sources : Atih - PMSI-MCO, Insee - exploitation ORS Bourgogne-Franche-Comté, Fnors.

2. Pathologies

Les pathologies au cours desquelles des douleurs nécessitant une prise en charge spécifique sont très nombreuses. La maquette de la formation spécialisée transversale « douleur » propose ainsi une liste de pathologies pouvant s'accompagner de grands syndromes douloureux : cancer, rachis, ostéoarticulaire, migraine, orofacial, viscéral, endométriose et douleurs gynécologiques, artériopathie, VIH, syndromes douloureux régionaux complexes, douleur liée aux soins, douleur aiguë, douleur post-opératoire et post-traumatique, fibromyalgie, colopathies, syndromes dysfonctionnels.

Quelques éléments peuvent être apportés en lien avec deux de ces pathologies, à savoir les cancers et l'endométriose.

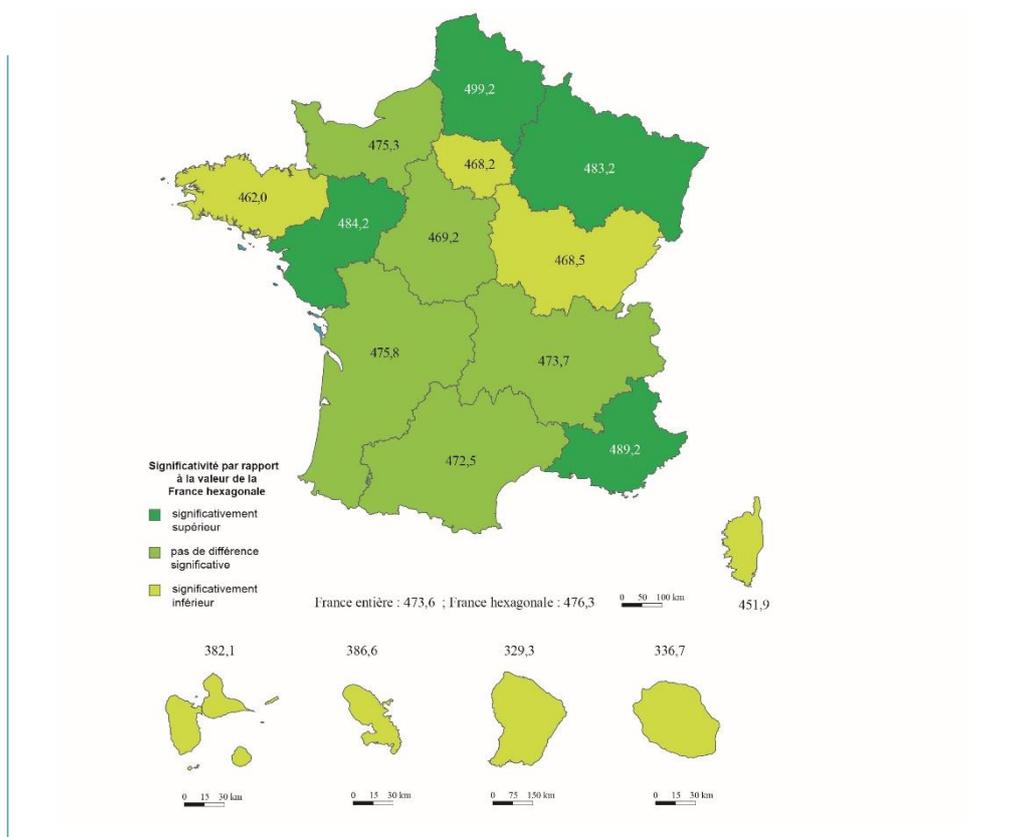
Cancer

On estime à 382 000 le nombre de nouveaux cas de cancers en France métropolitaine en 2018 : 177 400 chez la femme et 204 600 chez l'homme³². La mortalité par cancer continue à reculer. Du fait de l'augmentation de l'incidence et de l'amélioration de la survie, on estime qu'en 2017, 3,8 millions de personnes âgées de 15 ans ou plus avaient eu un diagnostic de cancer au cours de leur vie.

En prenant comme indicateur, les admissions en affection de longue durée pour cancer, quel qu'en soit le type, on observe que quatre régions présentent des taux standardisés d'entrée en ALD supérieurs à la valeur observée en France métropolitaine : Hauts-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Grand Est et Pays de la Loire. Des taux d'entrée significativement inférieurs à la valeur en France hexagonale sont observées en Bretagne, Bourgogne-Franche-Comté, Île-de-France et dans les quatre régions ultra-marines.

³² Institut national du Cancer. Les cancers en France, l'essentiel des faits et chiffres. Edition 2019. Boulogne-Billancourt : INCa ; Février 2019.

Taux standardisé* d'admission en ALD pour cancer en 2012-2014, pour 100 000 habitants



*Population de référence : France entière au RP 2006.

Les données France n'incluent pas Mayotte.

Sources : CnamTS, CCMSA, RSI, Insee - exploitation ORS Bourgogne-Franche-Comté, Fnors.

Les travaux menés par les registres des tumeurs permettent de décrire le stade au diagnostic pour les principales localisations cancéreuses³³ (sein, côlon et rectum). Si on se concentre sur les stades avancés ayant le plus de probabilité d'avoir une évolution péjorative et de s'accompagner de phénomènes douloureux, on relève que :

- pour les cancers du sein, avant traitement néoadjuvant, 15,0 % des nouveaux cas diagnostiqués sur la période 2010-2012 étaient au stade T4NxM0 et 12,9 % étaient au stade métastatique quel que soit la taille de la tumeur. Selon la classification ENCR (European network of cancer registries), 28,8 % des cas étaient à un stade régional et 11,8 % à un stade avancé³⁴. À partir de ces éléments, les auteurs de cette étude estiment à 55 800 le nombre de cas de cancer du sein à un stade régional et à 25 200 le nombre de cas au stade avancé ;
- pour les cancers du côlon, 23,0 % des nouveaux cas sont au stade régional et 32,5 % à un stade avancé. Des estimations du nombre de cas correspondant au niveau national ne sont pas produites ;

³³ Bouvier AM, Trétarre B, Delafosse P, Grosclaude P et al. Stade au diagnostic des cancers du sein, du côlon et du rectum /Étude réalisée à partir des registres des cancers du réseau Francim. Boulogne-Billancourt : INCa ; Avril 2018.

³⁴ Le stade avancé correspond aux cancers métastatiques et aux cancers non réséqués.

- pour les cancers du rectum, 19,5 % des nouveaux cas sont au stade régional et 34,0 % à un stade avancé. Des estimations du nombre de cas correspondant au niveau national ne sont pas produites.

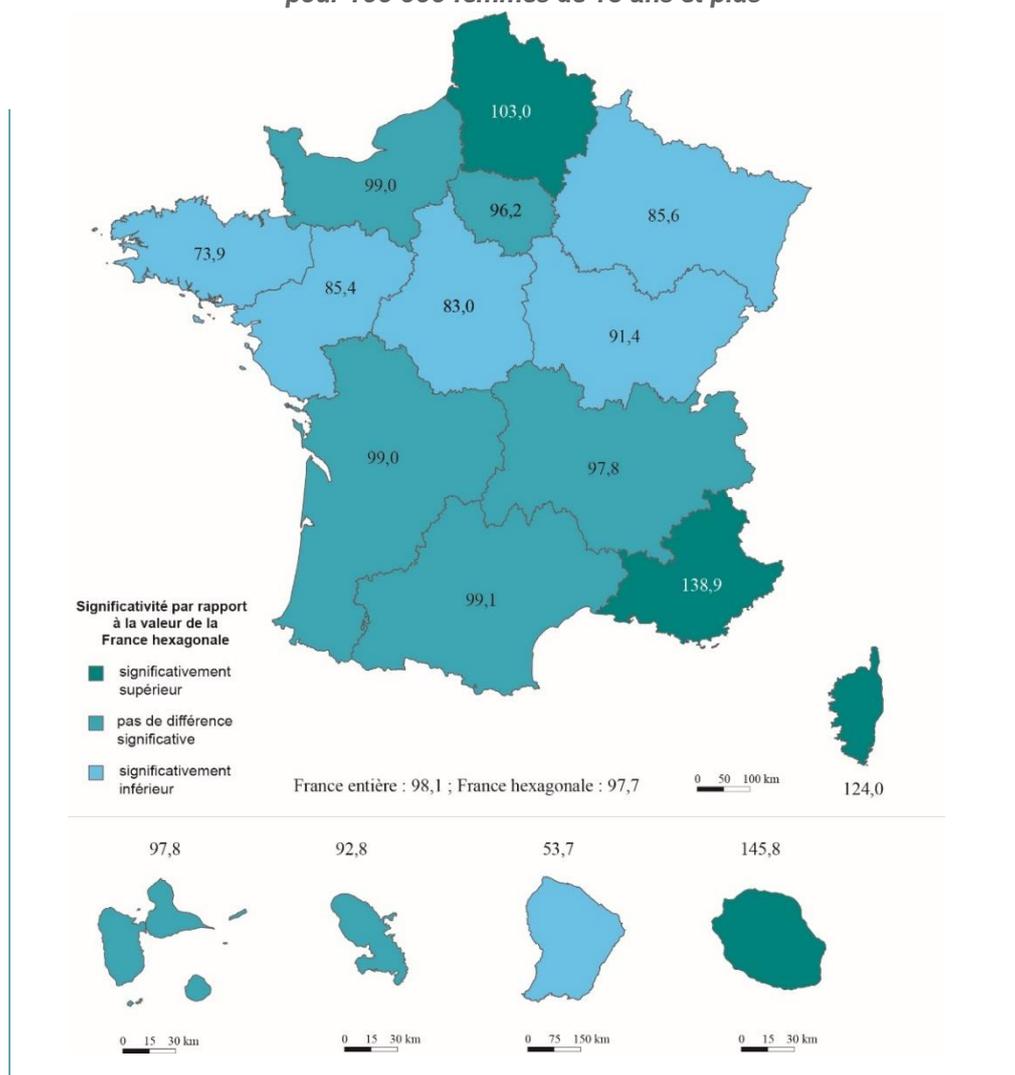
Endométriose

Au total, 25 384 séjours hospitaliers en médecine, chirurgie ou obstétrique pour endométriose (code CIM10 N80) sont dénombrés sur la France entière en moyenne annuelle sur la période 2015-2017 soit 98,1 séjours par an pour 100 000 femmes de 15 ans et plus.

Un pic au niveau de l'âge des femmes hospitalisées pour endométriose est observé chez les quadragénaires : elles représentent plus du tiers (35,2 %) des séjours hospitaliers pour ce motif. Neuf séjours sur dix (89,0 %) concernent des femmes entre 25 et 54 ans.

Quatre régions présentent des taux standardisés de séjours hospitaliers pour endométriose significativement supérieurs à la valeur observée sur l'ensemble de la France : La Réunion, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse et Hauts-de-France. Dans six régions, les valeurs observées sont significativement inférieures à la valeur France entière : Guyane, Bretagne, Centre-Val de Loire, Pays de la Loire, Grand Est et Bourgogne-Franche-Comté.

**Taux standardisé* d'hospitalisation pour endométriose en 2015-2017,
pour 100 000 femmes de 15 ans et plus**



*Population de référence : France entière au RP 2006.

Les données France n'incluent pas Mayotte.

Sources : Atih - PMSI-MCO, Insee - exploitation ORS Bourgogne-Franche-Comté, Fnors.

3. Structures de prise en charge

Structures d'étude et de traitement de la douleur chronique

L'enquête « Statistiques et activités des établissements » (SAE) permet de dénombrer les établissements de santé disposant d'une « structure d'étude et de traitement de la douleur chronique ». En 2017, dernière année disponible, 340 établissements de santé disposaient de ce type de structures. Il s'agissait principalement d'établissements publics (77,1 %) ou privés non lucratifs (13,5 %).

Dans un cas sur cinq (19,7 %), ces établissements sont des centres hospitaliers régionaux, dans 55,0 % des cas, des centres hospitaliers, dans 12,4 % des cas, des établissements de santé pluridisciplinaires privés et dans 5,0 % des cas, des centres de lutte contre le cancer.

Le tableau suivant présente la répartition de ces structures dans les différentes régions françaises. Notons que seule la région Guyane ne dispose pas de ce type de structure.

Structures d'étude et de traitement de la douleur chronique par région en 2017

Région	Nombre
Auvergne-Rhône-Alpes	46
Bourgogne-France-Comté	15
Bretagne	14
Centre-Val de Loire	10
Corse	1
Grand Est	23
Hauts-de-France	38
Île-de-France	54
Normandie	21
Nouvelle-Aquitaine	29
Occitanie	36
Pays de la Loire	19
Provence-Alpes-Côte d'Azur	25
Guadeloupe	2
Martinique	2
Guyane	0
La Réunion	5
Mayotte	0

Sources : SAE - exploitation Fnors.

Services en soins palliatifs

Si les soins palliatifs vont bien au-delà du simple traitement de la douleur, celle-ci est cependant présente de façon intense chez nombres de personnes en fin de vie.

Selon les données de la statistique d'activité des établissements, la France disposait en 2017 de 157 unités de soins palliatifs proposant au total 1 765 lits. Au total, 35 327 séjours ont pu être répertoriés dans ces unités. Parallèlement, des lits de soins palliatifs sont identifiés dans 848 établissements proposant 5 204 lits dont 1 226 dans des services de soins de suite et de réadaptation et 27 en pédiatrie. C'est un total de près de 102 900 séjours qui ont été enregistrés en 2017 dans ces lits.

En outre, toujours en 2017, 426 équipes mobiles de soins palliatifs (ESMP) peuvent venir en appui aux équipes soignantes prenant en charge des personnes en fin de vie. Ces équipes ont été à l'origine de près de 747 000 interventions physiques auprès de personnes concernées. Ces ESMP interviennent dans plus de 4 000 établissements d'hébergement

pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et plus de 1 500 établissements de santé. Au total, c'est près de 135 600 interventions physiques auprès de personnes concernées en dehors de l'établissement d'implantation de l'EMSP qui ont été dénombrées en 2017. Dans et hors établissements, les interventions des EMSP ont concerné près de 164 500 personnes différentes.

Les éléments colligés par le centre national de la fin de vie et des soins palliatifs³⁵ permettent de décliner certains indicateurs au niveau régional pour l'année 2015³⁶.

Unité de soins palliatifs, lits de soins palliatifs et équipes mobiles en soins palliatifs par région en 2015

Région	Unités de soins palliatifs		Établissements avec lits de soins palliatifs		Equipes mobiles de soins palliatifs
	Unités	Lits	Étab.	Lits	
Auvergne-Rhône-Alpes	13	118	88	611	50
Bourgogne-France-Comté	5	62	46	198	24
Bretagne	12	107	50	265	17
Centre-Val de Loire	2	22	37	303	13
Corse	1	10	6	37	4
Grand Est	12	113	87	534	39
Hauts-de-France	29	295	76	444	45
Île-de-France	28	452	87	746	72
Normandie	4	37	49	253	23
Nouvelle-Aquitaine	8	89	83	492	35
Occitanie	8	78	108	525	42
Pays de la Loire	3	23	56	343	24
Provence-Alpes-Côte d'Azur	11	129	50	246	28
Guadeloupe	1	Nd	1	10	2
Martinique	1	11	3	9	2
Guyane	0	0	1	9	1
La Réunion	1	6	4	15	3
Mayotte	0	0	0	0	0

Sources : SAE - exploitation CNSPFV-Drees.

³⁵ Ravanello A., Rotelli-Bihet L. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France : Première édition - 2018. Paris : Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie ; 2018.

³⁶ Dans l'enquête SAE, la thématique « douleur » est explorée les années paires et la thématique « soins palliatifs », les années impaires.

4. Éléments de prospective

Les travaux de prospective dans le domaine de la douleur sont peu – voire pas – disponibles. Cependant, deux éléments, en partie liés entre eux, laissent à penser que les besoins dans l'accompagnement et la prise en charge des personnes présentant des douleurs chroniques ou liées aux soins pourrait poursuivre leur augmentation :

- le vieillissement de la population entraîne une augmentation, malgré les progrès dans la prévention et le traitement, du nombre de personnes présentant des maladies chroniques et notamment de maladies pouvant être à l'origine de douleurs chroniques ;
- cette augmentation – quasi mécanique – du nombre de personnes présentant des affections potentiellement douloureuses est cependant en partie limitée par l'augmentation de l'efficacité des traitements proposés et la possibilité de les mettre en œuvre à un âge de plus en plus avancé. Cependant, cela peut se faire au travers d'actes de soins pouvant être invasifs ou algiques. Le développement de la prévention et de la prise en charge des douleurs liées aux soins est donc un élément qui peut être amené à se développer dans les années à venir.

5. Mobilisation des bases de données

Pour compléter cette première approche, au-delà des travaux pouvant apporter des éléments sur les principales pathologies pouvant s'accompagner de syndromes douloureux, la mobilisation des bases de données pourrait permettre de progresser selon plusieurs axes.

L'analyse des données sur les séjours hospitaliers n'ont concerné que les séjours en médecine, chirurgie et obstétrique et que les séjours où la notion de douleur aiguë ou chronique apparaissait en diagnostic principal ou en diagnostic relié. La poursuite des analyses pourrait permettre :

- d'une part d'étendre la sélection des séjours hospitaliers concernés à ceux pour lesquels ces diagnostics de douleur aiguë ou chronique apparaissent en diagnostic associés ;
- d'autre part, de réaliser les mêmes analyses sur les bases PMSI décrivant l'activité en soins de suite et réadaptation (SSR) et d'explorer également les séjours en hospitalisation à domicile (HAD) ou relevant de la psychiatrie qui pourraient être concernés.

L'interrogation des données du SNIIRAM via le SNDS pourrait également apporter un complément en se concentrant sur la délivrance de médicaments antalgiques. Les médicaments de palier I (codéine, dihydrocodéine, tramadol et poudre d'opium) et les ceux de palier III (opioïdes forts) pourraient être ciblés. Des effectifs et taux standardisés de personnes ayant eu au moins une délivrance de ces types de médicaments peuvent être calculés. Les délivrances multiples (au moins 3 dans l'année) peuvent également être interrogées.

Enfin une exploration des données du PMSI pourrait être effectuée en se centrant sur les actes médicaux ayant une visée de traitement de la douleur chronique comme la neuromodulation ou les infusions intrathécales d'antalgiques.

La poursuite des analyses permettra également de décliner, chaque fois que possible, les indicateurs produits au niveau des régions d'internat et des subdivisions d'internat.

3^E PARTIE : MALADIES ALLERGIQUES

Longtemps considérées comme une problématique mineure de notre santé, les allergies sont maintenant bien reconnues comme étant une maladie importante dans nos sociétés, notamment occidentales ou en voie d'occidentalisation. L'Organisation mondiale de la santé place désormais les allergies au 4^e rang mondial des maladies chroniques après les cancers, les maladies cardio-vasculaires et le sida. Les maladies allergiques touchent tous les âges de la vie et toutes les catégories sociales, sachant toutefois que les enfants et les jeunes adultes y sont plus exposés. Les manifestations cliniques de l'allergie peuvent être de plusieurs ordres : les maladies atopiques (symptômes gastrointestinaux, eczéma ou dermatite atopique, asthme, rhinite, conjonctivite), l'urticaire / angiooedème, l'eczéma de contact, les toxidermies (éruptions provoquées par les médicaments)... Ainsi, les allergies peuvent atteindre plusieurs organes comme l'arbre respiratoire, les yeux, la peau, le tube digestif... Pour que l'allergie se déclenche, deux conditions sont nécessaires : une prédisposition génétique et une exposition à la substance allergène, pouvant être biologique ou chimique. Ces allergènes ou aéroallergènes peuvent-être mis en contact avec la peau, ingérés (trophallergènes ou allergènes alimentaires) ou encore injectés (médicaments ou venins d'hyménoptères)³⁷. Il faut aussi noter que diverses allergies croisées pollens-aliments sont également observées

³⁷ <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/allergies>

1. Prévalence des allergies en France

Depuis plusieurs décennies, le nombre de personnes allergiques a considérablement augmenté. Au début des années 70, 2 à 3 % de la population était allergique. Cette part atteint 25 à 30 %³⁸ de la population en France en 2010. L'augmentation de la prévalence, en France, mais également dans le monde ne peut s'expliquer par le seul fait des facteurs génétiques. L'évolution des modes de vie, le changement des habitudes alimentaires, la pollution intérieure et extérieure, le tabac, l'hygiénisation de nos sociétés sont une partie des facteurs pouvant expliquer cette évolution. Si dans un premier temps, ce sont surtout les allergies respiratoires qui ont progressé, c'est plus récemment que les allergies alimentaires ont augmenté. Selon les projections de l'OMS, au regard des bouleversements climatiques actuels et à venir, ce sera près de la moitié de la population mondiale qui sera affectée par une allergie d'ici 2050³⁹. Pour autant, la prévalence de certaines allergies, comme la dermatite atopique, dans les pays industrialisés pourrait avoir atteint un seuil et pourrait ne plus progresser⁴⁰.

1.1. La rhinite – conjonctivite allergique

Manifestation la plus courante et constante des allergies respiratoires, la rhinite allergique touche environ 25 à 30 % de la population⁴¹. Au cours des trois dernières décennies, la fréquence de la rhinite allergique aurait été multipliée par quatre⁴². Les principales causes de cette allergie sont la proximité avec des acariens, les pollens de graminées et les poils de chat, conjuguées avec une composante héréditaire importante. En effet, on estime que le risque d'être touché par cette allergie est de 70 % si les deux parents sont également concernés par cette pathologie.

L'étude INSTANT menée en 2006 en population générale adulte française a permis d'étudier la prévalence de la rhinite allergique par le questionnaire validé SFAR (Score for allergic rhinitis). Dans la population totale de 10 038 sujets (âge moyen 43 ans), la prévalence de la rhinite allergique était de 31 % avec une variabilité interrégionale (37 % en Méditerranée contre 26 % dans le Sud-Ouest). La prévalence était plus élevée chez les sujets les plus jeunes (39 % chez les 18-25 ans, contre 35 % chez les 26-35 ans, et 22 % chez les plus de 65 ans). Enfin, les femmes avaient davantage déclaré être atteintes de la rhinite allergique comparativement aux hommes (36 % des femmes et 25 % des hommes). L'asthme (26 %) et l'eczéma (14 %) étaient les maladies associées à la rhinite allergique les plus fréquentes. La moitié (52 %) des sujets ayant une rhinite allergique a par ailleurs rapporté des troubles oculaires⁴³.

³⁸ L'homme malade de son environnement – Ed Plon – Michel Aubier, Professeur de Pneumologie à l'Université Denis Diderot – Paris VII et Chef de Service de Pneumologie A de l'hôpital Bichat à Paris.

³⁹ Maria Neira Department of Public Health, Environmental and Social Determinants of Health, OMS) dans le bulletin OMS 2014;92:546.

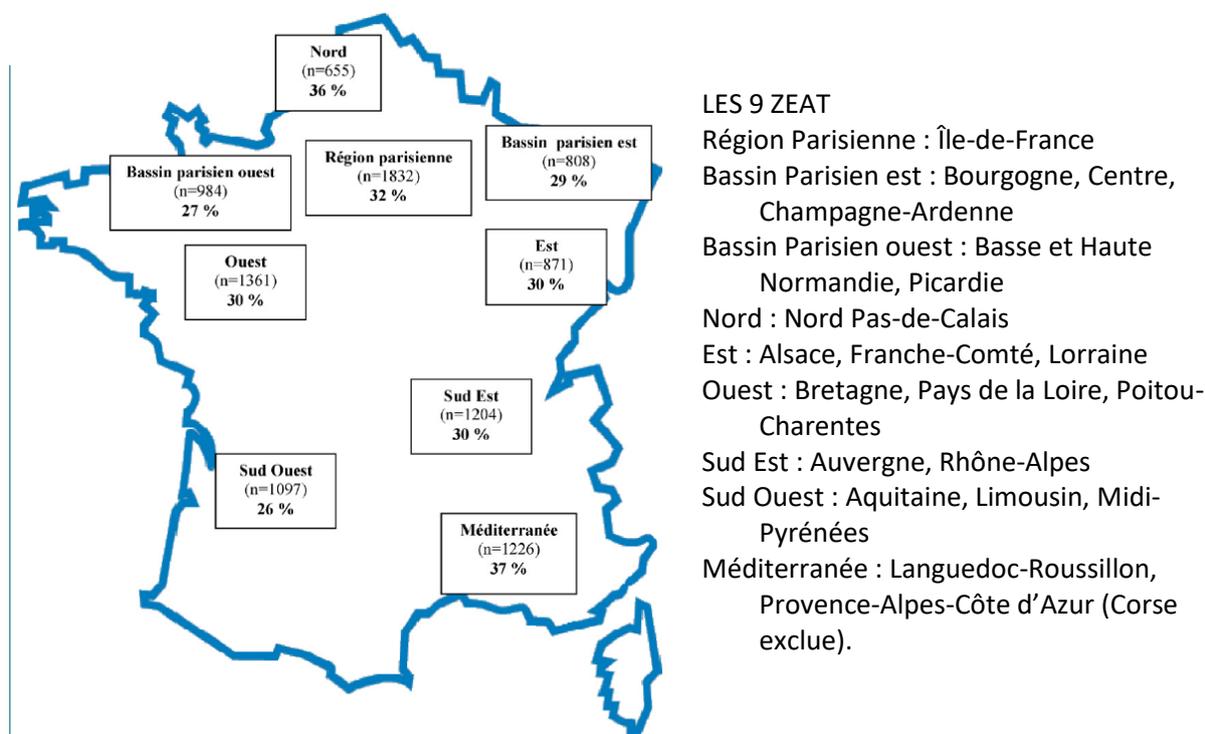
⁴⁰ ISAAC (The international study of asthma and allergies in childhood).

⁴¹ Nhung Tran Khai C, Bonfils P. Rhinite chronique allergique. EMC – Oto-rhino-laryngologie 2015 ;10 (2) :1-13 [Article 20-350-A-10.

⁴² <http://www.inserm.fr/thematiques/immunologie-inflammation-infectiologie-et-microbiologie/dossiers-d-information/rhinite-allergique>.

⁴³ Klossek JM, Annesi-Maesano I, Pribil C, Didier A, Un tiers des adultes ont une rhinite allergique en France (enquête INSTANT). La presse médicale, tome 38, n°9, septembre 2009.

Répartition géographique de la rhinite allergique selon les 9 zones d'équipement et d'aménagement du territoire (ZEAT) définies par l'Insee (enquête INSTANT 2006)



Enfin, on estime qu'une personne sur trois, atteinte de rhinite allergique, est susceptible de développer un asthme dans les 10 ans.

1.2. L'asthme

Selon l'OMS, en 2025, plus de 400 millions de personnes pourraient souffrir d'asthme⁴⁴. Si plusieurs formes d'asthme existent, l'asthme allergique est le plus commun (80 % de l'asthme chez l'enfant). Celui-ci débute souvent dans l'enfance et est généralement associé à des antécédents personnels ou familiaux de maladies allergiques telles que la dermatite atopique, la rhinite allergique ou l'allergie alimentaire⁴⁵.

L'Enquête santé et protection sociale⁴⁶ (ESPS) de 2006 avait mis en évidence que 6,7 % (7,6 % en 2012) de la population française déclarait souffrir d'asthme. Parmi cette population seulement une personne sur deux prenait un traitement de fond, un quart parmi ceux déclarant contrôler totalement les symptômes. Cette étude avait par ailleurs souligné qu'être obèse, fumer, vivre dans un ménage à faible revenu ou de structure monoparentale augmentait le risque d'avoir un asthme totalement non contrôlé.

⁴⁴ White book on allergy update 2013. WAO (World allergy organization).

⁴⁵ Global strategy for asthma management and prevention, GINA (2017).

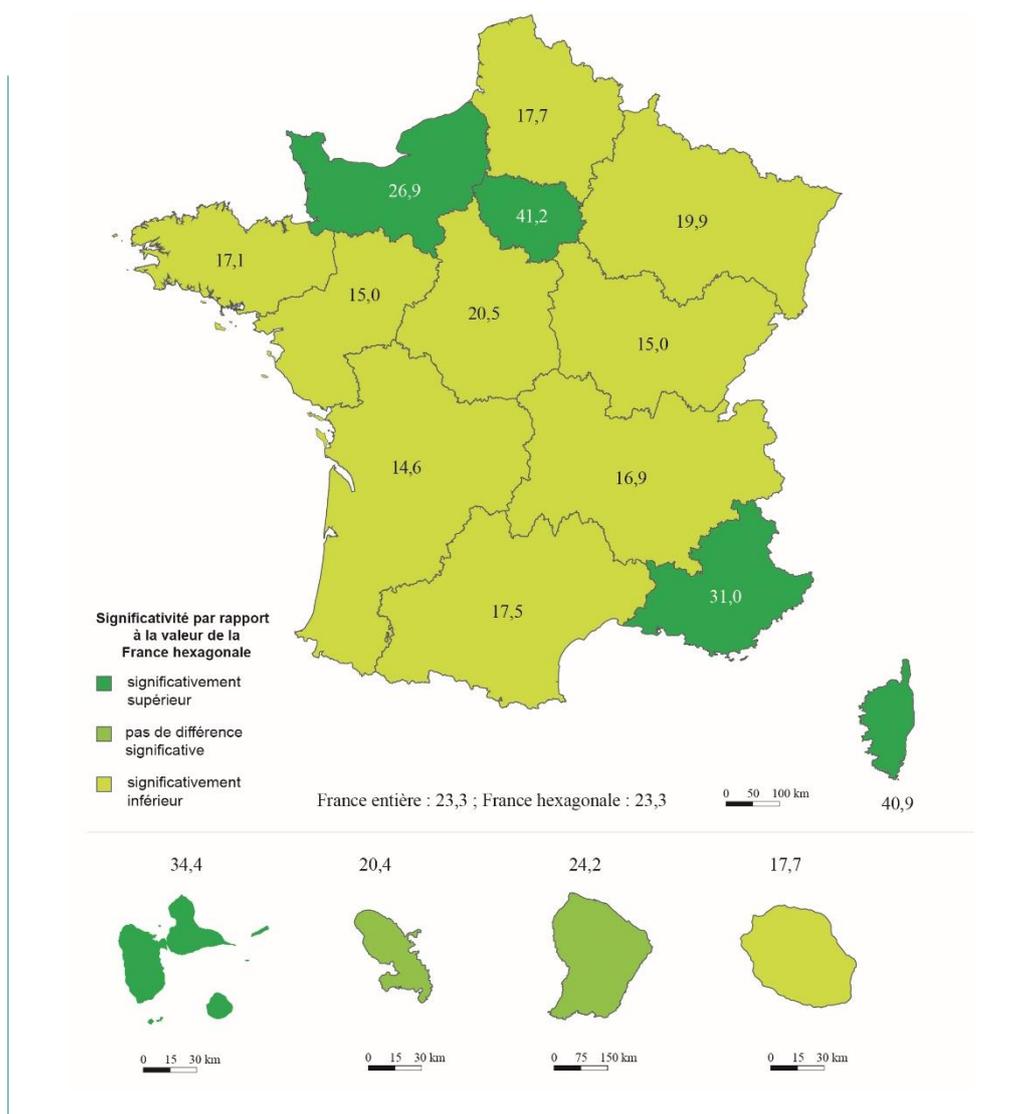
⁴⁶ Afrite A, Allonier C, Com-Ruelle L, Le Guen N. – L'asthme en France en 2006 : prévalence et contrôle des symptômes. Questions d'économie de la santé IRDES décembre 2008.

Les admissions en affection de longue durée pour asthme

En 2014, 15 588 admissions en affection longue durée pour asthme sont comptabilisées par les trois principaux régimes de l'assurance maladie. Tous âges confondus, ces ALD concernent davantage les femmes (55,9 % des ALD). Cependant, parmi les plus jeunes tranches d'âge, ce sont davantage les garçons qui sont concernés. S'agissant des enfants de moins de 5 ans bénéficiant d'une ALD pour asthme, les deux tiers de ces jeunes enfants sont des garçons (1 199 garçons et 633 filles). Enfin, plus d'une personne sur dix en ALD pour asthme est un enfant de moins de 5 ans.

À l'échelle des régions, en éliminant les effets liés à l'âge, le taux standardisé d'admission en ALD pour asthme varie de 15 admissions pour 100 000 habitants de Nouvelle-Aquitaine à 41 admissions pour 100 000 habitants de Corse et d'Île-de-France. Parmi les régions les plus concernées, s'ajoutent à la Corse et l'Île-de-France, les régions Guadeloupe, Provence-Alpes-Côte d'Azur et la Normandie. Ces grandes variations peuvent mettre en évidence des disparités interrégionales de la prévalence de cette maladie, pour autant il ne faut pas occulter que certains patients peuvent correspondre à cette ALD sans répondre aux critères médicaux de sévérité ou d'évolutivité exigés, que des patients peuvent refuser cette reconnaissance ou bien que le patient soit déjà exonéré du ticket modérateur du fait d'une autre ALD.

Taux standardisé* d'admission en ALD pour asthme en 2012-2014, pour 100 000 habitants



*Population de référence : France entière au RP 2006.

Les données France n'incluent pas Mayotte.

Sources : CCMSA, Cnam, CNRSI, Insee - exploitation Fnors.

