

> **SOMMAIRE // Contents**

ARTICLE // Article

Cholestérol LDL chez les adultes en France métropolitaine : concentration moyenne, connaissance et traitement en 2015, évolutions depuis 2006
// LDL cholesterol in adults in metropolitan France: Mean concentration, awareness and treatment in 2015, and trends since 2006.....p. **710**

Camille Lecoffre et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice, France

ARTICLE // Article

Impact, prévention et gestion du risque infectieux épidémique (infections respiratoires et gastro-entérites aiguës) dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées d'Occitanie au cours de la saison hivernale 2016-2017
// Impact, prevention and management of epidemic infectious risk (acute respiratory infections and acute gastroenteritis) in the Occitanie (France) long-term care facilities for the elderly during the 2016-17 winter season.....p. **719**

Cécile Durand et coll.

Santé publique France, Cellule d'intervention en région Occitanie, Toulouse, France

ARTICLE // Article

Consommations préoccupantes de substances psychoactives parmi les consultants des CeGIDD. Languedoc-Roussillon, 2014
// Psychoactive substances consumption of concern among people attending free and anonymous screening and STI centers (CeGIDD). Languedoc-Roussillon, France, 2014p. **726**

Cyril Rousseau et coll.

Santé publique France, Cellule d'intervention en région Occitanie (Cire), Toulouse, France

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

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://invs.santepubliquefrance.fr>

Directeur de la publication : François Bourdillon, directeur général de Santé publique France
Rédactrice en chef : Judith Benrekassa, Santé publique France, redaction@santepubliquefrance.fr
Rédactrice en chef adjointe : Jocelyne Rajnchapel-Messaï
Secrétariat de rédaction : Marie-Martine Khamassi, Farida Mihoub
Comité de rédaction : Juliette Bloch, Anses; Isabelle Bonmarin, Santé publique France; Sandrine Danet, HCAAM; Anne Guinard/Damien Mouly, Santé publique France, Cire Occitanie; Bertrand Gagnière, Santé publique France, Cire Bretagne; Isabelle Grémy, ORS Ile-de-France; Romain Guignard, Santé publique France; Françoise Hamers, Santé publique France; Nathalie Jourdan-Da Silva, Santé publique France; Valérie Olié, Santé publique France; Sylvie Rey, Drees; Hélène Therre, Santé publique France; Sophie Vaux, Santé publique France; Agnès Verrier, Santé publique France; Isabelle Villena, CHU Reims.
Santé publique France - Site Internet : <http://www.santepubliquefrance.fr>
Préresse : Jouve
ISSN : 1953-8030

CHOLESTÉROL LDL CHEZ LES ADULTES EN FRANCE MÉTROPOLITAINE : CONCENTRATION MOYENNE, CONNAISSANCE ET TRAITEMENT EN 2015, ÉVOLUTIONS DEPUIS 2006

// LDL CHOLESTEROL IN ADULTS IN METROPOLITAN FRANCE: MEAN CONCENTRATION, AWARENESS AND TREATMENT IN 2015, AND TRENDS SINCE 2006

Camille Lecoffre¹ (camille.lecoffre@santepubliquefrance.fr), Anne-Laure Perrine¹, Jacques Blacher^{2,3}, Valérie Olié¹

¹ Santé publique France, Saint-Maurice, France

² Centre de diagnostic et de thérapeutique, Hôtel-Dieu, AP-HP, Paris, France

³ Université Paris-Descartes, Paris, France

Soumis le 12.06.2018 // Date of submission : 06.12.2018

Résumé // Abstract

Introduction – L'hypercholestérolémie est un facteur de risque cardiovasculaire important, souvent non-diagnostiqué. En France, 18,8% des adultes avaient un cholestérol-LDL (LDL-c) supérieur à 1,6 g/l en 2006. L'objectif de l'étude était d'estimer la cholestérolémie LDL moyenne chez l'adulte et la fréquence de l'hypercholestérolémie LDL, de décrire la prise en charge de l'hypercholestérolémie en France en 2015 et d'en étudier les évolutions depuis 2006.

Méthodes – Esteban est une étude transversale menée entre 2014 et 2016 sur un échantillon représentatif de la population de France métropolitaine (hors Corse). Elle incluait une enquête par questionnaires et un examen de santé avec un bilan lipidique chez les adultes de 18 à 74 ans. Pour les analyses, deux valeurs seuils d'hypercholestérolémie LDL ont été considérées : 1,6 g/l et 1,9 g/l.

Résultats – La cholestérolémie LDL moyenne était de 1,30 g/l (IC95%: [1,28-1,32]), sans différence selon le sexe. Dans la population, 19,3% avaient un LDL-c >1,6 g/l et 6,0% un LDL-c >1,9 g/l. Parmi l'ensemble des 18-74 ans, 10,9% des hommes et 6,7% des femmes avaient eu au moins la délivrance d'un traitement hypolipémiant au cours de l'année précédente. Entre 2006 et 2015, la cholestérolémie LDL moyenne et la proportion d'adultes avec un LDL-c élevé (>1,6 g/l et >1,9 g/l) sont restées stables. La proportion d'adultes ayant déjà eu un dosage du cholestérol a diminué de 8,7% chez les hommes ($p_s=0,002$) et de 15,5% chez les femmes ($p_s<0,0001$). La proportion d'adultes avec un traitement hypolipémiant a diminué de 29,6% ($p_s=0,0001$) depuis 2006.

Conclusion – La proportion d'adultes avec un LDL-c >1,6 g/l, relativement élevée par rapport aux autres pays industrialisés, n'a pas évolué depuis 2006 ; la proportion d'adultes déclarant avoir déjà eu un bilan lipidique et celle des adultes traités par hypolipémiants ont diminué. Ce nouvel état des lieux témoigne d'une situation qui reste préoccupante en France, dans la mesure où l'hypercholestérolémie-LDL est souvent associée à d'autres facteurs de risque cardiovasculaire.

Introduction – Hypercholesterolemia is a major cardiovascular risk factor, often undiagnosed. In France, in 2006, 18.8% of adults presented with LDL cholesterol (LDL-c) above 1.6 g/l. The aim of the study was to estimate the mean value of LDL-c and the proportion of hypercholesterolemia LDL in adults, and to describe hypercholesterolemia management in France in 2015, and to analyze its trends since 2006.

Methods – Esteban is a cross-sectional study based on a representative sample of the French metropolitan population (Corsica excepted), implemented between 2014 and 2016. Data were collected using questionnaires and a biological and clinical exam in adults aged 18-74. Analyses were based on two LDL-c threshold values: 1.6 g/l and 1.9 g/l.

Results – The mean LDL-c was 1.30 g/l (CI95% [1.28-1.32]), with no significant gender differences. In the population, 19.3% of adults had a LDL-c value >1.6 g/l and 6.0% a LDL-c value >1.9 g/l. Among the 18-74 year-olds, the percentage of adults having at least one reimbursement for lipid-lowering drugs during the year preceding the survey was 10.9% in men and 6.7% in women. From 2006 to 2015, the mean LDL-c and the percentage of high LDL-c (>1.6 g/l and >1.9 g/l) did not change. The percentage of adults who reported having had a cholesterol check at least once in the past, decreased by 8.7% in men ($p_s=0.002$) and by 15.5% in women ($p_s<0.0001$). The prevalence of lipid-lowering drug decreased by 29.6% ($p_s=0.0001$) since 2006.

Conclusion – The percentage of adults having a LDL-c value >1.6 g/l, quite high compared to other high-income countries, has not changed since 2006, the percentage of adults who reported having had a cholesterol check at least once in the past and the percentage of adults having a lipid-lowering treatment decreased. This new overview shows a situation that remains worrying in France since hypercholesterolemia LDL is often linked to other cardiovascular risk factors.

Mots-clés : Cholestérol LDL, Connaissance, Traitement hypolipémiant, Enquête nationale transversale, France
// **Keywords**: LDL cholesterol, Awareness, Lipid-lowering treatment, National cross-sectional survey, France

Introduction

L'hypercholestérolémie est l'un des principaux facteurs de risque cardiovasculaire avec le tabagisme, l'hypertension artérielle et le diabète¹⁻³. Près de 4,3 millions de décès et 88,7 millions d'années de vie en bonne santé perdues (DALYs) dans le monde en 2010 lui seraient attribuables d'après le *Global Burden of Diseases*, la classant en 4^e position des facteurs de risque⁴.

La concentration des paramètres lipidiques dans le plasma est associée à plusieurs facteurs dont l'âge, le sexe, l'alimentation (riche/pauvre en fibres, en graisses), l'activité physique, l'indice de masse corporelle (IMC), le tabagisme, la consommation d'alcool et des facteurs génétiques⁵. Le cholestérol-LDL (LDL-c), fraction la plus athérogène du cholestérol, s'accumule dans la paroi des artères lorsqu'il est en excès, contribuant ainsi à la formation de la plaque d'athérome. L'hypercholestérolémie peut être prévenue ou traitée par la mise en place de mesures hygiéno-diététiques, éventuellement associées à un traitement médicamenteux. Plusieurs méta-analyses ont montré que la réduction du cholestérol (total ou LDL-c) diminuait les événements cardio-neuro-vasculaires ainsi que le risque de mortalité (cardio-vasculaire et toutes causes)⁶⁻⁸.

En France, les maladies cardio-neuro-vasculaires sont la première cause de mortalité chez les femmes et la deuxième chez les hommes⁹. Elles ont été à l'origine de l'hospitalisation de près d'un million de personnes en 2014. En 2006-2007, d'après l'Étude nationale nutrition santé (ENNS), 18,8% des adultes âgés de 18 à 74 ans avaient un LDL-c supérieur à 1,6 g/l¹⁰. Du fait de la part élevée de l'hypercholestérolémie non-diagnostiquée^{11,12}, l'estimation de la distribution des valeurs de cholestérolémie dans la population nécessite la réalisation d'enquêtes avec un examen de santé et un dosage du cholestérol. Ainsi, l'Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), construite avec une méthodologie comparable à celle d'ENNS, permet : 1/ de fournir une nouvelle estimation de la cholestérolémie-LDL moyenne et de la fréquence de l'hypercholestérolémie LDL (au seuil de 1,6 g/l), 2/ de décrire la prise en charge de l'hypercholestérolémie dans la population adulte de France métropolitaine en 2015 et 3/ d'en étudier les évolutions depuis 2006.

Matériel et méthodes

L'étude Esteban

Esteban est une étude descriptive transversale en population générale menée sur un échantillon représentatif de la population française métropolitaine (hors Corse), d'enfants âgés de 6 à 17 ans et d'adultes de 18 à 74 ans, vivant dans un ménage au sens du recensement de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)^{13,14}. L'estimation de la prévalence des facteurs de risque vasculaire

(hypertension artérielle et dyslipidémies) et de leur part non diagnostiquée chez l'adulte figurait parmi ses objectifs principaux. Elle repose sur un plan de sondage probabiliste à trois degrés (communes ou regroupement de communes, ménages, individus) avec une stratification en fonction de la région et du degré d'urbanisation. Les ménages ont été échantillonnés sur la base des numéros de téléphone fixes et mobiles (génération aléatoire de numéros) puis, dans chaque foyer, un individu a été tiré au sort. Le protocole incluait la passation de questionnaires par un enquêteur et d'auto-questionnaires, une enquête alimentaire, un examen de santé avec des prélèvements biologiques, réalisé dans un centre d'examen de santé (CES) de l'Assurance maladie (AM) ou à domicile, et une extraction des données de consommation de soins de l'AM. Les inclusions se sont déroulées entre avril 2014 et mars 2016 : 3 476 adultes ont accepté de participer à l'étude parmi les 4 912 ménages ayant donné leur accord¹⁴. Cette étude a obtenu les autorisations nécessaires (Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé, Commission nationale de l'informatique et des libertés et Comité de protection des personnes (n°2012-A00456-34), ainsi qu'un décret en Conseil d'État (n°2013-742) pour l'utilisation des données de l'AM via le numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques (NIR).

Recueil des données

Les données sociodémographiques ont été recueillies par questionnaire en face à face lors de la première visite à domicile.

Bilan lipidique

Un prélèvement sanguin a été réalisé lors de l'examen de santé chez des personnes à jeun depuis au moins 12 heures. Le cholestérol total, le cholestérol HDL (HDL-c) et les triglycérides ont été dosés dans les heures suivant le prélèvement par les laboratoires de biologie médicale rattachés aux CES de l'AM ou par des laboratoires de ville. Le LDL-c a été calculé pour l'ensemble des adultes à partir de la formule de Friedewald, lorsque les triglycérides étaient inférieurs à 3,4 g/l¹⁵. Pour les analyses statistiques, deux valeurs-seuil de LDL-c ont été considérées : 1,6 g/l et 1,9 g/l. Le seuil de 1,6 g/l, utilisé dans la définition d'une cholestérolémie LDL trop élevée jusqu'en 2016¹⁶, permettra d'étudier les évolutions depuis 2006. Le seuil de 1,9 g/l correspond à un objectif de LDL-c maximal pour des personnes ayant un faible niveau de risque cardiovasculaire¹⁵. Le HDL-c était considéré comme bas et facteur de risque cardiovasculaire en dessous de 0,40 g/l chez les hommes et de 0,50 g/l chez les femmes, et comme protecteur à partir de 0,60 g/l (hommes et femmes)¹⁵.

Traitements

Les traitements hypolipémiants (classification *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) : C10AA, C10BA, C10BX, C10AB, C10AC, C10AD, C10AX), antidiabétiques

(classe A10 sauf le benfluorex)¹⁷ et antihypertenseurs (C02, C03, C07, C08 et C09)¹⁸ (nom et date de délivrance) ont été obtenus par un appariement des données individuelles des adultes inclus avec les données du Système national d'information inter-régime de l'Assurance maladie (Sniiram) (95,8% des personnes ayant accepté de donner leur NIR ont pu être appariées au Sniiram). Un adulte était considéré comme traité s'il avait bénéficié d'au moins une délivrance d'un traitement hypolipémiant dans l'année précédant l'examen de santé.

Connaissance de l'hypercholestérolémie

Un dépistage de l'hypercholestérolémie antérieur à l'étude a été considéré à partir de la question « Avez-vous déjà eu un dosage de votre cholestérol dans le sang ? ». La connaissance de l'hypercholestérolémie a été considérée si au moins une réponse aux questions suivantes était positive : « Avez-vous ou avez-vous déjà eu une hypercholestérolémie ? » ou « Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez trop de cholestérol dans le sang (hypercholestérolémie) ? ».

Autres facteurs de risque cardiovasculaires

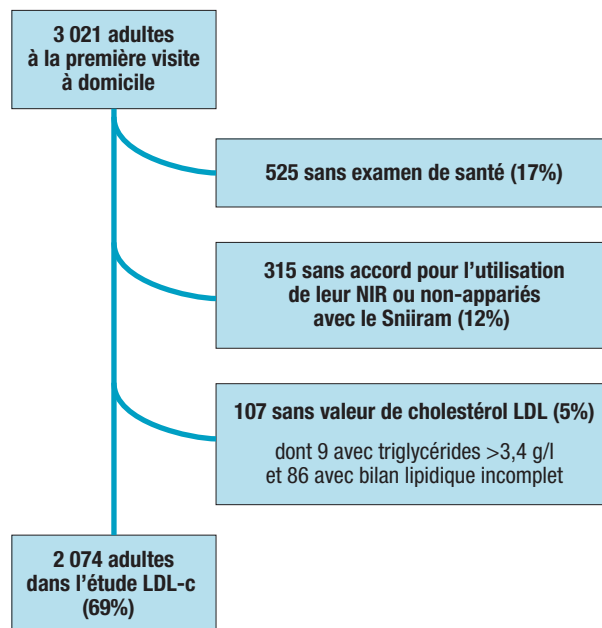
La taille et le poids ont été mesurés lors de l'examen de santé, permettant le calcul de l'indice de masse corporelle ($IMC = \text{poids}/\text{taille}^2$). Les catégories d'IMC utilisées sont celles de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : normal ou maigre ($IMC < 25 \text{ kg/m}^2$), surpoids ($25 \leq IMC < 30 \text{ kg/m}^2$) et obésité ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$). Le statut tabagique déclaré a été classé en trois catégories : fumeur actuel, ancien fumeur ou non-fumeur. Le niveau d'activité physique de la population adulte a été recueilli par auto-questionnaire (version française du *Recent Physical Activity Questionnaire* (RPAQ)¹⁹). Le diabète traité était défini par la délivrance d'au moins trois traitements antidiabétiques à des dates différentes ou de deux s'il y avait au moins un grand conditionnement (quantité suffisante pour 90 jours), dans l'année précédant l'examen de santé, à partir des données du Sniiram. L'hypertension artérielle (HTA) était définie par une pression artérielle systolique $\geq 140 \text{ mm Hg}$ ou une pression artérielle diastolique $\geq 90 \text{ mm Hg}$ à l'examen de santé, ou la délivrance d'au moins un traitement antihypertenseur au cours de l'année précédant l'examen de santé¹⁸.

