

> **SOMMAIRE // Contents**

ARTICLE // Article

L'utilisation de la contraception d'urgence en France métropolitaine en 2016 : niveau et déterminants
// Rate and determinants of emergency contraception use in mainland France in 2016p. **590**
Delphine Rahib et coll.
Santé publique France, Saint-Maurice, France

ARTICLE // Article

Impact de la rééducation à la phase subaiguë d'un accident vasculaire cérébral en France en 2016
// Impact of rehabilitation at the sub-acute phase of stroke in France in 2016.....p. **595**
Alexis Schnitzler et coll.
Haute Autorité de santé, La Plaine Saint-Denis, France

ARTICLE // Article

Connaissance et utilisation de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay de cinq villes françaises. Prevagay 2015
// Pre-exposure prophylaxis awareness and use among men who have sex with men attending gay venues in five French cities. Prevagay 2015p. **602**
Claire Sauvage et coll.
Santé publique France, Saint-Maurice, 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; Cécile Durand/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

L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2016 : NIVEAU ET DÉTERMINANTS

// RATE AND DETERMINANTS OF EMERGENCY CONTRACEPTION USE IN MAINLAND FRANCE IN 2016

Delphine Rahib (delphine.rahib@santepubliquefrance.fr), Nathalie Lydié et le groupe Baromètre santé 2016*

Santé publique France, Saint-Maurice, France

* Le groupe Baromètre santé 2016 était composé de Cécile Brouard, Arnaud Gautier, Frédérique Limousi, Nathalie Lydié, Delphine Rahib, Jean-Baptiste Richard.

Soumis le 05.06.2018 // Date of submission: 06.05.2018

Résumé // Abstract

L'accès à la contraception d'urgence (CU) a évolué depuis sa mise à disposition. Elle est désormais disponible sans ordonnance et sans restriction en pharmacie et auprès de nombreux professionnels de santé. Cet article vise à étudier le niveau et les facteurs associés à l'utilisation de la CU en France métropolitaine en 2016, suite à ces évolutions et à la reconfiguration du paysage de la contraception régulière observée depuis 2012.

En 2016, 6,2% des femmes âgées de 15-49 ans exposées à un risque de grossesse non prévue ont eu recours à la CU au cours des 12 derniers mois. Les femmes les plus jeunes, celles résidant en région parisienne et celles utilisant des méthodes de contraception hormonale dont l'efficacité dépend de la prise régulière (pilule, patch, anneau) sont celles qui utilisaient le plus cette méthode de rattrapage. Les indicateurs de prises de risques sexuels comme la déclaration d'une infection sexuellement transmissible, d'une grossesse non prévue ou d'un multipartenariat récent étaient également associés à une utilisation plus fréquente de la CU. Enfin, il existe un lien entre utilisation de la CU et les connaissances et perceptions. Les femmes ayant une bonne connaissance des délais de prise et celles qui percevaient la CU comme efficace déclaraient un recours plus fréquent.

Malgré un accès facilité et une évolution importante du paysage contraceptif, l'utilisation de la CU n'a pas progressé en France. De même, le profil des femmes qui y ont eu recours dans les 12 mois précédant l'enquête a peu évolué. La promotion de la contraception d'urgence comme complément à une contraception régulière doit être soutenue dans un contexte de stabilité du nombre de grossesses non prévues et d'interruptions volontaires de grossesse.

Access to emergency contraception (EC) has evolved since it was made available. Today, it is accessible without prescription and restrictions in pharmacies and from many health professionals. This article aims to study the level and the factors associated with the use of emergency contraception in mainland France in 2016, based on those trends and those of regular contraception observed since 2012.

In 2016, 6.2% of women aged 15-49 at risk of unplanned pregnancy had used EC in the past 12 months. Women who mostly used this catch-up method were younger women, women living in the Paris area and those using hormonal contraception whose effectiveness depends on regular intake (pill, patch, ring). Risk factors related to risky sexual behaviors, such as the reporting of a sexually transmitted infection, an unplanned pregnancy, or recent multipartnership were also associated with a higher use of EC. Furthermore, knowledge and perceptions are related to the use of the EC. Women who have good knowledge on timing and a good perception of the efficacy of EC report its use more often.

Despite an easier access and significant changes in the contraceptive situation, the use of EC has not progressed in France. Similarly, the profile of women who used it in the 12 months preceding the survey has changed little. The promotion of emergency contraception as a supplement to regular contraception should be supported in a context of stable unplanned pregnancies and voluntary abortions.

Mots-clés : Contraception d'urgence, Déterminants, France métropolitaine, Baromètre santé

// **Keywords:** Emergency contraception, Determinants, Mainland France, Health Barometer

Introduction

Oubli de pilule, rupture de préservatif, rapport non protégé : diverses circonstances peuvent exposer à un risque de grossesse non prévue. Dans ces situations, la contraception dite d'urgence (CU) constitue une solution de rattrapage qui permet de réduire

le risque de grossesse non planifiée. Communément appelée « pilule du lendemain ou du surlendemain », la contraception d'urgence hormonale se présente sous deux formes. Celle à base de lévonorgestrel a été autorisée à la vente en pharmacie, sans ordonnance, dès 1999, tandis que celle à base d'ulipristal acétate, qui offre une période d'efficacité

plus longue (120 heures contre 72 heures pour le lévonorgestrel), a été introduite sur le marché français l'année suivante. Cependant, jusqu'en 2015, la CU à l'ulipristal acétate n'était disponible que sur prescription médicale.