Les séjours hospitaliers en soins de courte durée pour asthme

Compte tenu de son poids dans l'économie, la loi de santé publique du 9 août 2004 avait fait du recours à l'hospitalisation pour asthme, un objectif quantifié. Il était indiqué une réduction de la fréquence des crises d'asthme nécessitant un recours à l'hospitalisation de 20 % entre 2004 et 2008. Si depuis 1998, le recours à l'hospitalisation pour asthme diminue chez les adultes, s'agissant des enfants, ce recours ne cesse d'augmenter.

Les hospitalisations liées à l'asthme représentent 64 434 séjours hospitaliers en soins de courte durée en 2014, en France entière. 53,7 % de ces séjours concernaient des hommes. L'étude par âge met en évidence que deux hospitalisations sur trois concernent des jeunes de moins de 15 ans (66 %). S'agissant des hommes uniquement, cette proportion est encore plus importante puisque 78 % des séjours pour asthme parmi les hommes concernent des moins de 15 ans (51 % des femmes hospitalisées en soins de courte durée).

Nombre de séjours hospitaliers en soins de courte durée pour asthme par sexe et par région en 2014⁴⁷

2014	Hommes	Femmes	Deux sexes
France entière (hors Mayotte)	34 600	29 834	64 434
France hexagonale	33 226	28 546	61 772
Auvergne - Rhône-Alpes	3 012	2 531	5 543
Bourgogne - Franche-Comté	1 129	1 032	2 161
Bretagne	1 450	1 212	2 662
Centre-Val de Loire	1 080	998	2 078
Corse	96	111	207
Grand Est	2 299	2 053	4 352
Guadeloupe	410	361	771
Guyane	99	86	185
Hauts-de-France	3 693	3 148	6 841
Île-de-France	9 488	7 988	17 476
Martinique	243	225	468
Mayotte	93	88	181
Normandie	1 851	1 530	3 381
Nouvelle-Aquitaine	2 888	2 427	5 315
Occitanie	2 283	1 994	4 277
Pays de la Loire	1 470	1 201	2 671
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 487	2 321	4 808
Réunion	529	528	1 057

Sources : Base nationale PMSI-MCO, Atih – exploitation Drees.

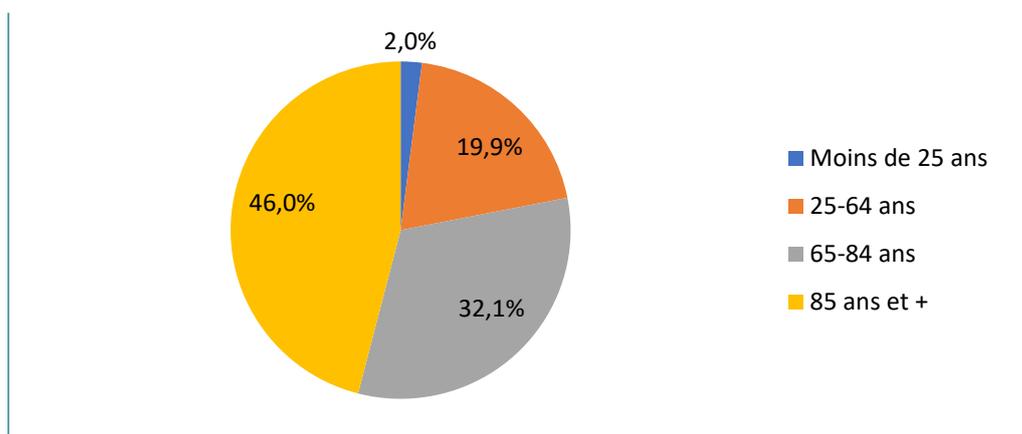
Les décès par asthme

En 2015, en France entière (hors Mayotte), 894 personnes sont décédées en raison de l'asthme, en cause initiale et en cause associée de comorbidité, dont les deux tiers étaient des femmes⁴⁸ (600 femmes et 294 hommes). En étudiant l'âge des décès, on observe que 21,9 % d'entre eux peuvent être considérés comme des décès prématurés, survenant donc avant 65 ans. Cette part de décès prématurés est encore plus importante chez les hommes puisque 36,7 % des décès masculins surviennent avant 65 ans (contre 14,7 % des décès parmi les femmes).

⁴⁷ www.scoresante.org (base de données produite par la Fnors)

⁴⁸ www.scoresante.org (base de données produite par la Fnors)

Répartition des décès par asthme en France entière en 2015 (en %)



Sources : Inserm-CépiDc - exploitation Fnors

L'analyse de la mortalité, à âge comparable, par région sur la période 2013-2015, met en évidence une surmortalité pour les régions de La Réunion, de Guadeloupe, Bretagne et Île-de-France. A contrario, les régions Occitanie et Auvergne-Rhône-Alpes présentent une sous-mortalité au regard du taux national.

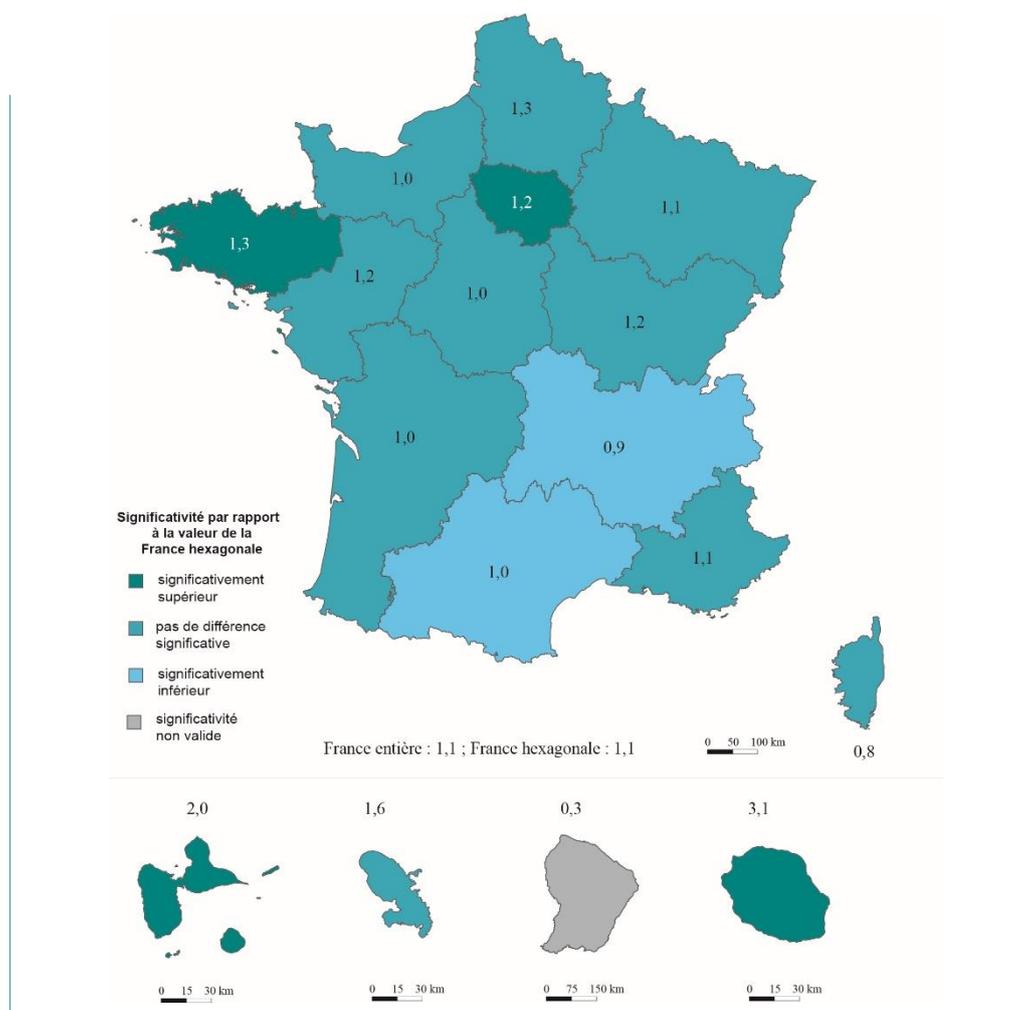
Nombre de décès par asthme pour les deux sexes par région⁴⁹

	2015 Nombre de décès	2013-2015 Taux standardisés de mortalité par asthme
France entière (hors Mayotte)	894	1,1 (ns)
France hexagonale	859	1,13
Auvergne - Rhône-Alpes	82	0,9 (-)
Bourgogne - Franche-Comté	43	1,2 (ns)
Bretagne	62	1,3 (+)
Centre-Val de Loire	37	1,0 (ns)
Corse	0	0,8 (ns)
Grand Est	81	1,1 (ns)
Guadeloupe	6	2,0 (+)
Guyane	1	0,3 (nv)
Hauts-de-France	81	1,3 (ns)
Île-de-France	136	1,2 (+)
Martinique	5	1,6 (ns)
Normandie	39	1,0 (ns)
Nouvelle-Aquitaine	89	1,0 (ns)
Occitanie	73	1,0 (-)
Pays de la Loire	59	1,2 (ns)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	77	1,1 (ns)
Réunion	23	3,1 (+)

Sources : Inserm-CépiDc, Insee - exploitation Fnors

⁴⁹ www.scoresante.org (base de données produite par la Fnors).

Taux standardisé* de mortalité par asthme en 2013-2015 pour 100 000 habitants



*Population de référence : France entière au RP 2006.

Les données France n'incluent pas Mayotte.

Sources : Inserm-CépiDc, Insee - exploitation Fnors.

1.3. Les allergies alimentaires

Cette allergie est une maladie en pleine expansion. Toutefois, sa prévalence est difficile à mesurer car toutes les allergies alimentaires ne sont pas confirmées par le test de provocation.

Les allergies alimentaires concerneraient 2 à 3 % des adultes en France⁵⁰ et 30 % des chocs anaphylactiques seraient causés par des aliments⁵¹.

Parmi la population des enfants scolarisés, 6,2 % auraient une allergie alimentaire.

Parmi l'ensemble de la population, les aliments les plus souvent responsables d'allergie alimentaire sont : le lait, les œufs, le blé, le poisson et les noix. En France, plus de 80 % des allergies alimentaires de l'enfant sont dues à cinq allergènes : le lait de vache, l'arachide, les œufs, la moutarde et le poisson.

⁵⁰ Jarlot S et al. Allergie alimentaire. EMC- Traité de médecine Akos 2013 ; 8 (4) : 1-6 [Article 2-0040].

⁵¹ Vervloët D et Magnan A, Traité l'allergologie, Flammarion Médecine Sciences, Paris, 2003. 1 200p.

1.4. La dermatite atopique ou eczéma atopique

Maladie chronique inflammatoire de la peau, la dermatite atopique touche le plus souvent le nourrisson, dès l'âge de trois mois. Dans la plupart des cas, les symptômes disparaissent avant l'âge de 5 ans (50 % des cas). Pour autant, elle peut persister dans 10 à 15 % des situations, voir apparaître à l'adolescence ou encore à l'âge adulte. Selon les données de l'Inserm, un enfant sur dix serait concerné par cette pathologie et pour plus de 50 % des cas, l'un des deux parents est lui-même concerné.

Selon l'étude de référence ISAAC (International study of asthma and allergies in childhood), la prévalence de la dermatite atopique chez les 6-7 ans serait de 8 à 9 % et de 10 % chez les 13-14 ans dans les pays européens.

La hausse de la prévalence des dermatites atopiques observée au cours des quarante dernières années ne peut être expliquée uniquement par les facteurs génétiques. Des évolutions de nos modes de vie et de notre environnement en sont très certainement la cause : excès d'hygiène et perte de stimulation du système immunitaire à une phase précoce du développement, lavage excessif de la peau, habitat très isolé et mal ventilé favorable aux acariens, présence accrue d'animaux domestiques, évolution et diversification précoce des habitudes alimentaires, expositions au tabac et aux pollutions urbaines industrielles, grossesses plus tardives et enfants plus souvent gardés en communauté... Il est cependant difficile d'estimer le poids relatif de ces facteurs, qui sont de nature complexe et agissent souvent en association.

Toutefois, dans les pays occidentaux, la prévalence de la dermatite atopique semble avoir atteint un plateau depuis le début des années 2000⁵².

1.5. Les allergies médicamenteuses

Les allergies médicamenteuses représentent une part conséquente de la pathologie iatrogène. Les manifestations décrites sont très variables allant de l'urticaire localisée au grand choc anaphylactique ou encore au décollement cutané, parfois mortels. Les réactions peuvent être immédiates (mécanisme dépendant des IgE) ou différées (activation des lymphocytes T spécifiques).

Très peu d'études épidémiologiques avec un bilan allergologique démontré (test cutané ou biologique), sont réalisées. Or, de nombreuses réactions similaires aux réactions allergiques ne sont pas de mécanisme allergique. Ces réactions sont des hypersensibilités non allergiques et affectent 7 %⁵³ de la population générale. Un faux diagnostic d'allergie (absence de bilan allergologique) peut conduire à une limitation des indications thérapeutiques et une perte de chance pour le patient, par le retrait de tous les médicaments d'une même classe et par l'utilisation de traitements moins efficaces et plus coûteux. L'hypersensibilité aux médicaments est fréquente mais rarement sévère et elle n'est allergique que dans 10 % des cas⁵⁴.

⁵² <http://www.inserm.fr/thematiques/physiopathologie-metabolismenutrition/dossiers-d-information/dermatite-atopique>.

⁵³ Hypersensibilité aux médicaments, La revue du praticien, Vol65, septembre 2015.

⁵⁴ Bensaid B, Hacard F, Rozières A, Bérard F, Nicolas JF. Hypersensibilités aux médicaments. Rev Prat Med Gen 2014;28(927):632.

Parmi les patients hospitalisés, des effets secondaires aux médicaments sont observés dans 10 à 20 % des cas (6,7 % ont des effets sévères). Pour un patient sur trois ayant eu un effet secondaire aux médicaments, cette réaction est allergique⁵⁵.

Un travail du *Boston collaborative drug surveillance program*⁵⁶ a permis de produire une majorité de données d'incidence des réactions allergiques médicamenteuses (analyse de 15 438 patients concernés par une réaction cutanée lors de leur hospitalisation). Les incidences ont été calculées pour 51 médicaments à l'origine de la réaction (ex : 5,1 % pour l'amoxicilline, 3,4 % pour le cotrimoxazole, 3,3 % pour l'ampicilline, 2,2 % pour les produits sanguins...). Des études de cohorte ont également démontré des réactions allergiques post administration de médicaments, notamment d'antibiotiques : 0,7 à 10 % pour les allergies aux β -lactamines⁵⁷. D'autres enquêtes mettent en évidence des réactions allergiques à la suite de l'injection de produits de contraste avec une incidence de 12,6 %, avec 0,22 % de réactions sévères pour les produits ioniques et 0,04 % pour les produits non ioniques. Enfin, le registre français sur les allergies peropératoires met en évidence une incidence de 1/13 000 anesthésies générales et 1/6 500 utilisations de curares.

La posologie du médicament et ses modalités d'administration influencent la fréquence des réactions. Ainsi, des administrations intermittentes et répétées sont plus sensibilisantes qu'un traitement ininterrompu. Le patient sensibilisé réagit alors à des doses minimales⁵⁸.

Enfin, les études sur le sujet mettent en évidence que les femmes sont plus souvent touchées par ces réactions allergiques que les hommes et que les enfants sont moins concernés que les adultes. Par ailleurs, il est établi aujourd'hui que si les patients atopiques ne sont pas plus concernés que la population générale, pour autant, leurs réactions pourraient être plus sévères

2. Recherches potentielles dans les bases de données

Outre la déclinaison des indicateurs présentés dans cette note au niveau des régions et des subdivisions d'internat, des extractions complémentaires au niveau des bases de données peuvent être envisagées.

Par exemple, il pourrait être recherché la population des personnes s'étant vu prescrire au moins une fois dans l'année ou au cours des deux dernières années un dispositif de traitement du choc anaphylactique (type ANAPEN™). Les autres traitements utilisés dans les maladies allergiques (type corticoïdes, antihistaminiques, bronchodilatateurs...) ne sont pas prescrits de manière suffisamment spécifique pour servir de marqueur de ces pathologies en

⁵⁵ Demoly P, Messaad D, Benahmed S, et al. Les réactions immunoallergiques d'origine médicamenteuse: données épidémiologiques et cliniques. *Thérapie* 2000; 55: 13-21.

⁵⁶ Bigby M, Jick S, Jock H, Arndt K. Drug-induced cutaneous reactions. A report from the Boston collaborative drug surveillance program on 15,438 consecutive inpatients, 1975 to 1982. *JAMA* 1986; 256: 3358-63.

⁵⁷ Smith JW, Johnson JEIII, Cliff LE. Studies on the epidemiology of adverse drug reactions. II. An evaluation of enicillin allergy. *N Engl J Med* 1966; 274: 998-1002.

⁵⁸ Demoly P, Hillaire-Buys D, Raison-Peyron N, Godard P, Michel FB, Bousquet J, Identifier et comprendre les allergies médicamenteuses, *médecine/sciences* 2003 ; 19 ; 327-36.

milieu médical. En revanche, la réalisation de test en allergologie (tels les tests cutanés) peut être identifiée au travers du SNIIRAM.

Les hospitalisations pour allergies peuvent également faire l'objet d'une étude en soit.

3. Conclusions prospectives

La prise en compte des allergies parmi les problématiques de santé publique dans le monde et en France, est de plus en plus réelle, notamment en raison de l'évolution importante de la prévalence et de l'incidence ces dernières décennies.

Si pour certaines allergies comme la rhinite allergique, certains pays occidentaux semblent avoir atteint un plateau au regard de la prévalence, pour autant on peut encore s'attendre à de grandes évolutions du fait notamment :

- du vieillissement de la population puisqu'il est admis que l'on peut déclarer une allergie après 60 ans, d'autant que ces personnes vivent le plus souvent enfermées chez elles et que l'air intérieur est 5 à 10 fois plus pollué que l'air extérieur ;
- des changements climatiques qui ont un impact sur la durée de la phase de pollinisation, conjuguée à la pollution atmosphérique (notamment ozone et particules fines issues des motorisations diesel) et qui augmenteront la fréquence des allergies ;
- de l'évolution des modes de vie, comme l'exode urbain, où en raison de coûts des énergies et des besoins de proximité, la population vit plus densément dans les villes. Or les études épidémiologiques tendent à montrer que les personnes souffrant le plus de rhinite allergique ou d'asthme vivent le plus souvent dans les zones urbaines.

Il demeure encore aujourd'hui de nombreuses inconnues à étudier notamment sur les allergies rares, les allergènes moléculaires ou encore sur les polysensibilisations et allergies croisées.

De nombreuses disciplines sont donc très concernées par la question des allergies : la pneumologie, la dermatologie, l'immunologie, l'ORL, l'ophtalmologie, la gastro-entérologie, la médecine interne, la pédiatrie, la pathologie professionnelle, la médecine générale, la santé publique et de toute évidence l'allergologie. L'ensemble de ces disciplines sont essentielles pour appréhender : les allergènes, les mécanismes de l'allergie, la prise en charge des réactions allergiques, la prévention, les protocoles de réintroduction, l'éducation thérapeutique à tous âges de la vie.

4^E PARTIE : NUTRITION APPLIQUEE

La nutrition dans ses trois dimensions (alimentation, activité physique, état nutritionnel) est un déterminant majeur de la santé. Elle est un facteur de risque ou de protection de nombreuses maladies chroniques concernant l'ensemble de la population telles que les maladies cardio-vasculaires, certains cancers, le diabète, les maladies ostéoarticulaires, etc. Des questions nutritionnelles et des pathologies plus spécifiques peuvent concerner certains âges de la vie, notamment les âges extrêmes ou certains groupes de population. Lors de la survenue de certaines maladies, qu'elles soient aiguës ou chroniques, une surveillance accrue de l'état nutritionnel des individus est nécessaire afin de limiter les déséquilibres alimentaires ou les carences nutritionnelles

1. Populations

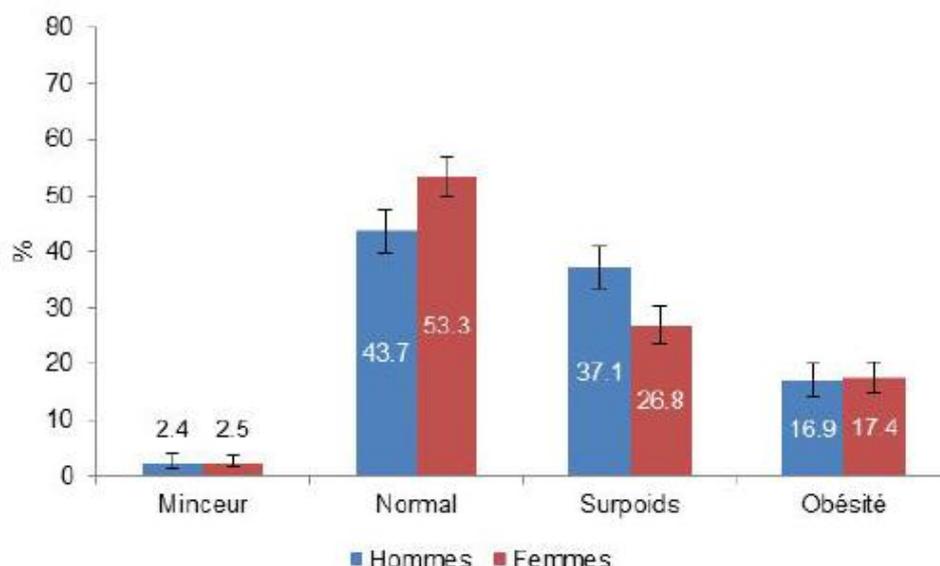
1.1. Adultes

Corpulence

La corpulence rend compte de l'indice de masse corporelle (IMC) exprimé en kg/m^2 selon quatre classes (références OMS) : minceur ($\text{IMC} < 18,5$), normal ($18,5 \leq \text{IMC} \leq 25,0$), surpoids ($25,0 \leq \text{IMC} \leq 30,0$) et obésité ($\text{IMC} \geq 30,0$). La surcharge pondérale comprend le surpoids et l'obésité.

En 2015, l'indice de masse corporelle (IMC) moyen des adultes (18-74 ans) était de $25,8 \text{ kg}/\text{m}^2$, situant la corpulence moyenne de la population dans la zone du surpoids. La prévalence du surpoids (hors obésité) est plus élevée chez les hommes (54 % contre 44 % chez les femmes)⁵⁹. La prévalence de l'obésité s'élève à 17 %, sans distinction entre hommes et femmes. En France, la surcharge pondérale concerne près de la moitié des adultes.

Distribution de la corpulence des adultes de 18-74 ans selon le sexe en 2015 (en %)



Source : Santé publique France, étude Esteban 2015.

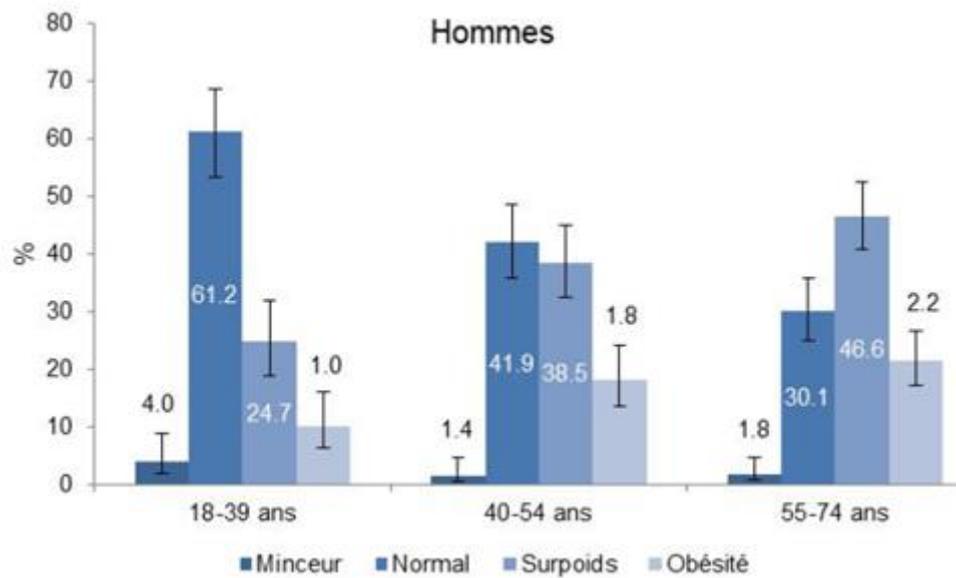
La prévalence du surpoids (obésité incluse) a tendance à augmenter avec l'âge : elle est deux fois plus élevée chez les 55-74 ans en comparaison des 18-39 ans. Chez les femmes, la prévalence du surpoids se stabilise à partir de 40 ans.

La prévalence de l'obésité modérée ($30,0 \leq \text{IMC} < 35,0$) est de 12,5 % chez les 18-74 ans. L'obésité sévère ($35,0 \leq \text{IMC} < 40,0$) et l'obésité massive ($\text{IMC} \geq 40,0$) semblent concerner

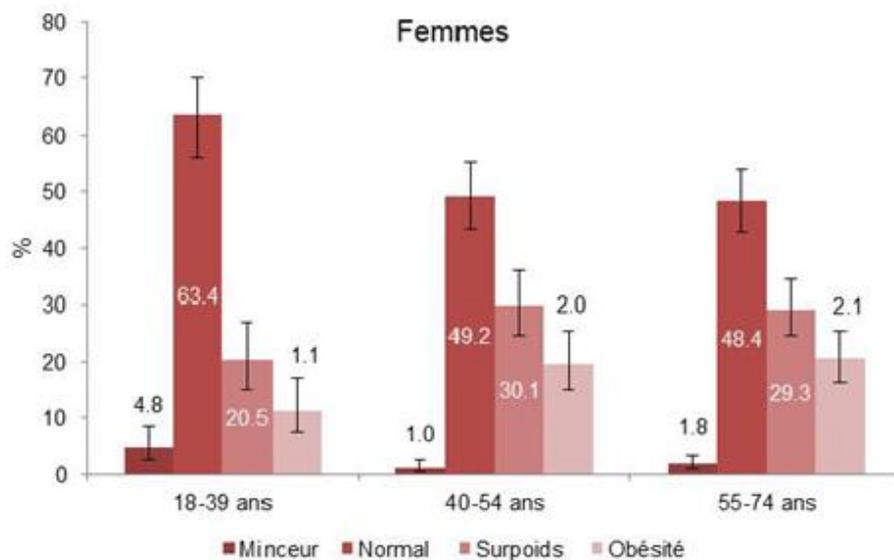
⁵⁹ Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen). Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017.

davantage les femmes que les hommes bien que ces différences n'atteignent pas le niveau de significativité statistique.

Distribution de la corpulence des adultes de 18-74 ans selon le sexe et la classe d'âge en 2015 (en %)



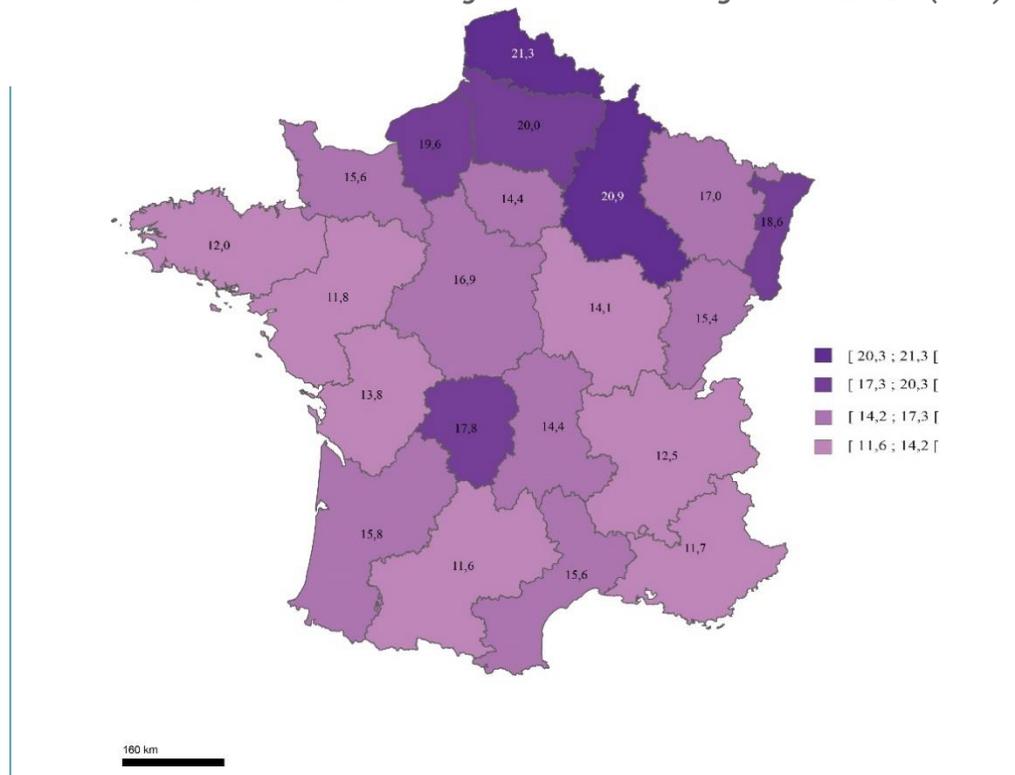
Source : Santé publique France, étude Esteban 2015.



Source : Santé publique France, étude Esteban 2015.

Sur les dix dernières années, l'IMC moyen des adultes de 18-74 ans et la prévalence du surpoids et de l'obésité sont restées relativement stable (comparaison enquête ENNS-2006 et Esteban 2015). Alors qu'au cours des 10 dernières années, la corpulence des hommes s'est dans l'ensemble stabilisée celle des femmes a connu quelques évolutions : la prévalence de la minceur a diminué de 50 % et celle du surpoids (obésité non incluse) a plutôt tendance à augmenter.

Prévalence de l'obésité dans les régions de France hexagonale en 2012⁶⁰ (en %)



Note : Les données ne sont pas disponibles pour la Corse et les Outre-mer.

Source : Enquête Obépi, 2012.

À l'échelle régionale (selon le découpage en vigueur jusqu'à la fin 2015), des disparités existent :

- avec un gradient Nord-Sud : la prévalence la plus importante est observée dans les régions Nord-Pas de Calais, Champagne-Ardenne, Picardie et Haute-Normandie alors qu'elle est la plus faible dans les régions Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire ;
- un gradient Est-Ouest : une prévalence de l'obésité plus importante en Alsace et parmi les plus faibles en Bretagne.

Dans les départements et régions d'Outre-mer, en 2013, 31,1 % des martiniquais de 16 ans et plus étaient en surpoids et 27,8 % en situation d'obésité⁶¹. Sur la même période, en Guadeloupe, 34 % des personnes de 16 ans et plus étaient en surpoids (37 % chez les hommes et 32 % chez les femmes) et 23 % en situation d'obésité (12 % chez les hommes et 31 % chez les femmes)⁶². En 2014, à La Réunion, 28 % des personnes étaient en surpoids et 11 % en situation d'obésité⁶³. Enfin, en 2008, au sein de la population mahoraise, la prévalence du surpoids était de 34,7 % chez les hommes et 32,2 % chez les femmes⁶⁴. Quant à la

⁶⁰ Inserm, Kantar Health, Roche, Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité 2012.

⁶¹ Observatoire régional de la santé de Martinique, Surcharge pondérale et obésité abdominale. Résultats de l'enquête KANNARI, Martinique, décembre 2015.

⁶² Observatoire de la santé de Guadeloupe, Surcharge pondérale et abdominale en Guadeloupe en 2013. KANNARI, Santé, nutrition et exposition au chlordécone aux Antilles, 2016.

⁶³ Agence régionale de santé Océan Indien, Observatoire régional de la santé Océan Indien, Diabète, nutrition. Baromètre santé DOM, La Réunion 2014.

⁶⁴ Observatoire Régional de la santé Océan Indien, La nutrition-santé à Mayotte, mars 2019.

prévalence de l'obésité, elle est beaucoup plus importante chez les femmes : cela concerne près d'une femme mahoraise sur deux alors que cela ne concerne que 17 % des hommes mahorais.

État nutritionnel

S'agissant du suivi des repères de consommation du Programme national nutrition santé (PNNS), chez les adultes, la part des acides gras saturés reste trop élevée⁶⁵ (17 % des adultes ont des apports en acides gras inférieurs à 36 % des apports lipides totaux recommandés), la consommation de poisson et produits de la pêche est faible (25 % des adultes en consomment deux fois par semaine). La consommation quotidienne de fibres est en deçà des 25 grammes recommandés : 87 % des adultes n'atteignent pas ce seuil. Ce constat est la conséquence d'une faible consommation de fruits et légumes (42 % des adultes en consomment au moins 5 par jour) et de produits céréaliers complets (60 % des adultes n'en ont pas consommés durant les trois jours d'enquête alimentaire).

Allergies et intolérances alimentaires

En 2014-2015, 3,9 % des adultes déclarent souffrir d'intolérances ou d'allergies alimentaires⁶⁶. Dans un peu moins de la moitié d'entre eux, elle a été confirmée par un médecin et 79 % déclare suivre des restrictions alimentaires en raison de cette intolérance ou allergie. Pour ce qui est des aliments concernés, les plus fréquents sont : le lait de vache (30 % des adultes sont allergiques ou ont une intolérance alimentaire) et les légumes (19 %). Les allergies ou intolérances à des aliments tels que les mollusques, les fruits à coque, les œufs et le gluten concernent entre 11 et 16 % des adultes intolérants ou allergiques.