Méthodes statistiques

La population d'étude était constituée de 2 074 adultes âgés de 18 à 74 ans pour lesquels le LDL-c a pu être calculé et ayant communiqué leur NIR (figure 1), soit 69% des adultes ayant participé à la première visite à domicile¹³. L'ensemble des analyses a été réalisé sur des données pondérées et redressées (variables de redressement : âge, sexe, diplôme, vie en couple, avec/sans enfants et saison à laquelle l'individu a été enquêté) à l'aide du logiciel SAS® Enterprise Guide version 7.1, en utilisant la fonction Survey. Les résultats présentés se rapportent donc à la population des adultes de 18 à 74 ans vivant dans un ménage, en France métropolitaine (hors Corse). Pour les comparaisons, les

Figure 1

Diagramme de flux de l'étude de la cholestérolémie LDL. Étude Esteban, France métropolitaine (hors Corse), 2015



tests du Chi2 et de Fisher ont été utilisés avec des données qualitatives et le test t de Student avec des variables quantitatives. Le seuil de significativité des tests statistiques était fixé à 5%.

Pour étudier les évolutions entre 2006 et 2015, les données de l'étude ENNS ont été standardisées sur les caractéristiques de la population d'Esteban, afin de s'affranchir d'un éventuel effet de l'évolution du profil de la population entre les deux études. Cette standardisation a été réalisée par le calcul d'un nouveau jeu de pondérations pour ENNS, calculées selon les mêmes principes de redressement et avec les mêmes données de calage que ceux d'Esteban²⁰. Une *p-value* standardisée (p_s) a été calculée pour les tests de comparaison.

Résultats

Situation en 2015

Caractéristiques de la population

La population d'étude était constituée de 55,2% de femmes et l'âge moyen était de 46,9 ans (écart-type 0,46). Les principaux facteurs de risque cardiovasculaire non lipidiques sont présentés dans le tableau 1. Les hommes étaient plus souvent fumeurs ou anciens fumeurs que les femmes (57,9% vs 40,9%), plus souvent hypertendus (35,5% vs 25,0%) et avaient plus souvent un traitement antidiabétique (5,5% vs 1,4%). Un niveau d'activité physique bas était significativement plus fréquent chez les femmes que chez les hommes (47,7% vs 28,6%). La répartition par catégorie d'IMC différait selon le sexe, avec des femmes plus souvent dans les catégories « normal ou maigre » ou « obésité » et les hommes plus souvent en surpoids.

Tableau 1

Caractéristiques de la population adulte (18-74 ans) : facteurs de risque cardiovasculaire non lipidiques. Étude Esteban, France métropolitaine (hors Corse), 2015

	Hommes	Femmes	Total		p*
	(N=930)	(N=1 144)	(N=2 074)		
Âge moyen (années)	47,2	46,6	46,9	[46,0-47,8]	0,51
Classes d'âge (%)					0,90
18-34 ans	22,9	23,8	23,3	[20,6-26,1]	
35-44 ans	22,2	22,3	22,3	[19,8-24,7]	
45-54 ans	18,8	17,9	18,3	[16,2-20,5]	
55-64 ans	21,8	23,3	22,6	[20,2-25,0]	
65-74 ans	14,3	12,7	13,5	[11,8-15,2]	
Niveau d'activité physique (%)					<0,0001
Bas	28,6	47,7	38,5	[35,6-41,5]	
Modéré ou élevé	71,4	52,3	61,5	[58,5-64,4]	
Consommation de tabac (%)					<0,0001
Fumeur actuel	25,9	17,8	21,7	[19,1-24,3]	
Ex-fumeur	32,0	23,1	27,4	[24,9-30,0]	
Non-fumeur	42,1	59,1	50,9	[47,9-53,8]	
Indice de masse corporelle (%)					0,0007
Normal ou maigre	45,9	55,2	50,6	[47,7-53,5]	
Surpoids	37,5	26,9	32,1	[29,4-34,9]	
Obésité	16,6	17,9	17,3	[15,0-19,5]	
Indice de masse corporelle moyen (kg/m²)	26,0	25,7	25,9	[25,6-26,2]	0,27
Hypertension artérielle (%)	35,5	25,0	30,1	[27,5-32,7]	0,0001
Diabète traité (%)	5,5	1,4	3,4	[2,2-4,6]	0,0004

* p-value du test de comparaison entre les hommes et les femmes.

Les femmes avaient plus souvent que les hommes des valeurs de HDL-c extrêmes (tableau 2). La concentration moyenne de cholestérol total était 2,1 g/l, sans différence selon le sexe (tableau 2). Enfin, 9,3% des hommes et 2,8% des femmes avaient une hypertriglycéridémie modérée ou sévère (≥ 2 g/l¹⁵) (tableau 2).

Cholestérol LDL : valeur moyenne et distribution

En 2015, chez les 18-74 ans, la cholestérolémie LDL moyenne était de 1,30 g/l (intervalle de confiance à 95%, IC95%: [1,28-1,32]) (tableau 2). Près d'un adulte sur 5 (19,3% [17,0-21,5]) avait un LDL-c >1,6 g/l et 6,0% [4,6-7,4] un LDL-c >1,9 g/l. Le LDL-c moyen était similaire chez les hommes et les femmes ($p=0,38$), de même que la distribution en classes des valeurs du LDL-c ($p=0,65$). La proportion d'adultes avec un LDL-c >1,9 g/l augmentait avec l'âge jusqu'à 45-54 ans (10,3%) puis se stabilisait autour de 7 à 8%.

Chez les adultes avec un LDL-c >1,6 g/l, 30,3% n'avaient pas d'autre facteur de risque vasculaire (parmi tabagisme, HTA, diabète traité et sédentarité), 50,0% en avaient un autre : sédentarité (41,6%), HTA (38,4%) ou tabagisme (19,7%) ; 16,3% deux autres facteurs et 3,4% trois autres facteurs ou plus.

Dépistage et connaissance de l'hypercholestérolémie

Plus de deux tiers des hommes (67,1%) et trois quarts des femmes (77,3%) ont déclaré avoir déjà eu un dosage du cholestérol avant leur participation

à l'étude (tableau 3). Ce pourcentage augmentait avec l'âge. Il était près de deux fois plus faible chez les 18-34 ans (47,6%) que chez les 65-74 ans (91,4%).

Parmi les adultes avec un LDL-c >1,6 g/l ou un traitement hypolipémiant, 51,3% déclaraient avoir connaissance de leur hypercholestérolémie, sans différence entre hommes et femmes ($p=0,96$). Cette proportion augmentait avec l'âge (tableau 3).

Traitements hypolipémiants

Parmi l'ensemble des adultes, 8,8% ont bénéficié d'au moins une délivrance d'un traitement hypolipémiant au cours de l'année précédant l'examen de santé (tableau 3). Cette proportion augmentait avec l'âge (quasi nulle chez les plus jeunes vs 28,0% chez les 65-74 ans) et était significativement plus élevée chez les hommes (10,9%) que chez les femmes (6,7%). Les statines étaient le traitement le plus fréquent (au moins une délivrance chez 83,4% des adultes traités), suivies par les fibrates (15,1%). Ces deux traitements étaient associés chez 1,3% des personnes. Un autre traitement (ézétimibe, acides gras oméga 3 ou colestyramine) était délivré chez 11,1% des personnes, associé à une statine dans 65,7% des cas.

Les adultes avec un traitement hypolipémiant étaient en moyenne âgés de 62,0 ans (vs 45,5 ans pour les non-traités) et étaient plus souvent des hommes (60,8% vs 47,5%). Les adultes avec un traitement avaient une cholestérolémie LDL-c moyenne significativement inférieure à la population non traitée (respectivement

Tableau 2

Paramètres lipidiques chez les adultes de 18 à 74 ans. Étude Esteban, France métropolitaine (hors Corse), 2015

	18-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	18-74 ans		p*	
Cholestérol total, moyenne (g/l)									0,14
Hommes	1,89	2,10	2,24	2,14	2,07	2,08	[2,05-2,11]		
Femmes	1,91	2,00	2,21	2,28	2,29	2,12	[2,08-2,15]		
Total	1,9	2,04	2,23	2,21	2,17	2,10	[2,08-2,12]		
Cholestérol LDL, moyenne (g/l)									0,38
Hommes	1,16	1,34	1,46	1,34	1,28	1,31	[1,28-1,34]		
Femmes	1,13	1,21	1,38	1,41	1,42	1,29	[1,27-1,32]		
Total	1,14	1,27	1,42	1,38	1,35	1,30	[1,28-1,32]		
Cholestérol LDL, par classes (%)									0,65
Hommes									
<1 g/l	37,5	15,9	12,2	17,9	22,6	21,5	[17,8-25,2]		
≥1 g/l et ≤1,6 g/l	54,4	63,7	53,2	59,6	61,0	58,3	[54,1-62,6]		
>1,6 g/l	8,1	20,4	34,6	22,5	16,4	20,1	[16,8-23,5]		
>1,9 g/l	2,0	8,1	9,6	5,8	4,6	6,0	[3,9-8,0]		
Femmes									
<1 g/l	34,4	26,2	15,4	9,4	13,4	20,7	[17,3-24,0]		
≥1 g/l et ≤1,6 g/l	58,6	61,6	60,9	65,5	55,5	60,9	[57,0-64,8]		
>1,6 g/l	7,0	12,3	23,6	25,1	31,1	18,4	[15,4-21,5]		
>1,9 g/l	1,7	1,3	10,9	8,1	11,4	6,0	[4,1-7,8]		
Total									
<1 g/l	35,9	21,2	13,8	13,4	18,1	21,1	[18,6-23,6]		
≥1 g/l et ≤1,6 g/l	56,6	65,6	57,1	62,7	58,3	59,6	[56,8-62,5]		
>1,6 g/l	7,5	16,2	29,1	23,9	23,5	19,3	[17,0-21,5]		
>1,9 g/l	1,8	4,6	10,3	7,0	7,9	6,0	[4,6-7,4]		
Cholestérol HDL bas† (%)									0,0004
Hommes	12,9	11,3	10,0	9,7	10,6	11,0	[8,4-13,6]		
Femmes	26,7	23,2	12,7	14,0	12,7	18,7	[15,3-22,0]		
Total	20,2	17,4	11,4	11,9	11,6	14,9	[12,8-17,1]		
Cholestérol HDL ≥0,60 g/l (%)									<0,0001
Hommes	31,1	31,0	24,9	35,1	28,8	30,4	[26,5-34,4]		
Femmes	46,2	52,0	62,1	60,2	64,9	56,0	[51,9-60,0]		
Total	39,0	41,8	43,6	48,4	46,3	43,6	[40,7-46,4]		
Triglycérides ≥2,0 g/l (%)									<0,0001
Hommes	7,0	12,6	6,3	12,0	7,9	9,3	[6,8-11,9]		
Femmes	1,1	2,0	4,5	4,0	3,0	2,8	[1,6-4,0]		
Total	3,9	7,2	5,4	7,7	5,5	6,0	[4,6-7,4]		

* p-value du test de comparaison entre les hommes et les femmes.

† HDL-c bas : <0,40 g/l chez les hommes et <0,50 g/l chez les femmes.

1,21 g/l [1,15-1,27] vs 1,31 g/l [1,29-1,33]), et la proportion d'entre eux avec un LDL-c >1,6 g/l était significativement moindre que chez les non-traités (12,8% vs 19,9%, p=0,03). Parmi les adultes traités, 86,7% avaient connaissance de leur hypercholestérolémie, les femmes traitées déclarant significativement plus que les hommes connaître leur hypercholestérolémie (respectivement 93,3% vs 82,5%, p=0,029).

Parmi les adultes avec un LDL-c >1,6 g/l, 5,8% [3,0-8,6] avaient un traitement hypolipémiant (4,9% [1,0-8,9] parmi ceux avec un LDL-c >1,9g/l).

Enfin, 27,0% [24,5-29,5] des adultes avaient un LDL-c >1,6 g/l et/ou un traitement hypolipémiant.

Évolutions depuis 2006

Entre 2006 et 2015, la cholestérolémie LDL moyenne et la proportion d'adultes avec un LDL-c >1,6g/l et >1,9 g/l n'ont pas évolué de façon significative (respectivement $p_s=0,09$, 0,63 et 0,16) (figures 2 a et 2 b).

Par rapport à 2006, la proportion d'adultes ayant déclaré avoir déjà eu un dosage du cholestérol a significativement diminué de 8,7% chez les hommes ($p_s=0,002$) et de 15,5% chez les femmes ($p_s<0,0001$) (figure 2 c). Cette baisse concernait toutes les classes d'âge à l'exception des 18-34 ans, pour lesquels cette proportion est restée stable ($p_s=0,06$).

Tableau 3

Cholestérol LDL : dépistage, connaissance et traitement chez les adultes de 18 à 74 ans. Étude Esteban, France métropolitaine (hors Corse), 2015

	18-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	18-74 ans		p*
Antécédent de dosage du cholestérol parmi l'ensemble de la population (%)								
Hommes	34,3	54,6	73,4	85,7	92,3	67,1	[62,7-71,6]	0,0008
Femmes	58,2	77,1	76,8	88,9	90,4	77,3	[73,4-81,1]	
Total	47,6	66,5	75,1	87,4	91,4	72,5	[69,5-75,4]	
Connaissance d'une hypercholestérolémie† (%)								
Hommes	#	40,7	44,5	63,3	68,3	51,4	[43,9-59,0]	0,96
Femmes	8,9	35,9	56,4	51,7	64,1	51,2	[43,2-59,1]	
Total	4,4	38,8	49,0	57,4	66,1	51,3	[45,8-56,8]	
Médicaments hypolipémiants parmi l'ensemble de la population (%)								
Hommes	0,0	0,5	11,2	19,0	32,1	10,9	[8,5-13,4]	0,007
Femmes	0,0	1,4	5,0	10,7	23,7	6,7	[4,8-8,6]	
Total	0,0	0,9	8,1	14,6	28,0	8,8	[7,2-10,3]	
Statines parmi l'ensemble de la population (%)								
Hommes	0,0	0,5	9,6	16,1	28,4	9,5	[7,2-11,8]	0,0135
Femmes	0,0	1,4	3,3	8,7	18,3	5,2	[3,5-6,9]	
Total	0,0	0,9	6,4	12,2	23,5	7,3	[5,9-8,7]	

* p-value du test de comparaison entre les hommes et les femmes.

Effectif insuffisant.

† Parmi les adultes avec LDL-c >1,6 g/l ou avec un traitement hypolipémiant.

La proportion d'adultes avec un traitement hypolipémiant parmi l'ensemble de la population a significativement diminué de 29,6% ($p_s=0,0001$) (figure 2 d). La cholestérolémie LDL moyenne est restée stable chez les adultes avec un traitement (1,21 g/l) et chez ceux sans traitement (1,31 g/l). Le type de traitement (statines, fibrates, autres) n'a pas évolué significativement sur la période considérée ($p_s=0,14$).

Discussion

L'étude Esteban a permis d'estimer la cholestérolémie LDL moyenne en population générale en France métropolitaine (hors Corse) en 2015 à partir d'un échantillon représentatif et de décrire la prise en charge. Depuis l'étude ENNS de 2006, la cholestérolémie LDL moyenne et la proportion d'adultes avec une concentration de LDL-c élevée sont restées stables. À cette absence d'amélioration sur le plan biologique s'est ajoutée une baisse significative de la proportion d'adultes déclarant avoir déjà eu un bilan lipidique et de la proportion d'adultes traités par hypolipémiants.

Cholestérol LDL : valeur moyenne et distribution

La cholestérolémie LDL moyenne estimée dans notre étude chez les 18-74 ans (1,30 g/l) était comparable à celle estimée en Italie en 2008-2012 chez les 35-74 ans (1,33 g/l)²¹, mais plus élevée que celles estimées au Canada en 2012-2013 chez les 18-79 ans (1,07 g/l)¹¹ et aux États-Unis en 2011-2014 chez les adultes de 20 ans ou plus (1,13 g/l)¹². Dans ces deux pays, la proportion des patients traités par hypolipémiants est plus élevée qu'en France. Cela pourrait expliquer, en partie, une cholestérolémie moyenne plus basse que celle estimée dans cette étude¹².