Le renforcement de l'accessibilité à la CU s'est accompagné d'un élargissement des professionnels autorisés à la délivrer, incluant désormais, au côté des pharmaciens (1999) et des infirmières scolaires (2000), les services de médecine universitaire (2012). Par ailleurs, depuis 2002, la loi impose aux pharmacies la délivrance gratuite des deux composés aux femmes mineures, sans vérification de leur identité (anonymat). En moins d'une génération, l'accès à la CU s'est donc élargi et en partie démedicalisé. Cela s'est traduit par une augmentation de son utilisation entre 2000 et 2005 mais, dès les premières années de sa disponibilité, des différences de recours ont été mises en évidence selon le niveau d'études et la catégorie socioprofessionnelle¹. Sa diffusion s'est poursuivie jusqu'en 2010, en particulier parmi les moins de 30 ans chez lesquelles une augmentation des utilisations répétées a été documentée^{2,3}. Ces évolutions se sont opérées alors que l'utilisation de la pilule était en légère baisse au profit des nouvelles méthodes de contraception hormonales (implant, patch, anneau)⁴. À partir de 2012, les pratiques contraceptives se sont fortement modifiées suite à ce que l'on a appelé « la crise des pilules », consécutive à la plainte déposée contre un laboratoire pharmaceutique par une utilisatrice de pilule œstroprogestative de troisième génération en raison de la survenue d'un accident thromboembolique veineux. Immédiatement après cette crise, une baisse importante de l'utilisation des pilules contraceptives et un report vers les dispositifs intra-utérins (DIU) pour les femmes les plus diplômées et vers le préservatif pour les femmes sans diplôme ont été constatés⁵. Ces changements se sont poursuivis entre 2013 et 2016, en particulier parmi les femmes de 20-29 ans³.

Dans ce contexte, quel était le niveau d'utilisation de la CU en 2016 ? Quelles sont les femmes qui y avaient eu recours récemment ? L'enquête Baromètre santé 2016 a interrogé les femmes sur leur utilisation récente de la CU afin de répondre à ces questions.

Méthode

Les données sont issues de l'enquête Baromètre santé 2016, réalisée par téléphone auprès d'un échantillon représentatif de la population âgée de 15 à 75 ans résidant en France métropolitaine et parlant le français. Réalisée entre le 8 janvier et le 1^{er} août 2016 auprès de 15 216 personnes, cette enquête avait pour objectif d'investiguer les connaissances, croyances et comportements concernant les maladies infectieuses et la santé sexuelle.

L'échantillon repose sur un sondage aléatoire à deux degrés avec génération aléatoire des numéros de téléphone fixes et mobiles et sélection au hasard d'un individu parmi les personnes éligibles.

Les données recueillies ont été pondérées pour tenir compte de la probabilité d'inclusion, puis calées, grâce à l'enquête emploi 2014 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) sur les marges des variables sociodémographiques suivantes : le sexe croisé par l'âge, la région, la taille d'agglomération, le niveau de diplôme et le fait de vivre seul.

Pour l'analyse de l'utilisation de la CU au cours des 12 derniers mois, ont été considérées les femmes âgées de 15 à 49 ans exposées à un risque de grossesse non prévue, c'est-à-dire les femmes ayant eu un rapport sexuel avec un homme au cours des 12 derniers mois, non enceintes et non ménopausées au moment de l'enquête, ne déclarant pas utiliser une contraception définitive (ligature des trompes, micro-implants, hystérectomie, vasectomie du partenaire). Notre échantillon d'analyse était ainsi constitué de 3 395 femmes.

En cohérence avec les précédents travaux sur le sujet^{1,2,6,7}, plusieurs ensembles de variables ont été étudiés dans la recherche des facteurs associés à l'usage de la CU au cours des 12 derniers mois :

- des caractéristiques sociodémographiques : l'âge, le niveau d'études, la taille de la commune de résidence, la situation professionnelle ;
- des variables sur les connaissances et la perception de la CU : la connaissance des délais de prise, l'efficacité perçue et le risque perçu pour la santé. Ces deux dernières dimensions ont été mesurées à partir d'une échelle de Likert allant de « très efficace/risquée pour la santé » à « pas du tout efficace/risquée pour la santé ». Les questions étaient : « Pour chacune des méthodes suivantes, pouvez-vous me dire si vous les trouvez tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout efficaces pour éviter une grossesse/risquées pour la santé ? » ;
- des informations liées à l'histoire relationnelle et sexuelle de la femme : le fait d'être en couple au moment de l'enquête, le nombre de partenaires, la survenue d'une grossesse non planifiée ou d'une infection sexuellement transmissible (IST). Ces trois derniers indicateurs ont été mesurés sur la période des 12 mois précédant l'enquête ;
- la méthode de contraception utilisée au moment de l'enquête : en dehors des femmes ayant déclaré n'utiliser aucune méthode de contraception, les méthodes suivantes ont été distinguées : les pilules, le préservatif, les contraceptifs longue durée (LARC) regroupant les dispositifs et systèmes intra-utérins, les implants et les injections hormonales. L'anneau, les patchs et la CU utilisée comme contraception courante ont été regroupés dans la catégorie « autres méthodes hormonales » ; les méthodes naturelles, la cape, le diaphragme et les spermicides dans les « autres méthodes ». Les pilules ont été isolées des autres méthodes hormonales afin de prendre en compte un éventuel impact de la « crise des pilules » ;

- des variables relatives à l'accès aux soins, exprimé par le fait d'avoir renoncé aux soins au cours des 12 derniers mois et par la date de la dernière consultation gynécologique.