1.2. Enfants

Corpulence

La corpulence rend compte de l'indice de masse corporelle (IMC) exprimé selon quatre classes (références IOTF-2012) : minceur (courbe de centiles en dessous de 18,5 à 18 ans), normal, surpoids (courbe de centiles entre 25,0 et 29,9 à 18 ans) et obésité (courbe de centiles atteignant 30,0 à 18 ans).

Grande section de maternelle

En 2013, 12 % des enfants de grande section de maternelle sont en surcharge pondérale (situation de surpoids et d'obésité)⁶⁷ et 3,5 % sont obèses. Les filles sont plus souvent en surcharge pondérale que les garçons (14 % contre 10 %).

⁶⁵ Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen). Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Consommations alimentaires. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017.

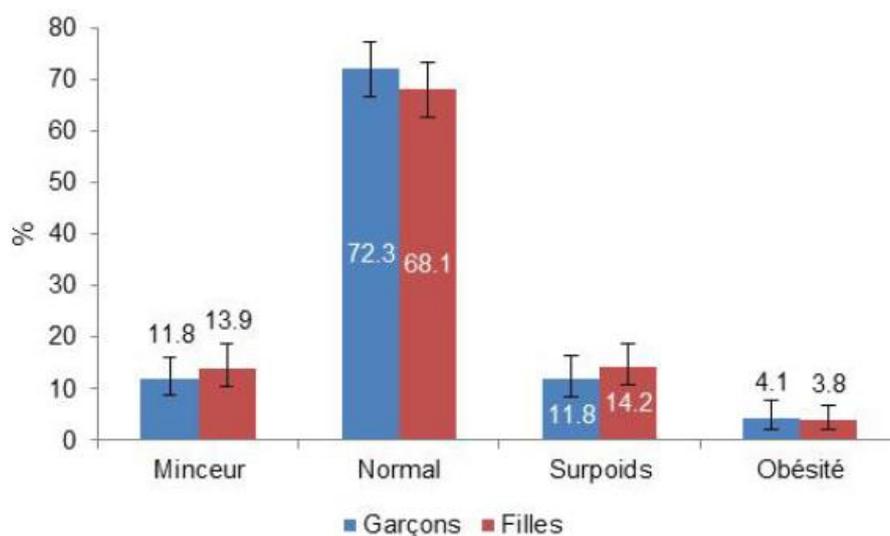
⁶⁶ Anses, Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (INCA3), juin 2017.

⁶⁷ Chardon O, Guignon N, de Saint Pol T (DREES), Guthmann JP et Ragot M pour la partie vaccination, Delmas MC pour l'asthme, Paget LM, Perrine AL et Thélot B pour les accidents de la vie courante (InVS), 2015, « La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge », Études et Résultats, n°920, Drees, juin 2015.

6-17 ans

En 2015, la prévalence du surpoids et de l'obésité est de 17,0 % chez les enfants de 6-17 ans⁶⁸. La prévalence de l'obésité est de 3,9 % et celle de la minceur est de 12,9 %. Dans l'ensemble, il n'y a pas de différence significative selon les sexes.

Distribution de la corpulence des enfants de 6-17 ans selon le sexe, en 2015 (en %)



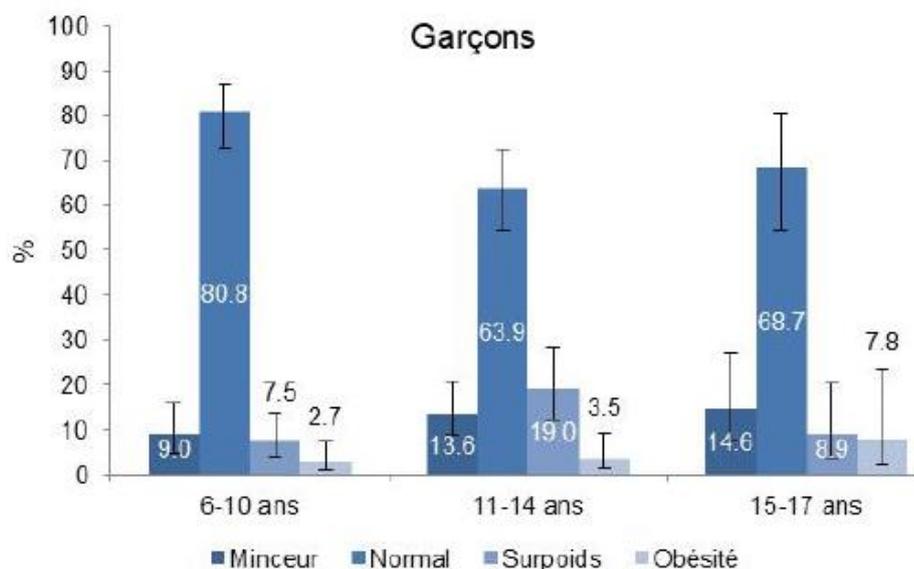
Source : Santé publique France, étude Esteban 2015.

Les prévalences du surpoids, de l'obésité et de la minceur ne diffèrent pas entre les garçons et les filles et ce quelle que soit la tranche d'âge. Bien que les variations avec l'âge ne soient pas significatives, quelques points sont à relever :

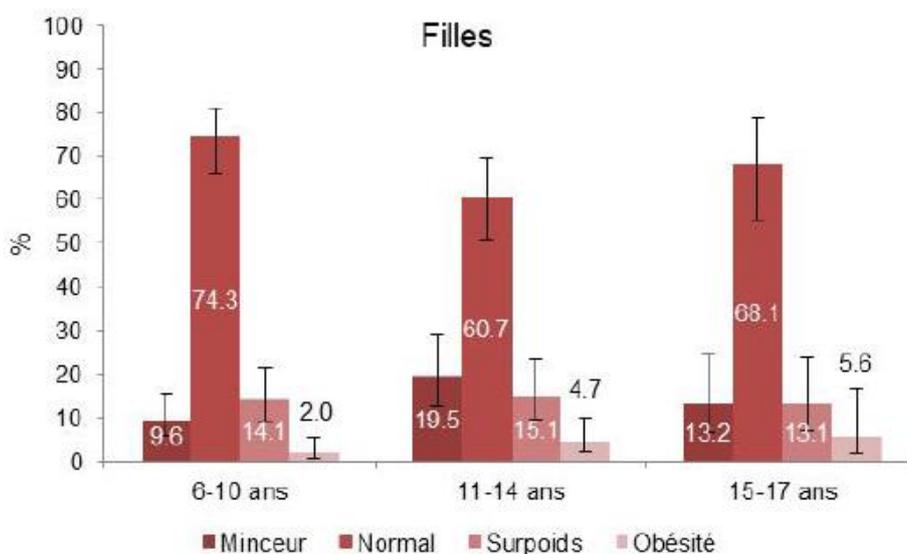
- la prévalence de la minceur chez les filles a tendance à être plus élevée chez les 11-14 ans (19,5 % contre 9,6 % chez les 6-10 ans et 13,2 % chez les 15-17 ans).
- chez les garçons, la prévalence du surpoids atteint 22,5 % chez les 11-14 ans (10,2 % chez les 6-10 ans et 16,7 % chez les 15-17 ans).
- chez les garçons, la prévalence de la minceur a tendance à augmenter avec l'âge, atteignant 14,6 % chez les 15-17 ans.

⁶⁸ Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen). Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017.

Distribution de la corpulence des enfants de 6-17 ans selon le sexe et l'âge en 2015 (en %)



Source : Santé publique France, étude Esteban 2015



Source : Santé publique France, étude Esteban 2015

🔪 Allergies et intolérances alimentaires

En 2014-2015⁶⁹, 4,2 % des enfants (0-17 ans) déclarent avoir des intolérances ou allergies alimentaires. Elle est confirmée par un médecin pour 55 % d'entre eux et 87 % suivent des restrictions alimentaires en raison de cette intolérance ou allergie. Le lait de vache (31 %), les légumes (28 %) et les œufs (26 %) sont les aliments les plus fréquemment cités par les enfants ayant une intolérance ou une allergie alimentaire. Les allergies ou intolérances à des aliments tels que les mollusques, les fruits à coque, les œufs et le gluten concernent entre 10 et 20 % des enfants intolérants ou allergiques.

⁶⁹ Anses, Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (INCA3), juin 2017.

1.3. Populations spécifiques

Population précaire

Au regard des populations les plus favorisées, les caractéristiques alimentaires des populations les moins favorisées socio économiquement comprennent une moindre adhésion aux recommandations nutritionnelles de façon globale et une diversité de l'alimentation moins importante. Ces comportements ne sont pas sans effet sur l'état nutritionnel de ces populations. L'étude Abena⁷⁰ décrit les profils sociodémographiques et économiques, l'alimentation et l'état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire. Elle est menée sur six territoires urbains. La situation économique des bénéficiaires de l'aide alimentaire est peu favorable : beaucoup d'entre eux sont pas ou peu diplômés et une large part est sans emploi.

En 2011-2012, l'IMC moyen est de 27,8 kg/m² (28,7 kg/m² chez les femmes et 26,0 kg/m² chez les hommes). La prévalence de la maigreur est de 1,6 %. La prévalence de l'obésité est de 28,8 % et celle du surpoids de 36,6 %, soit près de deux personnes sur trois en situation de surcharge pondérale. Ces prévalences élevées d'obésité s'accompagnent de parts élevées de déficits en vitamines et minéraux. Une anémie est mise en évidence chez 7,2 % des personnes (9,9 % chez les femmes et 3,5 % chez les hommes). La prévalence des déficits sévères en vitamine D est de 45,9 %. Une dyslipidémie est observée chez près d'un tiers des bénéficiaires de l'aide alimentaire.

Personnes âgées

La dénutrition protéino-énergétique résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins de l'organisme. Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires, notamment musculaires, qui ont des conséquences fonctionnelles délétères. La prévalence de la dénutrition protéino-énergétique augmente avec l'âge.

Elle est de 4 à 10 % chez les personnes âgées vivant à domicile, de 15 % à 38 % chez celles vivant en institution et de 30 % à 70 % chez les malades âgés hospitalisés⁷¹.

Compte-tenu de l'âge, des handicaps alimentaires, des multiples pathologies et du nombre de médicaments ingérés, les questions nutritionnelles sont au premier plan dans les établissements hébergeant des personnes âgées. Dans les maisons de retraite, la dénutrition est en moyenne de 27 %, le surpoids de 13 % et l'obésité de 16 %⁷².

⁷⁰ Observatoire régional de la santé d'Île-de-France, Institut de veille sanitaire, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire. Etude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005, mars 2013.

⁷¹ HAS, Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, Recommandations, avril 2007.

⁷² PNNS, Dénutrition : une pathologie méconnue en société d'abondance d'après J.-C. Desport et al. Nutrition clinique et métabolisme, mai 2010.

2. Pathologies

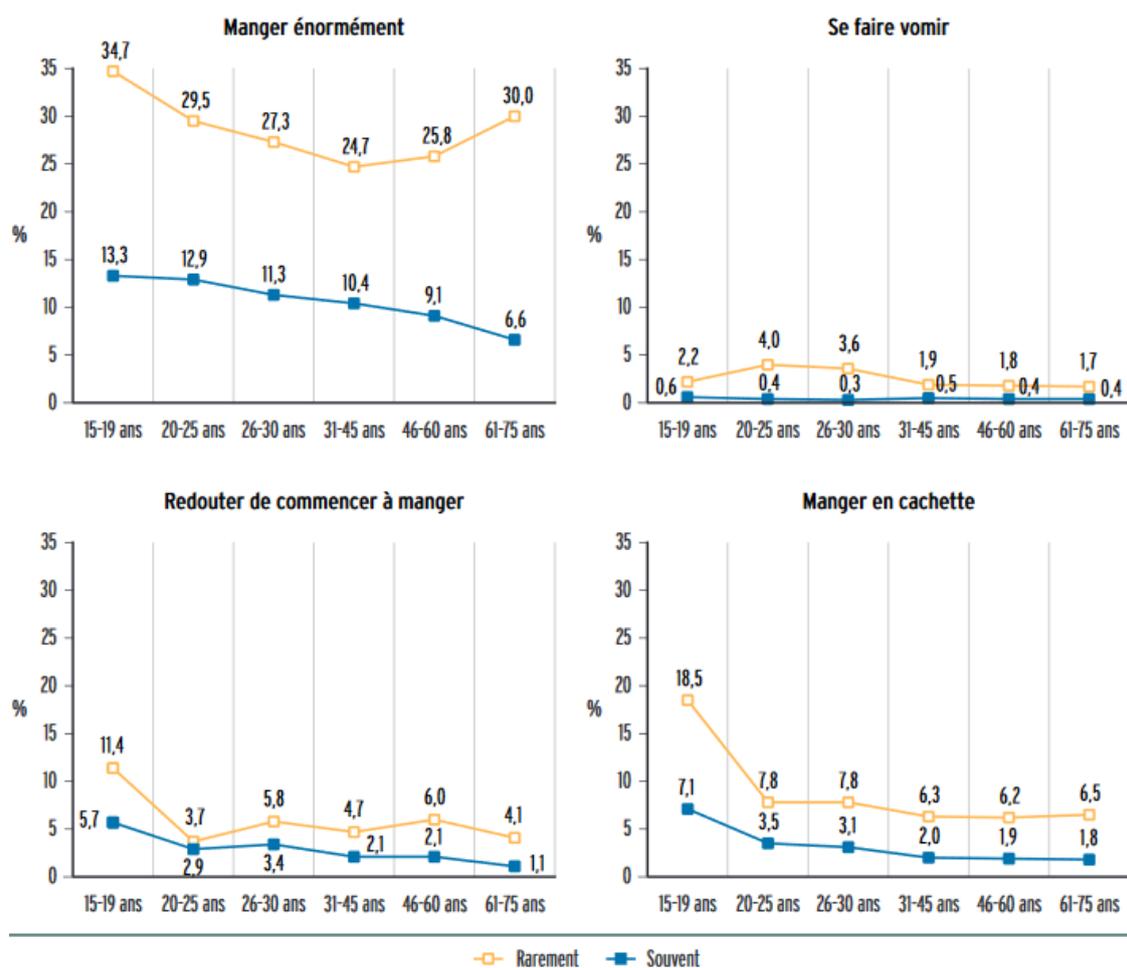
🔪 Troubles du comportement alimentaire

Les troubles du comportement alimentaires font référence à un rapport à la nourriture devenu pathologique soit dans ces représentations, soit dans les pratiques par suralimentation ou sous-alimentation. Les plus fréquents sont l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique.

Les complications de ces comportements sont liées à la dénutrition et aux comportements associés (atteinte cardiovasculaire, troubles digestifs, métaboliques, dentaires, rénaux, ostéoporotiques et infectieux). Les conséquences peuvent être aiguës ou chroniques et peuvent se manifester de façon immédiate ou plus tardivement. Les troubles alimentaires sont fréquemment associés à des pathologies psychiques.

Une faible part de la population est concernée par ces troubles du comportement qui se rencontrent principalement chez les femmes et à l'adolescence (période au cours de laquelle les comportements alimentaires perturbés sont les plus fréquents).

Fréquence de survenue des différents troubles alimentaires au cours des 12 derniers mois parmi les 15-75 ans en 2010, selon l'âge (en pourcentage)⁷³



Source : Baromètre santé 2010, Inpes

⁷³ Inpes, Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010, Paris, mai 2013.

L'anorexie mentale est un trouble qui se déclenche le plus souvent entre 14 et 17 ans. Cette maladie est définie selon les critères diagnostiques des classifications internationales (CIM10 et DSM-IV-TR)⁷⁴. Les cas qui répondent à ces critères sont relativement rares : la prévalence en population générale est de 0,9 à 1,5 % chez les femmes et de 0,2 à 0,3 % chez les hommes. Cependant, la forme subsyndromique, ne répondant pas strictement aux critères, est plus fréquente. À terme, 50 % des personnes soignées pour une anorexie mentale à l'adolescence guérissent, un tiers est amélioré, 21 % souffrent de troubles chroniques et 5 % décèdent.

La fréquence de la boulimie est de 1,5 % en population générale féminine et de 0,5 % chez les hommes⁷⁵.

Dyslipidémies

En 2006, 43,9 % des adultes de 18-74 ans présentaient une dyslipidémie⁷⁶ (présence d'une anomalie lipidique ou traitement par médicaments hypolipémiants). La prévalence des dyslipidémies est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (50,5 % *versus* 37,6 %) et augmente avec l'âge. Chez les hommes, 17,9 % des 18-29 ans sont concernés, 54,7 % des 30-54 ans et 67,0 % des 55-74 ans. Chez les femmes, les prévalences sont respectivement de 19,9 %, 31,9 %, 59,8 %.

Sur les 43,9 % des individus présentant une dyslipidémie, 31,3 % présence une anomalie lipidique en absence de traitement par médicaments hypolipémiants et 12,5 % sont traités par médicaments hypolipémiants. La part des personnes traitées par médicaments hypolipémiants augmente avec l'âge : près de la moitié des 55-74 ans considérés comme dyslipidémies sont traités par médicaments hypolipémiants.

En 2016, 2 969 800 personnes sont traitées par hypolipémiants, dont 57 % de femmes⁷⁷. Le taux standardisé correspondant est de 53,3 pour 1 000 personnes. La part des personnes âgées de plus de 75 ans est de 28 %, dont 68 % sont des femmes.

Les régions Hauts-de-France, Normandie, Corse et Centre-Val de Loire enregistrent les taux standardisés de personnes traitées les plus élevés. Au sein de l'Hexagone, les taux les plus faibles sont observés en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Auvergne-Rhône-Alpes. Les départements et régions d'Outre-mer présentent des taux bien moins élevés que ceux observés en France hexagonale.

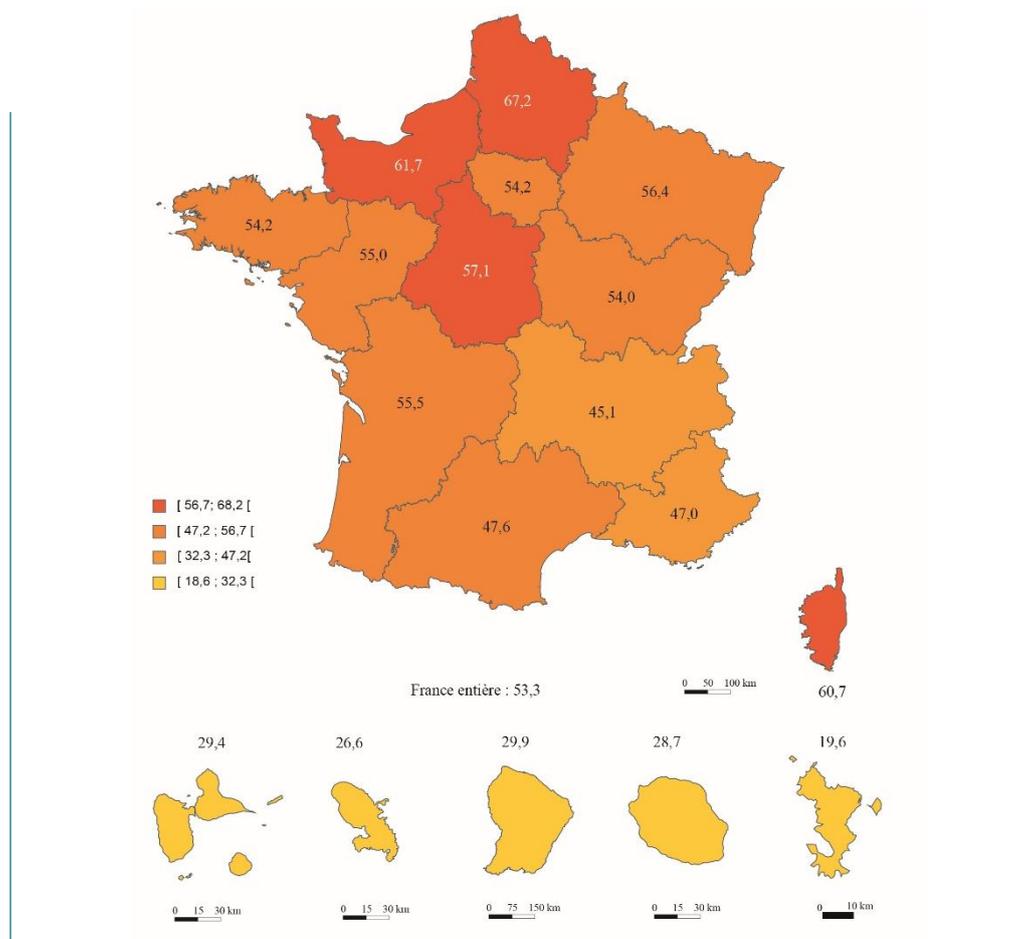
⁷⁴ HAS, Anorexie mentale, prise en charge, juin 2010.

⁷⁵ Inpes, Anorexie, boulimie : prévenir, éduquer, soigner, La Santé de l'Homme n°394, 2008.

⁷⁶ InVS, Etude nationale nutrition santé ENNS, 2006.

⁷⁷ Cnam, Personnes traitées par hypolipémiants (hors pathologies) en 2016, Fiche pathologie, avril 2018.

Taux standardisé de personnes traitées par hypolipémiants en 2016, pour 1 000 personnes

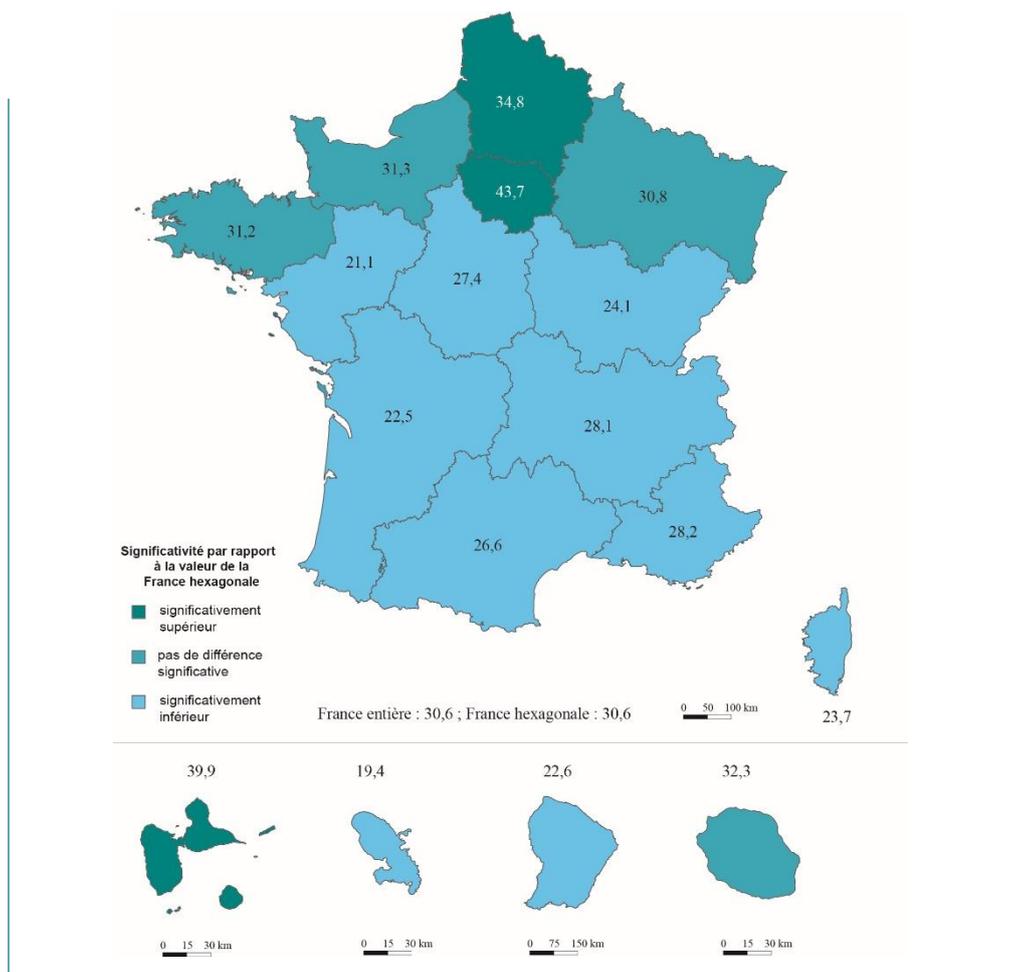


*Standardisation sur l'âge et le sexe, pop. réf. Estimations de population de l'Insee au 1^{er} janvier 2017.
Sources : Sniiram, SNDS, Régime général et sections mutualistes, Cnam

Malnutrition et carences nutritionnelles

Sur la période 2015-2017, la malnutrition et les carences nutritionnelles (en diagnostic principal, codes CIM10 E40-46 et E50-64) ont été à l'origine de 22 200 hospitalisations en moyenne annuelle en France. Le taux standardisé correspondant s'élève à 30,6 séjours pour 100 000 habitants. Parmi l'ensemble de ces hospitalisations, les 55 ans et plus représentent plus des deux tiers des séjours hospitaliers (plus d'un tiers de 75 ans et plus). À noter que près de 5 % des hospitalisations concerne des enfants de moins de 5 ans. Parmi l'ensemble des femmes hospitalisées pour malnutrition ou carences nutritionnelles, un petit pic est observé chez les 10-19 ans. 40 % des séjours hospitaliers féminins concernent les 75 ans et plus. Chez les hommes, les hospitalisations sont plus fréquentes à partir de 55 ans. À l'échelle des régions, les taux standardisés d'hospitalisation pour malnutrition et carences nutritionnelles les plus élevés (significativement supérieurs à la valeur nationale) sont observés en Île-de-France, en Guadeloupe et dans les Hauts-de-France où ils sont respectivement de 43,7, 39,9 et 34,8 pour 100 000 habitants. Dans les régions situées au sud de la Seine, en Martinique et Guyane, les taux standardisés d'hospitalisation sont inférieurs à la valeur nationale.

Taux standardisé* d'hospitalisation pour malnutrition et carences nutritionnelles en 2015-2017, pour 100 000 habitants



*Population de référence : France entière au RP 2006.

Les données France n'incluent pas Mayotte.

Sources : Atih - PMSI-MCO , Insee - exploitation ORS Bourgogne-Franche-Comté, Fnors

Maladies de l'appareil digestif

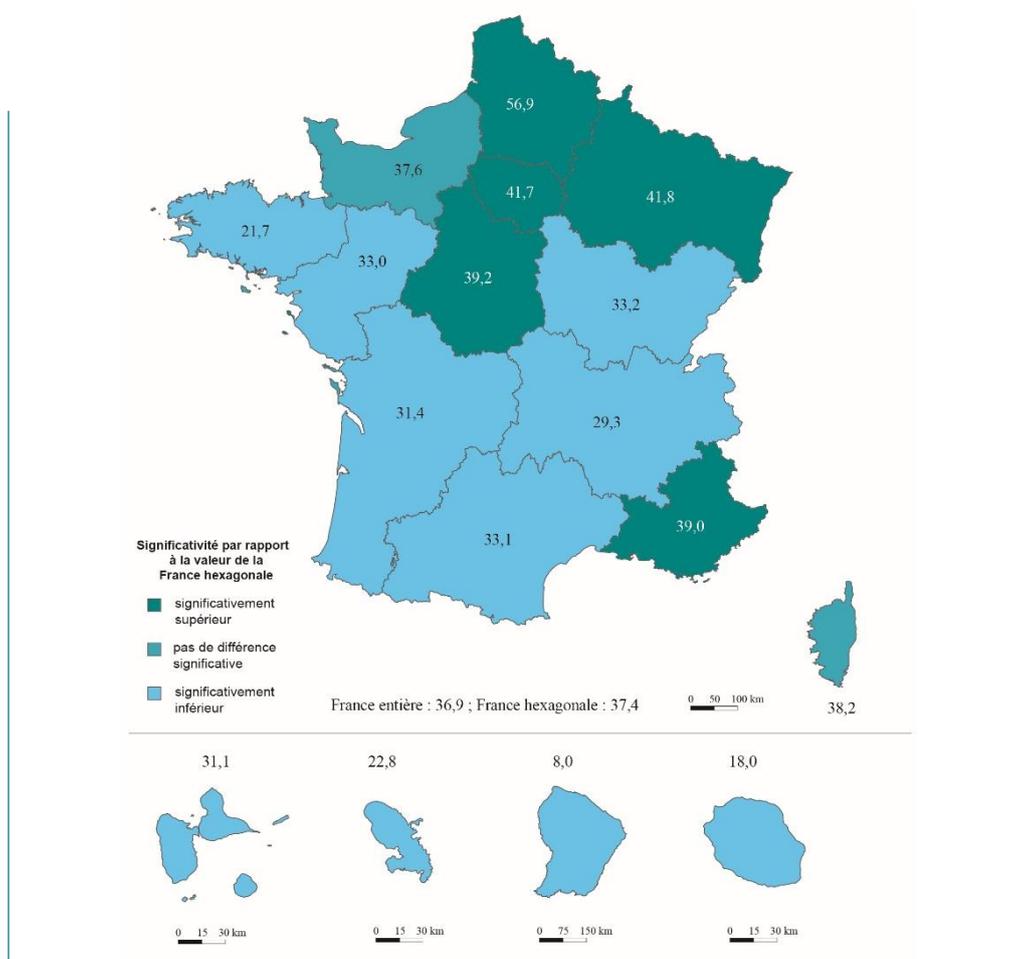
La nutrition et les maladies de l'appareil digestif sont souvent intriquées, notamment dans le cas de certaines maladies où des régimes plus spécifiques sont prescrits.

Maladie de Crohn

La maladie de Crohn est une maladie inflammatoire chronique de l'intestin pouvant toucher une ou plusieurs parties du tube digestif. C'est une maladie chronique au cours de laquelle alternent périodes de poussées et d'accalmies. En période de poussée, un régime sans fibres peut être nécessaire pour limiter les symptômes digestifs. Des facteurs génétiques, immunitaires et environnementaux peuvent être à l'origine de son développement. En France, la maladie de Crohn touche près d'une personne sur 1 000, avec chaque année 8 nouveaux cas pour 100 000 habitants. Les femmes sont un peu plus nombreuses à être atteintes (13 femmes pour 10 hommes). La maladie est le plus souvent diagnostiquée chez les jeunes adultes (20-30 ans) mais peut survenir à tout âge⁷⁸.

⁷⁸ HAS, Maladie de Crohn, Guide-Affection de longue durée, mai 2008.

Taux standardisé* d'hospitalisation pour maladie de Crohn en 2015-2017, pour 100 000 habitants



*Population de référence : France entière au RP 2006.

Les données France n'incluent pas Mayotte.

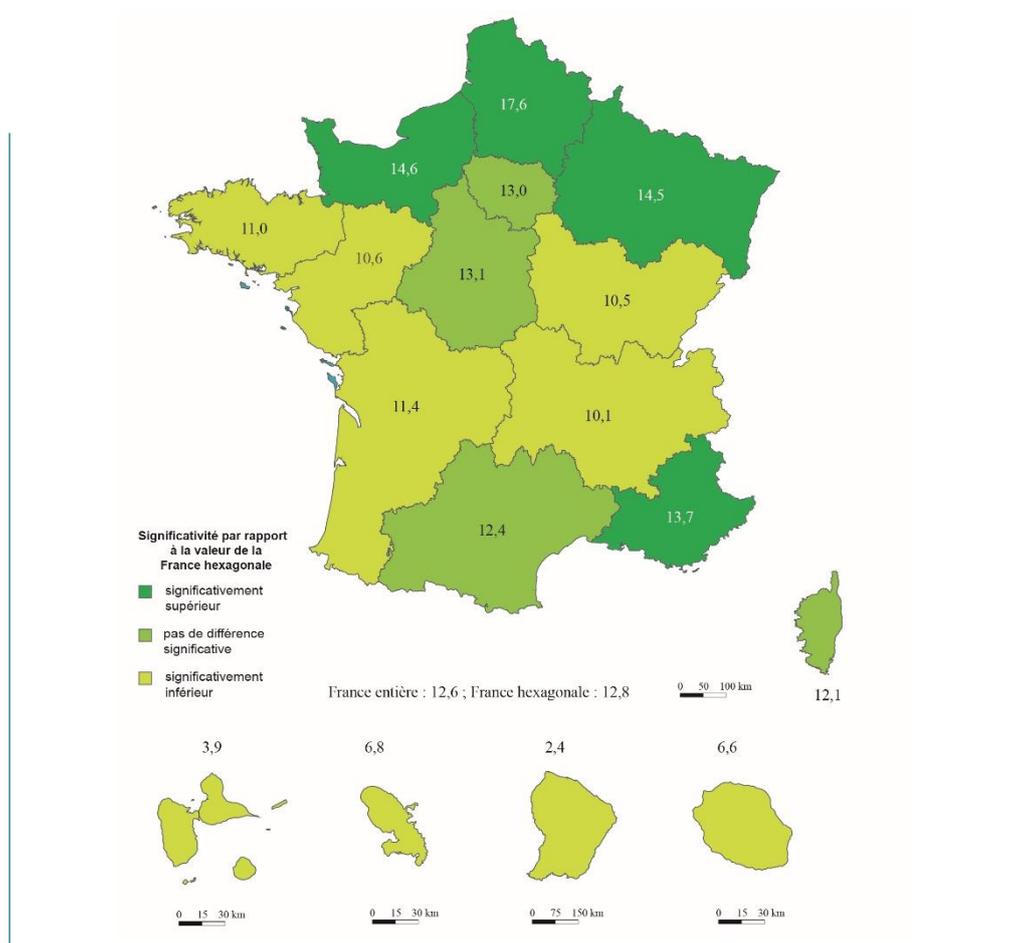
Sources : Atih - PMSI-MCO , Insee - exploitation ORS Bourgogne-Franche-Comté, Fnors

En 2015-2017, la maladie de Crohn (en diagnostic principal, code CIM10 K50) a été à l'origine de plus de 23 600 hospitalisations annuelles. Le taux standardisé correspondant est de 36,9 pour 100 000 habitants. La région Hauts-de-France enregistre le taux standardisé d'hospitalisation pour maladie de Crohn le plus élevé (56,9 pour 100 000 habitants). Elle est suivie par les régions Grand-Est, Île-de-France, Centre-Val de Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur qui présentent des taux supérieurs à la valeur nationale. Les régions de la façade atlantique, de Bourgogne-Franche-Comté, Auvergne-Rhône-Alpes et d'Occitanie ont des taux standardisés d'hospitalisation inférieurs à la moyenne. Il en est de même dans les départements et régions d'Outre-mer où les valeurs des Antilles sont proches des régions hexagonales alors que celles de La Réunion et de la Guyane sont bien en-deçà.