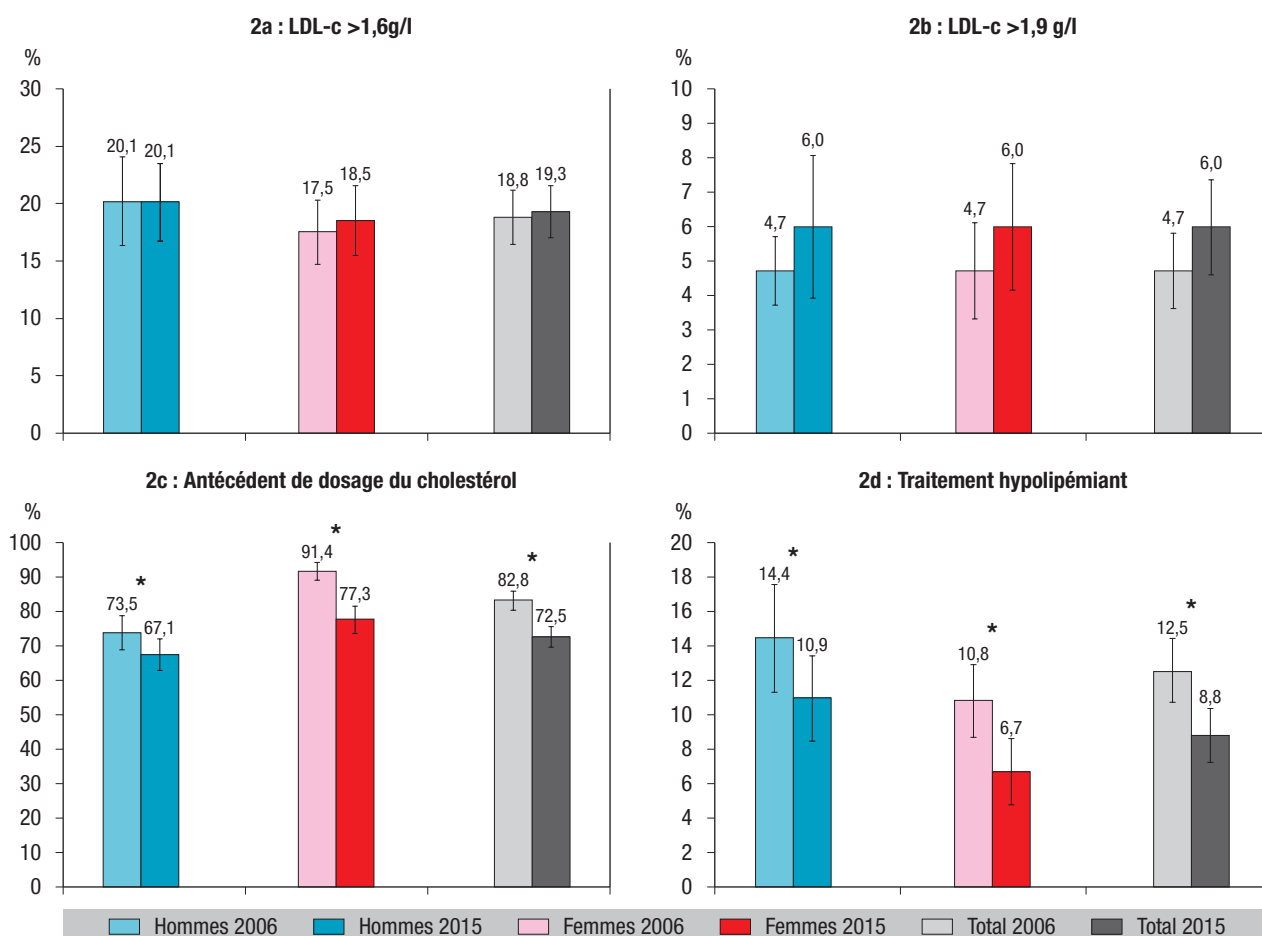
Bien que les possibilités de comparaison de nos résultats avec ceux d'autres études soient limitées du fait de l'absence de définition commune d'une cholestérolémie LDL élevée, la situation française est moins favorable que celle observée au Canada où la même proportion d'adultes (19%) avait un LDL-c $\geq 1,35$ g/l en 2012-2013¹¹.

Connaissance et traitements

Avec 51% des adultes ayant un LDL-c >1,6 g/l ou un traitement qui connaissaient leur hypercholestérolémie, la France se situe au même niveau que le Canada (51% en 2012-2013), un peu en dessous de l'Italie (62% des hommes et 58,5% des femmes en 2008-2012) et des États-Unis (69% en 2011-2012)^{11,12,21} mais largement au-dessus du Luxembourg, où seuls 15% des 18-69 ans avec une dyslipidémie se déclaraient informés en 2007-2009²². Actuellement, le repérage d'une anomalie lipidique est recommandé dans le cadre d'une évaluation du risque cardiovasculaire global chez les hommes après 40 ans et chez les femmes après 50 ans, lors d'une prescription d'une contraception hormonale œstroprogestative ainsi qu'en présence de certains événements de santé ou facteurs de risque (maladie cardiovasculaire, HTA, diabète, insuffisance rénale, tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de trois ans, notamment)¹⁵. Cette méconnaissance de l'hypercholestérolémie interroge sur le dépistage et/ou le suivi de l'hypercholestérolémie et sur l'information du patient après le dépistage et/ou sa compréhension des résultats. En revanche, les patients avec un traitement hypolipémiant étaient assez bien informés de leur hypercholestérolémie (86,7%).

Figure 2

Évolution, en fonction du sexe, de la proportion d'adultes de 18-74 ans avec : a/ un LDL-c >1,6 g/l, b/ un LDL-c >1,9 g/l, c/ un antécédent de dosage du cholestérol et d/ un traitement hypolipémiant, entre ENNS-2006 et Esteban-2015. France métropolitaine



* Différence statistiquement significative (p-value standardisée <0,05). Les tests ont été effectués sur les valeurs de 2006 standardisées sur la population d'Esteban (cf. Méthodes statistiques).

La proportion d'adultes traités par hypolipémiants dans notre étude (8,8%) était du même ordre de grandeur que l'estimation faite en 2010 par Tuppin et coll. parmi les affiliés au régime général de l'Assurance maladie dans la même classe d'âge (11%)²³. Malgré une définition plus stricte dans l'étude de 2010 (au moins trois remboursements ou deux si au moins l'un concerne un grand conditionnement), la différence pourrait s'expliquer par la baisse des traitements hypolipémiants^{24,25}. En matière de traitements hypolipémiants, la France est au même niveau que le Luxembourg (9% des 18-69 en 2007-2009)²² mais se situe en-dessous des États-Unis (18% des plus de 20 ans en 2011-2012)¹². Dans ces deux études, le traitement a été recueilli de manière déclarative, avec vérification des boîtes de médicaments dans l'étude américaine.

Évolutions depuis 2006

En France, après une diminution de 5,7% entre 1997 et 2006 chez les 35 à 64 ans²⁶, la cholestérolémie LDL moyenne est restée stable entre 2006 et 2015, autour de 1,30 g/l. Ce niveau moyen reste élevé au regard du cumul de facteurs de risque cardiovasculaire dans la population. Le cumul est très fréquent,

notamment chez les adultes avec un LDL-c >1,6g/l (70% d'entre eux ont au moins un second facteur de risque). Les évolutions du niveau moyen du LDL-c rapportées dans la littérature ne sont pas homogènes. Comme en France, une stabilisation du LDL-c moyen a été observée en Finlande entre 2007 et 2011 chez les 34-49 ans, après une période de diminution²⁷. En revanche, une diminution a été décrite aux États-Unis entre 1988 et 2010 et en Espagne entre 1992-1994 et 2004-2006, et une augmentation en Italie entre 1998-2002 et 2008-2012^{21,28-31}.

Entre 2006 et 2015, la proportion d'adultes déclarant avoir déjà eu un dosage du cholestérol a diminué en France, passant de 84% à 73%. Ce résultat peut être rapproché de celui observé aux États-Unis chez les plus de 20 ans entre 2006 (75%) et 2012 (69%)¹², mais il contraste avec l'augmentation observée en Suisse chez les plus de 18 ans entre 1997 (87%) et 2007 (94%)³².

Dans notre étude, la proportion d'adultes avec un traitement hypolipémiant a significativement diminué entre 2006 et 2015 (-29,6%). Cette diminution est cohérente avec les données publiées par l'Assurance maladie, qui a mis en place dès le début des années 2000 une communication sur les recommandations de prise

en charge de l'hypercholestérolémie (démarrage du traitement après échec de mesures hygiéno-diététiques)^{24,25}. La baisse significative de la proportion d'adultes avec un traitement hypolipémiant observée dans notre étude pourrait également être liée à la polémique sur les statines (fortement médiatisée en France à partir de 2013) et à la défiance qu'elle a pu susciter à la fois chez les prescripteurs et chez les patients. Sans pouvoir établir de lien de causalité avec la polémique sur les statines, Bezin et coll. avaient déjà observé un arrêt des statines plus important en 2013 qu'en 2012 et 2011 chez tous les patients traités, avec un risque d'arrêt augmentant inversement au risque cardiovasculaire du patient³³.

Cette réduction importante contraste avec l'absence d'évolution à la hausse du LDL-c entre 2006 et 2015. Par rapport à l'ensemble de la population, cette réduction (de 12,5% en 2006 à 8,8% en 2015) ne concerne qu'un faible pourcentage de la population, soit une baisse relative de 3,7%, et elle est insuffisante pour modifier significativement la valeur moyenne globale. Cette diminution ne semble pas concerner seulement les personnes avec une hausse modérée du LDL-c, mais bien toute la population avec une hypercholestérolémie indépendamment du niveau initial de LDL cholestérol, puisque la cholestérolémie LDL moyenne des adultes traités était similaire entre 2006 et 2015 (1,21 g/l). Une analyse du profil des adultes sans traitement avec un LDL-c élevé (notamment leurs caractéristiques socioéconomiques³⁴) pourrait être envisagée afin de comprendre les raisons de la non-initiation ou de l'interruption du traitement. Dans les autres pays, une augmentation de la prescription des statines a été décrite aux États-Unis, en Allemagne, en Suisse et en Pologne, mais les études portaient sur des périodes plus longues et antérieures à la nôtre (de la fin des années 1980 jusqu'à 2010)^{12,29,32,34-36}.

Forces et limites de l'étude

Points forts de notre étude, l'utilisation d'un échantillon représentatif et d'un plan de sondage complexe a permis d'extrapoler les résultats à l'ensemble des 18-74 ans vivant en ménage de France métropolitaine (hors Corse). Toutefois, certaines limites méritent d'être discutées. Premièrement, pour le redressement de l'échantillon, seules des variables sociodémographiques (âge, sexe, diplôme, composition du ménage), en plus de la saison de l'étude, ont été utilisées. Afin de mieux prendre en compte un éventuel biais de participation lié à l'état de santé, un redressement prenant en compte des caractéristiques relatives à l'état de santé ou au recours aux soins pourra être effectué ultérieurement grâce à l'appariement avec les données du Sniiram. Deuxièmement, bien que la méthodologie de l'étude Esteban soit comparable à celle d'ENNS¹⁴, certaines modifications ont été apportées dans Esteban, complexifiant potentiellement la comparaison. Dans ENNS, la consommation de médicaments était recueillie de façon déclarative : 12,5% des adultes déclaraient prendre un traitement hypolipémiant. Une valeur probablement sous-estimée du fait du mode de recueil. Dans Esteban, les traitements étaient identifiés à partir du Sniiram, plus exhaustif qu'une déclaration. En conséquence, la baisse de

29,6% de la proportion d'adultes traités par hypolipémiants entre 2006 et 2015 est probablement sous-estimée. Enfin, certaines analyses par classe d'âge peuvent manquer de puissance en raison d'effectifs limités, notamment dans les classes les plus jeunes.

Conclusion

Dix ans après ENNS, l'étude Esteban a permis de fournir une nouvelle photographie de la distribution de la cholestérolémie LDL et de sa prise en charge chez les 18-74 ans en France métropolitaine. La proportion d'adultes avec un LDL-c >1,6 g/l, relativement élevée, n'a pas évolué depuis 2006 ; la proportion d'adultes déclarant avoir déjà eu un bilan lipidique et celle des adultes traités par hypolipémiants ont diminué. Ce nouvel état des lieux témoigne d'une situation qui reste préoccupante en France, dans la mesure où l'hypercholestérolémie LDL est souvent associée à d'autres facteurs de risque cardiovasculaires. ■

Remerciements

Les auteurs remercient l'équipe-projet Esteban, l'ensemble des personnes ayant participé à la collecte des données : le Cetaf, les Centres d'examen de santé de la CnamTS, les laboratoires d'analyses médicales et les infirmiers, ainsi que les participants à l'étude.

L'étude Esteban, issue du programme national de biosurveillance, a été financée par le ministère en charge des Affaires sociales et de la Santé et par le ministère en charge de l'Environnement, de l'Énergie et de la Mer.

Liens d'intérêt

Jacques Blacher déclare avoir des liens d'intérêt, en dehors du cadre de cette étude, avec les laboratoires Astra-Zeneca, BMS, MSD, Novartis, Pierre Fabre, Pfizer, Sanofi-Aventis et Servier, qui commercialisent des produits hypocholestérolémiants.

Références

- [1] Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, *et al.* Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the Interheart study): Case-control study. *Lancet*. 2004;364(9438):937-52.
- [2] Payne RA. Cardiovascular risk. *Br J Clin Pharmacol*. 2012;74(3):396-410.
- [3] Leong DP, Joseph PG, McKee M, Anand SS, Teo KK, Schwalb JD, *et al.* Reducing the global burden of cardiovascular disease, Part 2: Prevention and treatment of cardiovascular disease. *Circ Res*. 2017;121(6):695-710.
- [4] GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1659-724.
- [5] Costanza MC, Cayanis E, Ross BM, Flaherty MS, Alvin GB, Das K, *et al.* Relative contributions of genes, environment, and interactions to blood lipid concentrations in a general adult population. *Am J Epidemiol*. 2005;161(8):714-24.
- [6] Baigent C, Blackwell L, Emberson J, Holland LE, Reith C, Bhalra N, *et al.* Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: A meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. *Lancet*. 2010;376(9753):1670-81.
- [7] Chou R, Dana T, Blazina I, Daeges M, Jeanne TL. Statins for prevention of cardiovascular disease in adults: Evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2016;316(19):2008-24.

- [8] Collins R, Reith C, Emberson J, Armitage J, Baigent C, Blackwell L, *et al.* Interpretation of the evidence for the efficacy and safety of statin therapy. *Lancet*. 2016;388(10059):2532-61.
- [9] Santé publique France. Dossier thématique: Maladies chroniques et traumatismes. Maladies cardio-neuro-vasculaires. [Internet]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Maladies-cardio-neuro-vasculaires>
- [10] de Peretti C, Perel C, Chin F, Tuppin P, Iliou MC, Vernay M, *et al.* Cholestérol LDL moyen et prévalence de l'hypercholestérolémie LDL chez les adultes de 18 à 74 ans. Étude nationale nutrition santé (ENNS) 2006-2007, France métropolitaine. *Bull Epidémiol Hebd*. 2013;(31):378-85. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV11694
- [11] Statistique Canada. Niveaux de cholestérol chez les adultes, 2012 à 2013. Feuilles d'information de la santé. [Internet]. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2014001/article/14122-fra.htm>
- [12] Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R, *et al.* Heart disease and stroke statistics - 2017 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*. 2017;135(10):e146-e603.
- [13] Étude Esteban (étude de santé sur l'environnement, la bio-surveillance, l'activité physique et la nutrition). Protocole 2012. Saint-Maurice: InVS; 2012; 52 p. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Esteban/L-etude-et-ses-objectifs>
- [14] Balicco A, Oleko A, Szego E, Bosch L, Deschamps V, Saoudi A, *et al.* Protocole Esteban : une Étude transversale de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (2014-2016). *Toxicologie Analytique et Clinique*. 2017;29(4):517-37.
- [15] Haute Autorité de santé. Fiche mémo. Principales dyslipidémies : stratégies de prise en charge. Saint-Denis: HAS; 2017. 10 p. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir4/fiche_memo_dyslipidemies_v2.pdf
- [16] Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique. Recommandations. Saint-Denis: Afssaps; 2005. 10 p. http://www.medicine.ups-tlse.fr/DCEM2/MODULE%209/item_129/recommandations/AFSSAPS_2005_Dyslipemies.pdf
- [17] Mandereau-Bruno L, Denis P, Fagot-Campagna A, Fosse-Edorh S. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement et disparités territoriales en France en 2012. *Bull Epidémiol Hebd*. 2014;(30-31):493-9. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV12280
- [18] Perrine A-L, Lecoffre C, Blacher J, Olié V. L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006. *Bull Epidémiol Hebd*. 2018;(10):170-9. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/SPF00000016
- [19] Golubic R, May AM, Benjaminsen Borch K, Overvad K, Charles MA, Diaz MJ, *et al.* Validity of electronically administered recent physical activity questionnaire (RPAQ) in ten European countries. *PLoS One*. 2014;9(3):e92829.
- [20] Verdot C, Torres M, Salanave B, Deschamps V. Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006. *Bull Epidémiol Hebd*. 2017;(13):234-41. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV13382
- [21] Giampaoli S, Palmieri L, Donfrancesco C, Lo Noce C, Pilotto L, Vanuzzo D. Cardiovascular health in Italy. Ten-year surveillance of cardiovascular diseases and risk factors: Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey 1998-2012. *Eur J Prev Cardiol*. 2015;22(2 Suppl):9-37.
- [22] Alkerwi A, Pagny S, Lair ML, Delagardelle C, Beissel J. Level of unawareness and management of diabetes, hypertension, and dyslipidemia among adults in Luxembourg: Findings from ORISCAV-LUX study. *PLoS One*. 2013;8(3):e57920.
- [23] Tuppin P, Ricci-Renaud P, de Peretti C, Fagot-Campagna A, Gastaldi-Menager C, Danchin N, *et al.* Antihypertensive, anti-diabetic and lipid-lowering treatment frequencies in France in 2010. *Arch Cardiovasc Dis*. 2013;106(5):274-86.
- [24] Assurance maladie. Proposition sur les charges et produits de l'Assurance maladie pour 2008. Paris: Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés; 2007. 65 p. https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-activite-charges-produits-08_assurance-maladie.pdf
- [25] Assurance maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie des travailleurs salariés 2016. 178 p. https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-activite-charges-produits-17_assurance-maladie.pdf
- [26] Ferrières J, Bongard V, Dallongeville J, Arveiler D, Cottel D, Haas B, *et al.* Trends in plasma lipids, lipoproteins and dyslipidaemias in French adults, 1996-2007. *Arch Cardiovasc Dis*. 2009;102(4):293-301.
- [27] Nuotio J, Oikonen M, Magnussen CG, Jokinen E, Laitinen T, Hutri-Kahonen N, *et al.* Cardiovascular risk factors in 2011 and secular trends since 2007: The Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *Scand J Public Health*. 2014;42(7):563-71.
- [28] Carroll MD, Kit BK, Lacher DA, Shero ST, Mussolino ME. Trends in lipids and lipoproteins in US adults, 1988-2010. *JAMA*. 2012;308(15):1545-54.
- [29] Ford ES, Capewell S. Trends in total and low-density lipoprotein cholesterol among U.S. adults: Contributions of changes in dietary fat intake and use of cholesterol-lowering medications. *PLoS One*. 2013;8(5):e65228.
- [30] Kuklina EV, Yoon PW, Keenan NL. Trends in high levels of low-density lipoprotein cholesterol in the United States, 1999-2006. *JAMA*. 2009;302(19):2104-10.
- [31] División Garrote JA, Massó Orozco J, Carrión Valero L, López Abril J, Carbayo Herencia JA, Artigao Rodenas LM, *et al.* [Trends in prevalence of risk factors and global cardiovascular risk in general population of Albacete, Spain (1992-94 a 2004-06)]. *Rev Esp Salud Publica*. 2011;85(3):275-84.
- [32] Estoppey D, Paccaud F, Vollenweider P, Marques-Vidal P. Trends in self-reported prevalence and management of hypertension, hypercholesterolemia and diabetes in Swiss adults, 1997-2007. *BMC Public Health*. 2011;11:114.
- [33] Bezin J, Francis F, Nguyen NV, Robinson P, Blin P, Fourrier-Réglat A, *et al.* Impact of a public media event on the use of statins in the French population. *Arch Cardiovasc Dis*. 2017;110(2):91-8.
- [34] Antiochos P, Marques-Vidal P, Waeber G, Vollenweider P. Five year trends in dyslipidaemia prevalence and management in Switzerland: The CoLaus study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2015;25(11):1007-15.
- [35] Kotseva K, De Bacquer D, Jennings C, Gyberg V, De Backer G, Rydén L, *et al.* Time trends in lifestyle, risk factor control, and use of evidence-based medications in patients with coronary heart disease in Europe: Results from 3 EUROASPIRE Surveys, 1999-2013. *Global Heart*. 2017;12(4):315-22.e3.
- [36] Pajak A, Szafraniec K, Polak M, Polakowska M, Kozela M, Piotrowski W, *et al.* Changes in the prevalence, treatment, and control of hypercholesterolemia and other dyslipidemias over 10 years in Poland: The WOBASZ study. *Pol Arch Med Wewn*. 2016;126(9):642-52.