Les analyses bivariées ont été testées au moyen du test du Chi2 de Pearson ; elles ont été complétées par des analyses multivariées prenant en compte les variables significativement associées à l'usage de la CU avec une p-value inférieure ou égale à 5%.

Résultats

En 2016, 6,2% des femmes âgées de 15-49 ans exposées à un risque de grossesse non prévue ont eu recours à la CU au cours des 12 derniers mois (tableau 1). C'est parmi les femmes âgées de 15-19 ans qu'a été trouvée la proportion d'utilisatrices la plus élevée (21,4%). Puis la proportion diminuait rapidement avec l'âge, passant de 9,8% parmi les 20-24 ans à 5,2% parmi les 30-39 ans et à 1,5% parmi les 40-49 ans.

La majorité des utilisatrices (70,0%) n'ont eu recours à la CU qu'une seule fois dans l'année. Parmi celles y ayant eu recours plusieurs fois, les femmes les plus jeunes étaient les plus concernées : chez les moins de trente ans, une femme sur trois (33,6%) ayant eu recours à la CU au cours des 12 mois rapportait au moins deux épisodes de prise *versus* une femme sur cinq (22,0%) parmi les trente ans et plus.

Outre l'âge, la taille d'agglomération est une variable particulièrement discriminante (tableau 2). Les femmes habitant en région parisienne étaient quatre fois plus nombreuses à déclarer avoir utilisé la CU au cours des 12 derniers mois que celles résidant en dehors de l'Île-de-France. Parmi les autres variables sociodémographiques, il est à noter qu'aucune différence dans le recours à la CU n'a été observée selon le niveau d'études et selon la situation financière perçue, ni avec les variables caractérisant l'accès aux soins (renoncement aux soins et date de la dernière consultation gynécologique).

Le recours à la CU augmentait avec le nombre de partenaires déclarés au cours des 12 derniers mois et ce indépendamment des autres variables. Ainsi, la proportion de femmes ayant eu recours à la CU passait de 4,6% parmi les femmes monopartenaires à 14,8% pour celles ayant eu deux

partenaires et à 22,2% pour celles déclarant avoir eu trois partenaires ou plus. À caractéristiques socio-démographiques et d'activité sexuelle égales, le fait de déclarer avoir été confrontée à une grossesse non prévue ou à un épisode d'IST dans l'année précédant l'enquête multipliait par deux le recours à la CU (odds ratio ajusté, ORa=2,43 ; intervalle de confiance à 95%, IC95%: [1,31-4,48] et ORa=2,48 [1,13-5,46] respectivement). L'utilisation de la CU était également liée à la façon dont les femmes se protégeaient d'un risque de grossesse lors de leurs rapports sexuels au moment de l'enquête. Plus de 10% de celles déclarant utiliser la pilule ou une méthode hormonale comme l'anneau et le patch ont eu recours à la CU au cours des 12 derniers mois. À l'opposé, les femmes utilisant le préservatif comme méthode de contraception principale ainsi que celles déclarant n'utiliser aucune méthode contraceptive ont rapporté une moindre utilisation récente de la CU (respectivement 7,3% et 2,0%).

À caractéristiques sociodémographiques et d'activité sexuelle égales, il existe un lien entre utilisation de la CU et les connaissances et perceptions liées à celle-ci. Les femmes qui avaient une bonne connaissance des délais de prise et celles qui percevaient la CU comme efficace déclaraient un recours plus fréquent au cours des 12 mois précédant l'enquête (9,8% et 8,1% respectivement).

Discussion

En France, en 2016, 6,2% des femmes âgées de 15 à 49 ans exposées à un risque de grossesse non prévue ont utilisé la contraception d'urgence au cours des 12 derniers mois. Ce pourcentage est plus élevé que celui observé au Royaume-Uni en 2012 (3,6%)⁷.

En France, c'est parmi les femmes de moins de 30 ans que le niveau d'utilisation est le plus important (11,5%) et il est stable depuis 2010 (11,0%)⁸. Les changements récents dans l'usage de la contraception chez les femmes de moins de 30 ans³ ne semblent pas avoir impacté les niveaux de recours aux solutions de rattrapage. La mise à disposition sans prescription en 2015 de la formule à l'ulipristal acétate, peu relayée médiatiquement, ne s'est pas accompagnée d'une hausse de l'utilisation contrairement à ce qui avait été observé entre 2000 et 2005 avec l'arrivée de la CU au levonorgestrel.

Tableau 1

Utilisation (en %) de la contraception d'urgence au cours des 12 mois précédant l'enquête selon l'âge des femmes. Baromètre santé 2016, France métropolitaine

Âge (ans)	15-19 N=155	20-24 N=375	25-29 N=504	30-39 N=1 165	40-49 N=1 196	Total N=3 395
Une seule fois	15,0	5,5	6,2	4,1	1,1	4,4
Plusieurs fois	6,4	4,3	2,5	1,1	0,3	1,8
Au moins une fois	21,4	9,8	8,7	5,2	1,5	6,2

Population d'étude : femmes âgées de 15 à 49 ans ayant eu un rapport sexuel avec un homme au cours des 12 derniers mois, non enceintes, non ménopausées, ne déclarant pas une contraception définitive.