En 2014, près de 87 850 personnes bénéficiaient d'une ALD au titre de la maladie de Crohn en France. Sur la période 2012-2014, 7 770 admissions en ALD pour maladie de Crohn ont été dénombrées en moyenne chaque année en France. Le taux standardisé correspondant s'élève à 12,6 pour 100 000 habitants. Les taux standardisés d'admissions en ALD les plus élevés (significativement supérieurs à la valeur nationale) sont observés dans le quart nord de la France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur. À l'inverse, il est inférieur dans les régions Bourgogne-Franche-Comté, Auvergne-Rhône-Alpes et celles de la bordure ouest de

l'Hexagone. Les régions ultramarines présentent les taux les plus faibles et bien en dessous des valeurs régionales de l'Hexagone.

Taux standardisé* d'admission en ALD pour maladie de Crohn en 2012-2014, pour 100 000 habitants

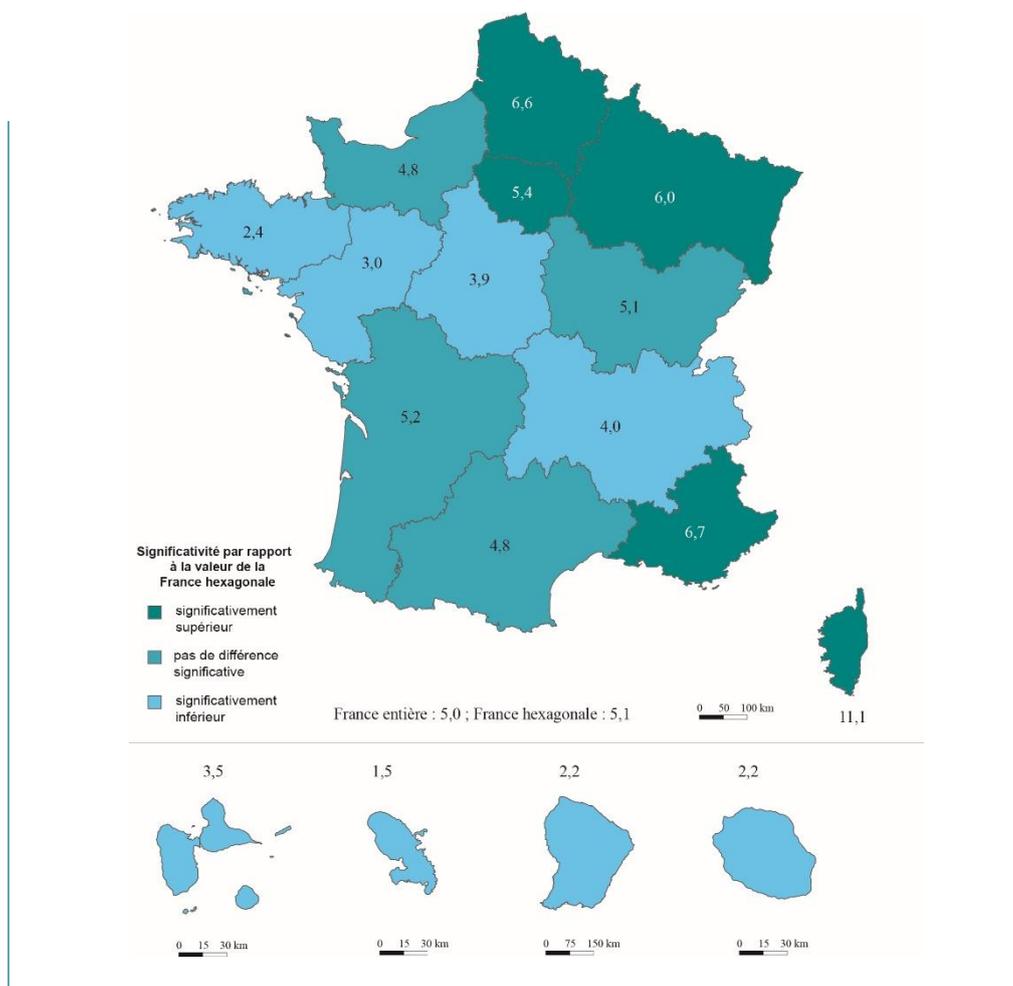


*Population de référence : France entière au RP 2006
 Les données France n'incluent pas Mayotte
 Sources : CCMSA, Cnam, CNRSI, Insee - exploitation Fnors

Maladies autour de la malabsorption intestinale

En 2015-2017, les maladies liées à la malabsorption intestinale (en diagnostic principal, code CIM10 K90) ont été à l'origine de plus de 3 200 hospitalisations annuelles en France. Le taux standardisé d'hospitalisation est de 5,0 pour 100 000 habitants. Les régions du quart nord-est de la France, de Provence-Alpes-Côte d'Azur et de Corse présentent des taux standardisés d'hospitalisation pour malabsorption intestinale significativement supérieurs à la valeur nationale. Ils sont inférieurs dans les régions d'Auvergne-Rhône-Alpes, Centre-Val de Loire, Pays de la Loire et Bretagne ainsi que dans les départements et régions d'Outre-mer.

Taux standardisé* d'hospitalisation pour malabsorption intestinale en 2015-2017, pour 100 000 habitants



*Population de référence : France entière au RP 2006

Les données France n'incluent pas Mayotte

Sources : Atih - PMSI-MCO , Insee - exploitation ORS Bourgogne-Franche-Comté, Fnors

Maladie cœliaque

La maladie cœliaque ou intolérance au gluten est une maladie intestinale chronique et auto-immune liée à l'ingestion de gluten. Elle survient chez les personnes génétiquement prédisposées. En Europe, la maladie cœliaque toucherait 0,7 % à 2 % de la population⁷⁹. Cette fréquence est probablement sous-estimée en raison de l'existence de formes avec peu de symptômes. Elle est trois fois plus fréquente chez la femme que chez les l'homme et peut être diagnostiquée à tout âge. Cependant, deux pics de fréquence sont observés : entre six mois et deux ans après l'introduction du gluten alimentaire ou à l'âge adulte (entre 20 et 40 ans). La prévalence de la maladie est de 3 à 6 % chez les diabétiques de type 1, de 10 à 20 % chez les apparentés du premier degré d'un sujet cœliaque, de 3 à 15 % chez les sujets ayant une anémie ferriprive, de 1 à 3 % en cas d'ostéoporose.

Au cours des 30 dernières années, l'incidence de la maladie cœliaque a augmenté de façon importante : passage de 2-3 à 9 voire 13 nouveaux cas pour 100 000 habitants et par an

⁷⁹ Association française de formation médicale continue en hépato-gastro-entérologie, Maladie cœliaque : de l'enfance à l'âge adulte, 2013.

(probablement davantage le reflet de la reconnaissance des formes atypiques et silencieuses grâce aux tests sérologiques). Les personnes touchées par la maladie cœliaque doivent supprimer le gluten dans leur alimentation.

En 2015-2017, la maladie cœliaque (en diagnostic principal, code CIM10 K90.0) a été à l'origine de plus de 1 700 hospitalisations annuelles en France. Le taux standardisé d'hospitalisation est de 2,6 pour 100 000 habitants. Les hospitalisations pour maladie cœliaque représentent plus de la moitié des hospitalisations pour malabsorption intestinale.

Obésité et chirurgie

L'obésité est une maladie chronique. L'excès de poids augmente la morbidité.

Entre 2003 et 2012, en France hexagonale, la prévalence de l'obésité chez les personnes âgées de 18 ans et plus a augmenté : passage de 11,3 à 15,0 %. Sur la même période, l'obésité morbide (IMC \geq 40) est passée de 0,6 à 1,2 %, soit environ 750 000 personnes. L'obésité augmente le risque de diabète, d'hypertension artérielle, de cholestérol, de complications ostéoarticulaires et respiratoires.

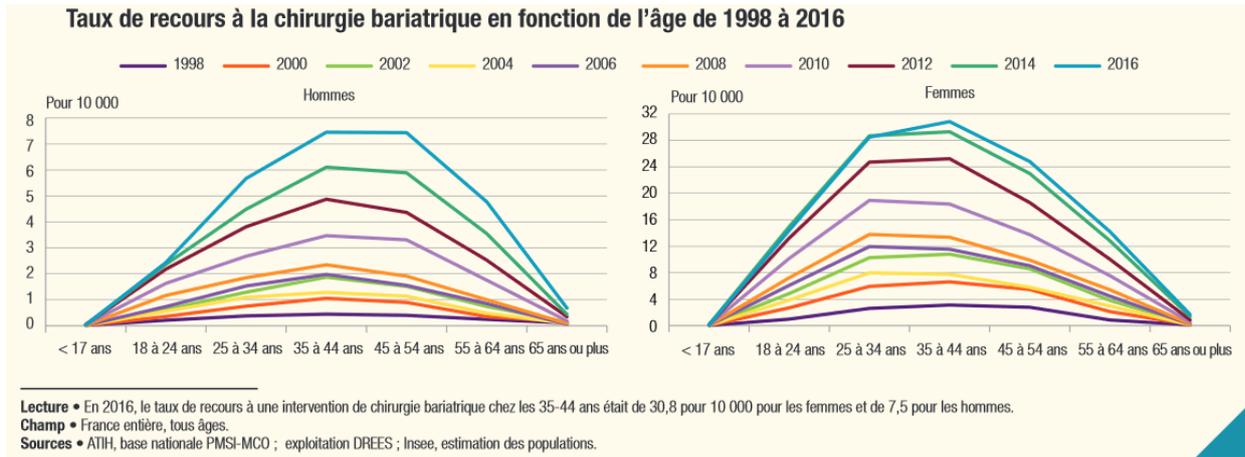
La chirurgie bariatrique ou traitement chirurgical de l'obésité, est considéré par l'Organisation mondiale de la santé comme le traitement de référence dans le cas d'obésité morbide (IMC \geq 40). Le seuil peut être abaissé à 35 en cas de comorbidité susceptibles d'être améliorées par une perte de poids importante.

Au cours des vingt dernières années, le nombre de séjours pour une intervention de chirurgie bariatrique a été multiplié par vingt : il est passé de 2 800 en 1997 à 59 300 en 2016⁸⁰. Les patients opérés sont majoritairement des femmes, même si la part des hommes a progressé. La grande majorité des patients opérés sont âgées de 25 à 54 ans, leur part a diminué entre 1997 et 2016 : passage de 84,3 à 76,0 %. Quant aux patients de 55 ans, sur la même période, leur part est passée de 9,3 à 16,2 %. Entre 1997 et 2016, les taux bruts d'hospitalisation pour chirurgie bariatrique sont passés de 0,8 à 13,8 pour 10 000 femmes et de 0,2 à 3,6 pour 10 000 hommes. Quelle que soit la tranche d'âge, les taux sont toujours plus élevés chez les femmes que chez les hommes.

Chez les mineurs, les taux de recours à la chirurgie bariatrique sont très faibles mais ont tout de même augmenté entre 1997 et 2016.

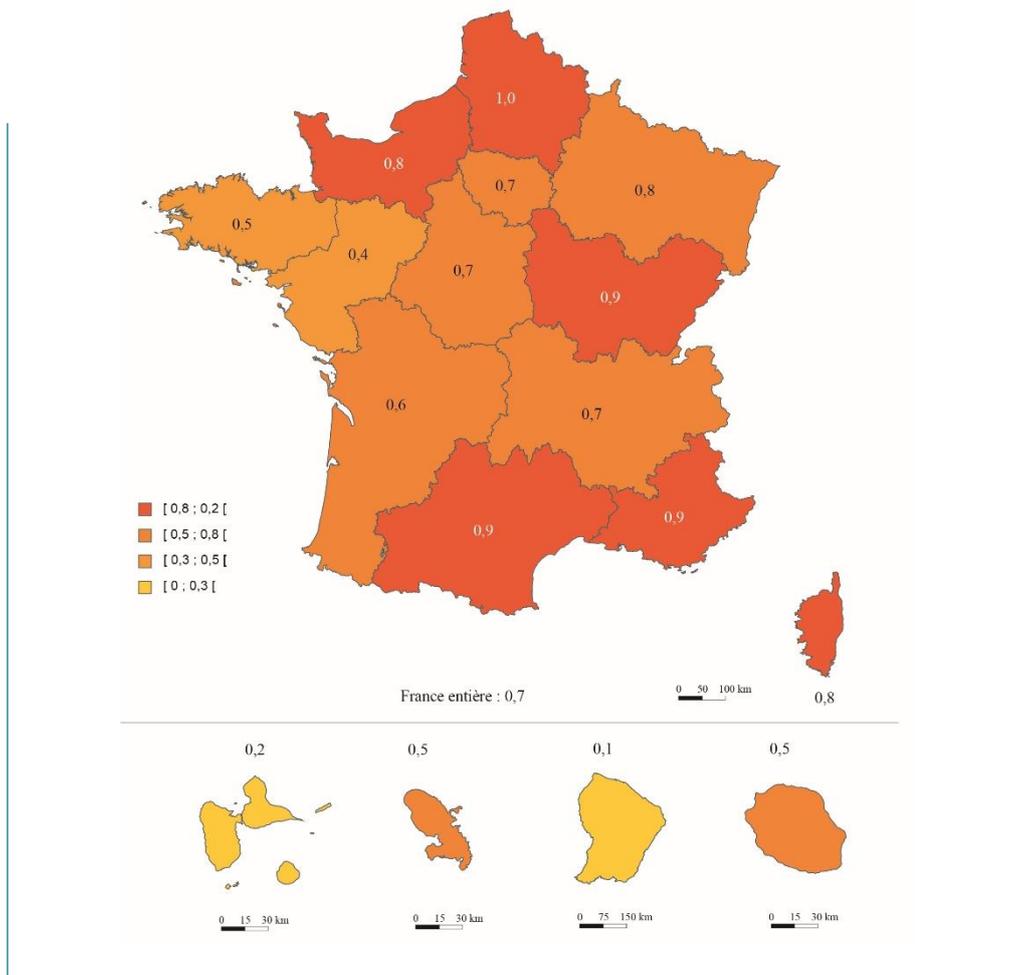
⁸⁰ P. Oberlin, C. de Peretti (Drees), Chirurgie de l'obésité : 20 fois plus d'interventions depuis 1997, Études et résultats n°1051, février 2018.

Taux de recours à la chirurgie bariatrique en fonction de l'âge de 1998 à 2016, pour 10 000 personnes



La part de la chirurgie bariatrique dans les interventions de chirurgie digestive est passée de 3,1 % en 2006 à 4,3 % en 2016.

Taux standardisé de recours en MCO pour chirurgie bariatrique en 2017, pour 1 000 habitants



Source : Scan-Santé - Atih

En 2017, les taux standardisés de recours en MCO pour chirurgie bariatrique sont les plus élevés dans les régions Hauts-de-France, Normandie, Bourgogne-France-Comté et celles du pourtour méditerranéen (dont Corse). Ils sont les moins élevés en Bretagne et dans les pays de la Loire ainsi qu'en Martinique et à La Réunion. Les taux pour la Guadeloupe et la Guyane sont très faibles.

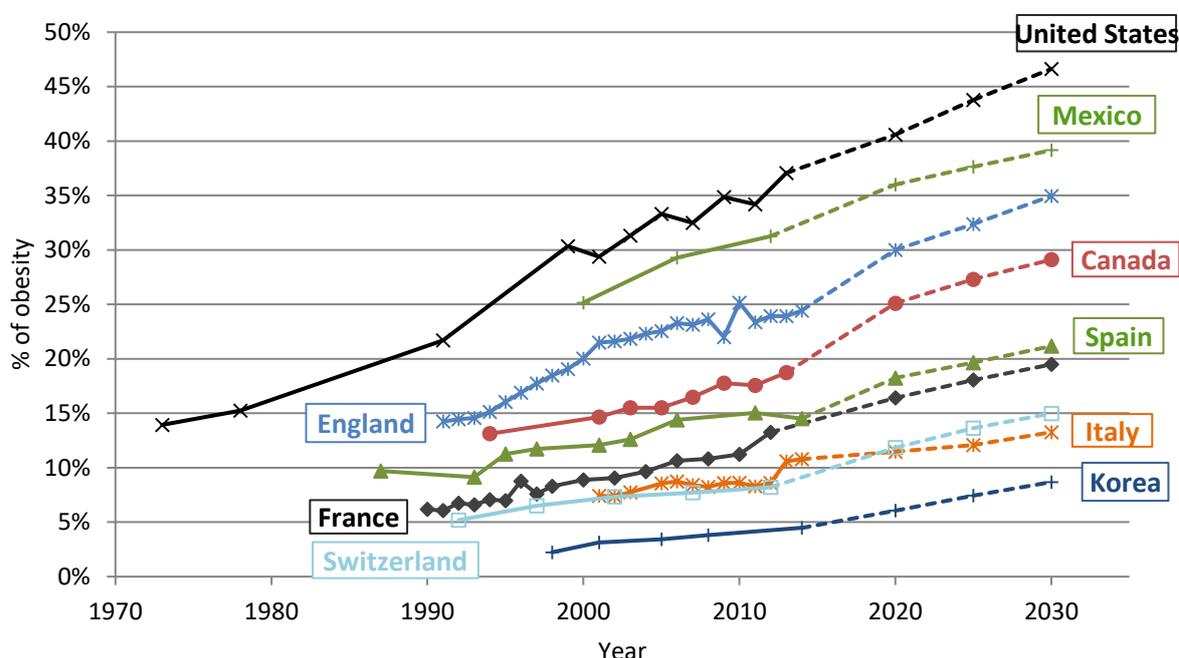
3. Éléments de prospective

Le PNNS a été lancé en 2001 dans le but d'améliorer l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. Le programme a été prolongé en 2006 puis 2011. De nouvelles recommandations ont été publiées en janvier 2019. La 4^{ème} génération du PNNS (2018-2022) est en cours d'élaboration.

Entre 2006 et 2015, les études ENNS et Esteban permettent d'avoir un suivi de l'évolution de la prévalence de l'obésité et du surpoids dans la population française. En 2015, la prévalence du surpoids et de l'obésité reste élevée. Néanmoins, sur la période 2006-2015, les prévalences restent relativement stables. À l'échelle mondiale, la France a été l'un des premiers pays à montrer une tendance à la stabilisation de l'évolution du surpoids chez les enfants.

En 2012, l'OCDE estimait la prévalence de l'obésité à 13,3 % chez les adultes en France. En 2030, elle pourrait atteindre près de 20 %⁸¹, soit une augmentation de 47 %.

Projection de la prévalence de l'obésité



Note : obésité (IMC \geq 30,0). Les projections de l'OCDE supposent que l'IMC continuera d'augmenter de façon linéaire au cours du temps

Source: OCDE analysis of national health survey data

⁸¹ OCDE, Obesity Update 2017.

4. Mobilisation des bases de données existantes

Pour aller au-delà des premiers résultats présentés dans ce document et avoir une approche selon les subdivisions d'internat, des interrogations plus poussées des bases de données peuvent permettre de fournir de plus amples informations.

4.1. Autour des séjours hospitaliers

C'est dans les établissements de santé que l'on observe le plus de patients dénutris. Selon l'enquête AP-HP, Energie 4+ réalisée en 2003, un jour donné dans un établissement de court séjour, la dénutrition s'élève respectivement à 20 % chez les enfants, 40 % chez les adultes et 60 % chez les personnes âgées⁸². Elle varie selon la pathologie traitée et de la durée du séjour hospitalier. Une hospitalisation supérieure à une semaine est associée de façon significative à une perte de poids.

Tout séjour hospitalier en MCO fait l'objet d'un enregistrement des caractéristiques démographiques du patient, des pathologies traitées et des actes chirurgicaux réalisés. À partir des bases du PMSI de l'Atih, un certain nombre d'indicateurs sur les patients hospitalisés peuvent être produits en prenant en compte différentes caractéristiques : âge du patient, pathologie ayant entraîné l'hospitalisation, comorbidités, durée de séjour, type d'établissement.

Ces éléments peuvent permettre de mieux appréhender, par sexe et selon les groupes d'âge, les pathologies en lien avec la nutrition qu'elles soient à l'origine de l'hospitalisation ou qu'elles soient associées à une pathologie ayant entraîné l'hospitalisation ou qu'elles surviennent en cours d'hospitalisation (avec une identification au préalable des pathologies les plus « à risque »).

L'exploitation des bases PMSI peut permettre également d'apporter des éléments sur les comorbidités de l'obésité.

4.2. Autour de la chirurgie bariatrique

La chirurgie bariatrique, destinée à traiter chirurgicalement les grands obèses, se développe de plus en plus chez les adultes mais également chez les jeunes. L'exploitation des bases PMSI peut fournir des éléments sur les types d'interventions réalisées, sur les caractéristiques sociodémographiques et les comorbidités des patients opérés.

Ces éléments peuvent être accompagnés des taux d'intervention pour chirurgie bariatrique et sur le nombre d'actes réalisés selon le groupe d'âge des patients.

⁸² PNNS, Dénutrition : une pathologie méconnue en société d'abondance d'après J.-C. Desport et al. Nutrition clinique et métabolisme, mai 2010.

5^E PARTIE : SOMMEIL

Au quotidien, le sommeil joue un rôle essentiel sur la santé, le bien-être et l'équilibre physique et psychologique à tous les âges de la vie. Même si de nombreux liens restent à explorer, il est établi que le sommeil est important pour un certain nombre de fonctions biologiques : défenses immunitaires, sécrétions hormonales, équilibre énergétique et métabolique, mémorisation, anxiété, équilibre affectif. Les troubles du sommeil peuvent contribuer à la survenue de certaines pathologies (diabète de type 2, obésité, hypertension artérielle...) et ont un impact sur le fonctionnement de l'organisme et du psychisme qui ne sont pas sans effets sur la vie sociale et professionnelle des individus (influence défavorable sur la santé, risques d'accidents de la route et du travail liés à la somnolence, absentéisme, etc.).

Dans la 3^e édition de la Classification internationale des troubles du sommeil (ICSD-2014), sept catégories recouvrant des situations diverses sont définies :

- 🔪 les insomnies ;
- 🔪 les troubles respiratoires du sommeil (syndromes d'apnées centrales du sommeil, syndromes d'apnées obstructives du sommeil, syndromes d'hypoventilation) ;
- 🔪 les troubles moteurs du sommeil (syndrome des jambes sans repos, ...) ;
- 🔪 les troubles centraux d'hyper somnolence (hypersomnies, narcolepsie) ;
- 🔪 les troubles du rythme circadien ;
- 🔪 les parasomnies (sommambulisme, cauchemars, terreurs nocturnes) ;
- 🔪 les autres troubles du sommeil.

Les troubles du sommeil représentent des pathologies spécifiques et entraînent également des pathologies concernant des spécialités médicales diverses (psychiatrie, neurologie, pneumologie, cardiologie, ORL, pédiatrie, endocrinologie, médecine du travail, etc.).

1. Prévalence des troubles du sommeil

En 2017⁸³, chez les 18-75 ans, le temps moyen de sommeil par 24 heures est de 6h55. Il est légèrement plus élevé chez les hommes : 6h57 contre 6h53 chez les femmes. Ce temps moyen de sommeil est de 7h26 le week-end et les jours de repos et de 6h42 les jours de la semaine ou travaillés. La différence entre les deux est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (47 minutes contre 40 minutes). Le temps de sommeil par 24h est inférieur au temps de sommeil considéré comme idéal par les personnes interrogées (temps de sommeil nécessaire pour être en forme le lendemain) : l'écart est de 19 minutes par rapport à ce temps idéal de 7h14. Il est nettement plus important chez les femmes que chez les hommes (34 minutes *versus* 4 minutes).

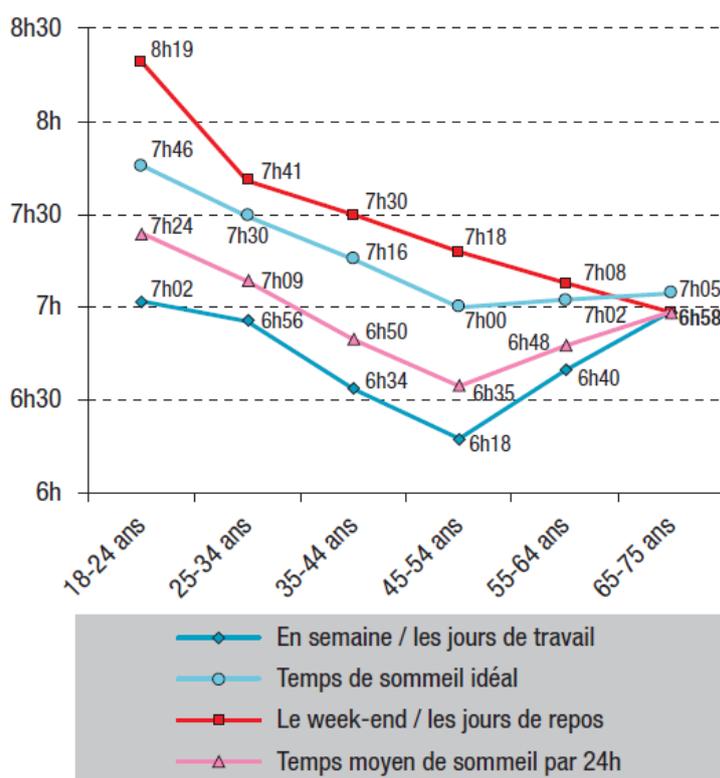
Chez les 18-75 ans, 35,9 % dorment moins de 6h par nuit (courts dormeurs), 35,2 % sont en dette de sommeil (écart entre le temps de sommeil idéal et le temps de sommeil en semaine supérieur à 60 minutes) et 24,2 % en dette sévère de sommeil (écart entre le temps de sommeil idéal et le temps de sommeil en semaine supérieur à 90 minutes).

Le temps de sommeil moyen par 24h ne diffère pas selon les caractéristiques individuelles (taille du foyer, PCS, niveau de diplôme) à l'exception de la situation professionnelle et de la situation financière perçue. Pour la première, les actifs occupés ont un temps de sommeil plus court que les étudiants (6h48 *versus* 7h19). Pour la seconde, les personnes jugeant leur situation financière difficile dorment moins que celles se déclarant à l'aise financièrement (6h40 *versus* 7h00). La part de personnes dormant moins de 6h par 24h (courts dormeurs) est plus fréquente chez ceux jugeant leur situation financière difficile, les personnes vivant seules ou dans un foyer de 5 personnes et plus, les moins diplômés, les actifs occupés et les catégories socio-professionnelles les moins favorisées.

Le temps de sommeil moyen par 24h diminue progressivement avec l'âge et ce jusqu'à 45-54 ans (6h35 contre 7h24 chez les 18-24 ans). À partir de 55 ans, il augmente pour atteindre 6h58 chez les 65-75 ans.

⁸³ Léger D., Zeghnoun A., Faraut B., Richard JB., Le temps de sommeil, la dette de sommeil, la restriction de sommeil et l'insomnie chronique des 18-75 ans : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017, BEH n°8-9, 2019.

Temps de sommeil idéal et par 24 heures



Source : Baromètre de Santé publique France, 2017

En 2010⁸⁴, la part des personnes déclarant des problèmes de sommeil au cours des 8 jours précédents l'enquête représente près de la moitié des 18-75 ans. Les femmes sont plus souvent concernées (56,4 %) que les hommes (42,0 %). Au cours du temps, cette part reste stable. Cette stabilité se retrouve à tous les âges de la vie aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

1.1. Insomnies

L'insomnie est une insuffisance de sommeil en quantité ou en qualité. Elle se caractérise par des difficultés d'endormissement, des éveils nocturnes ou un réveil trop précoce, associés à la sensation de ne pas avoir récupéré suffisamment. Les insomnies ponctuelles ou transitoires sont assez fréquentes. Cependant, lorsque les insomnies surviennent plus de trois fois par semaine depuis au moins trois mois, on parle d'insomnie chronique. Les insomnies entraînent de l'irritabilité, des difficultés de concentration, de la fatigue ou une somnolence diurne.

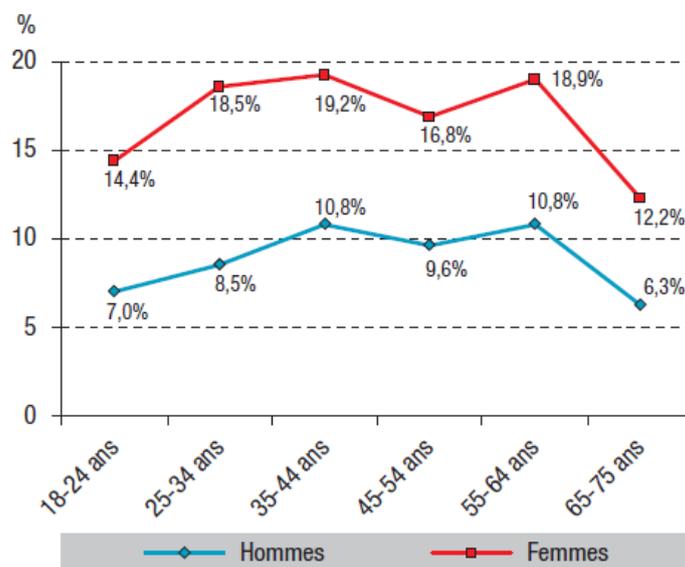
En 2017⁸⁵, 13,1 % des 15-75 ans interrogés dans le cadre du Baromètre santé déclarent des symptômes suggérant une insomnie chronique : 16,9 % des femmes et 9,1 % des hommes. À tous les âges, les femmes sont plus touchées par les insomnies que les hommes. L'insomnie chronique est la plus fréquente chez les femmes entre 25 et 64 ans (environ une femme sur

⁸⁴ Beck F., Richard JB., Leger D., Prévalence et facteurs sociodémographiques associés à l'insomnie et au temps de sommeil en France (15-85 ans). Enquête Baromètre santé 2010 de l'Inpes. BEH n°44-45, 2012.

⁸⁵ Léger D., Zeghnoun A., Faraut B., Richard JB., Le temps de sommeil, la dette de sommeil, la restriction de sommeil et l'insomnie chronique des 18-75 ans : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017, BEH n°8-9, 2019.

cing est concernée) et chez les hommes entre 35 et 64 ans (environ un homme sur dix). Les résultats du Baromètre 2010 montrent que la proportion de personnes souffrant d'insomnies a diminué (16,1 % à 13,1 %). La baisse n'est significative que pour les hommes.

Proportion de personnes en insomnie chronique selon le sexe et l'âge



Source : Baromètre de Santé publique France, 2017

Au travers des analyses du Baromètre santé 2010, l'insomnie chronique apparaît très liée à la souffrance psychique, à des situations de précarités, à certains événements de vie difficiles (violences verbale, physique ou sexuelle), à la survenue d'un événement grave dans l'enfance (uniquement pour les hommes) ou à la présence d'une maladie chronique.

Les personnes souffrant d'anxiété ou de dépression auraient 7 à 10 fois plus de risque de souffrir d'insomnie chronique que les autres. La gêne liée à certaines maladies chroniques (asthme, insuffisance cardiaque, douleurs chroniques etc.) ainsi que la physiopathologie de certaines maladies peuvent augmenter le risque d'insomnie. Ainsi des pathologies comme les maladies d'Alzheimer ou de Parkinson perturbent le rythme circadien et sont responsables de troubles du sommeil chez 30 à 50 % des malades⁸⁶.

1.2. Syndromes d'apnée du sommeil

Le syndrome d'apnées du sommeil (également appelée syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil, ou SAHOS) se manifeste par des interruptions répétées et incontrôlées de la respiration pendant le sommeil. Il en résulte des somnolences diurnes, des difficultés de concentration ou de mémoire. Ce syndrome est connu pour être associé à un risque accru de pathologies cardiovasculaires (notamment l'hypertension artérielle) et de diabète.