Citer cet article

Lecoffre C, Perrine AL, Blacher J, Olié V. Cholestérol LDL chez les adultes en France métropolitaine : concentration moyenne, connaissance et traitement en 2015, évolutions depuis 2006. *Bull Epidémiol Hebd*. 2018;(37):710-8. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/37/2018_37_1.html

IMPACT, PRÉVENTION ET GESTION DU RISQUE INFECTIEUX ÉPIDÉMIQUE (INFECTIONS RESPIRATOIRES ET GASTRO-ENTÉRITES AIGÜES) DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES D'OCCITANIE AU COURS DE LA SAISON HIVERNALE 2016-2017

// IMPACT, PREVENTION AND MANAGEMENT OF EPIDEMIC INFECTIOUS RISK (ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS AND ACUTE GASTROENTERITIS) IN THE OCCITANIE (FRANCE) LONG-TERM CARE FACILITIES FOR THE ELDERLY DURING THE 2016-17 WINTER SEASON

Cécile Durand¹ (cecile.durand@santepubliquefrance.fr), Anne Guinard¹, Pierre Sabatier¹, Cécile Mourlan², Sophie Vandesteene², Damien Mouly¹

¹ Santé publique France, Cellule d'intervention en région Occitanie, Toulouse, France

² CPias Occitanie, France

Soumis le 23.05.2018 // Date of submission: 05.23.2018

Résumé // Abstract

Du fait de leur morbi-mortalité importante, les infections en Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) constituent une problématique majeure. Un système de surveillance des infections respiratoires aiguës (IRA) et des gastro-entérites aiguës (GEA) en Ehpad a été mis en place depuis 2010 en Occitanie et il convenait de l'évaluer.

Une enquête descriptive transversale a été réalisée durant l'été 2017 afin de décrire rétrospectivement les épisodes de cas groupés survenus entre le 1^{er} octobre 2016 et le 30 avril 2017, la préparation des établissements au risque infectieux et leur perception du système de surveillance. Un échantillon stratifié de 412 Ehpad (50% des Ehpad de la région) a été constitué à partir du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux. Les données étaient collectées au moyen d'un questionnaire en ligne.

Au total, 67% des Ehpad de l'échantillon ont participé à l'enquête. Concernant la survenue d'épisodes de cas groupés, 28,4% [22,7-34,2] des Ehpad ont connu au moins un épisode d'IRA et 20,6% [15,2-26,0] au moins un épisode de GEA. La majorité des caractéristiques de ces épisodes étaient proches de celles des épisodes signalés dans le cadre de la surveillance hivernale. Le renforcement des mesures d'hygiène et le maintien en chambre des malades ont été les mesures mises en place le plus rapidement, suivies des mesures d'informations, de la limitation des activités collectives et des visites. La couverture vaccinale antigrippale des soignants était encore très insuffisante (30,4% [26,4-34,3]), notamment dans le secteur public.

Différentes pistes d'amélioration sont évoquées dans cette enquête pour améliorer la prévention et la gestion du risque infectieux dans les Ehpad.

Because of their significant morbidity and mortality, infections in long term care facilities for the elderly (LTCFE) are a major problem. A surveillance system of acute respiratory infections (ARI) and acute gastroenteritis (AGE) in LTCFE has been implemented since 2010 in Occitanie (France), which should be evaluated.

A cross-sectional descriptive survey was conducted during the summer of 2017 to retrospectively describe the outbreaks that occurred between 1 October 2016 and 30 April 2017, the preparation of LTCFE for risks of infections and their opinion about the surveillance system. A stratified sample of 412 LTCFE (50% of regional LTCFE) was constructed from the National File of Sanitary and Social Institutions. The data was collected using an online questionnaire.

In total, 67% of the LTCFE in the sample participated in the survey. Regarding the outbreaks, 28.4% [22.7-34.2] of LTCFE experienced at least one outbreak of ARI and 20.6% [15.2-26.0] at least one outbreak of AGE. Most of the characteristics of these outbreaks were close to those of the outbreaks reported during winter surveillance. The strengthening of hygiene measures and the isolation of the sick are the measures implemented most rapidly, followed by measures of information, the limitation of collective activities and visits. Influenza vaccine coverage among caregivers was still inadequate (30.4% [26.4-34.3]), especially in public LTCFEs.

Various lines of improvement are mentioned in this survey to improve the prevention and management of infectious risk in LTCFEs.

Mots-clés : Infections respiratoires aiguës, Gastro-entérites aiguës, Ehpad, Cas groupés, Prévention

// **Keywords:** Acute respiratory infections, Acute gastroenteritis, Long term care facilities for the elderly, Outbreaks, Prevention

Introduction

Le risque infectieux dans les EHPAD

En janvier 2016 la France comptait, selon l'enquête EHPA 2015 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess), près de 7 400 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) permettant d'accueillir plus de 600 000 de ces personnes et de leur dispenser des soins médicaux et paramédicaux adaptés. Les infections en Ehpad constituent une problématique de santé publique majeure, dans la mesure où elles concernent une collectivité de sujets fragiles (polyopathie, immunosénescence, dénutrition). Les infections ont également un impact organisationnel en perturbant le bon fonctionnement des établissements. L'enquête Prev'Ehpad 2016 avait révélé un taux de prévalence des infections associées aux soins dans les Ehpad de 3,04% [2,65-3,42], dont 35,5% relevaient de la sphère pulmonaire (pneumonies et infections respiratoires basses), constituant ainsi la deuxième cause d'infection en Ehpad après les infections urinaires¹. De plus, les infections respiratoires aiguës (IRA) représentaient également la première cause de mortalité infectieuse en établissement pour personnes âgées et la première cause infectieuse de transfert vers l'hôpital^{2,3}. Dans l'enquête HALT 2010 sur la prévalence des infections associées aux soins en Ehpad en Europe, les infections gastro-intestinales représentaient quant à elles 1,6% des infections⁴. Un nombre important de cas groupés de gastro-entérites aiguës (GEA) est observé chaque année en Ehpad, accompagné d'un risque de propagation rapide et de déshydratation sévère. Dans ce contexte, le Haut Conseil de la santé publique a émis des recommandations en 2010 et 2012^{5,6}, reprises par la Direction générale de la santé en 2012⁷.

Le dispositif de surveillance

Le dispositif de surveillance des cas groupés d'IRA et de GEA dans les Ehpad a été mis en place en 2010 en Midi-Pyrénées et en Languedoc-Roussillon, avec pour objectif d'en réduire l'impact sanitaire. Il était coordonné par la Cellule d'intervention en région (Cire) de l'Institut de veille sanitaire (devenu Santé publique France en mai 2016), en collaboration avec l'Agence régionale de santé (ARS) et le Centre régional d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPias, ex-Arlin : Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales).

Chaque année, en début de saison hivernale, la Cire Occitanie fait parvenir aux Ehpad des outils de surveillance et de gestion des cas groupés d'IRA et de GEA (fiche de signalement, conduite à tenir, courbe épidémique...) utilisables toute l'année, mais avec un suivi particulier entre le 1^{er} octobre et le 30 avril. Ces outils, élaborés conjointement avec le CPias et l'ARS, sont disponibles sur le site de l'ARS Occitanie⁽¹⁾.

(1) <https://www.occitanie.ars.sante.fr/infections-respiratoires-et-gastroenterites-aigues-en-ehpad>

Lors de la survenue d'un épisode de cas groupés, les Ehpad doivent réaliser un signalement auprès de la Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS) de l'ARS Occitanie. En présence de critères de gravité, un appui externe peut être proposé.

Au cours de la saison hivernale 2016-2017, les Ehpad ont été particulièrement impactés par l'épidémie grippale, quasi-exclusivement due au virus grippal A(H3N2), avec 1 903 épisodes d'IRA signalés à l'échelle nationale⁸, dont 148 en Occitanie⁹.

À l'heure de la fusion des régions Midi-Pyrénées (MP) et Languedoc-Roussillon (LR) et au vu de la saison échuë, il semblait pertinent d'évaluer en 2017 le dispositif de surveillance, afin d'avoir une base de réflexion sur les pratiques dans la grande région Occitanie.

De plus, le signalement de cas groupés repose sur une participation volontaire des établissements et il semblait nécessaire d'évaluer l'exhaustivité de ces signalements parmi l'ensemble des épisodes réellement survenus.

Les objectifs de l'étude étaient de :

- quantifier et décrire rétrospectivement les épisodes de cas groupés (au moins 5 cas d'IRA ou de GEA en 4 jours) survenus au cours de la saison hivernale 2016-2017 dans l'ensemble des Ehpad de la région, et les comparer avec les épisodes déclarés dans le cadre de la surveillance ;
- décrire les mesures de gestion et d'appui mises en place durant ces épisodes ;
- décrire la préparation des établissements au risque infectieux en amont de la saison hivernale ;
- apprécier la perception des Ehpad concernant la surveillance et la gestion des cas groupés et recueillir des pistes d'amélioration.

Matériel – Méthodes

L'enquête était une étude descriptive transversale rétrospective portant sur la période du 1^{er} octobre 2016 au 30 avril 2017.

La population cible était l'ensemble des Ehpad d'Occitanie. La population source était de 824 Ehpad inscrits dans le Finess au 15 mai 2017 et exerçant une activité d'hébergement permanent.

Les données étaient recueillies à l'aide d'un questionnaire électronique rempli par les médecins coordonnateurs, infirmiers ou hygiénistes référents entre juillet et septembre 2017. Le questionnaire relevait les caractéristiques des établissements, l'état des connaissances et les opinions sur la surveillance et la préparation au risque infectieux, ainsi que le bilan et la gestion des épisodes survenus au cours de la période. De même que lors de la surveillance hivernale, un épisode de cas groupés était défini comme la survenue d'au moins 5 cas d'IRA ou de GEA en 4 jours. À partir du recueil du nombre d'équivalents-temps-plein (ETP) de médecins coordonnateurs et du nombre de résidents, les établissements étaient classés comme ayant

un temps de présence de médecin coordonnateur suffisant ou insuffisant au vu des seuils explicités dans l'article 1 du décret n° 2011-1047¹⁰.

Après le lancement de l'enquête en juillet 2017, trois relances par courriel (en août) et deux relances téléphoniques (en septembre) étaient prévues afin de favoriser la participation et limiter les biais de sélection (taux de participation potentiellement supérieur parmi les Ehpad concernés ayant connu des épisodes de cas groupés).

Afin de disposer des moyens humains nécessaires à cette relance active des établissements, un échantillonnage à 50% a été décidé, soit 412 Ehpad. Pour cela, une stratification a été réalisée. Trois facteurs jugés comme pouvant avoir un effet potentiel sur la survenue et la gestion des cas groupés dans les Ehpad et présents dans la base de sondage ont été choisis comme variables de stratification : l'ancienne région (MP ou LR), la capacité d'accueil (<45 résidents, 45-99, >99) et le statut (public/privé). Douze strates ont ainsi été créées avec des fractions de sondage différentes (8 strates intégralement recensées parmi les petits et les grands établissements et 4 strates d'établissements de taille moyenne sondées avec une fraction de sondage entre 27% et 45%) (figure 1).

Une analyse descriptive a été réalisée en prenant en compte le plan de sondage et une correction en population finie, afin de présenter des estimations sur l'ensemble des Ehpad de la région. Le risque d'erreur admis pour les tests statistiques de comparaison de pourcentages (Chi2) ou de moyennes (Student) était de 5%. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Stata® 12.

Résultats

Caractéristiques des établissements

Parmi les 412 établissements de l'échantillon, 275 ont participé à l'enquête, soit 67% (voir la proportionnalité en figure 1).

Les distributions des Ehpad de la région obtenues à partir des 275 participants par ancienne région, taille et statut de l'établissement (région : 54,5% en ex-MP, 45,5% en ex-LR ; taille : 15,8% de petits, 74,1% de moyens et 10,1% de grands établissements ; statut : 45,4% publics, 54,6% privés) étaient comparables aux données de la base de sondage Finess sur l'ensemble des 824 Ehpad de la région (résultats non présentés). Deux départements étaient cependant légèrement sous-représentés dans l'enquête : le Tarn (3,8% [1,9-5,8] dans l'enquête vs 8,1% dans la base Finess) et l'Hérault (14,0% [10,3-17,8] vs 18,2%).

Le questionnaire a été renseigné en majorité par le médecin coordonnateur (52%), par un cadre infirmier ou infirmier référent (36%) et, plus rarement, par un hygiéniste (7%) ou par la direction ou administration (3%).

Un médecin coordonnateur était présent dans l'Ehpad en moyenne à 0,36 ETP [0,34-0,38] et son temps de présence était insuffisant par rapport au nombre de résidents dans 54,8% [48,7-61,0] des établissements. Parmi les établissements publics, 34,4% [28,3-40,5] étaient rattachés à un établissement de santé et, parmi les privés, 54,4% [44,4-64,4] appartenaient à un réseau ou à un groupe d'Ehpad. L'accès à une expertise en hygiène (convention avec un établissement, Équipe opérationnelle d'hygiène ou référent hygiène) était disponible pour 46,1% [40,8-52,8] des Ehpad.