Tableau 2

Facteurs associés au recours à la contraception d'urgence (CU) au cours des douze mois précédant l'enquête. Baromètre santé 2016, France

	N	%	ORa	p	[IC95%]		N	%	ORa	p	[IC95%]
Âge (ans)						Grossesse non prévue au cours des 12 derniers mois					
15-19	155	21,4	2,63	**	1,38-5,03	Non	3 188	5,6	1		
20-24	375	9,8	1			Oui	207	13,8	2,43	**	1,31-4,48
25-29	504	8,7	0,88		0,43-1,78	p			***		
30-39	1 165	5,2	0,73		0,34-1,58	A eu une IST au cours des 12 derniers mois					
40-49	1 196	1,5	0,30	**	0,13-0,69	Non	3 330	5,9	1		
p		***				Oui	65	23,6	2,48	*	1,13-5,46
Niveau d'études						p			***		
Sans diplôme	126	3,7				Méthode de contraception utilisée au moment de l'enquête					
Inférieur au Bac	599	5,8				Pilule	543	13,9	1		
Bac ou équivalent	824	9,1				Préservatif	1 178	7,3	0,54	*	0,34-0,85
Bac à Bac+3	1 074	4,8				Autre méthode hormonale	30	14,6	0,49		0,16-1,47
Bac+4 ou plus	772	6,7				LARC	1 040	2,3	0,27	***	0,14-0,50
p						Autre	139	8,4	0,52		0,19-1,46
Situation professionnelle						Aucune	465	2,0	0,27	**	0,10-0,72
En emploi	2 470	4,6	0,90		0,43-1,88	p			***		
Étudiant / apprenti	406	14,7	1			Délais d'efficacité déclaré pour la CU					
Chômage	323	6,8	1,11		0,50-2,48	Moins de 24h	1 783	3,9	0,58	**	0,38-0,88
Inactif	166	3,8	1,05		0,35-3,12	Entre 24h et 120h	1 518	9,8	1		
Autre	30	1,8	0,56		0,08-3,98	Plus de 120h / Ne sait pas	94	0,6	0,12	*	0,01-0,96
p		***				p			***		
Taille d'agglomération						Efficacité perçue de la CU					
Moins de 100 000 habitants	1 805	3,8	1			Bonne	2 421	8,1	1		
Plus de 100 000 habitants	962	5,1	1,12		0,69-1,83	Mauvaise	690	2,5	4,00	***	2,10-7,63
Région parisienne	628	15,0	4,11	***	2,61-6,48	Ne sait pas	284	0,3	0,11		0,01-1,50
p		***				p			***		
Revenu perçu						Risque perçu de la CU					
À l'aise / ça va	2 044	6,4				Risquée	1 667	8,6	1		
C'est juste	839	5,9				Pas risquée	1 437	4,8	0,35		0,06-2,06
Difficultés / dettes	510	6,3				Ne sait pas	291	1,0	0,49		0,08-2,90
p						p			***		
En couple au moment de l'enquête						Renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois					
Oui	2 381	1,1	1			Oui	672	6,6			
Non	1 014	10,9	0,87		0,52-1,44	Non	2 723	6,1			
p		***				p					
Nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois						Date de la dernière consultation gynécologique					
1	3 018	4,6	1			Moins d'un an	2 280	6,5			
2	211	14,8	1,76		0,92-3,36	Plus d'un an	1 078	5,2			
3 ou +	166	22,2	3,41	***	1,88-6,19	Jamais	37	15,5			
p		***				p					

Population d'étude : femmes ayant eu un rapport sexuel avec un homme au cours des 12 derniers mois, non enceintes, non ménopausées, n'utilisant pas une contraception définitive au moment de l'enquête.

Lecture : à caractéristiques sociodémographiques et d'activité sexuelle égales, le fait de déclarer une grossesse non prévue dans l'année précédant l'enquête multiplie par 2,43 [1,31-4,48] le recours à la CU.

LARC : contraceptif à action longue tel que dispositif et système intra-utérin, implant, injections.

Seules les p values significatives ont été indiquées : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 ; ORa : odds ratio ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Cette stabilité se retrouve à travers les chiffres de ventes : plus d'un million de « pilules du lendemain » et « du surlendemain » sont vendues chaque année depuis 2005, un chiffre qui était même en légère baisse entre 2013 et 2015⁹.

Cet accès semble demeurer inégal si on considère le moindre recours à la CU des femmes qui résident hors de la région parisienne. L'association entre recours à la CU et milieu de résidence a été observée dans d'autres analyses sur des données françaises¹. Elle demeure en 2016, malgré la possibilité donnée à d'autres structures (comme les services de médecine universitaire) de la dispenser. Même si l'accessibilité est meilleure, il est probable que d'autres freins persistent, comme les problèmes de confidentialité que peuvent rencontrer des jeunes dans des zones rurales ou la difficulté de s'adresser à un pharmacien ou à l'infirmière scolaire dont le jeune peut craindre le jugement¹⁰.