En 2008⁸⁷, à partir des résultats de l'enquête ESPS, la prévalence des symptômes évocateurs de SAHOS est de 4,9 % en population générale. Pour 2,4 % de la population, le diagnostic a été posé. Elle est plus importante chez les hommes que chez les femmes (7,3 % versus 2,8 %).

⁸⁶ <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/insomnie>.

⁸⁷ Furhman C., Nguyen XL., Fleury B., Boussac Zarebska M., Druet C., Delamas MC., Le syndrome d'apnées du sommeil en France : un syndrome fréquent et sous-diagnostiqué. BEH n°44-45, 2012.

La prévalence des signes évocateurs de SAHOS est de 8,4 % chez les personnes souffrant d'hypertension, 10,5 % chez les diabétiques et 11,5 % chez les personnes obèses.

Parmi les personnes ayant des signes évocateurs de SAHOS, 15,1 % déclarent avoir bénéficié d'un enregistrement du sommeil. Cette proportion augmente avec l'âge et selon les éventuelles pathologies diagnostiquées (26 % chez les personnes obèses, 27 % chez les hypertendus, 28 % chez les diabétiques).

L'enquête Entred 2007, concernant uniquement les personnes diabétiques, montre que la prévalence des signes évocateurs du SAHOS est de 16 % chez les diabétiques de type 2 (18 % pour les hommes et 15 % pour les femmes).

Le traitement de référence du SAHOS est la ventilation nocturne en pression positive continue (PPC). En 2011⁸⁸, au sein de l'EGB, 3 721 personnes de plus de 20 ans ont bénéficié d'au moins un remboursement de traitement par PPC. En extrapolant à l'ensemble de la population française cela représente environ 460 000 personnes. Le taux brut annuel de personnes traitées est de 9 pour 1 000 adultes (14 pour 1 000 chez les hommes et 5 pour 1 000 chez les femmes). Environ 98 000 personnes ont commencé un traitement par PPC en 2011. Entre 2006 et 2011, le taux annuel standardisé de traitement par PPC a augmenté de 15 % par an en moyenne.

Dans le cas de refus ou d'intolérance du traitement par PPC, une alternative existe : l'orthèse d'avancée mandibulaire (OAM). Dans l'EGB, 89 personnes ont bénéficié d'un remboursement d'OAM depuis fin 2008 (soit environ 11 000 pour l'ensemble de la France).

1.3. Hypersomnies

Les hypersomnies du système nerveux central correspondent à un besoin excessif de sommeil et se manifestent par un allongement de la durée de la nuit, une somnolence diurne excessive, un endormissement fréquent voire irréprensible au cours de la journée, un épuisement chronique. Elles rassemblent trois maladies⁸⁹ : la narcolepsie (la prévalence est estimée à 1 personne sur 3 à 5 000), l'hypersomnie idiopathique (prévalence estimée à 1 personne sur 10 à 25 000 lorsqu'elle est associée à un sommeil de longue durée, à 1 personne sur 11 à 100 000 lorsqu'elle est associée à un sommeil de durée habituelle), le syndrome de Klein Levin (concernant 1 personne sur 500 000, le plus souvent des hommes). Ces maladies sont rares et se déclarent principalement dans l'adolescence ou chez les jeunes adultes.

⁸⁸ Fuhman C., Nguyen XL., Fleury B., Boussac Zarebska M., Druet C., Delamas MC., Le syndrome d'apnées du sommeil en France : un syndrome fréquent et sous-diagnostiqué. BEH n°44-45, 2012.

⁸⁹ www.orphanet.net

www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/hypersomnies-et-narcolepsie.

2. Pathologies entraînant des troubles du sommeil

Près d'un enfant sur deux atteint de troubles de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est touché par les troubles du sommeil et de l'initiation du sommeil. Environ 80 % des enfants atteints de troubles spécifiques de l'autisme (TSA) présentant des troubles du sommeil (difficultés d'endormissement, éveils nocturnes fréquents, réduction du temps de sommeil, réveils matinaux précoces). Par ailleurs, le sommeil favorise l'épilepsie chez les enfants qui en sont atteints.

Enfin, chez les enfants et les adolescents, les troubles du sommeil peuvent être marqueurs de troubles mentaux.

Certaines pathologies neurologiques peuvent entraîner des troubles du sommeil⁹⁰ :

- le syndrome des jambes sans repos concerne 2 % des adultes et est la principale cause neurologique d'insomnie ;
- les troubles circadiens (dysfonctionnement du système de l'horloge interne) concernent 0,5 % à 1 % des français ;
- la maladie de Parkinson (1 % des plus de 60 ans) où la quasi-totalité des personnes touchées présentant des troubles du sommeil ;
- la sclérose en place, la maladie de Huntington et ataxies spinocérébelleuses, les maladies neuromusculaires, etc.

3. Populations spécifiques

3.1. Travailleurs de nuit⁹¹

Le travail de nuit est à l'origine d'une désynchronisation des rythmes biologiques normaux pouvant entraîner des troubles du sommeil et une possible diminution de la durée quotidienne de sommeil. Les formes de travail de nuit étant variées, les conséquences sur la santé peuvent être plus ou moins importantes selon le degré de désynchronisation du rythme circadien : diminution des performances cognitives, troubles de la santé psychique, troubles métaboliques, maladies cardiovasculaires et cancer.

En 2013, 16,3 % des actifs âgés de 15 à 74 ans déclarent travailler de nuit. Le secteur le plus concerné est celui du tertiaire : les infirmiers, sages-femmes, aides-soignantes, conducteurs routiers ainsi que les personnels de sécurité et de l'armée sont les PCS qui comptabilisent les plus de travailleurs de nuit habituels. Alors que parmi les travailleurs de nuit, les travailleurs des services (hors PCS du secteur sanitaire) ont le plus souvent des horaires de nuit fixes, ceux de l'industrie travaillent de nuit en alternance ou de façon irrégulière.

⁹⁰ Ministère de la Santé et des Solidarités, Rapport sur le thème du sommeil, décembre 2006.

⁹¹ Cordina-Duverger E., Houot M., Tvardik N., El Yamani M., Pilorget C., Guénel P., Prévalence du travail de nuit en France : caractérisation à partir d'une matrice emplois-expositions, BEH n°8-9, mars 2019.

3.2. Enfants et adolescents⁹²

Chez le nourrisson et le jeune enfant, les insomnies pédiatriques se traduisent principalement par des troubles de l'initiation et de maintien du sommeil. Les trois quarts correspondent à des causes comportementales, 20 % à des causes organiques. Les causes ORL sont ensuite retrouvées. À noter que 1 à 3 % des enfants de 3 à 6 ans présentent un SAHOS.

Le développement et l'apparition de certaines pathologies du sommeil (notamment les parasomnies) se retrouve chez les enfants de 6 à 12 ans. Les troubles de l'éveil sont majeurs pour cette classe d'âge avec possibilité d'apparition des hypersomnies primaires (narcolepsie-cataplexie, hypersomnies idiopathiques) mais aussi des troubles de l'éveil liés à d'autres pathologies (troubles du déficit et de l'attention avec ou sans hyperactivité, syndrome des jambes sans repos, trouble des mouvements périodiques de membre). La restriction chronique de sommeil est une cause fréquente de troubles de la vigilance et de somnolence diurne chez l'enfant.

Entre 7 à 16 % des adolescents sont concernés par le syndrome de retard de phase de sommeil.

3.3. Personnes âgées

Environ 40 % des plus de 75 ans expriment une plainte en lien avec leur sommeil. Les deux pathologies principales sont l'insomnie avec notamment le mésusage d'hypnotiques et le syndrome d'apnées du sommeil (32 à 47 % des plus de 70 ans) avec les diverses complications qu'il peut engendrer.

4. Recours et consommation de soins

Hospitalisations pour troubles du sommeil

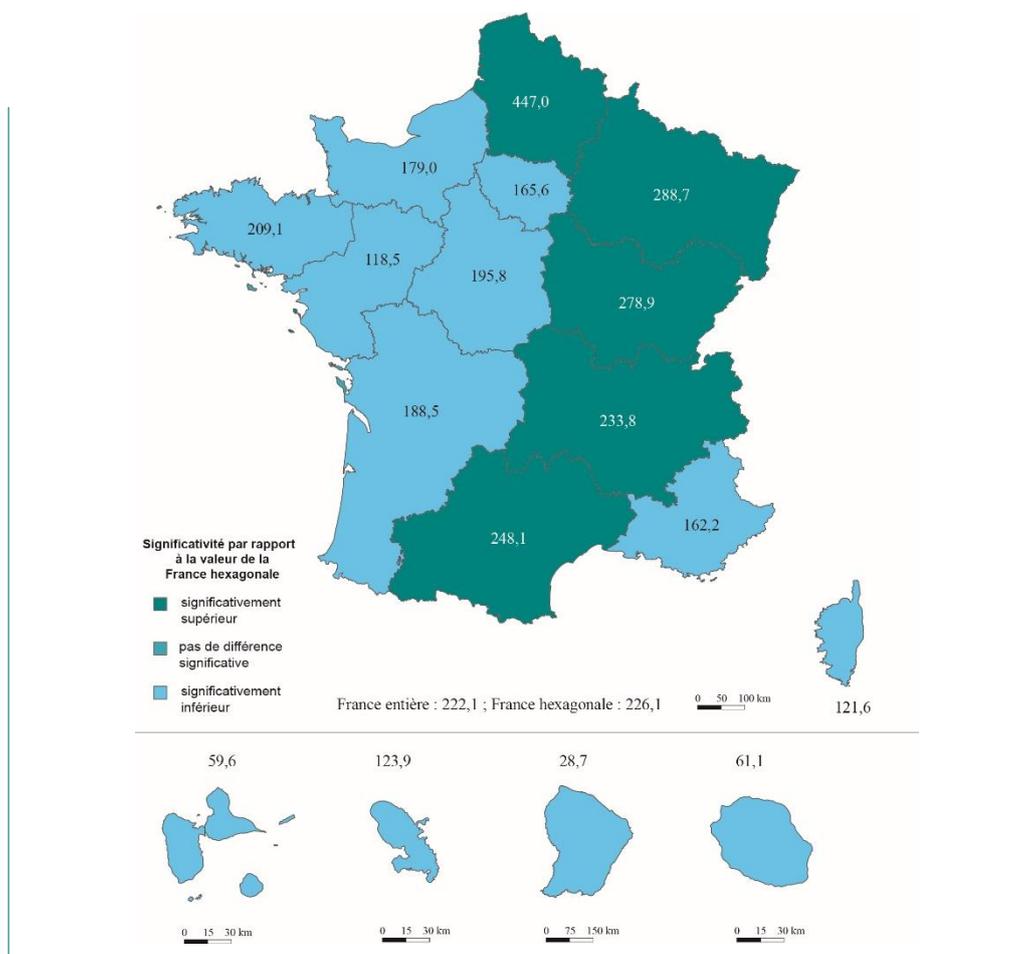
Sur la période 2015-2017, les troubles du sommeil (en diagnostic principal ou relié, codes CIM10 G47 et F51) ont été à l'origine de 122 325 hospitalisations en moyenne annuelle chez les personnes âgées de 16 ans et plus, en France. Le taux standardisé correspondant s'élève à 222,1 séjours pour 100 000 habitants. Les séjours hospitaliers en lien avec des troubles du sommeil augmentent avec l'âge et ce jusqu'à 55-59 ans, puis ont tendance à être à un niveau relativement stable jusqu'à 65-69 ans avant de diminuer. Les hospitalisations des 50-69 ans représentent près de la moitié des hospitalisations en lien avec des troubles du sommeil.

La région Hauts-de-France enregistre le taux standardisé d'hospitalisation pour troubles du sommeil le plus élevé (447,0 pour 100 000 habitants de 16 ans et plus). Les régions sur l'axe allant du Grand-Est à l'Occitanie présentent également des taux standardisés supérieurs à la valeur nationale. Des taux standardisés en-deçà de la valeur nationale sont enregistrés dans les autres régions notamment dans les départements et régions d'Outre-mer (excepté la Martinique).

Ces chiffres sont à analyser avec précautions : les différences constatées (avec des rapports allant de 1 à près de 4 entre régions dans l'Hexagone) peuvent refléter des modalités de prises en charge variables d'une région à l'autre.

⁹² Ministère de la Santé et des Solidarités, Rapport sur le thème du sommeil, décembre 2006.

**Taux standardisé* d'hospitalisation pour troubles du sommeil en 2015-2017,
pour 100 000 habitants de 16 ans et plus**



*Population de référence : France entière au RP 2006

Les données France n'incluent pas Mayott

Sources : Atih - PMSI-MCO , Insee - exploitation ORS Bourgogne-Franche-Comté, Fnors

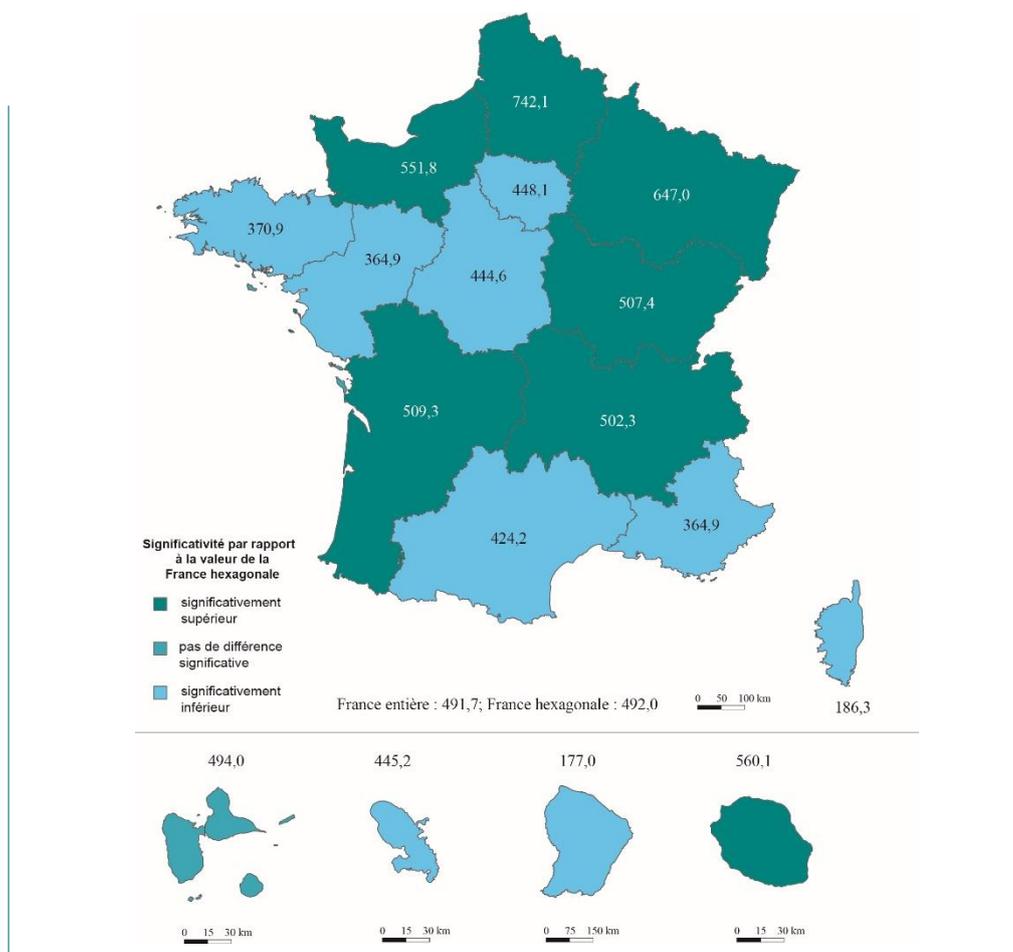
Hospitalisation et troubles du sommeil en diagnostic associé

Lors d'hospitalisation des pathologies associées sans lien avec le diagnostic principal ayant entraîné l'hospitalisation peuvent être codées. Ainsi, en 2015-2017, 281 070 hospitalisations en moyenne annuelle ont été enregistrées avec des troubles du sommeil (codes CIM10 G47 et F51) en diagnostic associé, soit un taux standardisé de 491,7 pour 100 000 habitants de 16 ans et plus, en France. Les hospitalisations des personnes de 50-84 ans représentent les trois quarts de ces séjours.

À l'échelle régionale, le taux standardisé le plus élevé est enregistré dans les Hauts-de-France. Les régions Réunion, Grand-Est, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Bourgogne-Franche-Comté, Auvergne-Rhône-Alpes présentent des taux supérieurs à la valeur nationale. Pour les autres régions, les taux sont inférieurs à la valeur nationale à l'exception de la Guadeloupe qui ne s'en distingue pas.

Ces chiffres sont également à analyser avec précautions : les différences constatées peuvent refléter des modalités de prises en charge variables d'une région à l'autre.

Taux standardisé* d'hospitalisation avec les troubles du sommeil en diagnostic associé, en 2015-2017, pour 100 000 habitants de 16 ans et plus



*Population de référence : France entière au RP 2006

Les données France n'incluent pas Mayotte

Sources : Atih - PMSI-MCO , Insee - exploitation ORS Bourgogne-Franche-Comté, Fnors

Examens d'évaluation de la qualité du sommeil

L'évaluation de la qualité du sommeil et de la vigilance se base sur des techniques subjectives (interrogations du patient et de son entourage) et objectives. Ces dernières comprennent :

- l'actimétrie ;
- les tests de vigilance permettant d'évaluer la somnolence diurne (test itératif de latence d'endormissement, test du maintien de l'éveil, test d'Osler) ;
- la polysomnographie permettant de détecter les maladies pouvant survenir dans le sommeil mais aussi les diverses pathologies du sommeil.

À partir des bases PMSI de l'Atih, il est possible de repérer les actes de polysomnographie à partir des codes CCAM AMQP009 à AMQP015.

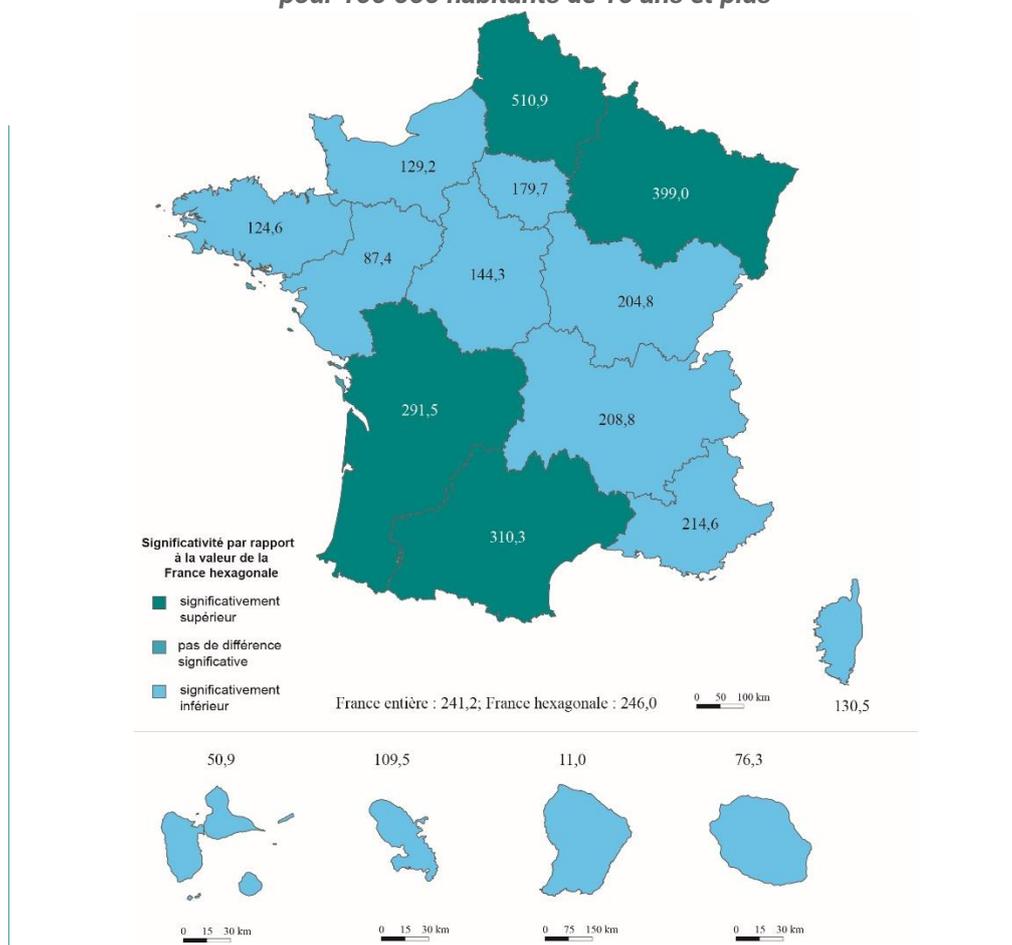
En 2015-2017, quel que soit le diagnostic, près de 130 400 hospitalisations en moyenne annuelle ont été enregistrées au cours desquelles un acte lié à un trouble du sommeil a été pratiqué chez les personnes âgées de 16 ans et plus, en France. Le taux standardisé correspondant est de 241,2 pour 100 000 habitants. Les séjours hospitaliers des 40-69 ans

représentent près des deux tiers des séjours hospitaliers pour un acte lié à un trouble du sommeil.

La région Hauts-de-France enregistre le taux standardisé d'hospitalisation pour un acte lié à un trouble du sommeil le plus élevé (510,9 pour 100 000 habitants de 16 ans et plus). Les régions Grand-Est, Occitanie et Nouvelle-Aquitaine présentent également des taux standardisés supérieurs à la valeur nationale. Des taux standardisés en-deçà de la valeur nationale sont enregistrés dans les autres régions. Les départements et régions d'Outre-mer (excepté la Martinique) ainsi que les Pays de la Loire présentent les taux les plus faibles.

Comme précédemment, ces chiffres sont à analyser avec précautions : les différences constatées peuvent refléter des modalités de prises en charge variables d'une région à l'autre.

Taux standardisé d'hospitalisation pour un acte lié à un trouble du sommeil en 2015-2017, pour 100 000 habitants de 16 ans et plus



*Population de référence : France entière au RP 2006

Les données France n'incluent pas Mayotte

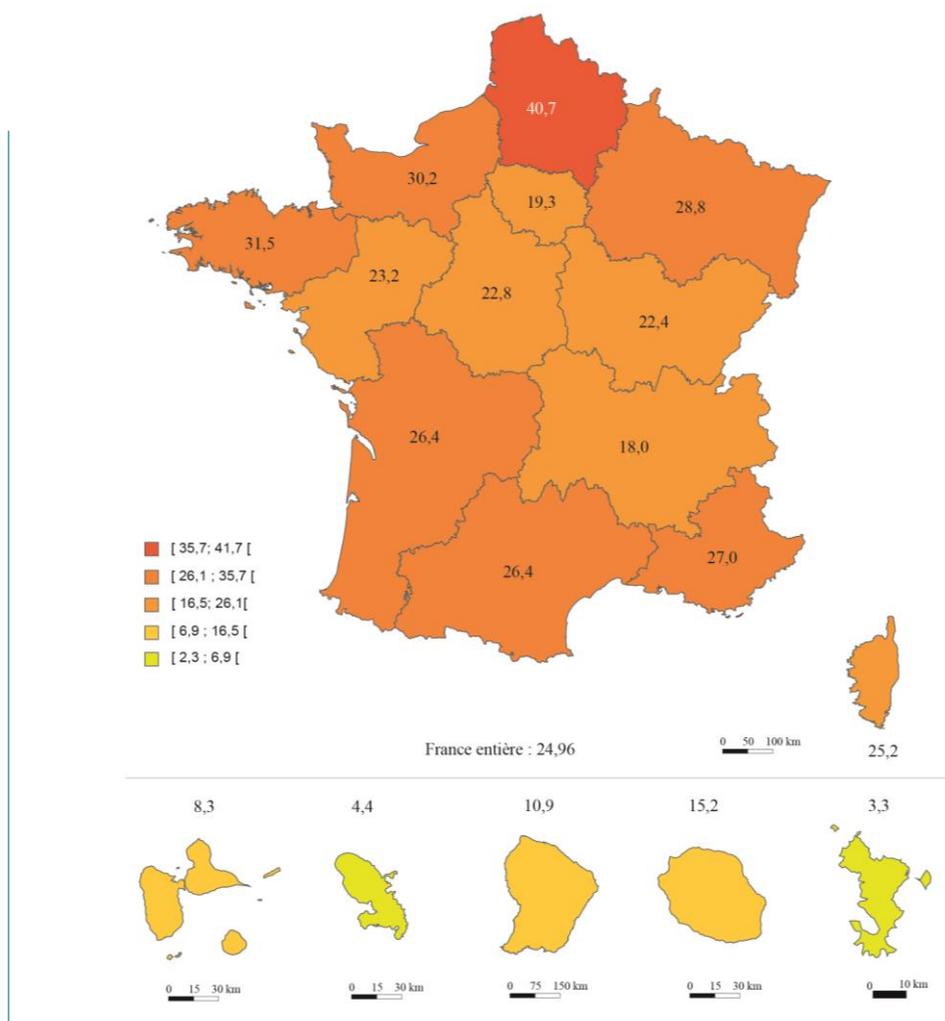
Sources : Atih - PMSI-MCO , Insee - exploitation ORS Bourgogne-Franche-Comté, Fnors

Traitements hypnotiques

Contre l'insomnie, le médecin peut prescrire des hypnotiques (somnifères). En 2016, 1 406 500 personnes sont traitées par hypnotiques, dont 65 % de femmes⁹³. Le taux standardisé correspondant est près de 25 pour 1 000 personnes. La part des personnes âgées de plus de 75 ans est de 33 %, dont 70 % sont des femmes.

La région Hauts-de-France présente le taux standardisé le plus élevé puis viennent ensuite les régions Bretagne, Normandie et Grand-Est pour la moitié nord et Provence-Alpes-Côte d'Azur, Occitanie et Nouvelle-Aquitaine pour la moitié sud. Les taux les plus faibles sont enregistrés dans les départements et régions d'Outre-mer, en particulier en Martinique et à Mayotte.

Taux standardisé de personnes traitées par hypnotiques en 2016, pour 1 000 personnes



*Standardisation sur l'âge et le sexe, pop. réf. Estimations de population de l'Insee au 1^{er} janvier 2017
Sources : Sniiram, SNDS, Régime général et sections mutualistes, Cnam

⁹³ Cnam, Personnes traitées par hypnotiques (hors pathologies) en 2016, Fiche pathologie, avril 2018.

5. Mobilisation des bases de données existantes

Pour aller au-delà des résultats présentés dans ce document, des analyses plus poussées des bases de données pourraient permettre d'apporter davantage d'informations et de produire des indicateurs à l'échelle des subdivisions d'internat.

Autour des séjours hospitaliers

À partir des bases PMSI de l'Atih, un certain nombre d'indicateurs sur les patients hospitalisés peuvent être produits en prenant en compte différentes caractéristiques : âge du patient, pathologies associées aux troubles du sommeil.

L'analyse des séjours hospitaliers s'est portée uniquement sur les séjours en médecine chirurgie et obstétrique. Une exploitation similaire à partir des séjours hospitaliers en psychiatrie pourrait être menée.

Ces exploitations des bases PMSI peuvent permettre d'apporter des éléments sur les comorbidités des troubles du sommeil.

Autour du recours aux médicaments

À partir des bases du SNDS, la consommation d'hypnotiques sur prescription médicale peut être davantage décrite et pourrait mettre en avant les différents niveaux d'insomnie : insomnie transitoire (1 délivrance dans l'année), insomnie chronique (au moins 3 délivrances dans l'année). Un travail sur le nombre de boîtes délivrées peut également être réalisé ainsi que l'inscription de ces délivrances dans un contexte ou non de polymédication. Par ailleurs, du fait de leurs propriétés sédatives, d'autres classes de médicaments peuvent être utilisées dans un but hypnotique, notamment les anxiolytiques et certains antidépresseurs ou antihistaminiques.

6^E PARTIE : SANTE MENTALE DES ENFANTS ET

ADOLESCENTS

Selon la définition de l’OMS, la santé mentale ne se restreint pas à l’absence de trouble psychique ou de maladie mentale, elle est « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté ». Elle intègre trois dimensions :

- **les troubles mentaux ou troubles psychiatriques**, notamment les troubles psychotiques, avec les schizophrénies, les psychoses maniaco-dépressives, les délires chroniques, les troubles dépressifs caractérisés, les névroses, les troubles de l’usage des produits toxiques (alcool, drogues et médicaments) et les troubles de la personnalité,
- **la détresse psychologique ou souffrance psychique**, qui traduit un état de mal-être ressenti dans certaines situations, mais qui n’est pas nécessairement lié à une pathologie ou un trouble mental,
- **la santé mentale positive**, qui recouvre l’estime de soi, les capacités d’adaptation, le sentiment de maîtrise de sa vie.

La santé mentale couvre ainsi un champ large. Certains troubles mentaux sont dus à des causes biologiques (facteurs génétiques, par exemple), certains profils psychologiques peuvent prédisposer aux troubles mentaux, mais la santé mentale est aussi directement impactée par des facteurs liés à l’environnement familial, social, culturel ou professionnel.

La grande majorité des enfants et des adolescents est en bonne santé mentale. Néanmoins, la souffrance psychique existe aussi sur cette période de la vie : des troubles, non pris en charge alors, risquent de s’installer et d’avoir des répercussions à l’âge adulte. Selon l’OMS, plus de la moitié des troubles psychiques de l’adulte apparaissent avant l’âge de 16 ans.

Les troubles psychiques identifiés pendant l’enfance peuvent relever des sphères scolaire, familiale, comportementale, sociale et se traduire de manières très variées : anxiété, troubles de l’humeur, de l’attention, du comportement, phobies, dépression, addictions... L’adolescence, étape de construction sociale et de transition entre l’enfance et l’âge adulte, amène à s’interroger sur son identité, ses relations amicales ou amoureuses, sa sexualité, son orientation et peut être source de fragilité émotionnelle et psychique. Les parents et les proches doivent être à l’écoute des éventuels signaux d’alerte lorsque ceux-ci se répètent et durent dans le temps. Promouvoir le bien-être des jeunes contribue au renforcement d’une santé mentale positive.

La santé mentale représente une priorité en termes de santé publique, réaffirmée dans la stratégie nationale de santé par la communication d’une feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie (28 juin 2018), avec une attention particulière portée aux publics vulnérables (parmi lesquels les enfants, adolescents et jeunes), celle-ci se décline en 3 axes :

- **promouvoir le bien-être mental**, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide,
- **garantir des parcours de soins** coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité,
- **améliorer les conditions de vie** et d’inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

Elle comporte notamment deux actions spécifiques au public jeune : une action consistant à favoriser l'organisation du repérage et de la prise en charge de la souffrance psychique chez les jeunes de 11 à 21 ans (expérimentation de « Ecout' émoi ») et une action visant à élaborer des propositions pour développer la pédopsychiatrie de ville.

1. Connaissance du public et recours aux soins

Les données sur la prévalence de l'état de santé des enfants et adolescents sont principalement issues des sources suivantes : Atlas santé mentale, SCORE-Santé et la cartographie des pathologies SNIIRAM.

1.1. La prise en charge des enfants et adolescents pour cause de maladie psychiatrique

● Environ 114 000 enfants de 0-14 ans pris en charge par l'assurance maladie pour cause de maladie psychiatrique en 2017

Les données de l'Assurance maladie permettent de disposer d'indicateurs quantitatifs sur le volume d'enfants pris en charge pour cause de maladie psychiatrique, à savoir 113 800 jeunes âgés de 0 à 14 ans en 2017 en France métropolitaine. Ils représentent 5,2 % de l'ensemble des bénéficiaires du régime général pris en charge pour cette cause tous âges confondus.

Parmi l'ensemble des prises en charge concernant les enfants de 0 à 14 ans pour différentes pathologies, traitements ou événements de santé, les maladies psychiatriques représentent une part de 1,06 %.

La prise en charge des enfants de 0-14 ans pour cause de maladie psychiatrique, en 2017

	Effectifs			Part des prises en charge		
	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total
Maladies psychiatriques	79 800	34 000	113 800	1,4%	0,6%	1,1%
Troubles ayant débuté pendant l'enfance	61 700	20 500	82 200	1,1%	0,4%	0,8%
Troubles névrotiques et de l'humeur	5 700	5 400	11 100	0,1%	0,1%	0,1%
Déficience mentale	12 200	6 900	19 100	0,2%	0,1%	0,2%

Source : Cartographie des pathologies SNIIRAM 2017 (public bénéficiaire du régime général, section locales mutualistes comprises)

La cartographie des pathologies s'appuie sur les données issues du **système national des données de santé (SNDS)**. Elle concerne environ 57 millions de bénéficiaires du régime général (section locales mutualistes comprises) ayant eu recours à des soins remboursés dans l'année. Des algorithmes permettent de repérer les patients ayant une pathologie chronique, un traitement chronique ou un événement de santé, à partir des diagnostics dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) suite à une hospitalisation, ou du diagnostic ayant donné lieu à une prise en charge pour affection de longue durée (ALD), ou d'actes ou médicaments spécifiques de pathologies, donc à partir d'un recours à des soins spécifiques ou remboursés. Treize grands groupes de pathologie ont été créés, correspondant à 56 pathologies spécifiques.