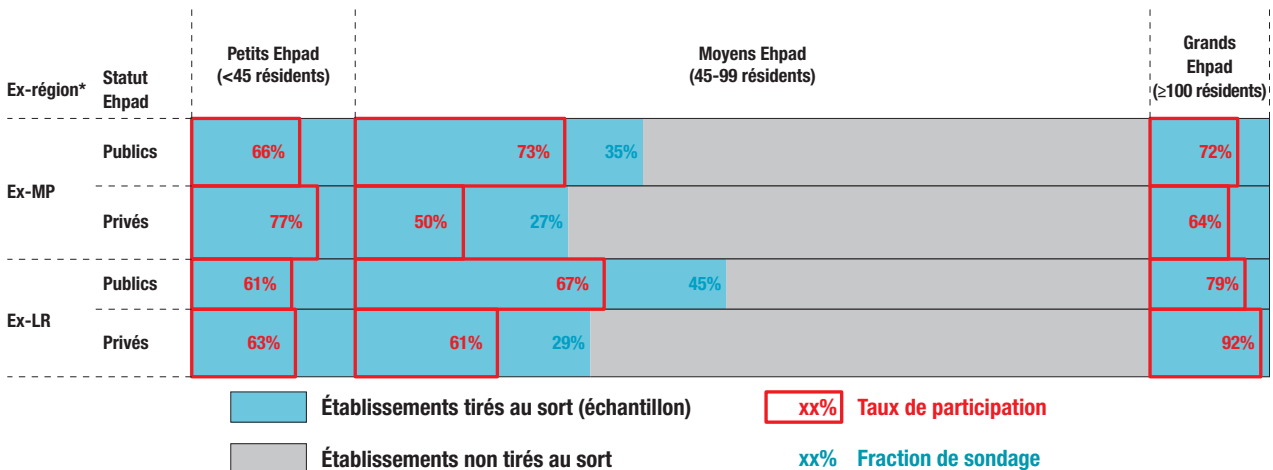
Bilan des épisodes de la saison hivernale 2016-2017

Entre le 1^{er} octobre 2016 et le 30 avril 2017, on estime que 265 épisodes d'IRA [210-320] et 162 épisodes de GEA [111-213] sont survenus dans l'ensemble des Ehpad de la région. Ces nombres correspondent à, respectivement, 28,4% [22,7-34,2] des Ehpad qui auraient connu au moins un épisode d'IRA et 20,6% [15,2-26,0] au moins un épisode de GEA.

Concernant les caractéristiques de l'épisode principal (épisode avec le plus grand nombre de résidents touchés), le taux d'attaque moyen estimé

Figure 1

Fraction de sondage et taux de participation dans les 12 strates d'Ehpad (selon l'ancienne région, la taille et le statut de l'établissement). Enquête Ehpad Occitanie 2017-Santé publique France



* Ex-MP = ancienne région Midi-Pyrénées / Ex-LR = ancienne région Languedoc-Roussillon.

chez les résidents (IRA : 27,5%, GEA : 28,6%) était cohérent avec le taux d'attaque moyen observé dans les épisodes signalés au cours de la surveillance hivernale (respectivement 28,8% et 32,7%). Chez les soignants, le taux d'attaque moyen estimé était supérieur au taux observé lors de la surveillance hivernale pour les épisodes d'IRA (13,4% vs 6,2%) mais en cohérence pour les épisodes de GEA (12,7% vs 10,8%). En termes de gravité, les taux d'hospitalisation estimés par l'enquête et observés dans le cadre de la surveillance étaient très proches pour les IRA (5,8% vs 6,4%) comme pour les GEA (0,6% vs 0,7%). En revanche, la létalité estimée était inférieure dans notre enquête par rapport à celle observée lors de la surveillance hivernale pour les épisodes de GEA (0,04% vs 0,3%), mais cohérente pour les IRA (3,3% vs 3,1%) (tableau).

Parmi les épisodes survenus, 73,9% [62,8-84,9] des épisodes d'IRA et 63,2% [48,2-78,3] des épisodes de GEA ont été signalés à l'ARS, soit une estimation de 196 épisodes d'IRA [151-240] et 106 épisodes de GEA [68-143] qui auraient été signalés par l'ensemble des Ehpad de la région. Ces chiffres sont proches des signalements parvenus à l'ARS dans le cadre de la surveillance hivernale durant la même période : 148 épisodes d'IRA et 101 épisodes de GEA (tableau). Les motifs de non signalement les plus fréquents étaient l'incertitude quant à l'origine de l'épisode, la surcharge de travail et l'identification tardive de l'épisode (notamment lorsque les cas étaient étalés dans le temps), mais très rarement une méconnaissance du système de signalement.

Mesures de gestion et d'appui lors des épisodes

Concernant la recherche étiologique, un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) a été utilisé dans 41,7% [29,9-53,4] des épisodes d'IRA et une coproculture a été réalisée dans 54,6% [35,9-73,3] des épisodes de GEA. Le principal obstacle cité pour l'utilisation des TROD était leur coût et leur difficulté de réalisation sur certains patients non coopérants.

Tableau

Comparaison des caractéristiques des épisodes régionaux d'IRA et de GEA estimées par l'enquête et des épisodes signalés au cours de la surveillance hivernale. Enquête Ehpad Occitanie 2017-Santé publique France

	IRA			GEA		
	Estimations enquête		Surveillance*	Estimations enquête		Surveillance*
	N	IC95%	N	N	IC95%	N
Épisodes survenus	264,9	209,9-319,8		161,8	111,0-212,6	
Épisodes signalés à l'ARS	195,6	151,1-240,1	148	105,6	67,7-143,5	101
	Moyenne**	IC95%**	Moyenne	Moyenne**	IC95%**	Moyenne
Taux d'attaque résidents	27,5	22,4-32,6	28,8	28,6	24,1-33,1	32,7
Taux d'attaque soignants	13,4	8,9-18,0	6,2	12,7	7,5-17,8	10,8
Taux d'hospitalisation résidents	5,8	3,2-8,3	6,4	0,6	0-1,3	0,7
Létalité résidents	3,3	1,9-4,8	3,1	0,04	0-0,1	0,3

* Données observées à partir des épisodes signalés lors de la surveillance hivernale du 1^{er} octobre 2016 au 30 avril 2017.

** Estimations obtenues à partir de l'épisode principal (celui avec le plus grand nombre de cas) décrit dans l'enquête.

IC95% : intervalle de confiance à 95%.

IRA : infection respiratoire aiguë ; GEA : gastro-entérite aiguë ; ARS : Agence régionale de santé.

Au cours de l'épisode principal, on note que la mise en place des précautions complémentaires telles que le renforcement des mesures d'hygiène (renforcement de l'hygiène des mains, port de masque et tablier lors des soins) et le maintien en chambre des malades ont été les mesures appliquées le plus rapidement. Les mesures d'information (résidents, familles, affiches), la limitation des activités collectives et des visites ont été prises plus tardivement. Enfin, le report des admissions était la mesure la moins fréquemment mise en œuvre (figure 2).

Les principaux obstacles rencontrés dans la mise en place de ces mesures étaient les difficultés d'acceptation par les familles de la suspension des visites, et la non-compliance à l'utilisation de masques et solutions hydro-alcooliques (SHA) pour l'hygiène des mains par les familles mais aussi les intervenants extérieurs. Des difficultés ont également été rapportées pour le maintien en chambre de patients atteints de troubles cognitifs et le besoin en personnel supplémentaire pour réaliser ces isolements (portage de repas en chambre...).

Parmi les Ehpad ayant rapporté des cas groupés, 25,4% [15,5-35,3] ont demandé un appui. Ce soutien était demandé à l'ARS (43,5% [31,0-56,1]), à l'hygiéniste de proximité (équipes opérationnelles ou mobiles d'hygiène...) (40,1% [27,4-52,9]) ou au CPIas (29,1% [2,4-55,8]), principalement afin de valider les mesures prises (86% [71-100]). Cet appui était jugé utile (note moyenne 8,9/10 [8,3-9,6]) et de qualité (9,1/10 [8,5-9,6]).

Préparation au risque infectieux en amont de la saison hivernale

La préparation des établissements au risque infectieux passe, en début de saison, par le rappel des bonnes pratiques (90,3% [86,4-94,1]) et par la promotion des vaccinations recommandées pour les résidents et le personnel ; puis tout au long de la saison, par la mise à disposition des moyens de protection et de diagnostic (masques, tabliers, TROD, SHA) ainsi que la surveillance des cas à l'aide d'un recueil systématique.

Concernant la vaccination, la couverture vaccinale antigrippale des résidents était de 86,0% [84,4-87,6] et l'objectif de 75% dans les groupes à risque (défini dans la loi de santé publique de 2004) était atteint dans 83,8% [78,7-88,9] des Ehpad. En revanche, pour le personnel soignant, bien que 94,7% [92,3-97,0] des Ehpad déclarent proposer la vaccination antigrippale à leur personnel, leur couverture vaccinale était encore très insuffisante (30,4% [26,4-34,3]), notamment dans le secteur public (25,7% [21,4-30,1] vs 33,6% [27,6-39,6] dans le privé ; p=0,038).

Concernant les moyens de protection, la disponibilité des masques (99,5% [98,6-100]), des tabliers (98,6% [97,0-100]) et de SHA (100%) était élevée. En revanche, la disponibilité des outils de diagnostic (TROD au sein de l'établissement, ou à défaut l'existence d'un accord formalisé avec un laboratoire) était insuffisante (51,5% [44,5-58,5]), notamment dans les plus petits établissements (48,7% et 49,5% dans les petits et moyens établissements vs 70,4% dans les grands établissements ; p=0,013).

Concernant le recueil des cas d'IRA et de GEA, respectivement 66,4% [60,4-72,3] et 65,2% [59,2-71,2] des Ehpad ont organisé un recueil systématique des cas tout au long de la saison. La fréquence de ce recueil augmentait avec la taille des établissements (respectivement pour IRA/GEA : petits=57,8%/53,0%, moyens=67,4%/66,4% et grands=77,4%/80,0% ; p=0,019/0,001).

Connaissances des acteurs et opinion des Ehpad sur la surveillance

Les Ehpad avaient une bonne connaissance des acteurs de la surveillance puisque 94,1% [91,3-96,8] connaissaient le CPIas, 80,1% [74,9-85,4] connaissaient la CVAGS et 64,2% [57,8-70,5] connaissaient la Cire. La Cire était mieux connue des plus grands établissements et, bien que non statistiquement significative, cette même tendance se retrouvait pour la CVAGS (respectivement petits=50,9%/76,1%, moyens=64,9%/80,0% et grands=77,6%/87,8% ; p=0,002/0,157).

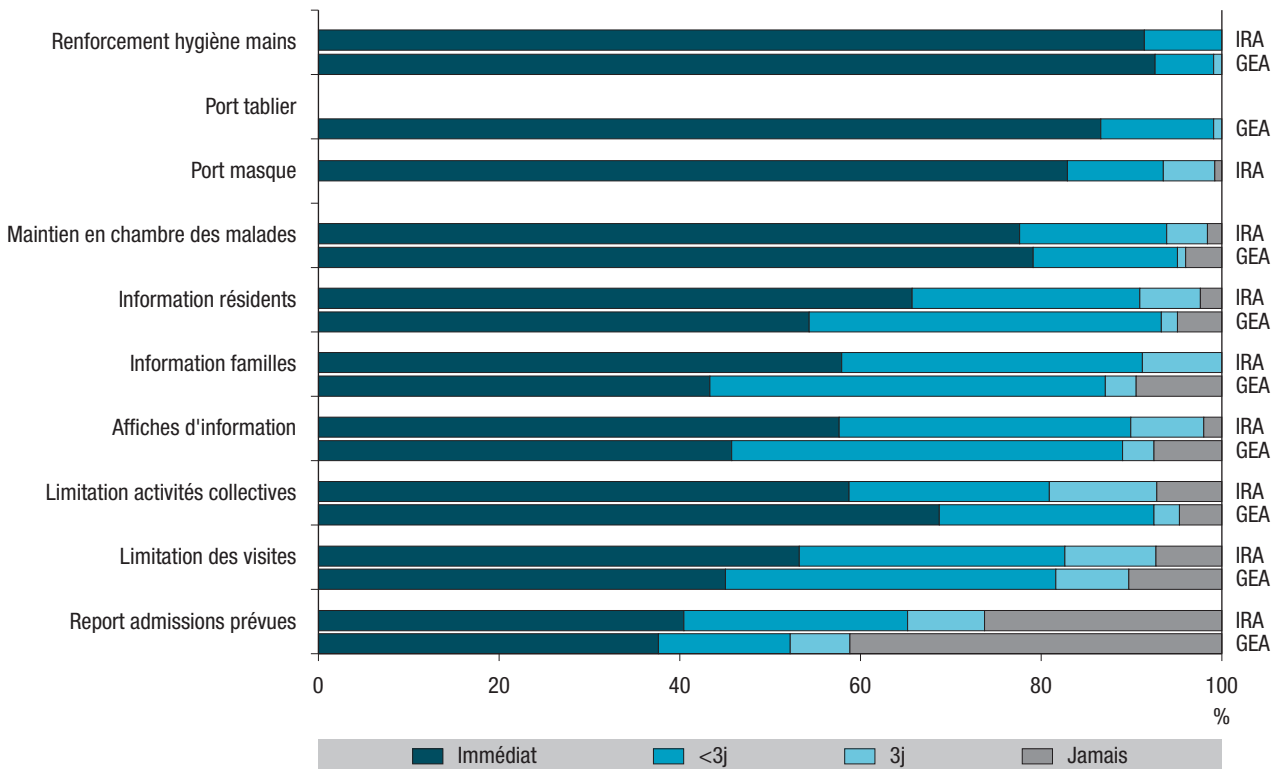
Les Ehpad jugeaient la surveillance globalement utile (note moyenne 8,6/10 [8,3-8,9]) et efficace (8,0/10 [7,6-8,3]) pour diminuer l'impact des épisodes infectieux, mais relevaient un manque de simplicité (7,1/10 [6,8-7,5]) et un manque d'intégration dans l'activité quotidienne de l'établissement (6,4/10 [6,0-6,8]).

Discussion – Conclusion

Avec un taux de participation de 67% sur un total de 412 Ehpad sollicités, la participation des établissements à l'enquête est très satisfaisante et supérieure aux taux de participation observés dans des études similaires dans d'autres régions¹¹⁻¹⁴. De plus, bien que la participation ait été basée sur le volontariat, l'échantillonnage ainsi que les relances par courriel et téléphone réalisées ont certainement permis de limiter au maximum les biais de sélection, même si on note une légère sous-représentation des Ehpad

Figure 2

Fréquence des mesures de contrôle selon leur délai de mise en place durant l'épisode principal d'IRA ou de GEA de la saison 2016-2017. Enquête Ehpad Occitanie 2017-Santé publique France



IRA : infection respiratoire aiguë ; GEA : gastro-entérite aiguë.

de deux départements. En outre, le remplissage quasi-exclusif du questionnaire par du personnel soignant (médecin coordonnateur, infirmier référent, hygiéniste) suggère également une bonne fiabilité des informations recueillies.

Cette enquête, réalisée durant l'été 2017, a permis de dresser un bilan d'une saison hivernale durant laquelle les Ehpad ont été particulièrement impactés par l'épidémie grippale^{8,9}. Le nombre et les caractéristiques des épisodes décrits sont relativement similaires aux épisodes signalés tout au long de la surveillance hivernale, ce qui suggère une bonne représentativité de cette surveillance. On note cependant que le taux d'attaque moyen des IRA chez les soignants estimé par l'enquête était supérieur à celui calculé lors de la surveillance hivernale. Ceci peut s'expliquer par une estimation partielle du nombre de soignants malades lors du signalement (les critères de signalement étant exclusivement basés sur le nombre de résidents malades) puis une absence d'actualisation de cette information lors de la clôture du signalement, minimisant ainsi l'impact final des IRA chez les soignants durant la surveillance hivernale. De la même manière, la létalité estimée par l'enquête pour les épisodes de GEA était inférieure à celle observée dans la surveillance, traduisant une potentielle sous-déclaration des épisodes les moins graves lors de la surveillance hivernale des GEA.

L'identification précoce des épisodes de cas groupés semble être un problème pour les établissements, notamment pour les épisodes d'IRA, lorsque les cas sont étalés sur plusieurs jours avec des symptomatologies pas toujours évocatrices, ou survenant le week-end en effectif soignant réduit. L'amélioration de la surveillance par la mise en place d'un recueil systématique et continu de tous les cas observés, paraît nécessaire à rappeler afin de détecter précocement les épisodes et limiter ainsi leur impact. L'utilisation d'un tableur informatique pour recenser chaque cas observé, un rappel quotidien sur ordinateur ou un affichage dans la salle de soins pourraient être des suggestions d'organisation.

Le signalement semble également perfectible, notamment pour les épisodes de GEA. Les établissements ont pour cela suggéré une simplification de la déclaration, avec notamment une dématérialisation de la fiche de signalement, ce qui devrait être mis en place d'ici 2020.

La disponibilité en TROD et leur utilisation optimale pour la confirmation des cas groupés de grippe sont également à développer, notamment dans les petits établissements qui sont aussi ceux le moins souvent rattachés à un établissement de santé. Des solutions locales devraient être recherchées pour lever les principaux freins à leur utilisation, qui sont leur coût (par exemple, organiser en amont de la saison, un accord avec des laboratoires de ville ou hospitaliers ou une mutualisation entre Ehpad) et leur performance (respect des consignes de réalisation

en période épidémique sur au moins trois malades depuis moins de 48 heures¹, choix d'un TROD avec une sensibilité satisfaisante selon l'évaluation du CNR⁽²⁾).