Plus que les facteurs sociodémographiques, ce sont les comportements sexuels et contraceptifs des femmes qui influencent le recours à la CU. Les femmes qui ont déclaré le plus avoir recouru à la CU sont les utilisatrices de méthodes hormonales dont l'efficacité dépend des modalités de prises (pilule, patch, anneau). Toutefois, les données du Baromètre santé 2016 ne permettent pas de déterminer si la prise de CU est consécutive à un problème d'utilisation (un oubli de pilule par exemple) ou si elle a précédé l'adoption de ces méthodes de contraception en remplacement d'une autre. Les liens entre l'utilisation de la CU et la méthode de contraception utilisée au moment de l'enquête doivent donc être interprétés avec prudence. L'enquête montre néanmoins que le taux d'utilisation parmi les utilisatrices de pilule, qui était de 4,9% en 2004¹, est passé à 13,9% en 2016. Le niveau d'utilisation est également élevé parmi les femmes qui utilisent le préservatif comme méthode principale (7,3%), tout en restant inférieur à celui observé parmi les femmes utilisant une pilule. On peut faire l'hypothèse que les discussions et l'information réalisées ces dernières années et, en particulier, la médiatisation de la crise des pilules, ont contribué à sensibiliser les utilisatrices de pilule à la conduite à tenir en cas de mésusage. Par ailleurs, l'utilisation de la CU parmi les femmes sous contraception hormonale pourrait s'expliquer par une plus grande facilité à identifier un oubli ou une erreur de manipulation, et donc un risque potentiel de grossesse, qu'avec des méthodes traditionnelles par exemple. L'hypothèse d'un meilleur recours aux méthodes de rattrapage parmi les personnes en capacité d'identifier ce risque est appuyée par le fait que, comme constaté au Royaume-Uni⁷, les personnes ayant effectivement connu un événement indésirable lié à la sexualité au cours des douze derniers mois (grossesse non prévue ou IST) sont également plus utilisatrices de la CU. Cependant, l'identification d'un risque de grossesse est insuffisant si on considère qu'en France, parmi les femmes ayant réalisé une interruption volontaire de grossesse (IVG), neuf sur dix n'ont pas utilisé la CU car elles n'ont

pas identifié ce risque¹¹. Par ailleurs, il est intéressant de noter que si le taux d'utilisation de la CU est le plus important parmi les femmes de moins de 20 ans, c'est parmi celles de 20-24 ans que le taux d'IVG est le plus élevé (26 pour 1 000)¹².

Une mauvaise estimation de la fenêtre d'efficacité de la CU impacte également directement l'usage qui en est fait. Les femmes qui sous-estiment ce délai y ont moins recours. Que la méconnaissance de ce délai freine son utilisation ou que le recours à la CU ait été l'occasion d'un accès à une information spécifique permettant d'améliorer le niveau de connaissance des utilisatrices, ces données traduisent un défaut d'information qu'il est nécessaire d'améliorer. Cette relation n'est pas retrouvée lorsqu'on considère le niveau de risque perçue de la CU, montrant l'importance des informations relatives aux conditions d'accès et d'utilisation de ce composé.

Malgré un accès facilité et une évolution importante du paysage contraceptif ces 15 dernières années, l'utilisation de la CU n'a pas progressé en France. De même, le profil des femmes qui y ont eu recours dans les 12 mois précédant l'enquête a peu évolué. La promotion de la CU comme complément à une contraception régulière doit être soutenue au regard de la stabilité du nombre de grossesses non prévues et d'IVG. Les données du Baromètre santé 2016 montrent que cette promotion doit s'accompagner d'une information sur les délais d'utilisation et sur l'efficacité de cet outil. Des travaux complémentaires semblent cependant nécessaires pour identifier les freins et les leviers à l'identification des situations à risque de grossesse afin de favoriser l'utilisation de la contraception d'urgence, une méthode de rattrapage sûre, accessible et efficace. ■

Références

- [1] Moreau C, Trussell J, Bajos N. The determinants and circumstances of use of emergency contraceptive pills in France in the context of direct pharmacy access. *Contraception*. 2006;74(6):476-82.
- [2] Moreau C, Bajos N, Trussell J. The impact of pharmacy access to emergency contraceptive pills in France. *Contraception*. 2006;73(6):602-8.
- [3] Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice: Santé publique France; 2017. 8 p. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1806.pdf>
- [4] Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C ; l'équipe de l'enquête Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Population et Sociétés*. 2012; (492):1-4. <https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/contraception-france-nouveau-contexte-nouvelles-pratiques>
- [5] Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C ; l'équipe Fecond. La crise de la pilule en France: vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population et Sociétés*. 2014;(511):1-4. <https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/crise-pilule-france-nouveau-modele-contraceptif>

[6] Goulard H, Moreau C, Gilbert F, Job-Spira N, Bajos N; Cocon Group. Contraceptive failures and determinants of emergency contraception use. *Contraception*. 2006;74(3):208-13.

[7] Black K, Geary R, French R, Leefe N, Mercer CH, Glasier A, et al. Trends in the use of emergency contraception in Britain: evidence from the second and third National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles. *BJOG*. 2016;123(10):1600-7.

[8] Gautier A, Kersaudy-Rahib D, Lydié N. Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans. In *Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis: Inpes; 2013. p. 145-54. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/baro-jeunes.pdf>

[9] Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. *Études & Résultats (Drees)*. 2016;(968):1-6. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2015>

[10] Amsellem-Mainguy Y. Contraception d'urgence. Analyse sociologique des pratiques contraceptives de jeunes femmes. Thèse de sociologie. Université René Descartes-Paris V; 2007.

[11] Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. *Revue Française des Affaires Sociales*. 2011;(1):116-47.

[12] Vilain A. 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016. *Études & Résultats (Drees)*. 2017;(1013):1-6. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/211-900-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2016>

Citer cet article

Rahib D, Lydié N ; le groupe Baromètre santé 2016. L'utilisation de la contraception d'urgence en France métropolitaine en 2016 : niveau et déterminants. *Bull Épidémiol Hebd*. 2018;(29):590-5. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/29/2018_29_1.html

ARTICLE // Article

IMPACT DE LA RÉÉDUCATION À LA PHASE SUBAIGUË D'UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL EN FRANCE EN 2016

// IMPACT OF REHABILITATION AT THE SUB-ACUTE PHASE OF STROKE IN FRANCE IN 2016

Alexis Schnitzler^{1,2} (alexis.schnitzler@aphp.fr), Marie Erbaul¹, Agnès Solomiac¹, Damien Sainte-Croix¹, Laetitia May-Michelangeli¹, Catherine Grenier¹

¹ Haute Autorité de santé, La Plaine Saint-Denis, France

² Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, Équipe de recherche HandiResp – EA4047, France

Soumis le 09.05.2018 // Date of submission: 05.09.2018

Résumé // Abstract

Introduction – À la phase subaiguë d'un accident vasculaire cérébral (AVC), la prise en charge rééducative multidisciplinaire vise à récupérer ou compenser des limitations d'activité. Le but de cette étude était de déterminer si son intensité avait un effet sur l'amélioration fonctionnelle.