Attention : si un patient présente plusieurs pathologies, il est compté plusieurs fois.

Les maladies psychiatriques sont classées en 6 groupes : Troubles psychotiques, Troubles névrotiques et de l'humeur (Troubles maniaques et bipolaires, Dépression et autres troubles de l'humeur, Troubles névrotiques liés au stress et somatoformes), Déficience mentale, Troubles addictifs (Troubles addictifs liés à l'utilisation d'alcool, Troubles addictifs liés à l'utilisation du tabac, Troubles addictifs liés à l'utilisation du cannabis,), Troubles addictifs (hormis ceux liés à l'utilisation d'alcool, du tabac et du cannabis), Troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance et Autres troubles psychiatriques.

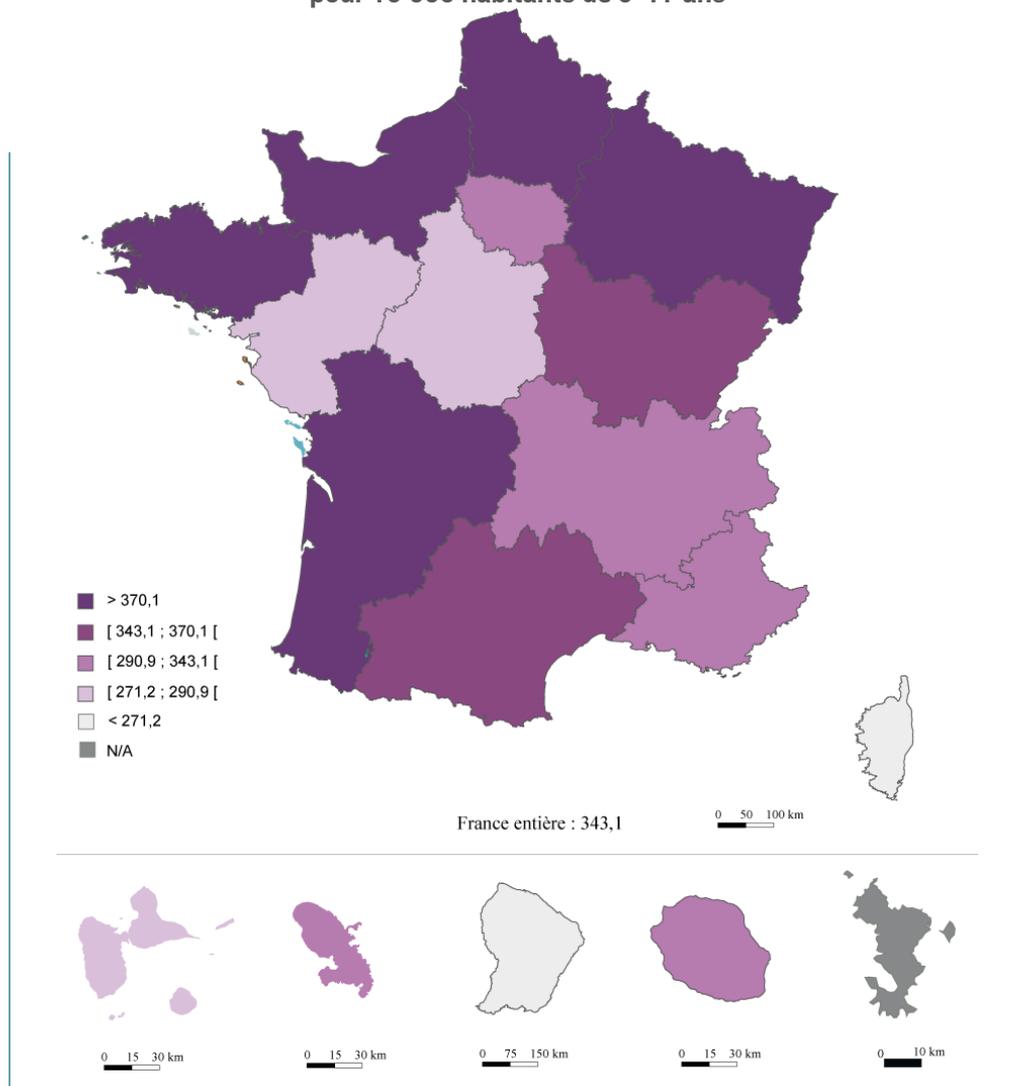
Pour retrouver le détail des algorithmes :

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Methodologie_medicale_cartographie.pdf

Un taux de recours aux soins en établissement en psychiatrie de 343,1 pour 100 000 jeunes de 0-17 ans

Le taux de recours en établissement de santé autorisé en psychiatrie s'établit à 315,9 pour 10 000 enfants âgés de 0-11 ans et à 423,9 pour 10 000 adolescents âgés de 12-17 ans, soit un taux global de 343,1 pour 10 000 jeunes de 0-17 ans. Ces taux (des 0-17 ans) sont les plus élevés dans les régions Hauts-de-France (412,8), Nouvelle-Aquitaine (402,7), Grand-Est (402,1), puis Normandie (386,5) et Bretagne (370,1) où le recours des moins de 12 ans est quant à lui plus proche de la moyenne nationale.

Taux de recours en psychiatrie en établissement de santé en 2015, pour 10 000 habitants de 0-17 ans



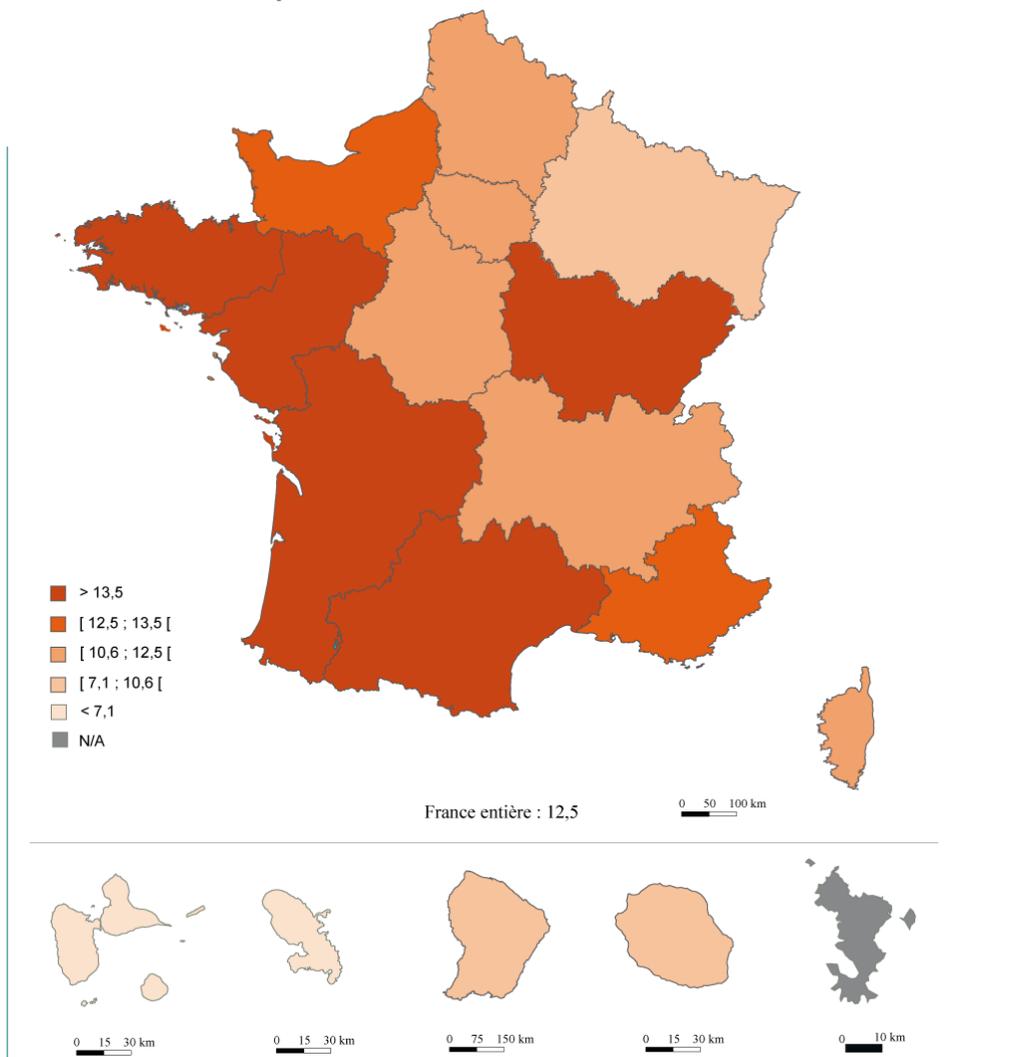
Source : Atlas santé - Rim-P 2015

Un taux d'hospitalisation en psychiatrie des 0-17 ans de 12,5 pour 10 000 à temps plein et de 22,3 pour 10 000 à temps partiel

En 2015, au niveau national, le taux d'hospitalisation à temps plein d'enfants et adolescents de 0-17 ans, pour cause de maladie psychiatrique, s'établit à 12,5 pour 10 000. Variable en fonction des régions, il est le plus élevé sur la partie ouest et sud-ouest de la France, particulièrement en Bretagne (18,3), Nouvelle-Aquitaine (16,8) et Occitanie (14,7). À l'inverse, il est le plus faible dans la France d'Outre-Mer, avec des taux inférieurs à 9 pour 10 000 jeunes de 0-17 ans dans tous les Dom.

Le taux d'hospitalisation des enfants et adolescents de 0-17 ans à temps partiel en psychiatrie s'établit à 22,3 pour 10 000 jeunes de cette tranche d'âge. Il est donc largement supérieur au taux d'hospitalisation à temps plein, mais la répartition par région met en évidence des constats comparables pour les deux modes d'hospitalisation. En effet, les régions dans lesquelles ce taux est le plus élevé sont la Nouvelle-Aquitaine (37,1), l'Occitanie (35,4), la Corse (29) et la Bretagne (28,6). À l'exception de la Réunion (où le taux s'établit à 21,3), les autres Dom enregistrent des taux faibles (inférieurs à 8 pour 10 000 jeunes).

Taux d'hospitalisation temps plein en psychiatrie en 2015, pour 10 000 habitants de 0-17 ans



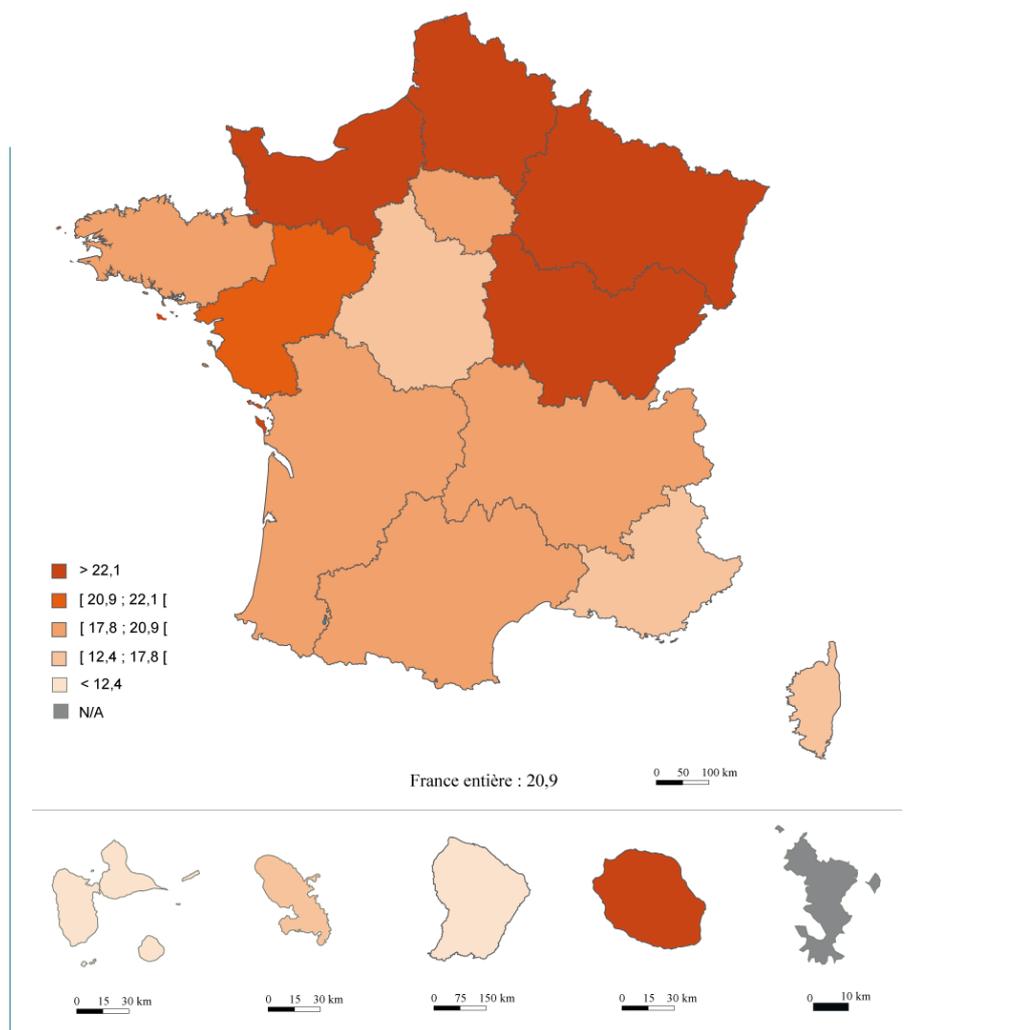
Source : Atlas santé - Rim-P

Notons que des prises en charge en psychiatrie sans consentement sont enregistrées concernant des jeunes âgés de 16 à 20 ans : un peu plus de 7 000 ont été recensées en 2019 en France entière (sachant qu'une même personne peut bénéficier d'une ou plusieurs prises en charge dans l'année), soit un taux standardisé de 1,8 prises en charge pour 1 000 jeunes de cet âge⁹⁴ (contre 2,0 dans la population tous âges confondus).

Un taux d'hospitalisation en MCO pour motif psychiatrique de 20,9 jeunes en 0-17 ans pour 10 000

En 2015, le taux d'hospitalisation d'enfants et adolescents de 0-17 ans en service MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) pour motif psychiatrique s'établit à 20,9 pour 10 000 jeunes de cette tranche d'âge. Le détail par région met en évidence d'importantes disparités, ce taux variant entre 5,5 en Guyane et 30,6 dans les Hauts-de-France : il est plus élevé dans la partie nord nord-est de la France, avec des taux supérieurs à 22 pour 10 000 dans les Hauts-de-France, en Normandie, en Bourgogne-Franche-Comté et dans le Grand-Est, ainsi qu'à la Réunion.

Taux d'hospitalisation en MCO pour motif psychiatrique en 2015, pour 10 000 habitants de 0-17 ans



Source : Atlas santé - Rim-P

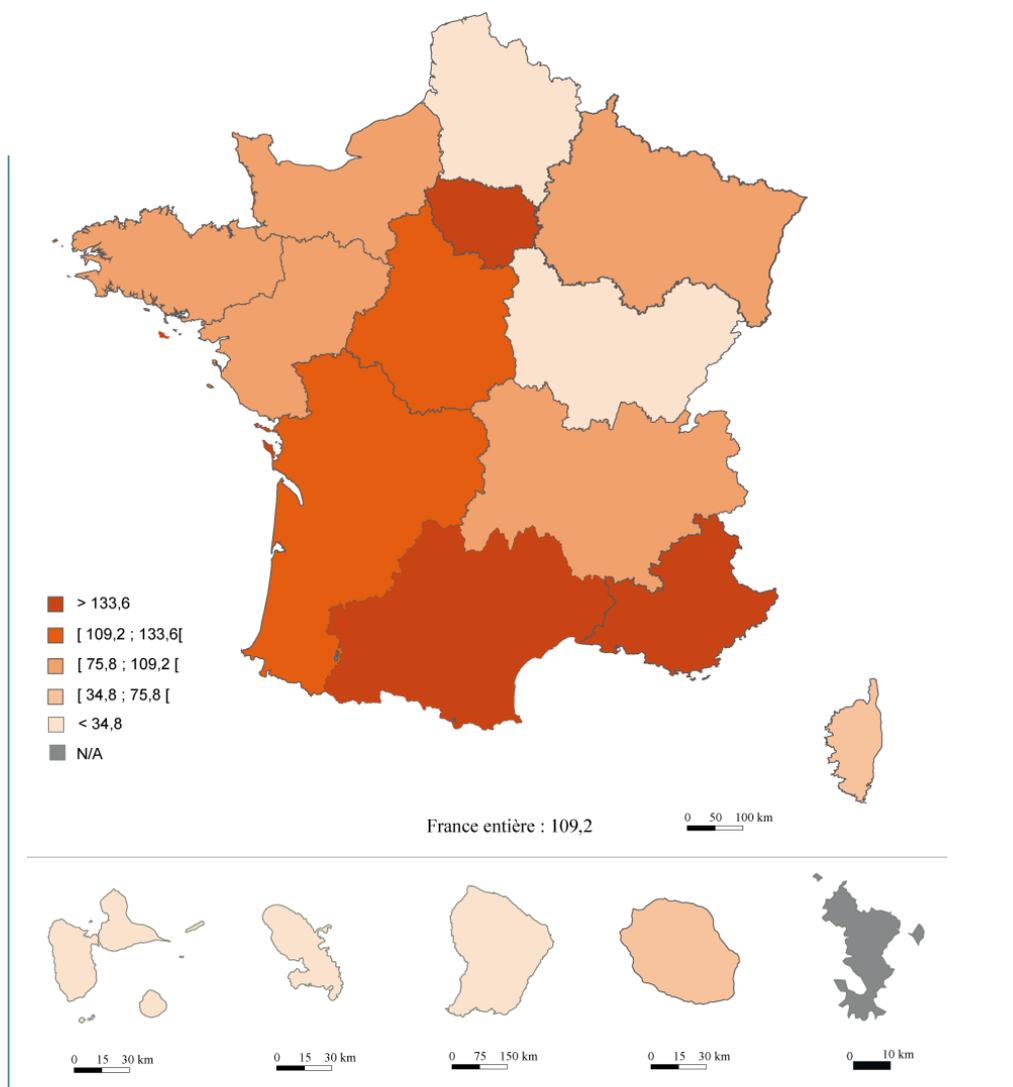
⁹⁴ ATIH-RIMP 2019, Insee (RP) - Exploitation Fnors.

Un recours à des psychiatres libéraux à hauteur de 109,2 pour 10 000 enfants de 0-17 ans

Concernant les soins de villes, on enregistre en 2015 un taux de recours des 0-17 ans à des psychiatres libéraux⁹⁵, qui s'établit à 88,0 pour 10 000 enfants de 0-11 ans et à 151,8 pour 10 000 adolescents de 12-17 ans, soit un taux global de 109,2 pour 10 000 jeunes de 0-17 ans.

Les données régionales mettent en évidence un recours largement plus élevé en Provence-Alpes-Côte d'Azur, tant sur les 0-11 ans (192,6) que sur les 12-17 ans (271,9). Trois autres régions se distinguent également par des taux supérieurs à la moyenne française : l'Occitanie (avec 140 recours pour 10 000 jeunes de 0-17 ans), l'Île-de-France (133,6) et la Nouvelle Aquitaine (126,6).

Taux de recours à un psychiatre en 2015, pour 10 000 habitants de 0-17 ans



Source : Atlas santé - Cnam

⁹⁵ Consultation d'un psychiatre libéral au moins une fois dans l'année.

Plus de 125 000 jeunes de moins de 20 ans reconnus en ALD pour cause de troubles mentaux

En 2017, on observe au plan national un effectif de 125 599 jeunes âgés de moins de 20 ans reconnus en ALD (affection de longue durée) pour cause de troubles mentaux, soit une prévalence standardisée de 795,4 personnes pour 100 000 habitants de cette tranche d'âge. Ce taux standardisé (cf. encart ci-dessous) de prévalence est très différent selon le sexe, nettement supérieur concernant les hommes : il est en effet de 1 051,7 pour ces derniers, contre 526,8 pour les femmes (constat inverse à celui posé concernant le public âgé).

En termes de répartition géographique, les ALD pour cause de troubles mentaux sont plus fortement observées en Corse puis en Nouvelle-Aquitaine (chez les hommes comme chez les femmes, avec un taux standardisé de prévalence pour les deux sexes confondus de 990,4 et 890,5 pour 100 000 jeunes de 0-20 ans). Viennent ensuite les régions Occitanie, Réunion et Provence-Alpes-Côte d'Azur (avec respectivement 875,4 et 874,7 et 865,4). Les taux les plus faibles (entre 622,9 et 667,9) sont quant à eux, enregistrés en Bourgogne-Franche-Comté, Pays de la Loire et Hauts-de-France.

Effectifs et prévalence d'ALD pour troubles mentaux, parmi les jeunes de moins de 20 ans, en 2017

France entière	Hommes	Femmes	Total
Nombre de personnes	85 257	40 342	125 599
Taux standardisé de prévalence	1 051,7	526,8	795,4

Source : Cnam, CCMSA, CNRSI, Insee - Exploitation Fnors

Effectifs et prévalence d'ALD pour troubles mentaux, parmi les jeunes de moins de 20 ans, par région en 2017

Région	Effectifs	Taux standardisé	Différence significative*
Île-de-France	23 551	789,6	NS
Centre-Val de Loire	4 427	733,9	S
Bourgogne-Franche-Comté	3 996	622,9	S
Normandie	6 810	847,0	S
Hauts-de-France	10 277	667,9	S
Grand-Est	10 368	810,5	NS
Pays de la Loire	6 011	651,1	S
Bretagne	6 744	860,3	S
Nouvelle Aquitaine	11 546	890,5	S
Occitanie	11 375	875,4	S
Auvergne-Rhône-Alpes	16 046	846,9	S
Provence-Alpes-Côte d'Azur	9 626	865,4	S
Corse	652	990,4	S
Guadeloupe	896	846,9	NS
Martinique	697	772,5	NS
Guyane	260	242,5	S
La Réunion	2 317	874,7	S
Mayotte	Nd	Nd	
France entière	125 599	795,4	

Source : Atlas santé - Cnam, CCMSA, CNRSI, Insee - Exploitation Fnors

* Par rapport à la France métropolitaine. NS : Non significatif, S : Significatif

Taux standardisé de prévalence

Le taux standardisé de prévalence est calculé sur une distribution d'âge standard ; il permet ainsi de comparer les territoires en éliminant l'effet de la structure par âge de la population.

1.2. La consommation de psychotropes chez les mineurs

Parmi l'ensemble des jeunes de 0-17 ans bénéficiaires de l'assurance maladie, 43,9 pour 10 000 consomment des psychotropes (à hauteur d'au moins 3 délivrances au cours de l'année) : 12,7 pour 10 000 consomment des antidépresseurs, 17,8 pour 10 000 des anxiolytiques et 22,5 pour 10 000 des neuroleptiques.

Sur les trois types de psychotropes, la région Normandie est celle qui enregistre les plus grandes parts de consommateurs (64,4 consommateurs de l'ensemble des psychotropes pour 10 000 mineurs). Viennent ensuite les régions Nouvelle-Aquitaine, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire et Hauts-de-France.

Part des mineurs ayant reçu au moins 3 délivrances de médicaments en 2014, pour 10 000 mineurs consommant de soins

Région	Antidépresseurs	Anxiolytiques	Neuroleptiques	Psychotropes (ensemble)	Rang
Île-de-France	10,6	11,9	16,0	31,9	13
Centre-Val de Loire	15,4	22,9	26,4	53,0	4
Bourgogne-Franche-Comté	18,4	19,8	27,1	54,1	3
Normandie	21,4	27,4	33,1	64,4	1
Hauts-de-France	11,2	25,2	24,1	50,5	5
Grand-Est	11,9	15,5	25,3	45,6	8
Pays de la Loire	11,9	18,4	23,8	45,0	9
Bretagne	14,0	17,8	27,4	48,9	6
Nouvelle Aquitaine	15,9	22,4	28,0	54,2	2
Occitanie	11,2	17,0	21,5	41,5	11
Auvergne-Rhône-Alpes	14,1	17,4	23,7	46,1	7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	10,8	15,6	17,3	36,5	12
Corse	17,2	14,6	20,4	41,7	10
Guadeloupe	2,5	11,4	15,7	23,7	15
Martinique	3,3	11,1	9,8	20,9	16
Guyane	1,8	7,4	8,0	16,2	17
La Réunion	4,0	13,7	12,7	26,2	14
Mayotte	Nd	Nd	Nd	Nd	
France entière	12,7	17,8	22,5	43,9	

Source : Atlas santé - Cnam

1.3. Les troubles psychiques chez les enfants et les adolescents

Troubles anxieux

Les enfants comme les adolescents sont confrontés à des peurs sur des moments particuliers de leur vie (liées aux apprentissages scolaires ou des événements particuliers de la vie personnelle par exemple), mais lorsque cet état s'installe dans la durée avec des peurs intenses et irraisonnées, on parle de trouble anxieux généralisé, qu'il faut pouvoir soigner.

Troubles des comportements alimentaires

L'anorexie et la boulimie sont les deux principaux troubles des comportements alimentaires qui, s'ils peuvent sembler assez banals au début parce que modérés ou en partie cachés, peuvent devenir très graves et entraîner de nombreux problèmes physiques. La restriction volontaire d'apports alimentaires ou l'excès de consommations irrésistibles touchent plus fréquemment les jeunes femmes que les jeunes hommes et s'accompagnent généralement d'un sentiment de grande culpabilité, de souffrance morale.

L'anorexie mentale intervient le plus souvent chez les jeunes filles entre 14 et 18 ans (dans 10 % chez les garçons). Une étude épidémiologique menée en France en 2008 auprès d'adolescents dans leur 18^{ème} année indique que l'anorexie mentale a concerné 0,5 % des jeunes filles et 0,03 % des garçons entre 12 et 17 ans⁹⁶.

La boulimie touche environ 1,5 % des 11-20 ans et concernerait environ trois jeunes filles pour un garçon. Elle débute généralement plus tard que l'anorexie mentale, avec un pic de fréquence vers 19-20 ans⁹⁷.

Troubles addictifs

L'adolescence est la période où l'on observe les premiers usages de substances psychoactives : les « années collèges » correspondent plutôt à une phase de découverte ou d'initiation, tandis que pendant les « années lycée », on observe des usages qui s'installent.

À 17 ans, 25,1 % des jeunes déclarent un usage quotidien de tabac (5,2 % un usage intensif), 8,4 % déclarent un usage régulier d'alcool (soit au moins 10 usages par mois) et 7,2 % déclarent un usage régulier de cannabis (au moins 10 usages par mois)⁹⁸.

Alcool, tabac, cannabis ou certains médicaments, les consommations deviennent abusives et dangereuses lorsqu'elles ont commencé tôt, qu'elles sont fréquentes et répétitives, en augmentation et avec des conséquences importantes notamment sur les activités habituelles de la personne et sur ses relations sociales.

⁹⁶ <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/anorexie-mentale>.

⁹⁷ Ameli.fr - Boulimie et hyperphagie boulimique.

⁹⁸ Enquête Escapad 2017 – OFDT.

Schizophrénie

Ce trouble psychique qui entraîne une désorganisation de la personnalité et perturbe le rapport à la réalité apparaît majoritairement entre 15 et 30 ans.

Troubles dépressifs

Les enfants mais surtout les adolescents peuvent traverser des périodes au cours desquelles ils n'ont pas le moral et sont envahis par des pensées négatives. Cela peut se traduire par de l'agressivité, de la tristesse, un isolement, des insomnies, une consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis...). Lorsque cette situation s'intensifie et dure, des traitements peuvent être mobilisés pour soigner la dépression, psychothérapie, voire médicaments prescrits par un médecin.

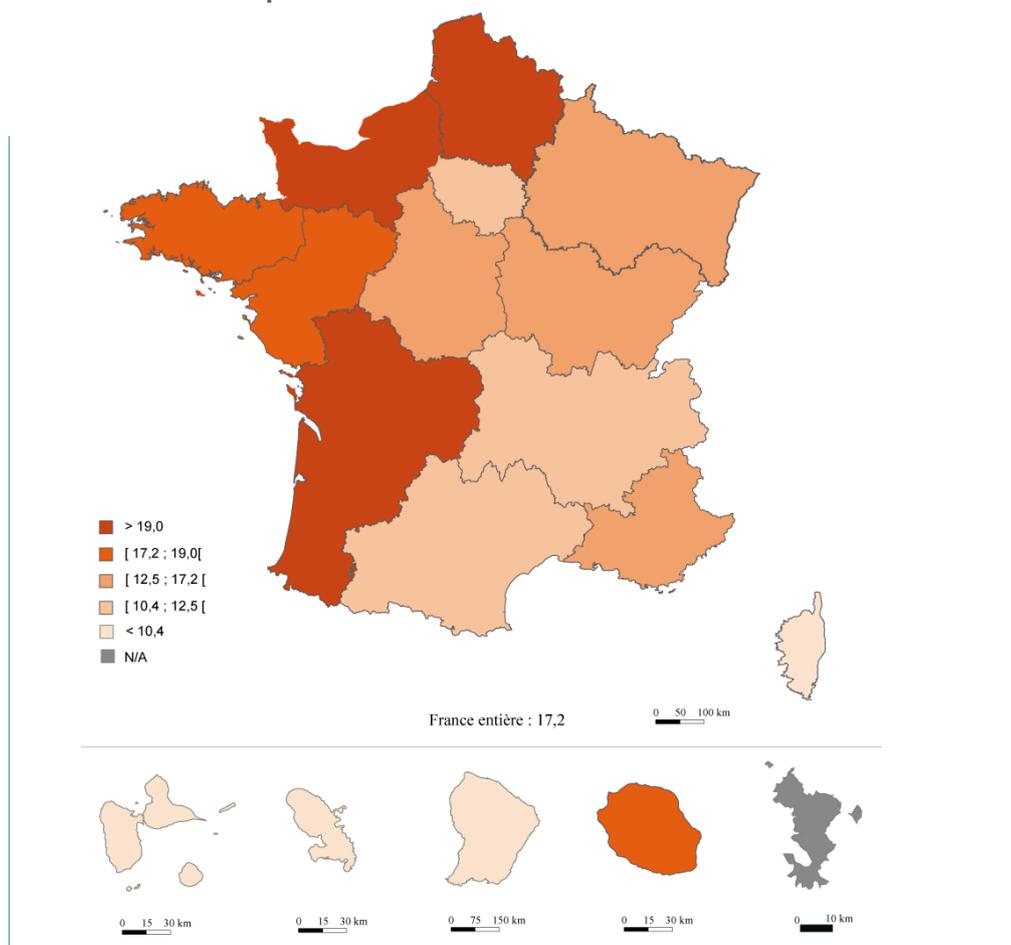
Pensées suicidaires

Dans les situations de grand désespoir et de dépression, le suicide peut être envisagé comme le moyen de faire cesser la souffrance et de sortir de l'impasse (le suicide est la 2^e cause de mortalité chez les 10-25 ans, après les accidents de la route).

En 2015, on a enregistré un taux d'hospitalisation de 16,1 pour 10 000 jeunes âgés de 12-18 ans pour cause de tentative de suicide. À titre de comparaison avec le public des personnes âgées, notons que ce taux est de 5,4 pour 10 000 habitants âgés de 65 ans et plus.

Les données régionales mettent en évidence les taux les plus élevés en Normandie (29 pour 10 000 jeunes de 12-18 ans) et dans les Hauts-de-France (28,5), qui sont également les deux régions les touchées par le suicide des personnes âgées (65 ans et plus). Les territoires les moins concernés sont la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane et la Corse.

Taux d'hospitalisation pour cause de suicide des 12-18 ans en 2015, pour 10 000 habitants de 12-18 ans



Source : Atlas santé - PMSI

2. Mortalité liée aux troubles psychiatriques

Concernant la population des moins de 20 ans, la mortalité pour cause de troubles psychiatriques est majoritairement liée à des suicides. Comparativement à d'autres tranches d'âges, elle est très faible : sur la période 2013-2015, moins de 200 décès annuels moyens ont été enregistrés pour cette cause, soit un taux standardisé de 1,1 pour 100 000 jeunes âgés de moins de 20 ans. Ces décès interviennent en majorité entre 15 et 19 ans et concernent environ deux garçons pour une fille.

3. Offre de soins et d'accompagnement

3.1. Offre libérale et mixte

Parmi les soins de premier recours, les médecins généralistes représentent une densité de 101,7 professionnels pour 100 000 habitants au plan national ; cette densité varie entre 53,8 en Guyane et 124,3 à la Réunion. En France métropolitaine, elle est globalement plus élevée dans la moitié sud.

L'offre de soins dédiés aux enfants se traduit par une densité de 60,1 pédiatres pour 100 000 enfants âgés de 0 à 15 ans et 5,3 pédopsychiatres pour 100 000 enfants âgés de 0 à 17 ans. La répartition par région met en évidence une offre de pédiatres plus soutenue en Île-de-France (87,6 pour 100 000), puis en Provence-Alpes-Côte d'Azur (73,5), à La Réunion (73,2), en Guadeloupe (61,7) et en Occitanie (60,9). Concernant les pédopsychiatres, la densité est la plus élevée en Nouvelle-Aquitaine (9,5) en Provence-Alpes-Côte d'Azur (9,3) et en Île-de-France (7,0).