Enfin, la mise en œuvre immédiate des mesures autour des premiers cas (notamment les précautions complémentaires gouttelettes (IRA) ou contact (GEA)) doit être systématique afin de garantir le contrôle de l'épidémie. Pour cela, des difficultés organisationnelles ont été rapportées par les Ehpad, comme la non-adhésion des familles et des intervenants extérieurs qu'il conviendrait de sensibiliser au maintien des malades en chambre, à l'intérêt de la limitation des visites, à la vaccination et à l'utilisation des masques et des SHA. Des courriers ou des réunions d'informations aux familles pour expliquer les mesures mises en place pourraient leur permettre de comprendre la démarche de l'établissement et ainsi d'améliorer leur adhésion. L'implication du médecin coordonnateur auprès des médecins traitants est également primordiale. Ceux-ci doivent être sensibilisés à la dimension collective du risque et aux enjeux du signalement interne.

On note une couverture vaccinale antigrippale du personnel très insuffisante et un taux d'attaque des IRA non négligeable parmi les soignants, ces derniers contribuant ainsi à la contamination des résidents dont l'immunité ne permet pas une protection vaccinale optimale. Au vu de ces éléments, il conviendrait d'augmenter significativement la couverture vaccinale antigrippale des soignants par des mesures incitatives adaptées : implication de la médecine du travail à la sensibilisation du personnel, campagne de vaccination organisée au sein de l'établissement...

Enfin, concernant la perception des Ehpad de la surveillance et de la gestion des cas groupés, on note une bonne connaissance des acteurs régionaux et une bonne appréciation de l'utilité et de l'efficacité du système de surveillance, mais des évolutions sont toutefois demandées concernant sa simplicité et son intégration à l'organisation locale, notamment aux logiciels de soin.

De manière plus globale, la prévention et la gestion du risque infectieux en Ehpad nécessiterait un ensemble de mesures de sensibilisation et de renfort en personnel et des échanges réguliers entre établissements et des hygiénistes. Le déploiement d'équipes mobiles en hygiène pour les Ehpad prévu en 2018 par l'ARS Occitanie devrait permettre d'améliorer la prévention et la gestion de ces épisodes. ■

Remerciements

Nous tenons à remercier l'ensemble des Ehpad de la région Occitanie, le CPIas Occitanie et la CVAGS de l'ARS Occitanie.

Références

[1] Savey A, Machut A, Barreto C. Enquête nationale de prévalence des infections associées aux soins et des traitements antibiotiques en Établissements d'hébergement pour

⁽²⁾ https://www.pasteur.fr/sites/default/files/rubrique_pro_sante_publicque/les_cnr/trod-grippe-france-2017-21-09-2017.pdf

personnes âgées dépendantes. Résultats nationaux 2016. Saint-Maurice: Santé publique France; 2017. 67 p. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV13565

[2] Carratalà J, Mykietiuk A, Fernández-Sabé N, Suárez C, Dorca J, Verdaguer R, *et al.* Health care-associated pneumonia requiring hospital admission: Epidemiology, antibiotic therapy, and clinical outcomes. *Arch Intern Med.* 2007;167(13):1393-9.

[3] Aronow WS. Clinical causes of death of 2372 older persons in a nursing home during 15-year follow-up. *J Am Dir Assoc.* 2000;1:95-6.

[4] Thiolet JM. Enquête de prévalence des infections en établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes. France, juin-septembre 2010. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2011. 38 p. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV10021

[5] Haut Conseil de la santé publique - Commission spécialisée Maladies transmissibles. Recommandations relatives aux conduites à tenir devant des gastro-entérites aiguës en établissement d'hébergement pour personnes âgées. Paris: HCSP; 2010. 77 p. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=129>

[6] Haut Conseil de la santé publique. Conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës en Ehpad. Paris: HCSP; 2012. 59 p. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=288>

[7] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Instruction DGS/RI1/DGCS n° 2012-433 du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastro-entérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées. BO Santé-Protection sociale-Solidarité. 2013 ;(1):304-327. https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-01/ste_20130001_0100_0094.pdf

[8] Équipes de surveillance de la grippe. Surveillance de la grippe en France, saison 2016-2017. *Bull Epidémiol Hebd.* 2017;(22):466-75. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV13502

[9] Santé publique France, Cire Occitanie. Surveillance sanitaire en région Occitanie. Grippe : Bilan de l'épidémie hivernale 2016-2017. Point épidémiologique Grippe. Mai 2017. <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Publications-et-outils/Points-epidemiologiques/Tous-les-numeros/Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrenees/2017/Surveillance-de-la-grippe-en-Occitanie.-Bilan-de-l-epidemie-hivernale-2016-2017>

[10] Art. D312-156 du décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant

des personnes âgées dépendantes. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=9EAC51AF6E647975FB4410C450881E89.tplIgr31s_2?idArticle=JORFARTI000024532253&cidTexte=JORFTEXT000024532249&dateTexte=29990101&categorieLien=id

[11] Santé publique France, Cire Auvergne-Rhône-Alpes. Enquête 2015 sur la surveillance et la gestion des cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA) et gastro-entérites aiguës (GEA) en Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en Rhône-Alpes. BVS n°1. 2017. 17 p. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Auvergne-Rhone-Alpes/Bulletin-de-veille-sanitaire-Auvergne-Rhone-Alpes.-n-1-Mai-2017>

[12] Santé publique France, Cire Ouest – ARS Bretagne. Surveillance des cas groupés d'IRA et GEA en collectivités de personnes âgées en Bretagne. Point épidémiologique au 22 juin 2015. 4 p. <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Publications-et-outils/Points-epidemiologiques/Tous-les-numeros/Ouest-Bretagne/2015/Surveillance-des-cas-groupes-d-IRA-et-GEA-en-collectivites-de-personnes-agees-en-Bretagne.-Point-epidemiologique-au-22-juin-2015>

[13] Santé publique France, Cire Auvergne. Surveillance des épidémies d'infections respiratoires aiguës et des gastro-entérites aiguës dans les Ehpad de la région Auvergne. 2013-2014. *Bulletin de Veille Sanitaire Auvergne.* 2014;(23):1-11. <http://invs.santepubliquefrance.fr//Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Auvergne/Bulletin-de-veille-sanitaire-Auvergne.-n-23-October-2014>

[14] Santé publique France, Cire Pays de la Loire. Surveillance des épidémies d'infections respiratoire aiguës et de gastro-entérites aiguës dans les Ehpad des Pays de la Loire, bilan saison 2014-2015 et comparaison avec 2 autres saisons de surveillance (2010-11 et 2012-13). *Bulletin de Veille Sanitaire Pays de la Loire.* 2016 ;(33):1-11. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Pays-de-la-Loire/Bulletin-de-veille-sanitaire-Pays-de-la-Loire.-n-33-Juin-2016>

Citer cet article

Durand C, Guinard A, Sabatier P, Mourlan C, Vandesteene S, Mouly D. Impact, prévention et gestion du risque infectieux épidémique (infections respiratoires et gastro-entérites aiguës) dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées d'Occitanie au cours de la saison hivernale 2016-2017. *Bull Epidémiol Hebd.* 2018;(37):719-25. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/37/2018_37_2.html

CONSOMMATIONS PRÉOCCUPANTES DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES PARMIL LES CONSULTANTS DES CeGIDD. LANGUEDOC-ROUSSILLON, 2014

// PSYCHOACTIVE SUBSTANCES CONSUMPTION OF CONCERN AMONG PEOPLE ATTENDING FREE
AND ANONYMOUS SCREENING AND STI CENTERS (CeGIDD). LANGUEDOC-ROUSSILLON, FRANCE, 2014

Cyril Rousseau¹ (cyril.rousseau@santepubliquefrance.fr), Quiterie Mano¹, Hélène Peyrière^{2,3}, Vincent Tribout⁴,
Jean-Marc Jacquet^{5,6}, Milagros Ferreyra⁷, Elisabete de Carvalho⁸, Isabelle Brosson⁹, Jocelyne Verdier⁷, Jérôme Derrien¹⁰,
Jacques Reynes^{3,4,11} et le groupe des investigateurs*

¹ Santé publique France, Cellule d'intervention en région Occitanie (Cire), Toulouse, France

² Centre d'addictovigilance, CHU Montpellier, France

³ TransVIH-MI IRD UMI 233, Inserm U1175, Université de Montpellier, France

⁴ Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD), Montpellier, France

⁵ Département des maladies infectieuses et tropicales, CHU de Montpellier, France

⁶ Service d'addictologie, CHU de Nîmes, France

⁷ CeGIDD Perpignan, CH Perpignan, France

⁸ Sida info service, France

⁹ CeGIDD Nîmes, France

¹⁰ Équipe nationale d'intervention en prévention et santé pour les entreprises (Enipse), Paris, France

¹¹ Comité de coordination régionale de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine (Corevih) Occitanie, UMI 233/Inserm U1175, Montpellier, France

* Investigateurs : P. Belalbre, M. Ferreyra, H. Aumaître, J. Verdier, I. Brosson, V. Tribout, JM. Jacquet, J. Crouzet, T. Fraisse, N. Morla, M. Favre, D. Ruiz.

Soumis le 13.04.2018 // Date of submission: 04.13.2018

Résumé // Abstract

Cette étude transversale, basée sur un questionnaire anonyme, décrit la consommation de substances psychoactives (SPA) parmi les personnes fréquentant les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD) de la région Languedoc-Roussillon en 2014, leurs caractéristiques et comportements sexuels à risque, ainsi que leur perception du risque d'infection par le VIH.

Les 5 368 participants, d'âge médian 24 ans, étaient pour 56% des hommes, dont 19% d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), et pour 44% des femmes dont 6% de femmes homo- ou bisexuelles. Les personnes ayant déjà consommé des SPA représentaient 53% des participants, avec le cannabis en tête, mais aussi des stimulants (cocaïne) et des hallucinogènes à une fréquence significative ; 7% des usagers consommaient au moins trois SPA. À l'aide d'une analyse des correspondances multiples et d'une classification ascendante hiérarchique, sept profils de consommateurs ont été identifiés, dont notamment un profil d'étudiants consommateurs et expérimentateurs de cannabis, cocaïne, poppers et hallucinogènes, un profil de polyconsommateurs de SPA utilisées en contexte sexuel, comportant une forte proportion de jeunes HSH et de jeunes femmes bisexuelles, et un profil de consommateurs plus âgés, consommant significativement de l'héroïne. Alors que les prises de risque sexuel en lien avec les SPA et l'alcool sont nombreuses, la perception du risque sexuel est peu élevée et peu différenciée entre les différents consommateurs de SPA, à l'exception des HSH qui se perçoivent davantage à risque. Ces résultats plaident pour une prévention adaptée aux comportements des usagers, à l'occasion du dépistage, dans une optique de réduction simultanée des risques sexuels et des risques attachés aux consommations de substances psychoactives.

This cross-sectional study, based on an anonymous questionnaire, describes the consumption of psychoactive substances by people attending free and anonymous screening STIs centers (CeGIDD) of Languedoc-Roussillon (France) in 2014, their characteristics and sexual risk behaviors, and their perception of the risk of HIV infection.

The 5 368 participants, with a median age of 24 years, included 56% men, among whom 19% men who have sex with men (MSM), and 44% women among whom 6% bisexual or lesbian women. People who had already used psychoactive substances accounted for 53% of participants, with cannabis heading the list, but also stimulants (cocaine) and hallucinogens at a significant frequency. Seven percent of users consumed at least 3 psychoactive substances. Using a multiple correspondence analysis and an ascending hierarchical classification, seven consumer profiles were identified, in particular a profile of students using and experiencing cannabis, cocaine, poppers and hallucinogens, a profile of multidrug users with practices of chemsex with a strong proportion of young MSM and bisexual women, and a profile of older heroin consumers. While the sexual risk-taking in connection with psychoactive and alcohol are high, the perception of the sexual risk is no very high undifferentiated between the various consumers with the exception of the MSM who perceive themselves to be more at

risk. These results plead for a prevention adapted to the behavior of the users, on the time of screening, with a view to reduce simultaneously sexual risks and the risks linked to the consumption of psychoactive substances.

Mots-clés : Dépistage, VIH, Substances psychoactives, Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
// Keywords: HIV testing, HIV, Psychoactive substances, Men who have sex with men

Contexte

Sur 6 000 nouvelles contaminations par le VIH recensées chaque année en France, l'Occitanie est la deuxième région métropolitaine (hors Île-de-France) la plus touchée, avec 77 nouveaux cas par million d'habitants par an en 2016¹. Par ailleurs, l'ex-région Languedoc-Roussillon arrivait en tête pour la consommation de substances psychoactives (SPA) en population générale chez les 15-30 ans en 2010². L'enquête Prevagay 2015, menée parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) fréquentant des lieux de convivialité gay, a rapporté une prévalence élevée du VIH à Montpellier (16,9%)³ et une forte consommation de SPA en contexte sexuel (dénommée chemsex), estimée à 22% [communication personnelle], ainsi que d'alcool. Les acteurs de terrain, le Comité de coordination régionale de lutte contre l'infection due au virus de l'immuno-déficience humaine (Corevih) et l'Agence régionale de santé (ARS) faisaient un constat similaire parmi le public fréquentant les centres de dépistage, dans un contexte de recul général de l'utilisation du préservatif^{4,5}. Parallèlement, certaines SPA sont consommées spécifiquement dans le cadre du chemsex, en particulier les poppers, le GHB et les cathinones de synthèse. Le « slam » correspond à l'injection de SPA en contexte sexuel. Les infectiologues ont rapporté une consommation élevée de SPA liées au chemsex parmi les patients HSH suivis pour le VIH, dont ceux qui étaient nouvellement infectés⁶. Une relation entre consommation d'alcool^{7,8} et/ou de SPA^{9,10} et comportements à risque d'infection sexuellement transmissible (IST) a été identifiée chez les adolescents, les HSH et les femmes hétérosexuelles. Dans un contexte d'individualisation de la prévention, l'identification des leviers destinés à réduire les risques vis-à-vis des SPA ou de l'alcool et les comportements à risque d'exposition au VIH et aux IST, est apparue comme un enjeu majeur pour les acteurs régionaux en matière de santé sexuelle.

Au regard de l'ensemble de ces constatations, une enquête auprès des consultants des centres gratuits d'information, dépistage et diagnostic des infections par le VIH et les hépatites virales (CeGIDD, anciennement Ciddist) a été réalisée dans la région Languedoc-Roussillon. Elle avait pour objectif de décrire les caractéristiques de ces consultants, en particulier leur consommation de SPA, leurs prises de risque sexuel vis-à-vis du VIH et leur perception de ce risque. Le questionnaire était proposé à tout consultant, à l'exception des personnes venant s'informer de leurs résultats. Dans cet article, nous présentons essentiellement les résultats concernant les consommations de SPA et la caractérisation des pratiques de ces consommateurs.

Méthode

Cette enquête, réalisée de janvier à avril 2014 auprès des consultants des 11 CeGIDD du Languedoc-Roussillon, est descriptive, transversale, basée sur un auto-questionnaire anonyme et non indemnisé.

Les données collectées étaient sociodémographiques et comportementales. Les questions abordaient la fréquence de consommation de SPA : « régulière » avec plusieurs prises dans le dernier mois, « mensuelle » avec une prise dans le dernier mois, « dans l'année » avec au moins une prise dans la dernière année, « expérimentale » avec au moins une prise dans la vie. Les SPA suivies étaient les suivantes : cannabis, poppers/solvants, cocaïne/ecstasy/amphétamines, hallucinogènes de type champignons/kétamine/LSD, GHB/GBL, héroïne, cathinones et autres nouveaux produits de synthèse, avec le sniff ou l'injection comme mode de consommation. La polyconsommation était définie par au moins deux SPA consommées non expérimentalement, sans qu'il soit possible de dire qu'il s'agissait d'usage concomitant.

Le questionnaire recueillait également la connaissance du statut VIH des partenaires, le nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois, les antécédents de dépistage et d'IST. Le risque perçu d'infection par le VIH était autoévalué au moyen d'une échelle de 0 à 10 (« 0 » : absence de risque, « 10 » : risque élevé). La prise de risque sexuel était basée sur les comportements déclarés, définie par le fait d'avoir utilisé irrégulièrement ou jamais le préservatif avec les partenaires occasionnels pour les pénétrations dans les 12 derniers mois. La fréquence déclarée de prise de risque sexuel liée à la consommation de SPA et/ou d'alcool était recueillie.

Dans un premier temps, la représentativité des personnes ayant accepté de participer a été étudiée. Les personnes sexuellement inactives, celles n'ayant pas renseigné leur sexe et celles n'ayant pas fourni des données complètes sur leur consommation de SPA ont été exclues de l'analyse.

La description des caractéristiques des participants a été réalisée au moyen des tests du Chi2 et de Fischer.