Méthode – Les patients hospitalisés en soin de suite et de réadaptation (SSR) pour AVC (codes CIM10 I60 à I64, à l'exception d'I63.6) au cours des huit premiers mois de l'année 2016 ont été sélectionnés dans le PMSI-SSR. La durée quotidienne de rééducation et son impact fonctionnel ont été obtenus dans le PMSI-SSR. Trois analyses multivariées ont été réalisées pour analyser les facteurs liés à un meilleur pronostic (présentés sous la forme d'odds ratios -OR- avec intervalle de confiance -IC95%-).

Résultats – La population d'étude comptait 12 122 patients, d'âge médian 76 ans. La durée médiane (DM) du séjour était de 56 jours et la DM de rééducation par jour de 90 minutes. En analyse multivariée, une durée de rééducation entre 90 et 120 minutes par jour (contre moins de 30 minutes) conduisait à une probabilité plus grande de gain d'autonomie, de faible dépendance et de sortie à domicile à l'issue de l'hospitalisation (OR respectivement de 1,87 [1,56-2,22], 1,88 [1,51-2,33] et 2,02 [1,65-2,46]).

Conclusion – Cette étude a montré le probable impact fonctionnel de l'intensité de la rééducation à la phase subaiguë d'un AVC. La portée de cette étude rétrospective reste limitée par le fait que les patients les plus enclins à progresser ont possiblement bénéficié d'une rééducation plus intense.

Introduction – During the sub-acute phase of stroke, multidisciplinary rehabilitation aims to recover or to compensate for activity limitations. The purpose of this study was to determine whether its intensity had an effect on functional improvement.

Method – Patients hospitalized for stroke in post-acute care and rehabilitation (ICD-10 codes I60 to I64 – except for I63.6-) in the first eight months of 2016 were selected in the PMSI-SSR (the French national hospital discharge database). Rehabilitation intensity and functional status were determined from the PMSI SSR database. Three multivariate analyzes were performed to analyze factors related to a better prognosis (presented in the form odds ratios OR– with a confidence interval –CI95%).

Results – The study population was 12,122 patients, median age 76 years. The median duration (MD) of the stay was 56 days and the MD of rehabilitation per day was 90 minutes. In multivariate analysis, a duration of rehabilitation comprised between 90 and 120 minutes per day (against less than 30 minutes) had a greater probability of gaining autonomy, low dependence and discharge at home after hospitalization (OR: 1.87 [1.56-2.22], 1.88 [1.51-2.33] and 2.02 [1.65-2.46], respectively).

Conclusion – This study showed the likely functional impact of the intensity of rehabilitation in the acute sub-acute phase of a stroke. The scope of this retrospective study remains limited by the fact that patients most likely to progress may have benefited from more intense reeducation.

Mots-clés : Accident vasculaire cérébral, Filière de soins, Rééducation

// **Keywords**: Stroke, Care pathway, Rehabilitation

Introduction

En France, comme dans la plupart des pays développés, l'accident vasculaire cérébral (AVC) est la première cause de handicap acquis de l'adulte et la troisième cause de décès¹. La rééducation à la phase subaiguë d'un AVC réduit l'impact des déficiences sur la dépendance et améliore la qualité de vie des personnes victimes d'un AVC². La prise en charge rééducative hospitalière est un processus multidimensionnel comprenant des interventions visant à récupérer ou compenser des limitations d'activité ou des difficultés de participation à la vie sociale causées par un AVC³. En France, comme dans d'autres pays développés, l'impact d'une prise en charge dans un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisé a été plusieurs fois démontré⁴⁻⁶. En revanche, l'impact fonctionnel de l'intensité de la prise en charge proposée en SSR reste controversé⁷. Les modèles neurophysiologiques suggèrent qu'un grand volume d'activité est nécessaire pour induire la neuroplasticité qui sous-tend la récupération⁸, mais aucune étude n'a pu clairement établir si la « dose moyenne quotidienne » de rééducation proposée avait un impact fonctionnel. Les recommandations de bonnes pratiques s'accordent donc sur la nécessité d'une prise en charge mais proposent des durées quotidiennes très variables issues d'un consensus d'experts⁹. En France, le guide sur les méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte publié par la Haute Autorité de santé (HAS) en 2012 recommandait « d'inclure l'effet temps comme une composante importante de la récupération motrice »¹⁰.

La HAS travaille actuellement à la mise en place d'indicateurs de qualité visant à évaluer les processus de prise en charge des patients à la phase subaiguë d'un AVC. Il était donc indispensable de pouvoir confirmer l'importance du temps de rééducation proposé.

Le but de la présente étude observationnelle était donc de déterminer si l'intensité d'une prise en charge rééducative hospitalière multidisciplinaire avait un effet sur le pronostic fonctionnel à la phase subaiguë de l'AVC.