Concernant l'offre de psychologues et de psychiatres, en France entière, elle affiche une densité de 35,7 psychologues libéraux pour 100 000 habitants et 23,2 psychiatres pour 100 000 habitants. L'Île-de-France affiche des densités largement supérieures aux autres régions (avec respectivement 54,9 et 36,6 pour 100 000). Ensuite, les régions les mieux dotées (affichant des densités supérieures aux moyennes nationales) sont l'Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Auvergne-Rhône-Alpes. Les Dom sont en revanche les territoires présentant les densités les plus faibles, surtout concernant l'offre de psychologues.

Offre de soins libérale ou mixte : densité de professionnels de santé en 2019

Région	Médecins généralistes*	Pédiatres** libéraux et salariés	Pédopsychiatres*** libéraux et salariés	Psychologues libéraux*	Psychiatres*
Île-de-France	84,5	87,6	7,0	54,9	36,6
Centre-Val de Loire	81,1	45,2	5,2	28,7	15,3
Bourgogne-Franche-Comté	94,7	44,1	1,6	26,4	17,8
Normandie	91,0	46,9	2,0	22,3	16,4
Hauts-de-France	98,5	47,9	2,5	20,6	16,6
Grand-Est	101,9	55,9	5,3	20,1	17,5
Pays de la Loire	99,6	39,6	2,0	35,6	17,7
Bretagne	108,3	49,9	2,9	35,7	19,1
Nouvelle Aquitaine	113,3	48,7	9,5	32,3	22,4
Occitanie	120,4	60,9	6,7	48,3	22,8
Auvergne-Rhône-Alpes	105,4	57,3	5,1	42,0	22,9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	124,1	73,5	9,3	42,6	29,2
Corse	105,3	44,5	3,9	28,7	20,6
Guadeloupe	86,5	61,7	Nd	16,5	13,2
Martinique	93,5	58,8	4,6	12,0	15,1
Guyane	53,8	33,9	Nd	5,9	6,3
La Réunion	124,3	73,2	2,5	12,8	17,0
Mayotte	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
France entière	101,7	60,1	5,3	35,7	23,2

Sources : RPPS 2019 - Exploitation Fnors

* Pour 100 000 habitants

** Pour 100 000 habitants de 0-15 ans

*** Pour 100 000 habitants de 0-17 ans

3.2. Structures de prise en charge ambulatoire

Offre médico-sociale

En dehors de l'offre de soins libérale, il existe divers établissements et services médico-sociaux, relais pour accompagner les enfants et adolescents rencontrant des troubles psychiques.

Les centres médico-psycho pédagogiques (CMPP)⁹⁹ assurent le dépistage, le diagnostic et le traitement des troubles neuro-psychiques et du comportement de l'enfant et de l'adolescent, en lien avec les services de protection maternelle et infantile, les services sociaux, les médecins de ville, ainsi que les **centres médico-psychologiques (CMP)**. Ces derniers proposent, *via* des équipes pluridisciplinaires, des consultations médico-psychologiques et sociales pour toute personne en souffrance psychique, quel que soit son âge.

Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) interviennent également au stade du dépistage de déficits ou de handicaps auprès d'enfants de 0 à 6 ans, et mettent en œuvre des actions de rééducation et de soutien adaptées, à la fois dans le milieu familial et social.

Lorsqu'une situation de handicap est reconnue par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), une orientation peut être délivrée vers un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), un institut médico-éducatif (IME) ou un institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP).

Autres acteurs

Les maisons des adolescents sont un lieu d'accueil, d'écoute, d'information et de conseil pour les adolescents, les parents, les professionnels s'occupant d'adolescents. En fonction des situations (difficultés ou signes de souffrance psychologique, somatique ou psychiatrique), les professionnels évaluent et proposent une orientation la plus adaptée, en s'appuyant sur l'ensemble des dispositifs et ressources du territoire.

3.3. Offre hospitalière

En 2015, la capacité d'accueil en services de psychiatrie infanto-juvénile est de :

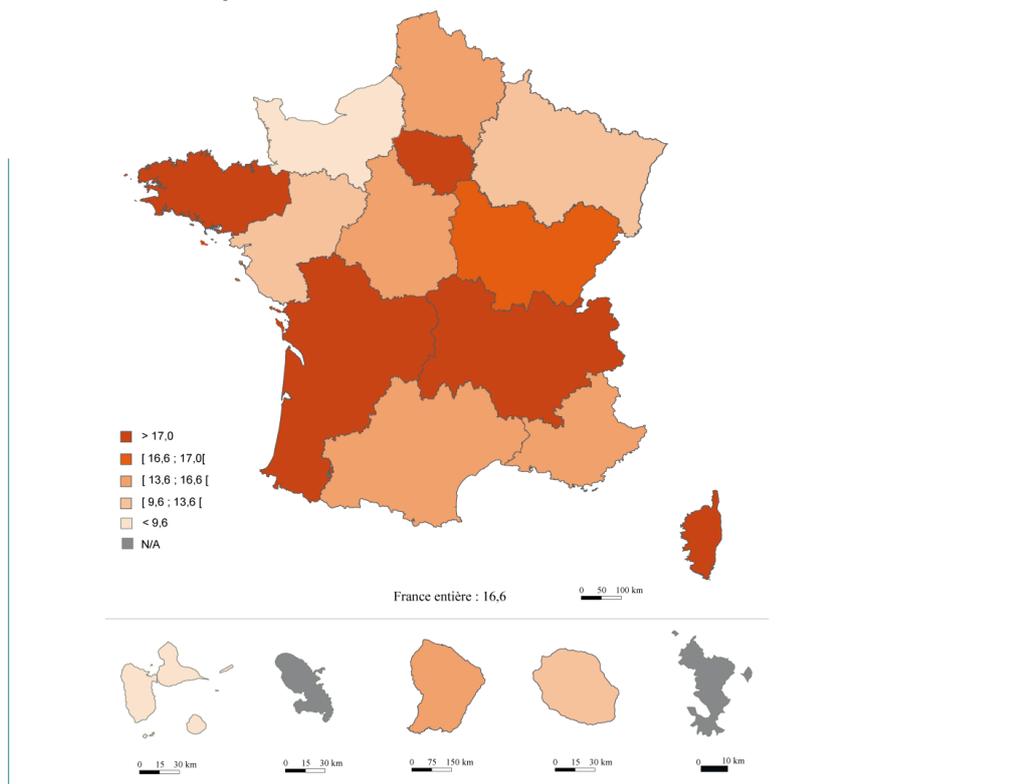
-  16,6 lits d'hospitalisation à temps plein pour 100 000 habitants de 0-16 ans,
-  70,7 places d'hospitalisation partielle pour 100 000 habitants de 0-16 ans.

Concernant l'hospitalisation à temps plein, la région Nouvelle-Aquitaine est celle qui offre la plus grande capacité d'accueil, avec 27 lits pour 100 000 habitants de 0-16 ans, suivie de l'Île-de-France (21,1) et la Corse (19,5). Les régions les moins bien dotées sont la Guadeloupe (5,2), la Normandie (8,3) et la Réunion (9,6).

En hospitalisation à temps partiel, la distribution de l'offre diffère. Si la région Nouvelle-Aquitaine reste la mieux dotée (avec 96,3 places pour 100 000 habitants de 0-16 ans), viennent ensuite la Bretagne (88,7), la Corse (81,7) et la Bourgogne-Franche-Comté (81,1). Les Dom offrent quant à eux une densité nettement inférieure à la moyenne nationale (entre 24,9 en Guyane et 61,8 en Guadeloupe), de même que les régions Auvergne-Rhône-Alpes (51,5) et Pays de la Loire (57,6) en ce qui concerne la métropole.

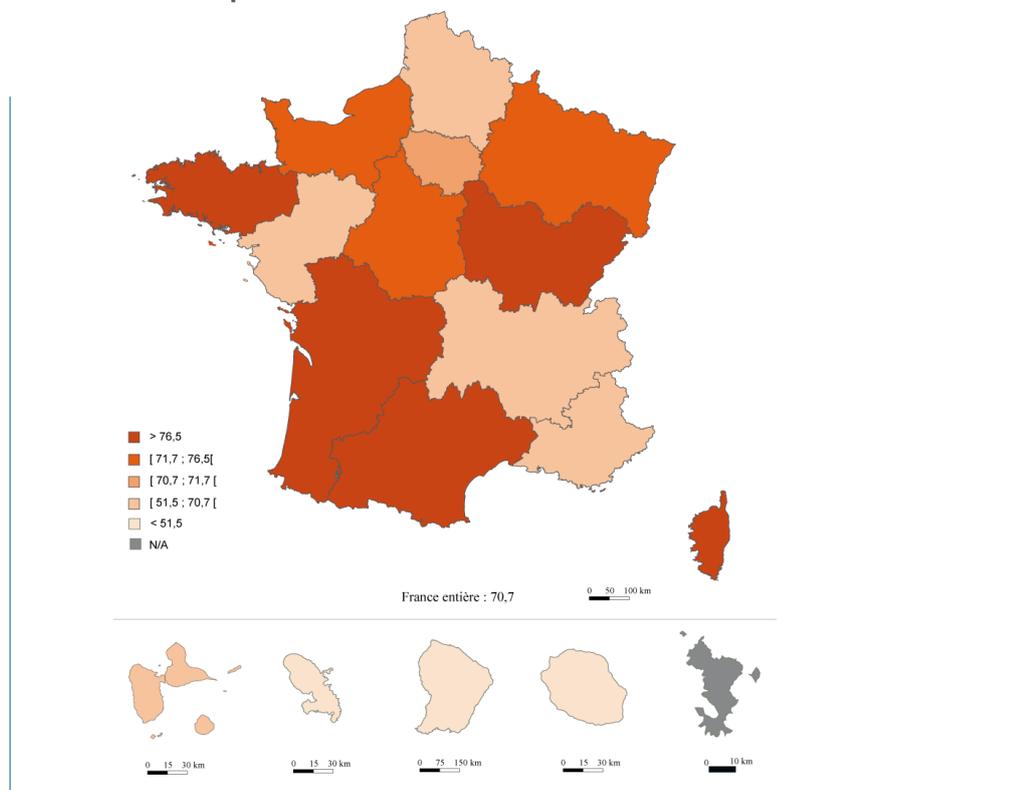
⁹⁹ Au nombre de 1 502 recensés en France en 2015 (source SAE).

**Densité de lits d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile en 2015,
pour 100 000 habitants de 0-16 ans**



Source : Atlas santé - PMSI

**Densité de places d'hospitalisation partielle en psychiatrie infanto-juvénile en 2015,
pour 100 000 habitants de 0-16 ans**



Source : Atlas santé - PMSI

4. Éléments de prospective et mobilisation de bases de données

Quelques travaux de prospective dans le domaine de la santé mentale des enfants et des adolescents complètent les données précédemment exposées.

Enquête internationale HBSC (2014)

Une enquête internationale HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) publiée en 2014¹⁰⁰ et menée tous les quatre ans apporte une représentation de la santé et du bien-être des adolescents de 11 à 15 ans afin d'en mesurer les évolutions. En 2014, plus de 7 000 collégiens ont répondu dans 169 établissements publics et privés de France métropolitaine.

-  **Les signes de mal-être et de souffrance psychique** sont davantage présents chez les filles (3,3 signes en moyenne sur l'échelle *Adolescent Depression Rating Scale* et 2,3 pour les garçons). Parmi les écarts les plus importants entre les filles et les garçons, on retrouve « la tristesse » (40,9 % et 18,6 %), « l'envie de mourir » (21,5 % et 9,7 %) et le « fait de se sentir découragé » (44,6 % et 25,6 %).
-  **La consommation des médicaments** concernant des symptômes d'ordre psychologique concerne 6,4 % des adolescents pour des difficultés d'endormissement et 4,9 % pour des symptômes de nervosité.
-  **L'écart entre les filles et les garçons** se creuse au fil de la scolarité. La santé mentale des filles suit une baisse entre la 6^{ème} et la 3^{ème} (par exemple, perception positive de sa vie à la baisse) et celle des garçons reste stable.

Enquête ESCAPAD (2017)

En complément, l'Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense (Escapad) menée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a pour objectif d'apporter des données sur la consommation de substances psychoactives licites et illicites (dont le tabac, l'alcool et le cannabis) parmi les jeunes de 17 ans. L'enquête Escapad a lieu tous les trois ans depuis 2005 sur une durée d'une à deux semaines auprès des centres du service national de la Journée défense et citoyenneté (JDC) en France métropolitaine.

L'enquête de 2017 s'appuie de la mobilisation de plus de 40 000 jeunes et met en avant les constats suivants :

-  Tous les indicateurs relatifs au tabagisme (expérimentation, usage fréquent, usage quotidien) sont en recul entre 2014 et 2017,
-  La diffusion de l'alcool est notable même si les usages réguliers sont en recul comme les alcoolisations ponctuelles importantes,
-  L'expérimentation du cannabis s'amointrit particulièrement sur les usagers réguliers,
-  La consommation exceptionnelle de substances illicites au cours de la vie est stable ou en repli.

Lors de l'enquête Escapad 2015, l'analyse d'un sur-échantillon de jeunes élèves des Départements d'Outre-Mer a permis d'analyser dans quelle mesure ces lycéens se

¹⁰⁰ La santé des collégiens en France : Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children - Santé mentale et bien-être (2014).

différencient de leurs homologues de métropole. Il en ressort que globalement, les consommations de substances psychoactives licites ou illicites des lycéens des Dom se situent en deçà de celles observées auprès de la population lycéenne de l'hexagone, tandis que les usages d'alcool y sont plus répandus.

7^E PARTIE : SANTE MENTALE DES PERSONNES AGEES

Selon la définition de l'OMS, la santé mentale ne se restreint pas à l'absence de trouble psychique ou de maladie mentale, elle est « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté ». Elle intègre trois dimensions :

- **les troubles mentaux ou troubles psychiatriques**, notamment les troubles psychotiques, avec les schizophrénies, les psychoses maniaco-dépressives, les délires chroniques, les troubles dépressifs caractérisés, les névroses, les troubles de l'usage des produits toxiques (alcool, drogues et médicaments) et les troubles de la personnalité,
- **la détresse psychologique ou souffrance psychique**, qui traduit un état de mal-être ressenti dans certaines situations, mais qui n'est pas nécessairement lié à une pathologie ou un trouble mental,
- **la santé mentale positive**, qui recouvre l'estime de soi, les capacités d'adaptation, le sentiment de maîtrise de sa vie.

La santé mentale couvre ainsi un champ large. Certains troubles mentaux sont dus à des causes biologiques (facteurs génétiques, par exemple), certains profils psychologiques peuvent prédisposer aux troubles mentaux, mais la santé mentale est aussi directement impactée par des facteurs liés à l'environnement familial, social, culturel ou professionnel.

Concernant les personnes âgées, bien que le vieillissement soit un processus normal, il peut souvent s'accompagner de souffrance psychique liée notamment à la perte d'amis ou de proches, la perte d'acuité auditive ou visuelle, la baisse de la mobilité, l'angoisse de la mort... Si des problèmes de santé renforcent le risque de dépression chez une personne bien-portante, une bonne santé mentale a aussi un impact positif sur le vieillissement.

La santé mentale représente une priorité en termes de santé publique, réaffirmée dans la stratégie nationale de santé par la communication d'une feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie (28 juin 2018). Avec une attention particulière portée aux publics vulnérables (parmi lesquels les personnes âgées), celle-ci se décline en 3 axes :

- **Promouvoir le bien-être mental**, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide,
- **Garantir des parcours de soins** coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité,
- **Améliorer les conditions de vie** et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

1. Connaissance du public et recours aux soins

Les données sur la prévalence de l'état de santé des personnes âgées de 65 ans et plus sont principalement issues des sources suivantes : Atlas santé mentale, SCORE-Santé et la cartographie des pathologies SNIIRAM.

1.1. La prise en charge des personnes âgées pour cause de maladie psychiatrique

645 000 personnes de 65 ans et plus prises en charge par l'assurance maladie pour cause de maladie psychiatrique en 2017

D'après les données de l'Assurance maladie¹⁰¹, les personnes âgées de 65 ans et plus prises en charge pour cause de maladies psychiatriques sont au nombre de 645 000 en France en 2017. Elles représentent ainsi 29 % de l'ensemble des bénéficiaires du régime général pris en charge pour cette cause tous âges confondus.

Elle est composée de 62 % des femmes et 38 % d'hommes, mais cette répartition varie selon le type de maladie psychiatrique : si les troubles psychotiques et de l'humeur concernent davantage les femmes (75 %), les troubles addictifs concernent plus fortement les hommes (63 %).

Parmi l'ensemble des prises en charge concernant les personnes de 65 ans et plus en 2017 (pour différentes pathologies, traitements ou évènements de santé), les maladies psychiatriques représentent 5,9 % des prises en charge, part qui se décline selon la nature des troubles : 3,9 % concernant les troubles névrotiques et de l'humeur, 0,8 % concernant les troubles psychotiques et 0,7 % concernant les troubles addictifs.

La prise en charge des personnes âgées de 65 ans et plus pour cause de maladie psychiatrique en 2017

	Effectifs			Part des prises en charge		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Maladies psychiatriques	205 000	440 000	645 000	4,5 %	6,9 %	5,9 %
Troubles psychotiques	30 900	59 600	90 500	0,7 %	0,9 %	0,8 %
Troubles névrotiques et de l'humeur	105 400	320 900	426 300	2,3 %	5,0 %	3,9 %
Troubles addictifs	46 400	26 700	73 100	1,0 %	0,4 %	0,7 %

Source : Cartographie des pathologies SNIIRAM 2017 (public bénéficiaire du régime général, section locales mutualistes comprises)

¹⁰¹ Cartographie des pathologies SNIIRAM, 2017.

La cartographie des pathologies s'appuie sur les données issues du **système national des données de santé** (SNDS). Elle concerne environ 57 millions de bénéficiaires du régime général (section locales mutualistes comprises) ayant eu recours à des soins remboursés dans l'année. Des algorithmes permettent de repérer les patients ayant une pathologie chronique, un traitement chronique ou un événement de santé, à partir des diagnostics dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) suite à une hospitalisation, ou du diagnostic ayant donné lieu à une prise en charge pour affection de longue durée (ALD), ou d'actes ou médicaments spécifiques de pathologies, donc à partir d'un recours à des soins spécifiques ou remboursés. Treize grands groupes de pathologie ont été créés, correspondant à 56 pathologies spécifiques.

Attention : si un patient présente plusieurs pathologies, il est compté plusieurs fois.

Les maladies psychiatriques sont classées en 6 groupes : Troubles psychotiques, Troubles névrotiques et de l'humeur (Troubles maniaques et bipolaires, Dépression et autres troubles de l'humeur, Troubles névrotiques liés au stress et somatoformes), Déficience mentale, Troubles addictifs (Troubles addictifs liés à l'utilisation d'alcool, Troubles addictifs liés à l'utilisation du tabac, Troubles addictifs liés à l'utilisation du cannabis,), Troubles addictifs (hormis ceux liés à l'utilisation d'alcool, du tabac et du cannabis), Troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance et Autres troubles psychiatriques.

Pour retrouver le détail des algorithmes :

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Methodologie_medicale_cartographie.pdf

Les troubles de l'humeur sont le principal motif de recours en établissement de santé des 65 ans et plus, pour cause de santé mentale

Le taux de recours en établissement de santé pour cause de santé mentale concernant les personnes âgées de 65 ans et plus, s'établit à 27,3 pour 1 000 en 2019 (contre 32,3 pour 1 000 concernant la population tous âges confondus), soit 5 points de moins parmi les personnes âgées. Ce taux de recours des 65 ans et plus pour cause de santé mentale, qui concerne un effectif total de 345 632 personnes, varie fortement d'une région à l'autre : en France métropolitaine, il va de 20,4 pour 1 000 personnes âgées en Centre-Val de Loire à 38,7 pour 1 000 en Bretagne. Il est globalement inférieur dans les Dom.

Taux de recours en établissement de santé (complet, partiel, ambulatoire) pour causes de santé mentale*, en 2019

Région	65 ans et plus		Population totale	
	Nombre	Taux standardisé	Nombre	Taux standardisé
Île-de-France	42 285	24,2	354 253	29,5
Centre-Val de Loire	11 129	20,4	77 426	30,9
Bourgogne-Franche-Comté	17 434	28,3	98 256	35,4
Normandie	20 548	30,6	136 263	41,7
Hauts-de-France	24 263	23,9	224 293	38,0
Grand-Est	31 988	30,2	205 042	37,1
Pays de la Loire	20 082	27,5	126 660	34,6
Bretagne	27 198	38,7	139 202	42,3
Nouvelle Aquitaine	41 223	30,3	231 573	39,6
Occitanie	32 818	25,8	198 259	34,6
Auvergne-Rhône-Alpes	39 546	26,3	241 087	30,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	25 897	23,4	176 793	36,1
Corse	1 574	21,0	9 707	29,4
Guadeloupe	1 194	17,1	11 822	31,1
Martinique	1 162	16,1	9 440	25,3
Guyane	Nd	Nd	Nd	Nd
La Réunion	2 188	24,1	27 357	32,3
Mayotte	42 285	24,2	354 253	29,5
France entière	345 632	27,3	2 305 550	32,3

Source : ATIH-RIMP 2019, Insee (RP) - Exploitation Fnors

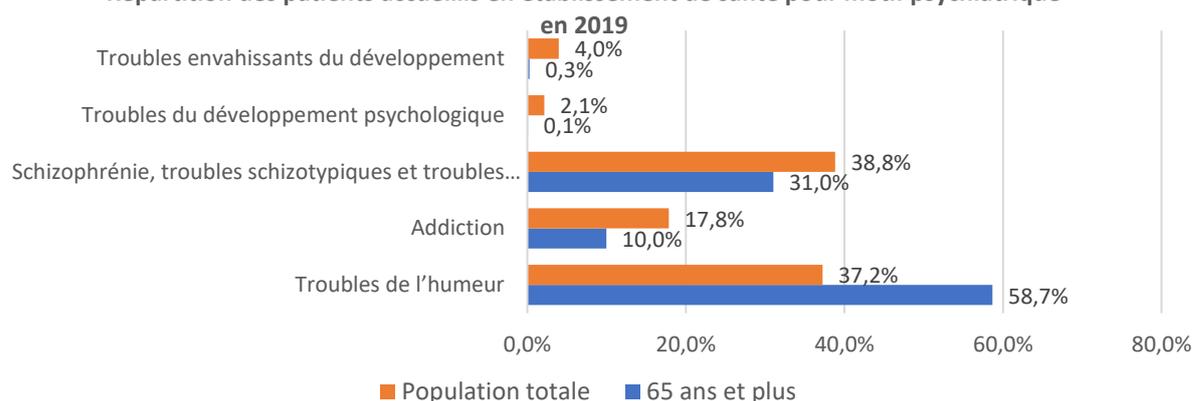
* Causes : Troubles de l'humeur (codes Cim10 F32x (hors F323), F33x (hors F333) ou F34x) ; Addiction (codes Cim10 F10-F19) ; Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (codes Cim10 F20-F29) ; Troubles du développement psychologique (codes Cim10 F80-F89 sauf F84) ; Troubles envahissants du développement (codes CIM10 F84)

Taux standardisé

Le taux standardisé de recours est calculé sur une distribution d'âge standard ; il permet ainsi de comparer les territoires en éliminant l'effet de la structure par âge de la population.

Chez ce public, les principaux motifs de recours sont les troubles de l'humeur (troubles affectifs, bipolaires, épisodes dépressifs...), ils concernent 58,7 % des cas et sont prédominants dans cette tranche d'âge. Viennent ensuite la schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (pour 31,0 %), puis les troubles liés aux addictions (pour 10 %). À la marge, les troubles envahissants du développement et les troubles du développement psychologique sont un motif de recours pour 6,1 % de l'ensemble du public mais ne concernent quasiment pas les 65 ans et plus (cf. graphique suivant).

Répartition des patients accueillis en établissement de santé pour motif psychiatrique



Source : ATIH-RIMP 2019, Insee (RP) - Exploitation Fnors

Des recours en établissement de psychiatrie selon des modalités d'accueil diversifiées

Les hospitalisations en établissement de psychiatrie sont plus souvent réalisées à temps plein qu'à temps partiel : concernant les personnes âgées (65 ans et plus), le taux de recours s'établit à 4,2 pour 1 000 à temps plein (et jusqu'à 6,1 en Bretagne) contre 1,2 pour 1 000 à temps partiel (avec le taux le plus élevé enregistré dans cette même région). En dehors des Dom, les régions présentant les taux les plus faibles sont la Normandie, les Hauts-de-France, l'Île-de-France et le Centre-Val de Loire.

Les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP), qui s'adressent à des personnes vivant chez elles (cf. p 104), accueillent quant à eux 13,8 personnes âgées pour 1 000 (et jusqu'à 21,5 en Bretagne).

Taux de recours* en établissement de psychiatrie selon le type, chez les 65 ans et plus en 2019, pour 1 000 personnes de 65 ans et plus

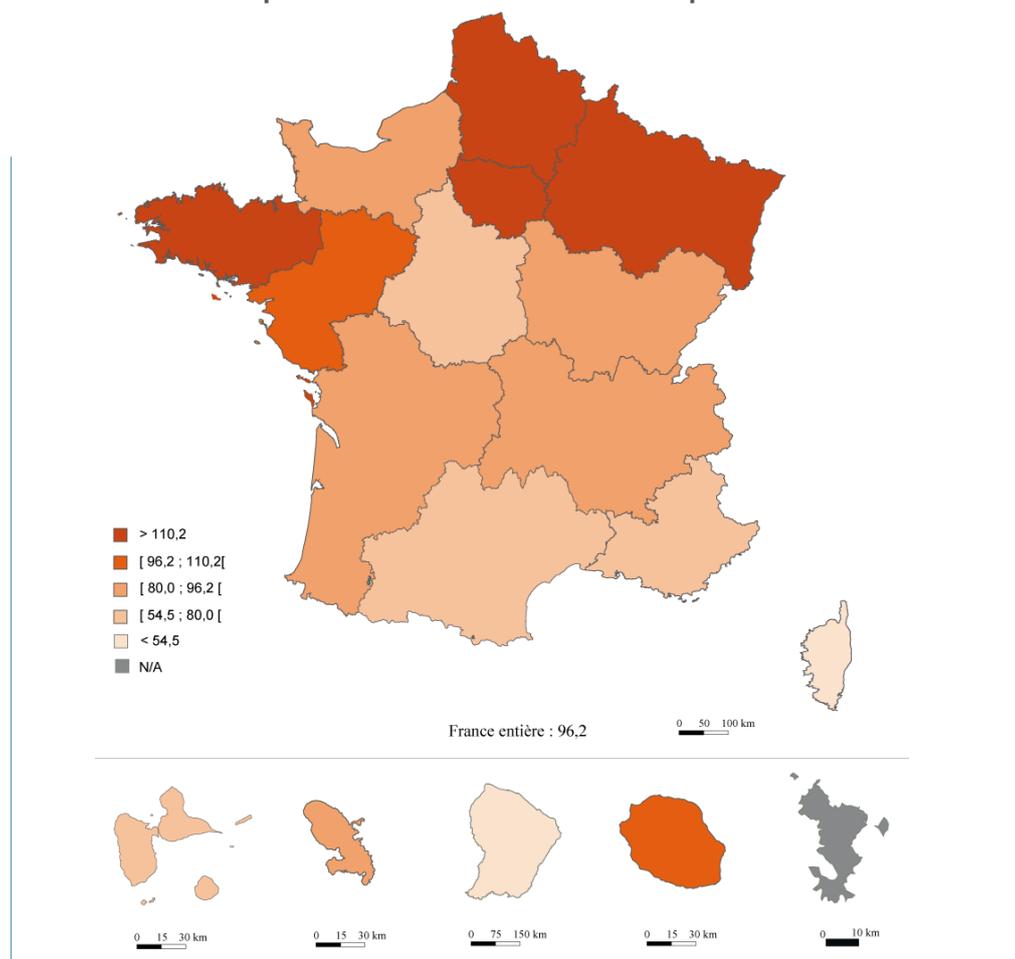
Région	Temps plein	Temps partiel	CATTP
Île-de-France	3,6	0,8	11,3
Centre-Val de Loire	3,5	0,9	9,8
Bourgogne-Franche-Comté	4,9	1,4	15,3
Normandie	3,6	0,6	16,7
Hauts-de-France	3,7	0,8	11,0
Grand-Est	3,8	1,4	16,1
Pays de la Loire	3,5	1,1	15,0
Bretagne	6,1	2,1	21,5
Nouvelle Aquitaine	4,4	1,7	14,7
Occitanie	4,7	1,1	13,4
Auvergne-Rhône-Alpes	4,5	1,5	12,9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3,8	1,2	11,7
Corse	5,4	1,1	3,5
Guadeloupe	2,5	0,2	4,2
Martinique	2,7	0,4	0,9
Guyane	Nd	Nd	Nd
La Réunion	3,1	0,8	13,5
Mayotte	Nd	Nd	Nd
France entière	4,2	1,2	13,8

Source : ATIH-RIMP 2019, Insee (RP) - Exploitation Fnors

* Taux de recours standardisé sur l'âge

Au plan national, on enregistre en 2015 un taux de personnes âgées hospitalisées en MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) pour motif psychiatrique de 96,2 pour 10 000 habitants âgés de 65 ans et plus. Ce taux varie entre 40,8 en Guyane et 128,4 en Île-de-France. En France métropolitaine, il est globalement plus élevé sur les régions de la partie nord : 128,4 en Île-de-France, 112,9 dans les Hauts-de-France, 118,1 en Grand-Est et 110,2 en Bretagne).

Taux de personnes âgées hospitalisées en MCO pour motif psychiatrique en 2015, pour 10 000 habitants de 65 ans et plus



Source : Atlas santé - PMSI, MCO (2015)

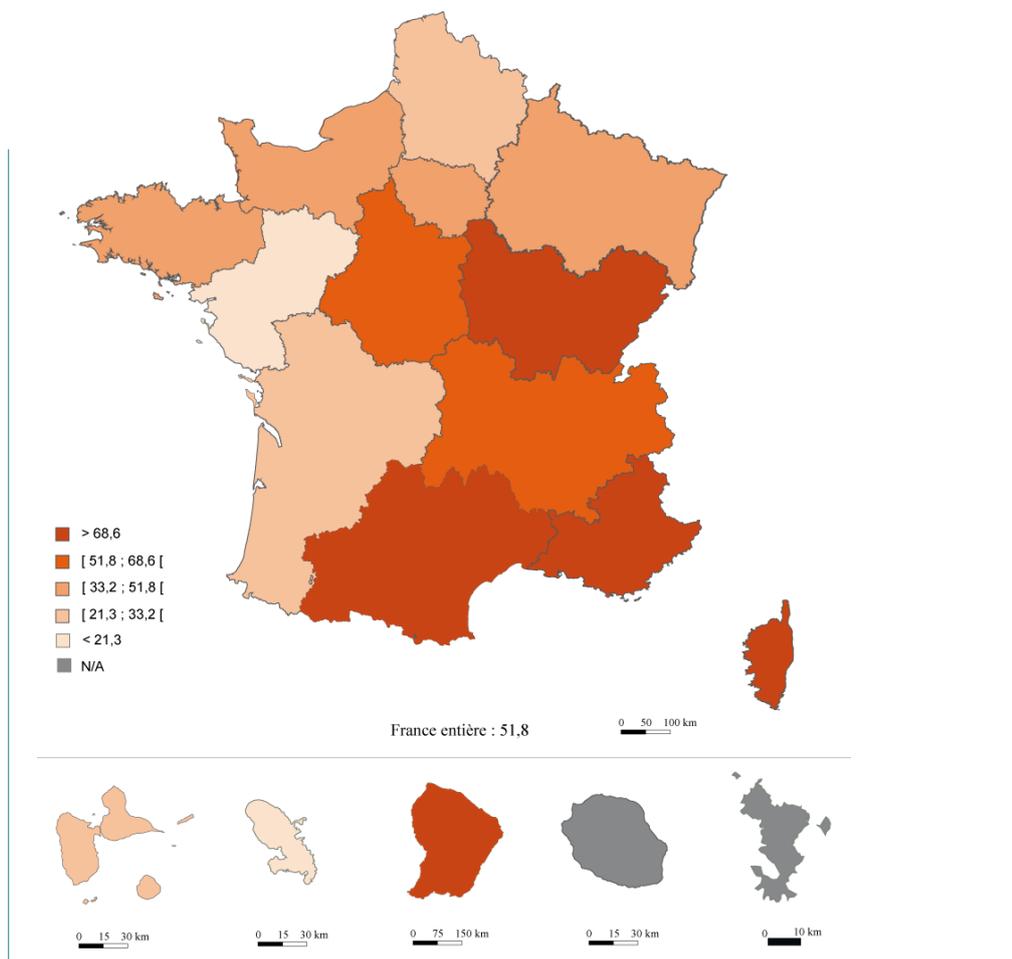
Pour 13,9 % des séjours en service de psychiatrie, les admissions passent par les urgences. Dans les Dom, ce pourcentage est particulièrement élevé en Guadeloupe puis en Martinique (avec respectivement 44,1 % et 22,7 %) et en Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire et Grand-Est concernant la France métropolitaine (avec respectivement 23,9 %, 20,8 % et 20,0 %).