Ensuite, pour définir des profils de consommation de SPA, des méthodes d'analyse factorielle et de classification – analyse des correspondances multiples (ACM) suivie d'une classification ascendante hiérarchique (CAH) – ont été utilisées. Les variables actives utilisées pour l'ACM étaient les fréquences de consommation des SPA, pour lesquelles les modalités les plus faibles ont été regroupées ; seuls les axes ayant une inertie supérieure à 5% ont été retenus pour la CAH. La CAH étant une méthode n'imposant

pas un nombre de classes *a priori*, le nombre optimal de classes a été déterminé à l'aide de l'observation combinée des évolutions du *cubic clustering criterion* en fonction du nombre de classes, du pseudo-F et du pseudo-T², ainsi que du dendrogramme. Enfin, ces profils ont été décrits pour les principales variables sociodémographiques, comportementales et de perception du risque vis-à-vis du VIH. Le degré de signification p a été calculé en utilisant les tests du Chi².

Le seuil de signification des tests a été fixé à 5%. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SAS® 9.3.

Les questionnaires étaient anonymes et les participants informés de leur possibilité d'accès, de rectification ou d'opposition au traitement. Le traitement des données à caractère personnel relève du régime simple de déclaration. Il a été consigné dans le registre du correspondant informatique et liberté de Santé publique France.

Résultats

Description sociodémographique de l'échantillon

Avant exclusion des personnes inactives sexuellement ou n'ayant pas exhaustivement répondu quant à leur consommation de SPA, la participation était de 73% parmi la file active des consultants des CeGIDD, avec 5 368 répondants, dont 56% d'hommes. Les participants étaient représentatifs de la file active quant à la distribution par sexe ($p=0,108$). Avec un âge médian de 24 ans (intervalle interquartile, IQR : 20;31), les moins de 20 ans étaient surreprésentés (22% vs 16%) et les 40-49 ans sous-représentés (14% vs 17%, $p<0,05$).

Après exclusion de 148 participants (35 sexuellement inactifs, 10 n'ayant pas renseigné leur sexe et 103 pour données incomplètes concernant leur consommation de SPA), les participants étudiés étaient 5 220, avec un sex-ratio H/F de 1,25 (2 904/2 316). Les femmes étaient plus jeunes (30% avaient moins de 20 ans vs 15% des hommes) et plus souvent étudiantes (54% vs 31%, $p<0,05$) que les hommes. Parmi les hommes, 80% étaient hétérosexuels, 14% homosexuels et 6% bisexuels. Parmi les femmes, 94% étaient hétérosexuelles, 5% bisexuelles et 1% homosexuelles. Enfin, 5% des participants n'avaient aucune couverture sociale et 22% étaient professionnellement inactifs.

Consommation de SPA

Parmi les 5 220 participants retenus, 53% avaient déjà consommé des SPA dans leur vie, sans différence selon l'orientation sexuelle chez les hommes (53% de consommateurs pour les hétérosexuels et 55% pour les HSH, $p=0,55$). Les femmes bisexuelles avaient une fréquence élevée de consommation (85% vs 50% pour les hétérosexuelles et 68% pour les homosexuelles, $p<0,05$).

Le cannabis était consommé régulièrement par 15% des participants, les poppers/solvants par 5% au moins annuellement. Les stimulants comme cocaïne, ecstasy, amphétamines étaient consommés par 6% des consultants dans le mois ou régulièrement (9% les expérimentaient), les hallucinogènes par 5% des consultants au moins annuellement (6% les expérimentaient). Les nouveaux produits de synthèse et l'héroïne étaient consommés respectivement par 2% et 1% des consultants au moins annuellement et les SPA, comme GHB-GBL et cathinones, étaient respectivement pris par 2% et 1% des consultants, de manière expérimentale ou davantage.

Parmi les participants, 28% déclaraient consommer une seule des SPA étudiées et 14% deux SPA ou plus au moins une fois dans l'année. Parmi les consommateurs, cette polyconsommation était retrouvée plus fréquemment chez les hommes (30% vs 20%, $p<0,05$), ainsi que chez les homosexuels et les bisexuels par rapport aux hétérosexuels masculins (respectivement 40% et 44% vs 23%, $p<0,05$). Cette différence pour l'orientation sexuelle était aussi observée chez les femmes bisexuelles par rapport aux homosexuelles et aux hétérosexuelles (respectivement 48% vs 26% et 18%, $p<0,05$).

Les associations les plus fréquemment rencontrées étaient : cannabis et cocaïne (73%), cannabis et hallucinogènes (champignons, kétamine, LSD) (36%), cocaïne (ecstasy, amphétamines) et hallucinogènes (champignons, kétamine, LSD) (32%), cannabis et poppers/solvants (31%).

L'inhalation était pratiquée par 39% ($n=1 068$) et l'injection par 3% ($n=78$) des consommateurs. La pratique du slam et l'injection de SPA étaient déclarées par respectivement 4 et 5 HSH, soit 1% et 2% des consommateurs.

Les consommateurs de SPA se percevaient comme plus à risque pour le VIH que les non-consommateurs (hommes : 3,0/10 vs 2,5/10 ; $p<0,05$ et femmes : 3,1/10 vs 2,6/10 ; $p<0,05$).

Comportements préventifs et perception du risque sexuel

Pratique du dépistage et antécédent d'IST

Parmi les participants hommes, 59% des hétérosexuels, 89% des homosexuels et 76% des bisexuels s'étaient déjà fait dépister au cours de leur vie. Au moins deux tests de dépistage du VIH avaient été réalisés au cours des deux dernières années par 26% des hommes hétérosexuels déjà dépistés vs 65% des hommes homosexuels et 45% des bisexuels ($p<0,05$). Parmi les femmes, 63% avaient déjà été dépistées, sans différence selon l'orientation sexuelle ($p=0,16$). Les hommes homosexuels étaient 38% à avoir déjà eu une IST contre 10% des hétérosexuels et 23% des bisexuels ($p<0,05$). Une IST antérieure était déclarée par 18% des femmes, sans différence selon l'orientation sexuelle ($p=0,82$).

Prise de risque sexuel

Pour les pénétrations avec un partenaire occasionnel dans les 12 derniers mois, les hommes hétérosexuels ont rapporté utiliser un préservatif « toujours » ou « souvent » dans 68% des cas (44% « toujours ») contre respectivement 80% et 65% des homosexuels et des bisexuels masculins (54% et 47% « toujours ») ($p < 0,05$).

Les HSH déclaraient davantage de partenaires que les hétérosexuels (10 partenaires ou plus dans les 12 derniers mois chez les homosexuels, bisexuels et hétérosexuels : respectivement 35%, 23% et 9%, $p < 0,05$).

Connaissance du statut du partenaire

Les hommes hétérosexuels étaient 85% à méconnaître le statut VIH de leur partenaire occasionnel, les homosexuels 83% et les bisexuels 86%. Les HSH étaient 5% à déclarer des partenaires occasionnels séropositifs connus. Les femmes étaient 52% à méconnaître le statut VIH de leur partenaire stable ou occasionnel, sans différence selon l'orientation sexuelle.

Perception du risque d'infection VIH et lien entre prise de risque sexuel et consommation de SPA ou d'alcool

Les hommes hétérosexuels évaluaient leur risque d'infection VIH de façon significativement plus faible que les homosexuels et les bisexuels (risque moyen sur une échelle de 0 à 10 : 2,5 vs homosexuels : 3,6 et bisexuels : 4,0, $p < 0,05$). Le risque moyen perçu par les femmes ne variait pas avec l'orientation sexuelle (femmes hétérosexuelles : 2,9, homosexuelles : 2,9 et bisexuelles : 3,4, $p = 0,07$). Les hommes bisexuels étaient 6% à déclarer avoir « toujours » (18% « souvent ») des conduites sexuelles à risque lors d'une consommation d'alcool, 3% des hétérosexuels (16% « souvent ») et 3% des homosexuels (11% « souvent ») ($p < 0,05$). Les femmes hétérosexuelles étaient 11% à déclarer « toujours » ou « souvent » une prise de risque lors d'une consommation excessive d'alcool, 29% pour les homosexuelles et 27% pour les bisexuelles ($p < 0,05$).

Les hommes déclaraient plus de conduites sexuelles à risque sous SPA que les femmes (17% vs 14%, $p = 0,02$) et, parmi eux, particulièrement les HSH (24% vs 13% pour les hétérosexuels masculins, $p < 0,05$).

Profils de consommateurs de SPA, prise de risque sexuel et perception du risque d'infection VIH

Sept profils de consommateurs de SPA ont été identifiés à partir de la CAH (tableau).

Profil 1 : « Non consommateurs » ($n = 3\,499$, 67% de l'échantillon)

Ce profil comportait plus de jeunes hétérosexuels, dont 29% avaient déjà expérimenté le cannabis mais jamais consommé d'autres SPA, déclaraient prendre

moins de risque sexuel avec l'alcool et les SPA que l'échantillon total, et se percevaient peu à risque d'infection par le VIH.

Profil 2 : « Petits consommateurs » des SPA les plus « communes » : cannabis, poppers et expérimentation de cocaïne ($n = 583$, 11% de l'échantillon)

Ce profil plus jeune que la population d'étude (âge moyen : 25,2 ans), plus souvent étudiant, comportant plus d'hommes homosexuels, déclarait ne consommer qu'un type de SPA dans 80% des cas, très majoritairement du cannabis au moins annuellement (95%), mais aussi 20% de consommation annuelle de poppers/solvants, 5% de consommation mensuelle et 14% d'expérimentation de cocaïne/ecstasy/amphétamines. Ils prenaient des risques sexuels mais pas en contexte d'alcoolisation ou de prise de SPA et utilisaient souvent le préservatif. Ils ne se percevaient pas plus à risque d'infection VIH que le groupe des « non consommateurs ».

Profil 3 : « Grands expérimentateurs » de cocaïne et hallucinogènes, et consommateurs plus réguliers de cannabis ($n = 434$, 8% de l'échantillon)

D'âge moyen 25,4 ans, souvent étudiant, ce profil comportait aussi plus de jeunes femmes homosexuelles ou bisexuelles que l'échantillon total et déclarait plus de risques sexuels pris en lien avec l'alcool, mais pas avec les SPA. Ils étaient pourtant 62% à avoir expérimenté cocaïne/ecstasy/amphétamines, 50% poppers/solvants, 30% des hallucinogènes. Ce profil se protégeait moins systématiquement, mais se percevait plus à risque que les profils 1 et 2.

Profil 4 : « Polyconsommateurs réguliers » incluant des SPA associées au chemsex (GHB-GHL, cathinones) ($n = 219$, 4% de l'échantillon)

Ce profil sensiblement de même âge (moyenne : 26,2 ans), regroupait 30% d'HSH et 8% de jeunes femmes homosexuelles ou bisexuelles, comportait plus souvent des inactifs, ayant des antécédents d'IST. Plus de 83% étaient polyconsommateurs. Près de 44% d'entre eux consommaient au moins mensuellement des poppers/solvants, 72% au moins mensuellement de la cocaïne/ecstasy/amphétamines et 43% avaient déjà consommé des hallucinogènes. Ils consommaient aussi des SPA liées au chemsex (GHB-GBL (15%), cathinones (8%) et autres produits de synthèse (15%)). Près de 6% s'injectaient ces SPA. Ils rapportaient plus de risques sexuels avec les SPA et l'alcool et se protégeaient moins. Ils se percevaient plus à risque pour le VIH que les profils 1 et 2 mais pas plus que le profil 3.

Profil 5 : « Grands expérimentateurs » de SPA associées au chemsex (GHB-GHL, cathinones) incluant aussi héroïne et nouvelles substances de synthèse ($n = 155$, 3% de l'échantillon)

Plus souvent inactifs, plus âgés (moyenne : 27,8 ans), ils regroupaient plus fréquemment des HSH (19%),

Profils de consommateurs de substances psychoactives (SPA) parmi les consultants des CeGIDD, Languedoc-Roussillon, France, 2014

	Effectif N=5 220	Profil 1 Non consommateurs n=3 499		Profil 2 Petits consommateurs n=583		Profil 3 Grands expérimentateurs cocaïne, hallucinogènes n=434		Profil 4 Polyconsommateurs réguliers n=219		Profil 5 Grands expérimentateurs chémsex n=155		Profil 6 Consommateurs occasionnels cocaïne, hallucinogènes n=261		Profil 7 Grands polyconsommateurs SPA/ héroïne n=69	
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Âge moyen (années)	27,4	28,1	25,2	25,4	26,2	27,8	27,0	28,9							
Sexe et orientation sexuelle	5 220														
Hommes hétérosexuels	2 323 (44,9)	45,0*	39,8*	45,0*	38,6*	45,8*	54,0*	63,8*							
Hommes homo/bisexuels	555 (10,7)	8,8*	13,8*	10,9*	30,2*	18,7*	9,6*	7,2*							
Femmes hétérosexuelles	2 159 (41,7)	44,5*	44,7*	39,0*	23,3*	31,0*	27,2*	26,1*							
Femmes homo/bisexuelles	140 (2,7)	1,7*	1,7*	5,1*	7,9*	4,5*	9,2*	2,9*							
Niveau d'études	5 078														
Primaire	55 (1,1)	1,3	0,9*	0,2*	0,5	1,4	0,4*	1,5*							
Collège, CAP, BEP	822 (16,2)	16,2	11,9*	11,3*	21,4	20,9	22,9	31,3*							
Lycée	1 161 (22,8)	23,5	21,9*	19,5*	20,9	17,6	22,6*	37,3*							
Études supérieures	3 040 (59,9)	59,0	65,3*	69,0*	57,2	60,1	54,1*	29,9*							
Profession	4 784														
Actif	1 749 (36,6)	37,6	32,8*	37,0	31,6*	38,0*	37,0*	27,3*							
Études, formation	1 978 (41,3)	41,4	49,2*	45,3	35,9*	30,7*	34,6	13,6*							
Pas de recherche	167 (3,5)	3,7	2,3*	3,2	4,8*	5,8*	1,2*	6,1*							
Inactif	890 (18,6)	17,3	15,7*	14,5	27,7*	25,5*	27,2*	53,0*							
Comportements															
Utilisation préservatif*	3 418														
Toujours/souvent	2 333 (68,3)	70,1	72,3	67,9	58,5*	60,2	61,0*	49,1*							
Irrégulier/jamais	1 085 (31,7)	29,9	27,7	32,1	41,5*	39,8	39,0*	50,9*							
Nombre de SPA consommées[‡]	5 220														
1 à 2	1 831 (35,1)	18,6*	95,0	58,5	53,4	58,0*	62,1	4,4							
3 et plus	345 (6,6)	0,5*	5,0	0,0	46,6	20,7*	37,9	95,6							
Mode de prise des SPA*															
Sniff	1 069 (20,5)	1,4	28,8	59,9	84,9	78,7	84,3	92,8							
Injection	79 (1,5)	0,2	0,2	0,5	5,9	10,3	5,8	36,2							
Cannabis	5 220														
Régulier, mois, année	2 027 (38,8)	18,5*	95,2*	58,5	74,0*	76,8*	83,9*	89,9*							



Tableau (suite)

	Effectif N=5 220	Profil 1 Non consommateurs n=3 499		Profil 2 Petits consommateurs n=583		Profil 3 Grands expérimentateurs cocaïne, hallucinogènes n=434		Profil 4 Polyconsommateurs réguliers n=219		Profil 5 Grands expérimentateurs chemsex n=155		Profil 6 Consommateurs occasionnels cocaïne, hallucinogènes n=261		Profil 7 Grands polyconsommateurs SPA/ héroïne n=69	
		N (%)	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Poppers, solvants	5 220														
Régulier, mois	128 (2,5)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	43,8*	1,9*	10,0*	4,4*				
Année	172 (3,3)	0,1	20,1	0,0	20,1	0,0	0,0	5,0*	9,0*	7,6*	11,6*				
Expérimentateurs	487(9,3)	0,4	11,6	53,7	11,6	53,7	53,7	10,5*	36,8*	21,5*	50,7*				
Cocaïne, ecstasy, amphétamines	5 220														
Régulier	107 (2,0)	0,8*	0,2*	0,0	0,2*	0,0	0,0	6,4*	4,5*	0,8*	78,3				
Mois	200 (3,8)	0,1*	5,2*	0,0	5,2*	0,0	0,0	65,3*	11,0*	0,8*	10,1				
Année	287 (5,5)	0,3*	2,2*	0,0	2,2*	0,0	0,0	3,2*	18,7*	84,3*	10,1				
Expérimentateurs	457 (8,8)	0,1*	14,2*	61,5	14,2*	61,5	61,5	6,8*	48,4*	4,9*	1,5				
Champignons hallucinogènes, kétamine, LSD	5 220														
Régulier, mois, année	272 (5,2)	0,4*	0,7	0,0	0,7	0,0	0,0	30,1*	18,1*	40,6	76,8*				
Expérimentateurs	334 (6,4)	0,1*	8,5	30,4	8,5	30,4	30,4	12,8*	40,9*	11,9	15,9*				
GHB-GBL	5 220														
RMAE [§]	98 (1,9)	0,0	2,2	0,0	2,2	0,0	0,0	14,6*	20,7*	2,3	21,7*				
Héroïne	5 220														
Régulier, mois, année	68 (1,3)	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	4,1*	0,0	7,3*	55,1*				
Expérimentateurs	92 (1,8)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4*	52,3	1,5*	5,8*				
Cathinones	5 220														
Régulier, mois, année, expérimentateur [§]	59 (1,1)	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0	7,8*	13,6*	0,4	26,1*				
Autres produits de synthèse	5 220														
Régulier, mois, année	100 (1,9)	0,7	0,7	0,0	0,7	0,0	0,0	12,3*	2,6*	3,8	42,0*				
Expérimentateurs	94 (1,8)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8*	47,1*	1,2	17,4*				
Prise de risque sexuel liée aux SPA	2 352														
Fréquent, parfois	135 (5,8)	3,3*	2,4*	3,8	2,4*	3,8	3,8	18,5*	8,9*	6,5*	37,0*				
Exceptionnel	215 (9,1)	6,2*	6,9*	8,8	6,9*	8,8	8,8	11,4*	16,3*	17,6*	24,1*				
Prise de risque sexuel liée à l'alcool	5 184														
Fréquent, parfois	806 (15,5)	11,4*	16,2	21,0*	16,2	21,0*	21,0*	35,6*	33,5*	26,1*	43,2*				
Exceptionnel	1 139 (22,2)	19,4*	24,1	30,6*	24,1	30,6*	30,6*	24,7*	23,9*	31,8*	26,9*				

§ Au cours des 12 derniers mois ; § Au minimum une fois dans l'année. # Plusieurs réponses possibles.