Méthode

Source des données

La sélection des patients a été effectuée à partir de la base du PMSI-SSR. Ont été sélectionnés les séjours

de patients admis en hospitalisation complète en SSR entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre 2016 avec mention d'un AVC en étiologie principale figurant sur le résumé hebdomadaire de sortie anonyme (RHA). L'AVC était défini par les codes de la classification internationale des maladies – 10^e révision (CIM-10) suivants : I60-62 pour les AVC hémorragiques, I63 pour les AVC ischémiques (à l'exception d'I63.6 : Infarctus cérébral dû à une thrombose veineuse cérébrale) et I64 (AVC, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus). Pour chaque patient, un seul épisode de soins en SSR a été constitué. Les séjours artificiellement interrompus par la règle administrative des absences de plus de 48 heures ont été reconstitués dès lors que la date d'entrée dans le 2^e séjour et la date de sortie du 1^{er} étaient espacées de moins de trois jours. L'ensemble de la séquence était considérée comme un même séjour et les informations des différents RHA correspondant aux différents épisodes de soins ont été conservés.

Un chaînage entre les bases PMSI-MCO et PMSI-SSR a permis d'identifier le séjour initial du patient en MCO. Le dernier séjour en MCO avec un diagnostic principal d'AVC dont la date de fin précédait de moins de trois jours la date de début de la prise en charge en SSR a été considéré comme l'hospitalisation initiale.

Sélection des données

Les patients identifiés dans le PMSI-SSR mais n'ayant pas de séjour dans le PMSI-MCO n'ont pas été retenus pour l'analyse.

Par ailleurs, ont été exclus les patients décédés au cours du séjour ou présentant l'une des caractéristiques suivantes : numéro anonyme erroné, incohérence PMSI (à l'exception du type d'AVC entre le PMSI-SSR et le PMSI-MCO), âge inférieur à 18 ans, jours de présence effective en SSR inférieur à 20 jours et score de dépendance de 6 ou de 24. Ces deux derniers critères d'exclusion ont été choisis dans l'objectif d'homogénéiser la population d'étude et la prise en charge à proposer. En effet, il ne semblait pas pertinent d'analyser l'impact de la rééducation sur une période trop courte ou dans une population de patients totalement autonomes à l'arrivée (score d'autonomie=6/24) ou en états grabataires ou végétatifs (score d'autonomie=24/24).

Dans le PMSI-MCO ont été recueillis les données concernant le type d'AVC (corrigeant celui du PMSI-SSR

au besoin), le délai entre l'épisode de soins MCO pour AVC et la prise en charge en SSR ainsi que les diagnostics associés (comorbidités) précédant le premier épisode de soins en SSR. Un score de comorbidités associées, l'indice de Charlson, a été construit à partir des diagnostics associés (DA) et du diagnostic principal (DP) de l'épisode de soins MCO selon la méthode de Quan et coll.¹¹. Pour cette analyse, ont été sortis de l'indice de Charlson la présence d'hémiplégie et de paraplégie.

Dans le PMSI-SSR ont été recueillies les données démographiques et celles concernant l'autonomie et la prise en charge rééducative des patients.

Séjours

La durée du séjour en rééducation a été calculée par l'écart entre les dates de sortie et d'entrée du patient en SSR.

Le nombre de jours de présence effective correspond aux nombre de jours où le patient était effectivement hospitalisé pour bénéficier d'une prise en charge rééducative (hors week-end, jours fériés, transferts...).

Autonomie, gain d'autonomie et devenir

Dans le PMSI-SSR, l'autonomie des patients est renseignée chaque semaine de présence par les équipes de soin. Il existe deux scores de dépendance créés à partir des 6 variables de dépendance recueillies pour les activités élémentaires de la vie quotidienne :

- le score de dépendance physique, calculé en additionnant les cotes des variables « habillement », « déplacement et locomotion », « alimentation », « continence – hygiène de l'élimination ». Ces quatre items sont cotés de 1 (autonomie complète) à 4 (assistance totale) ;
- le score de dépendance cognitive, calculé en additionnant les cotes des variables « comportement » et « communication ». Ces deux variables sont elles aussi cotées de 1 à 4.

La somme de ces deux scores a été calculée pour la première semaine et la dernière du séjour SSR. Le score total de dépendance, variant de 6 à 24, a été classé en trois catégories : patients autonomes ou faiblement dépendants (score compris entre 6 et 12), patients partiellement dépendants (score compris entre 13 et 18), patients lourdement dépendants (score compris entre 19 et 24).

L'évolution fonctionnelle a été calculée entre l'entrée et la sortie (quelle que soit la durée du séjour). Pour cela ont été soustraits les scores d'autonomie entre l'entrée et la dernière semaine du séjour. Un gain fonctionnel a été défini par la diminution d'au moins 2 points du score total de dépendance.

Le retour à domicile a été déterminé par le mode de sortie indiqué sur la dernière semaine du RHA du séjour de chaque patient.

Rééducation

Les trois premiers mois de prise en charge ont été spécifiquement étudiés. En effet, l'efficacité

d'une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée est établie dans cette période subaiguë. Le plus souvent, les hospitalisations sont prolongées au-delà de 3 mois pour des raisons sociales et la prise en charge est logiquement allégée en termes de rééducation. Ainsi, le nombre d'intervenants et le volume de rééducation par jour de présence effective sont calculés sur une durée de séjour de trois mois ou moins (si la sortie avait lieu avant).