Un recours à des psychiatres libéraux à hauteur de 51,8 pour 10 000 personnes âgées de 65 ans et plus

En 2015, le taux moyen de recours à des psychiatres libéraux s'établit à 51,8 pour 10 000 personnes âgées de 65 ans et plus. Il met en évidence de fortes disparités selon les régions : en métropole, il est (contrairement à ce qui est observé sur les hospitalisations) plus important dans les régions du sud, avec notamment un taux de recours de 157,5 pour 10 000

en Corse, 116,3 en Provence-Alpes-Côte d'Azur, puis 82,3 en Occitanie. Par ailleurs, il atteint 180,1 en Guyane.

Taux de recours vers les psychiatres libéraux des 65 ans et plus en 2015, pour 10 000 habitants 65 ans et plus



Source : Atlas santé - SNIIRAM (2015)

Plus de 90 000 personnes prises en charge au moins une fois en psychiatrie sans leur consentement en 2015

Le recours aux soins sans consentement a été modifié par la loi du 5 Juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Deux mesures apparaissent :

- **le contrôle systématique** par le juge des libertés et de la détention (JLD) de la nécessité d'une hospitalisation sans consentement,
- **la possibilité de soins ambulatoires sans consentement** dans le cadre de programmes de soins.

Selon une étude réalisée par l'IRDES et l'Observatoire régional des Urgences - PACA¹⁰², en France entière, 92 000 personnes ont été prises en charge au moins une fois sans leur consentement en psychiatrie sur l'année 2015 (soit 12 000 de plus qu'en 2012). Cette hausse s'explique notamment par :

- **l'extension de la durée des soins sans consentement** en dehors de l'hôpital, dans le cadre des programmes de soins,
- **la montée en charge des soins pour péril imminent (SPI)** : les patients admis en SPI en 2015 sont des personnes isolées ou désocialisées, qui présentent des troubles psychotiques, des troubles de la personnalité ou des troubles liés à l'addiction et des troubles névrotiques.

D'après cette étude, depuis la loi du 5 Juillet 2011, le nombre de patients concernés par des soins sans consentement en psychiatrie tend à augmenter plus rapidement que la file active en psychiatrie.

En 2019 et concernant les personnes âgées de 65 ans et plus, on a enregistré 15 236 prises en charge sans consentement (une ou plusieurs prises en charge pouvant concerner une même personne au cours de l'année)¹⁰³, soit un taux standardisé de 1,2 pour 1 000 personnes de cette tranche d'âge. Ce taux est plus faible concernant les personnes âgées, puisqu'à titre de comparaison, le taux de prises en charge sans consentement concernant le public tous âges confondus est de 2,0 pour 1 000 (pour environ 141 300 prises en charge enregistrées).

● Un taux standardisé d'ALD pour troubles psychiatriques plus élevé chez les femmes

En 2017, on observe au plan national 417 656 personnes âgées de 65 ans et plus reconnues en ALD (affection de longue durée) pour cause de troubles mentaux, soit une prévalence de 3 393,4 personnes pour 100 000 habitants de cette tranche d'âge. Ce taux de prévalence est très différent selon le sexe, largement supérieur concernant les femmes pour lesquelles il est de 4 228,9, contre 2 267,7 pour les hommes (constat inverse à celui posé concernant le public jeune).

En termes de répartition géographique, les ALD pour cause de troubles mentaux sont plus fortement observées en Corse et Bretagne (chez les hommes comme chez les femmes, avec un taux de prévalence pour les deux sexes confondus de respectivement 4 927,0 et 4 643,6). Viennent ensuite les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Occitanie (avec 4 091,6 et 4 025,9). Les taux les plus faibles sont quant à eux enregistrés en Guyane et en Martinique (avec 1 330,5 et 1 917,8).

Effectifs et prévalence d'ALD pour troubles mentaux, parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, en 2017

France entière	Hommes	Femmes	Total
Nombre de personnes	121 639	296 017	417 656
Taux standardisé de prévalence	2 267,68	4 228,95	3 393,41

Source : Cnam, CCMSA, CNRSI, Insee - Exploitation Fnors

¹⁰² « Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 » Questions d'économie de la Santé (Février 2017).

¹⁰³ ATIH-RIMP 2019, Insee (RP) - Exploitation Fnors.

Effectifs et prévalence d'ALD pour troubles mentaux, parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, par région en 2017

Région	Effectifs	Taux standardisé	Différence significative*
Île-de-France	53 947	3 150,8	S
Centre-Val de Loire	15 270	2 844,9	S
Bourgogne-Franche-Comté	17 823	2 983,6	S
Normandie	20 323	3 124,0	S
Hauts-de-France	24 247	2 442,2	S
Grand-Est	21 834	2 124,6	S
Pays de la Loire	24 456	3 445,1	NS
Bretagne	31 745	4 643,6	S
Nouvelle Aquitaine	49 379	3 743,2	S
Occitanie	49 413	4 025,9	S
Auvergne-Rhône-Alpes	56 037	3 823,9	S
Provence-Alpes-Côte d'Azur	44 148	4 091,6	S
Corse	3 599	4 927,0	S
Guadeloupe	2 042	3 094,4	S
Martinique	1 342	1 917,8	S
Guyane	162	1 330,5	S
La Réunion	1 889	2 097,3	S
Mayotte	Nd	Nd	
France entière	417 656	3 393,4	

Source : Cnam, CCMSA, CNRSI, Insee - Exploitation Fnors

* Par rapport à la France métropolitaine. NS : Non significatif, S : Significatif

1.2. La consommation de médicaments

En 2015, parmi l'ensemble des consommateurs de soins âgés de 65 ans et plus, on estime à 29 % la part des personnes ayant eu au moins trois délivrances au cours de l'année de médicaments psychotropes de type antidépresseurs ou anxiolytiques. Le détail par région met en évidence un niveau de consommation plus élevé en Bretagne, Nouvelle-Aquitaine, Bourgogne-Franche-Comté, Normandie (*cf. classement dans le tableau ci-dessous*). En revanche, le niveau de consommation apparaît nettement plus faible dans les Dom.

Taux de 65 ans et plus ayant au moins 3 délivrances de médicaments, en 2015, pour 100 000 consommateurs de soins

Région	Antidépresseurs	Anxiolytiques	Ensemble	Rang
Île-de-France	12 950,0	13 330,4	26 280,4	13
Centre-Val de Loire	13 255,5	16 249,4	29 504,9	8
Bourgogne-Franche-Comté	14 183,1	17 719,8	31 902,9	3
Normandie	14 099,6	17 332,6	31 432,2	4
Hauts-de-France	12 222,2	18 674,8	30 897,0	5
Grand-Est	11 091,7	15 395,6	26 487,3	12
Pays de la Loire	13 592,8	16 970,2	30 563,0	6
Bretagne	14 559,4	18 760,9	33 320,3	1
Nouvelle Aquitaine	15 091,4	17 699,3	32 790,7	2
Occitanie	13 291,3	15 519,8	28 811,1	10
Auvergne-Rhône-Alpes	14 528,9	15 776,5	30 305,4	7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	13 650,0	15 428,7	29 078,7	9
Corse	12 726,6	15 417,7	28 144,3	11
Guadeloupe	5 613,1	7 175,9	12 789,0	15
Martinique	4 621,5	5 031,9	9 653,4	16
Guyane	3 514,9	5 711,8	9 226,7	17
La Réunion	6 445,7	9 356,7	15 802,4	14
Mayotte	1 739,1	1 956,5	3 695,6	18
France entière	13 311,5	15 939,9	29 051,4	

Source : Atlas santé - Cnam

1.3. Les troubles psychiques chez les personnes âgées

Troubles dépressifs, anxieux, addictifs

Certains troubles psychiques sont plus souvent observés ou présentent des spécificités concernant le public des personnes âgées.

Les troubles dépressifs

Selon l'enquête santé européenne EHIS-ESPS 2014¹⁰⁴, la fréquence des symptômes de dépression serait de 10 % des femmes et 4 % des hommes parmi les 65-75 ans, et de 22 % des femmes et 13 % des hommes parmi les 75 ans et plus résidant à domicile. Par ailleurs, les états dépressifs apparaissent plus répandus parmi les personnes âgées vivant en établissement que dans le reste de la population du même âge¹⁰⁵. Dans l'ensemble de la population, on estime¹⁰⁶ que 60 à 70 % des symptômes dépressifs des plus de 65 ans seraient sous-traités voire non traités, ce défaut de prise en charge renforçant la perte d'autonomie et la dépendance, ainsi que le risque de suicide. Les signes associés à ces troubles sont variés, leur prise en charge par la prescription de psychothérapies et d'antidépresseurs (avec une vigilance sur les effets indésirables et les interactions possibles avec d'autres médicaments, fréquents chez les personnes âgées) permettent de soigner efficacement.

¹⁰⁴ Enquête santé européenne - Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014.

¹⁰⁵ Etudes et résultats, Un tiers des personnes âgées vivant en établissement sont dans un état psychologique dégradé, Drees - Janvier 2020.

¹⁰⁶ Santé mentale et vieillissement, Psycom - Avril 2018.

Les troubles anxieux

Le vieillissement peut constituer une source d'anxiété chez certaines personnes, il est parfois associé à un risque de somatisation (expression physique d'un problème psychologique) à l'origine de consommation de soins ou de substances parfois inappropriées.

Les troubles addictifs

Chez les personnes âgées, la consommation d'alcool régulière est fréquente et générationnelle, l'alcoolisme serait important en institution¹. La consommation de médicaments psychotropes sur des périodes prolongées induit une forte dépendance et expose les personnes âgées à des risques (ex : chutes, altérations cognitives, accidents de la voie publique...).

Les troubles cognitifs

Ces troubles sont liés à des lésions dégénératives du cerveau et ont un retentissement considérable sur la vie sociale, familiale, professionnelle de la personne (troubles de la communication, difficulté à faire les gestes essentiels de la vie courante...).

Les troubles du sommeil

La durée moyenne de sommeil baisse avec l'âge et le délai moyen d'endormissement augmente, mais les troubles du sommeil sont aussi parfois le reflet de troubles anxieux, d'état dépressif, de consommation excessive de médicaments...

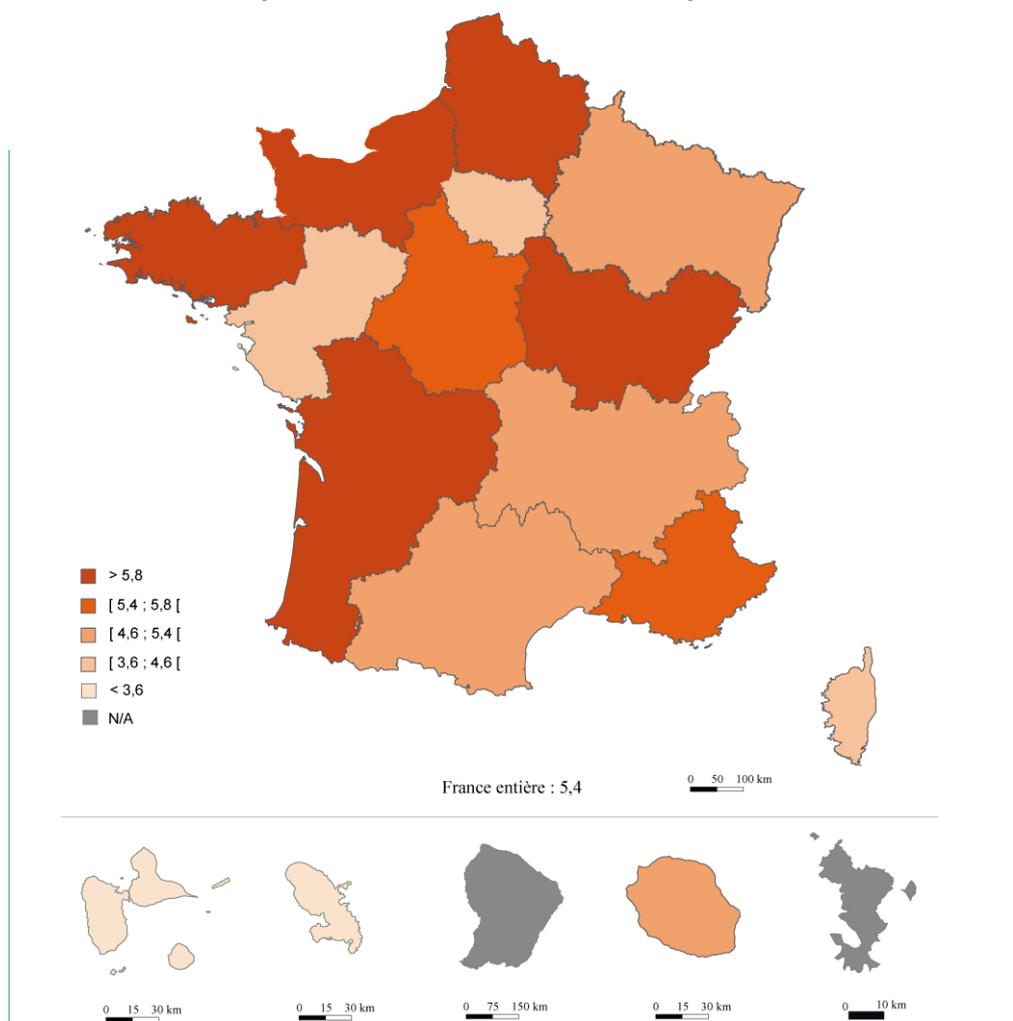
Risque suicidaire

La France présente un des taux de suicide les plus élevés d'Europe. En 2017, en France métropolitaine, 4,7 % des personnes de 18-75 ans déclaraient avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois (les femmes plus que les hommes) et les personnes âgées ne sont pas exclues de ce phénomène : 2,9 % des hommes et 3,7 % des femmes âgées de 65 à 75 ans sont concernés¹⁰⁷ et évoquent comme principal motif de ces pensées suicidaires, des raisons de santé.

En 2015, le taux de recours en hospitalisation pour tentative de suicide du public âgé de 65 ans et plus s'établit à 5,4 pour 10 000 habitants. C'est dans les régions Hauts-de France, Normandie et Bretagne que ces taux sont les plus élevés (avec respectivement 7,9, 6,8 et 6,8). Les taux les plus bas sont enregistrés en Pays de la Loire, Île-de-France et Grand-Est (avec 3,9 puis 4,5 et 4,6).

¹⁰⁷ BEH3-4 Santé publique France, Suicide et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes - Février 2019.

Taux de recours en hospitalisation pour tentatives de suicide en 2015, pour 10 000 habitants de 65 ans et plus



Source : Atlas santé - PMSI-MCO (2015)

2. Mortalité liée aux troubles psychiatriques

2.1. Mortalité pour cause de troubles mentaux

Sur la période 2013-2015, avec 20 603 décès annuels moyens enregistrés parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, le taux standardisé de mortalité pour cause de troubles mentaux s'établit à 143,2 pour 100 000 habitants de cette tranche d'âge.

Dans toutes les régions, il apparaît plus élevé parmi les hommes que parmi les femmes, avec pour ce qui concerne la France entière, des taux respectifs de 150,2 contre 136,2 pour 100 000 habitants de 65 ans et plus.

En France métropolitaine, le détail par région met en évidence cinq régions dans lesquelles le taux standardisé de mortalité pour cause de troubles mentaux est significativement supérieur au taux national : Grand-Est (164,2), Normandie (158,7), Hauts-de-France (156,8), Bourgogne-Franche-Comté (156,5) et la Bretagne (154,2). Il est le plus faible en Corse (95,4), ainsi que dans les départements d'Outre-mer (Martinique, Guadeloupe et Guyane) où il se situe entre 80,4 et 98,6.

**Mortalité pour cause de troubles mentaux, parmi les personnes âgées de 65 ans et plus,
sur la période 2013-2015**

France entière	Hommes	Femmes	Total
Nombre annuel moyen de décès	7 356	13 247	20 603
Taux standardisé de mortalité*	150,2	136,2	143,2

*Pour 100 00 personnes de 65 ans et plus

Source : Inserm, CépiDC, Insee - Exploitation Fnors

2.2. Mortalité par suicide

Le nombre annuel moyen de décès par suicide chez les 65 ans et plus s'établit à 2 849 personnes sur la période 2013-2015, soit un taux standardisé de mortalité de 23,2 pour 100 000 habitants de cette tranche d'âge. Ce taux est quatre fois supérieur chez les hommes comparativement aux femmes : il est de 42,3 (pour 100 000 habitants de 65 ans et plus) pour les premiers contre 10,6 pour les secondes.

En France métropolitaine, le détail par région met en évidence cinq régions dans lesquelles le taux standardisé de mortalité pour cause de troubles mentaux est significativement supérieur au taux national : Centre-Val de Loire (32,7 pour 100 000), Bretagne (31,8), Normandie (30,7), puis Nouvelle-Aquitaine (28,9), Pays de la Loire (28,4) et encore les Hauts-de-France (26,8). Les Dom affichent en revanche des taux de mortalité nettement plus faibles (soit entre 5,6 en Guyane et 11,1 en Martinique), de même que les régions Île-de-France et Corse (avec 11,7).

Mortalité par suicide, parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, sur la période 2013-2015

France entière	Hommes	Femmes	Total
Nombre annuel moyen de décès	2 105	744	2 849
Taux standardisé de décès*	42,3	10,6	23,2

*Pour 100 00 personnes de 65 ans et plus

Source : Inserm, CépiDC, Insee - Exploitation Fnors

3. Offre de soins et d'accompagnement

3.1. Offre libérale et mixte : médecins généralistes, psychologues, psychiatres, gériatres

Parmi les soins de premier recours, les médecins généralistes représentent une densité de 101,7 professionnels pour 100 000 habitants au plan national ; cette densité varie entre 53,8 en Guyane et 124,3 à la Réunion. En France métropolitaine, elle est globalement plus élevée dans la moitié sud du pays.

En France entière, l'offre de soins affiche une densité de 35,7 psychologues libéraux et 23,2 psychiatres pour 100 000 habitants. L'Île-de-France affiche des densités largement supérieures aux autres régions (avec respectivement 54,9 et 36,6 pour 100 000) : ensuite, les régions les mieux dotées (affichant des densités supérieures aux moyennes nationales) sont l'Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Auvergne-Rhône-Alpes. Les Dom sont en revanche les territoires présentant les densités les plus faibles, surtout concernant l'offre de psychologues.

L'offre spécialisée pour l'accompagnement des problèmes de santé des personnes âgées est aussi très variable selon les régions : très développée en Île-de-France (avec 34,2 gériatres pour 100 000 personnes âgées de 65 ans), sa densité varie entre 5,4 en Corse et 18,3 dans les Hauts-de-France.

Offre de soins libérale ou mixte :
densité de professionnels de santé pour 100 000 habitants en 2019

Région	Médecins généralistes*	Psychologues libéraux*	Psychiatres*	Gériatres**
Île-de-France	84,5	54,9	36,6	34,2
Centre-Val de Loire	81,1	28,7	15,3	12,2
Bourgogne-Franche-Comté	94,7	26,4	17,8	15,1
Normandie	91,0	22,3	16,4	15,3
Hauts-de-France	98,5	20,6	16,6	18,3
Grand-Est	101,9	20,1	17,5	16,0
Pays de la Loire	99,6	35,6	17,7	11,4
Bretagne	108,3	35,7	19,1	14,3
Nouvelle Aquitaine	113,3	32,3	22,4	10,6
Occitanie	120,4	48,3	22,8	12,6
Auvergne-Rhône-Alpes	105,4	42,0	22,9	15,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	124,1	42,6	29,2	10,4
Corse	105,3	28,7	20,6	5,4
Guadeloupe	86,5	16,5	13,2	13,3
Martinique	93,5	12,0	15,1	8,4
Guyane	53,8	5,9	6,3	7,5
La Réunion	124,3	12,8	17,0	16,6
Mayotte	Nd	Nd	Ns	Nd
France entière	101,7	35,7	23,2	16,5

Sources : RPPS 2019 - Exploitation Fnors

* Densité pour 100 000 habitants

** Densité pour 100 000 habitants âgés de 65 ans et plus

3.2. Structures de prise en charge ambulatoire

CATTP (Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel)

Les CATTP font partie du dispositif de santé mentale : ces lieux d'accueil non médicalisés s'adressent à des personnes vivant chez elles. Ils proposent, selon une approche pluridisciplinaire et diversifiée, des actions de soutien et de thérapeutique de groupe, visant à maintenir ou favoriser une existence autonome (par exemple via des activités de musique, peinture, théâtre...).

En 2016, l'offre de CATTP en France métropolitaine varie entre 1 centre pour 100 000 habitants (en région Centre-Val de Loire) et 3,6 centres pour 100 000 habitants (dans les Hauts-de-France). Dans les Dom, il varie de 1,1 à la Réunion à 4,8 en Guadeloupe.

Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP)

Les équipes mobiles psychiatrie précarité apportent un soutien ou un suivi à des personnes en situation de précarité et d'exclusion atteintes d'une pathologie psychiatrique avérée ou d'une souffrance psychique liée à cette situation. Elles interviennent également auprès d'acteurs sanitaires, sociaux, éducatifs, professionnels et/ou bénévoles qui concourent à la santé mentale et ont besoin d'appui ou de formation (sur le repérage des problématiques, l'analyse des demandes...) ¹⁰⁸.

En 2015, on recense 152 équipes EMPP en France, soit au moins une par région, et jusqu'à 23 dans les Hauts-de-France (7 régions comptent au moins 10 équipes sur leur territoire).

PASS (Permanence d'accès aux soins de santé)

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

Mises en place par les établissements de santé, ces permanences sont au nombre de 470 en 2015. Peu nombreuses dans les Dom (avec 10 permanences) et en Corse (2 permanences), les autres régions sont dotées de 14 à 58 permanences réparties sur les territoires.

3.3. Offre médico-sociale

Parallèlement à l'offre de prise en charge ambulatoire ou en secteur libéral, il existe diverses structures médico-sociales dédiées à l'accueil et à l'accompagnement des personnes âgées, parmi lesquelles les services de soins à domicile (SSIAD et SPASAD), les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), les Pôles d'activité et de soins adaptés (PASA), les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA et EHPAD), des unités de soins de longue durée (USLD)... Ces structures ne sont pas spécialisées sur les troubles mentaux, mais elles accompagnent un public de personnes âgées et sont donc des relais possibles pour les personnes de 65 ans et plus confrontées à ces troubles.

¹⁰⁸ Référence : Circulaire n°DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

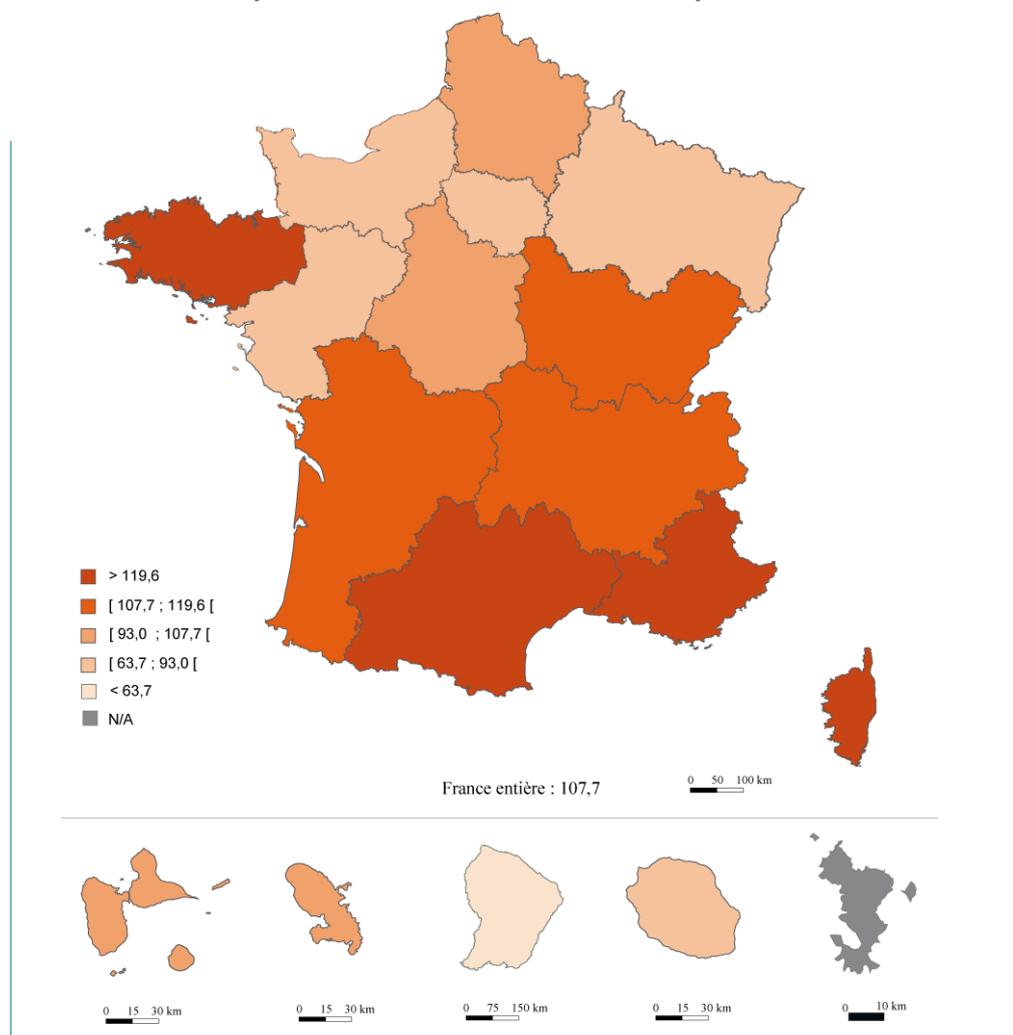
3.4. Offre hospitalière

En 2015, la capacité d'accueil dans les services de psychiatrie générale est de :

- 103,2 lits pour 100 000 habitants (âgés de 16 ans et plus) en hospitalisation à temps plein,
- 37,1 places pour 100 000 habitants (âgés de 16 ans et plus) en hospitalisation partielle.

La région Bretagne est celle qui dispose de la plus importante capacité d'accueil, à la fois en hospitalisation à temps plein et à temps partiel (avec des densités respectives de 126,3 et 54,1). En hospitalisation à temps plein, les régions Occitanie (126,9), Provence-Alpes-Côte d'Azur (119,6) et Nouvelle-Aquitaine (115,6) sont ensuite les mieux dotées. Concernant les hospitalisations à temps partiel, les régions Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Pays de la Loire, Centre-Val de Loire, Ile-de France et Provence-Alpes-Côte d'Azur offrent une densité supérieure à la moyenne régionale (qui va de 38,2 à 42,4 pour 100 000 habitants).

Densité de lits/places en psychiatrie générale en 2016,
pour 100 000 habitants de 16 ans et plus



Sources : SAE Diffusion (2016)

3.5. Dispositifs et outils de coordination

GEM (Groupe d'entraide mutuelle)

Les GEM ont pour but de lutter contre l'isolement, de prévenir l'exclusion sociale et de favoriser l'insertion dans la cité : ce sont avant tout des lieux de socialisation. Ils s'adressent à des personnes présentant « un handicap résultant de troubles psychiques, d'un traumatisme crânien ou de toute autre lésion cérébrale acquise, d'un trouble du spectre de l'autisme ou tout autre trouble du neuro-développement ». Ils reposent sur la philosophie du soutien par les pairs, qui rencontrent des difficultés similaires et sont donc à même d'apporter un soutien, une écoute et un partage d'expérience, en vue d'accéder à un « mieux-être ».

Ils sont au nombre de 505 en France au 31 décembre 2018 et les trois quarts d'entre eux sont fréquentés par un public porteur de handicap psychique. Ils sont répartis sur l'ensemble du territoire (selon les régions, on en compte entre 25 en Normandie et 70 en Île-de-France), y compris dans les Dom (où ils sont 14 GEM).

CLSM (Conseil local de santé mentale)

Un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) est un lieu de concertation et de coordination entre les services de psychiatrie publics, les élus locaux, les usagers et les aidants d'un territoire défini. Il s'appuie sur une volonté politique locale de promouvoir la santé mentale et a pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées, selon une approche locale et participative concernant la prévention et le parcours de soins, en associant les acteurs sanitaires et sociaux du territoire.

PTSM (Projet territorial de santé mentale)

En référence à l'instruction du 5 juin 2018¹⁰⁹, les PTSM visent à organiser à l'échelle des territoires, les conditions d'accès de la population à la prévention, au repérage et au diagnostic des troubles de santé mentale, ainsi qu'à l'intervention précoce, la mise en œuvre des soins adaptés, l'accompagnement à l'insertion sociale. L'élaboration et le déploiement des PTSM reposent sur la participation de l'ensemble des acteurs de la prévention, du social, du logement, de l'insertion, ainsi que les collectivités territoriales et les représentants des usagers.

MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie)

La méthode MAIA (mise en œuvre depuis 2008 par la CNSA) associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche novatrice : l'intégration des services d'aide et de soins. La MAIA est composée de 3 mécanismes interdépendants : la concertation, le guichet intégré et la gestion de cas.

Aujourd'hui, 98 % du territoire français est couvert par 352 dispositifs MAIA.

¹⁰⁹ Référence : Instruction n° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale.

4. Éléments de prospective et mobilisation de base de données

Des travaux et enquêtes réalisés régulièrement, au plan national ou européen, sont des sources d'informations mobilisables pour disposer d'une approche prospective sur l'état de santé mentale des personnes âgées. Elles permettent notamment d'illustrer les points suivants.

La répartition selon le sexe

L'enquête santé européenne EHIS-ESPS 2014 (European Health Interview Survey - Enquête Santé et Protection Sociale), menée auprès des ménages ordinaires (hors institution) montre que presque une femme sur dix et un homme sur vingt présentent des symptômes dépressifs. Ces symptômes s'accroissent à partir de 75 ans, et touchent particulièrement les ménages d'employés. Avec 7 % de personnes concernées, la France se situe dans la moyenne européenne.

En France en 2014, 7,4 personnes pour 1 000 habitants (tous âges confondus) présentaient des troubles psychotiques, avec une représentation plus fréquente chez les hommes (30%). À partir de 60 ans, la prise en charge des patients souffrant de troubles psychotiques devient plus fréquente chez les femmes.

Le cadre de vie de la personne âgée

L'enquête CARE (Capacités, Aides et Ressources des seniors) de la Drees a notamment pour objectif de mieux connaître les conditions de vie des seniors, leurs relations avec leur entourage, leurs difficultés à réaliser certaines activités de la vie quotidienne.

L'enquête réalisée en 2015 et 2016 montre qu'un tiers des résidents en établissements sont en situation de détresse psychologique contre un quart pour les plus de 75 ans vivant à domicile. Toutefois, ces données sont probablement sous-évaluées en raison du caractère déclaratif de l'enquête (l'état dépressif doit être identifié et déclaré par la personne concernée). Les principaux facteurs associés à l'état psychologique sont l'état de santé, la fréquence et la qualité des relations sociales.

Le sentiment d'isolement social

L'isolement social peut être la conséquence ou la cause de certaines pathologies. La santé mentale est influencée par les caractéristiques individuelles et les facteurs sociaux, culturels, économiques, politiques et environnementaux. Les personnes âgées sont plus touchées par l'isolement social que les autres catégories d'âge. En 2017, pour la Fondation de France, c'est près d'une personne âgée de plus de 75 ans sur trois qui serait objectivement isolée.

De même, le dernier rapport des Petits frères des pauvres, paru en 2019 à la suite d'une étude consacrée à la solitude et à l'isolement des personnes âgées de 60 ans et plus, montre que 4,6 millions de français de 60 ans et plus ressentent de la solitude, soit 27 % d'entre eux. On observe notamment des différences territoriales dans l'isolement de ces personnes âgées : dans les différentes régions métropolitaines, entre 17 % et 31 % sont isolées du cercle familial, entre 19 % et 33 % sont isolées du cercle amical, entre 17 % et 27 % sont isolées du cercle de voisinage, entre 47 % et 66 % sont isolés des réseaux associatifs. Il en ressort aussi qu'environ 300 000 personnes sont isolées de ces quatre cercles de sociabilité à la fois.

En 2017, la ministre de la santé Agnès Buzyn invitait l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) à faire des propositions pour « la détermination du nombre de postes à ouvrir par subdivision à compter de 2019 pour les options et les formations spécialisées transversales proposées dans le cadre du troisième cycle des études médicales ».

C'est dans ce cadre que l'ONDPS a sollicité la Fnors pour lui apporter des éléments d'appréciation des besoins de la population dans un certain nombre de domaines au niveau national et au niveau des subdivisions d'internat.

Ce document restitue les huit monographies thématiques réalisées sur les champs couverts par cinq formations spécialisées transverses (Addictologie, Douleur, Maladies allergiques, Nutrition appliquée, Sommeil) et pour les deux options du DES de Psychiatrie (Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Psychiatrie de la personne âgée).



Fédération nationale des
observatoires régionaux de la santé

- 62, boulevard Garibaldi 75015 Paris
- Tél. 01 56 58 52 40
- info@fnors.org
- www.fnors.org



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



- 14, avenue Duquesne 75350 PARIS 07 SP
- Tél. 01 40 56 89 36
- drees-ondps@sante.gouv.fr
- <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>

Marché Mars 2021