* p<0,05 pour le test de comparaison avec l'échantillon global.

prenaient moins fréquemment de risque sexuel avec les SPA. Ils expérimentaient cocaïne/ecstasy/amphétamines (48%) ou hallucinogènes/kétamine/LSD (49%), mais étaient moins consommateurs réguliers et polyconsommateurs que le profil 4. Dix pour cent s'injectaient des SPA, 21% consommaient GHB-GBL, 14% des cathinones, 52% avaient expérimenté l'héroïne et 47% d'autres produits de synthèse. Ils se percevaient au même niveau de risque pour le VIH que les profils 3 et 4.

Profil 6 : Consommateurs plus occasionnels de stimulants et hallucinogènes, expérimentant parfois l'héroïne (n=261, 5% de l'échantillon)

Composé de plus de trentenaires que l'échantillon total, en situation plus précaire, avec un plus faible niveau d'étude, ce profil était marqué par une surreprésentation masculine et hétérosexuelle et des jeunes femmes homosexuelles ou bisexuelles comme dans les profils 3 et 4.

Près de 40% consommaient trois SPA ou plus et 6% par injection. Hormis pour le cannabis, la fréquence de consommation principale était annuelle ou expérimentale, avec 84% de consommateurs annuels de cocaïne/ecstasy/amphétamines et 41% de champignons hallucinogènes/kétamine/LSD ; 7% étaient toutefois consommateurs plus réguliers d'héroïne, ce qui tranchait avec les autres profils.

Ces consommateurs disaient prendre plus de risques sexuels, en particulier en situation d'alcoolisation et, plus occasionnellement, de consommation de SPA. Ils se percevaient au même niveau de risque pour le VIH que les consommateurs des profils 3, 4 et 5.

Profil 7 : « Grands polyconsommateurs » de SPA, dont l'héroïne (55%) et les autres produits de synthèse (59%) (n=69, 1% de l'échantillon)

Ce profil moins fréquent était composé de sujets plus âgés (moyenne : 28,9 ans), précaires, de niveau d'étude plus faible, plus souvent composé d'hommes hétérosexuels. Consommant systématiquement trois SPA ou plus (96%), ils étaient 64% à consommer régulièrement du cannabis, près de 70% à consommer au moins une fois dans leur vie des poppers/solvants, tous avaient déjà consommé cocaïne/ecstasy/amphétamines, 77% étaient au moins consommateurs annuels de champignons hallucinogènes/kétamine/LSD, et surtout 55% étaient consommateurs d'héroïne au moins annuellement.

Près de 22% avaient consommé au moins une fois du GHB-GBL, 26% des cathinones, et 42% étaient consommateurs non expérimentateurs d'autres produits de synthèse.

Ces consommateurs utilisaient peu le préservatif et disaient prendre plus de risques sexuels que l'ensemble des autres profils, en situation d'alcoolisation, comme de consommation de SPA. Ils se percevaient toutefois au même niveau de risque pour le VIH que les profils 3 à 6, bien qu'une nette hétérogénéité soit relevée.

Discussion

La population étudiée était jeune (âge médian : 24 ans) et fréquemment déjà dépistée. Les HSH avaient été plus fréquemment dépistés au cours des deux années précédentes que l'échantillon total. Plus de 80% des hommes hétérosexuels et HSH méconnaissaient le statut sérologique de leur partenaire occasionnel, et seuls 44% des hommes hétérosexuels et 52% des HSH utilisaient le préservatif pour les pénétrations avec leurs partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois. L'enquête confirme une forte consommation de SPA avec plus de la moitié des usagers des CeGIDD consommant au moins une SPA, une forte consommation régulière de cannabis et une forte expérimentation de stimulants, en cohérence avec les autres études, en population générale notamment^{2,3}. Il n'y avait pas de différence de consommation de SPA selon l'orientation sexuelle, sauf pour les jeunes femmes bisexuelles ayant une plus forte consommation de SPA (85% vs 50% chez les femmes hétérosexuelles).

La polyconsommation de SPA, définie comme une consommation d'au moins deux SPA au moins une fois dans l'année, était plutôt masculine. Cette polyconsommation de substances illicites se situait à un niveau élevé. Au sein des 18-24 ans, elle peut correspondre à la diffusion assez large ces dernières années de l'ecstasy et de la cocaïne^{11,12}. Les SPA les plus consommées (au moins dans l'année) étaient le cannabis, les stimulants tels que cocaïne, ecstasy, amphétamines, les poppers/solvants, les hallucinogènes tels que champignons, kétamine, LSD. Les niveaux d'usage de SPA retrouvés en 2014 dans notre population, plus âgée, sont comparables à ceux de l'enquête Escapad 2014 auprès des jeunes de 17 ans participant à la journée défense citoyenneté, avec 1 consultant sur 2 ayant expérimenté le cannabis au moins une fois dans sa vie, 1 sur 4 l'ayant consommé au moins une fois dans le mois et 5 à 10% ayant expérimenté les poppers, psychostimulants ou hallucinogènes. En 2017, l'enquête Escapad 2017¹³ a toutefois montré une diminution des niveaux d'usage de cannabis et d'autres SPA par rapport à 2014. Dans notre enquête, la polyconsommation de SPA concerne davantage les HSH (23%) et les femmes bisexuelles (41%), comme déjà décrit^{14,15}. Les consommations et les prises de risque sexuel en contexte d'alcoolisation ou de consommation de SPA par les jeunes femmes bisexuelles ou les jeunes hommes homosexuels sont un point d'attention particulier.

L'expérimentation de drogues était également importante dans notre échantillon (9% pour les stimulants comme la cocaïne, 6% pour les hallucinogènes). Les autres SPA, parfois consommées en contexte sexuel (GHB, cathinones), ou l'héroïne étaient toutefois consommées à la marge (1 à 2%). L'injection concernait moins de 2% des sujets et la pratique déclarée du slam était aussi marginale. Les conduites sexuelles à risque déclarées sous SPA concernaient 17% des hommes, 14% des femmes et particulièrement les HSH (24%).

Grâce à l'utilisation des analyses en correspondances multiples, des profils particuliers de consommateurs ont pu être dégagés, permettant d'observer une gradation dans les consommations de substances. Ces profils de consommation sont statistiquement distincts, mais d'effectifs variables, et certains sont des cibles potentielles pour l'action.

Le profil 3, « Grands expérimentateurs », regroupant 8% de l'échantillon, était majoritairement formé d'étudiants consommateurs de cannabis, consommateurs et expérimentateurs de cocaïne/ecstasy/amphétamines, de poppers, et expérimentateurs de SPA hallucinogènes (champignons, kétamine, LSD). Ces consommations variées, vraisemblablement festives, indépendamment d'un contexte sexuel et non systématiquement associées à des prises de risque sexuel, sont à prendre en compte dans une optique de réduction des risques autres que sexuels dans cette population.

Un autre profil de consommateurs regroupant 4% de l'échantillon total, profil 4 « Polyconsommateurs réguliers », se détachait : sensiblement du même âge (26 ans), formé de polyconsommateurs réguliers de poppers, cocaïne et hallucinogènes et consommant des SPA associées au chemsex notamment GHB/GBL et cathinones. Ce profil comportait une forte proportion d'HSH et de femmes homosexuelles et bisexuelles, mais ne se limitait pas à ces groupes. La caractéristique de ce profil est de rapporter une absence de maîtrise des risques en situation d'alcoolisation ou de consommation de SPA, tout en ne les estimant pas supérieurs à des profils se protégeant mieux. Ce profil est à rapprocher du profil 5, « Grands expérimentateurs chemsex », plus âgé, moins consommateur régulier, mais ayant plus fréquemment expérimenté les cathinones, les autres produits de synthèse ainsi que l'héroïne. Dans les deux cas, ces profils rappellent la vulnérabilité spécifique à certaines populations, avec un risque accru d'exposition au VIH ainsi qu'à d'autres effets délétères des usages de SPA¹⁶.

Enfin, le profil 6, regroupant 5% de l'échantillon, plus fréquemment hétérosexuel et trentenaire, rassemblait des « consommateurs occasionnels de cocaïne et d'hallucinogènes », peu concernés par les SPA du chemsex avec une proportion significative de consommateurs d'héroïne. On y trouve plus fréquemment des femmes bisexuelles. Comme les profils précédents, le niveau de risque pour le VIH n'est pas apprécié au niveau de la prise de risque rapportée.

Cette étude présente des limites, liées d'une part aux questionnaires écartés pour données manquantes vis-à-vis des SPA et, d'autre part, à l'influence possible d'un biais de désirabilité dans ce domaine. Ses points forts sont d'avoir bénéficié d'une forte implication des acteurs de terrain, permettant de mettre en lumière des points importants et de susciter l'intérêt pour faire évoluer les pratiques professionnelles, ainsi que d'une bonne participation. L'utilisation d'outils statistiques appropriés a permis de décrire des profils d'usagers non aisément

identifiés dans le cadre de l'activité quotidienne, en synthétisant l'information disponible.

L'étude met en évidence des éléments utiles pour des interventions efficaces : forte consommation de SPA, prise de risque sexuel associée à la consommation d'alcool ou de SPA. Elle met en lumière des profils particuliers pouvant bénéficier d'un ciblage des actions préventives : repérage des consommations à risque, propositions d'interventions brèves de réduction des risques en abordant l'usage des drogues lors du dépistage, par exemple pour les étudiants.

Le risque perçu pour le VIH par des participants ayant des consommations très différentes, rapportant des prises de risque distinctes, est finalement peu différencié et semble peu en cohérence avec le niveau réel du risque pris. Seuls les HSH fréquentant ces centres de dépistage, plutôt jeunes, fréquents consommateurs de SPA, fréquentant des lieux ou soirées commerciales privées, ont une perception plus élevée de leur risque d'exposition au VIH, dans un contexte de prévalence élevée du VIH dans cette population. Des efforts d'information sur les problématiques liées aux SPA consommées seraient justifiés.

Conclusion

Ce travail mené parmi des usagers bénéficiaires d'une action publique importante, à risque plus élevé d'infection par le VIH et les IST que la population générale, peut aider à guider la réflexion sur les modalités de prise en compte de l'ensemble des problématiques rapportées par les usagers à l'occasion d'un dépistage pour le VIH. L'analyse suggère aussi une inadéquation de la perception du risque réel pris vis-à-vis du VIH au regard des pratiques individuelles de prévention, nécessitant d'autres travaux pour l'explorer, actuellement en cours. ■

Remerciements

Nous remercions Françoise Pierre, assistante de la Cire, récemment disparue ; nous remercions également A. Cochet, E. Delisle, A.S. Dormont, C. Durand, M. Faure, C. Favier, F. Golliot, M. Hamon, V. Lugaz, S. Le Vu, D. Mouly, T. Succo, A. Velter, M. Watt et l'ARS Occitanie.

Références

- [1] Cazein F, Pillonel J, Le Strat Y, Sarr A, Ramus C, Bouche N, *et al.* Dépistage de l'infection par le VIH en France en 2016. *Bull. Epidémiol. Hebd.* 2017;(29-30):601-8. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV13577
- [2] Beck F, Guignard R, Léon C, Richard J. Atlas des usages de substances psychoactives 2010. Analyses régionales du Baromètre santé de l'Inpes. Saint-Denis: Inpes; 2013. 104 p. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/DOC00000793
- [3] Sauvage C, Saboni L, Trouiller-Gerfaux P, Sommen C, Rousseau C, Mouly D, *et al.* Rapport Prevagay 2015, Montpellier. Enquête de séroprévalence du VIH menée auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay. Saint-Maurice: Santé publique France; 2017. 58 p. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV13446

- [4] Beltzer N, Saboni L, Sauvage C, Sommen C et le groupe KABP. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements des Franciliens face au VIH sida en Île-de-France en 2010. Situation en 2010 et 18 ans d'évolution. Paris: Observatoire régional de santé d'Île-de-France; 2011. 153 p. <http://www.ors-idf.org/index.php/fr/publications/65-maladies-infectieuses/vih-sida2/115-les-connaissances-attitudes-croyances-et-comportements-des-franciliens-face-au-vih-sida-en-ile-de-france-en-2010>
- [5] Halfen S, Fenies K, Ung B, Grémy I. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004. Paris: Observatoire régional de santé d'Île-de-France; 2006. 290 p. <http://www.ors-idf.org/index.php/fr/publications/65-maladies-infectieuses/vih-sida2/116-les-connaissances-attitudes-croyances-et-comportements-face-au-vih-sida-aux-antilles-et-en-guyane-en-2004>
- [6] Jacquet JM, Peyrière H, Makinson A, Peries M, Nagot N, Donnadiu-Rigole H, *et al.* Psychoactive substances, alcohol and tobacco consumption in HIV-infected outpatients. *AIDS*. 2018;32(9):1165-71.
- [7] Scott-Sheldon LA, Carey KB, Cunningham K, Johnson BT, Carey MP; MASH Research Team. Alcohol use predicts sexual decision-making: A systematic review and meta-analysis of the experimental literature. *AIDS Behav*. 2016. 20 Suppl 1:S19-39.
- [8] Trillo AD, Merchant RC, Baird JR, Ladd GT, Liu T, Nirenberg TD. Interrelationship of alcohol misuse, HIV sexual risk and HIV screening uptake among emergency department patients. *BMC Emerg Med*. 2013;13(9). doi: 10.1186/1471-227X-13-9.
- [9] Ruf M, Lovitt C, Imrie J. Recreational drug use and sexual risk practice among men who have sex with men in the United Kingdom. *Sex Transm Infect*. 2006;82(2):95-7.
- [10] Jauffret-Roustide M. Les pratiques de consommations de substances psycho-actives chez les homosexuels et bisexuels masculins. In: Broqua C, Lert F, Souteyrand Y, eds. Homosexualité au temps du sida. Tensions sociales et identitaires. Paris: ANRS; 2003. p. 181-97. <http://www.anrs.fr/fr/ressources/publications?page=1>
- [11] Beck F, Richard JB, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. *Tendances (OFDT)*. 2015;(99):1-8. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-niveaux-dusage-des-drogues-en-france-en-2014-tendances-99-mars-2015/>
- [12] Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Rapport national à l'OEDT – 2017. Principales évolutions du phénomène des drogues et des toxicomanies en France. Saint-Denis: OFDT; 2017. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-nationaux/rapport-national-ofdt-2017/>
- [13] 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)*. 2018; (123):1-8. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-drogues-17-ans-analyse-de-lenquete-escapad-2017-tendances-123-fevrier-2018/>
- [14] Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Weatherburn P. Illicit drug use in sexual settings ('chemsex') and HIV/STI transmission risk behaviour among gay men in South London: Findings from a qualitative study. *Sex Transm Infect*. 2015;91:564-8.
- [15] Rosińska M, Gios L, Nöstlinger C, Vanden Berghe W, Marcus U, Schink S, *et al.* Prevalence of drug use during sex amongst MSM in Europe: Results from a multi-site bio-behavioural survey. *Int J Drug Policy*. 2018;55:231-41.
- [16] Gourlay A, Fox J, Gafos M, Fidler S, Nwokolo N, Clarke A, *et al.* A qualitative study exploring the social and environmental context of recently-acquired HIV infection among men who have sex with men in South-East England. *BMJ Open*. 2017;7(8):e016494.

Citer cet article

Rousseau C, Mano Q, Peyrière H, Tribout V, Jacquet JM, Ferreyra M, *et al.* Consommations préoccupantes de substances psychoactives parmi les consultants des CeGIDD. Languedoc-Roussillon, 2014. *Bull Epidémiol Hebd*. 2018;(37):726-34. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/37/2018_37_3.html