Tous les actes de rééducation et réadaptation réalisés au cours de la semaine dans le cadre de la prise en charge hospitalière doivent être recueillis dans le PMSI-SSR. Ils sont codés par l'ensemble des intervenants (ergothérapeutes, orthophonistes, professeurs d'activité physique, kinésithérapeutes, assistantes sociales, neuropsychologues, personnel infirmier...) conformément aux règles d'utilisation figurant dans le catalogue spécifique des 134 actes de rééducation et réadaptation (CSARR) élaboré par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). À chaque acte de rééducation-réadaptation est attribuée, par consensus, une durée.

Analyses

Pour les variables qualitatives ou discrètes, des odds ratios (OR) ont été calculés et restitués avec leurs intervalles de confiance [IC95%]. Pour les variables quantitatives, une analyse de variance a été appliquée. Les tests sont bilatéraux avec un seuil de significativité de 5%.

Trois analyses multivariées ont été effectuées à l'aide de régressions logistiques : l'une analysant les facteurs associés à l'amélioration du score de dépendance entre l'entrée et la sortie, une autre analysant les facteurs associés à un niveau d'autonomie important en fin d'hospitalisation (score compris entre 6 et 12 sur 24) et une dernière analysant les facteurs associés au retour à domicile. L'analyse a été réalisée en fonction des variables suivantes : âge, sexe, type d'AVC, score de Charlson modifié, autonomie à l'arrivée en SSR, nombre d'intervenants par jour de présence effective, délai entre le début du séjour en MCO pour AVC et le début de la prise en charge en SSR, durée de rééducation par jour de présence effective et durée du séjour.

Les analyses ont été réalisées au moyen du logiciel SAS® Enterprise Guide, version 7.1.

Résultats

La population d'étude était de 12 122 patients, dont 11 705 étaient sortis d'hospitalisation lors de l'analyse des données. La prise en charge a été réalisée dans 997 structures de SSR différentes, avec un nombre médian de patients par structure de 5 (IQ: 2-16). L'âge médian était de 76 ans (IQ: 68-84) ; plus de 3 000 patients (25%) avaient un indice de Charlson modifié supérieur à 1 ; 4 104 patients (34%) étaient lourdement dépendants à l'arrivée en SSR et la durée médiane du séjour était de 56 jours (IQ: 38-88) (tableau 1). Concernant la prise en charge rééducative, 6 079 patients (50%) avaient eu au moins

Tableau 1

Population d'étude de la rééducation à la phase subaiguë d'un accident vasculaire cérébral (AVC) en France en 2016 : données démographiques et de prise en charge

	Patients inclus (12 122)
Âge	
Médiane, ans [Q1-Q3]	76 [65-84]
Moins de 65 ans	2 866 (24,1%)
66-75 ans	2 739 (23%)
76 ans et plus	6 295 (52,9%)
Sexe	
Femmes : n (%)	5 952 (49,1%)
Type d'AVC	
Hémorragique	2 269 (18,7%)
Ischémique	9 853 (81,3%)
Délai avant prise en charge en soins de suite et de réadaptation (SSR)	
Médiane, en jours [Q1-Q3]	14 [10-21]
Séjour SSR¹	
Durée médiane du séjour, en jours [Q1-Q3]	56 (38 – 88)
Durée totale du séjour supérieure à 3 mois, n (%)	2 937 (24,2%)
Nombre médian de jours de présence effective [Q1-Q3]	41 [28-65]
Autonomie à l'arrivée, n (%)	
Faiblement dépendant	2 727 (22,5%)
Partiellement dépendant	5 291 (43,6%)
Lourdement dépendant	4 104 (33,9%)
Autonomie à la sortie, n (%)¹	
Faiblement dépendant	5 493 (47%)
Partiellement dépendant	3 748 (32%)
Lourdement dépendant	2 464 (21%)
Mode de sortie des patients, n (%)¹	
Domicile	9 129 (77,5%)
Structure d'hébergement médico-sociale	884 (10,9%)
Mutation/autre	1 363 (11,6%)

Q1= premier interquartile ; Q3= troisième interquartile ; n=nombre.

¹ Calcul réalisé pour les 11 705 patients sortis d'hospitalisation lors de l'analyse des données.

90 minutes de rééducation par jour de présence effective (tableau 2). Le nombre médian d'actes de rééducation par jours de présence effective était de 2,4 (IQ: 1,4-3,9). Un à trois intervenants par jour étaient impliqués dans la rééducation dans 68% des cas.

À la sortie, 2 464 patients (21%) restaient lourdement dépendants et la sortie était organisée au domicile pour plus des trois quarts de la population d'étude (tableau 1).

En analyse multivariée (tableau 3), l'augmentation du temps de rééducation, comparée à une durée inférieure à 30 minutes, était associée à une plus forte probabilité d'autonomisation ou de retour à domicile pour la totalité des classes de durée évaluées (à l'exception de la classe 30-60 minutes pour le retour à domicile, $p=0,09$).

Une prise en charge plus précoce (0 à 6 jours vs 7 à 14) était elle aussi associée à un meilleur pronostic fonctionnel (OR=1,4 [1,16-1,68]).

Discussion

Cette étude observationnelle nous a permis de montrer que l'intensité d'une prise charge rééducative hospitalière multidisciplinaire avait un effet sur le devenir fonctionnel à la phase subaiguë d'un AVC.

Les travaux s'intéressant spécifiquement à l'efficacité d'une hospitalisation en rééducation à la phase post-aiguë d'un AVC sont rares et pour la plupart anciens. La méta-analyse réalisée par Langhorne et coll. en 2001 reste la référence⁶. De façon assez provocatrice elle s'intitule: "*Does the organization of postacute stroke care really matter?*". Les auteurs y montraient qu'une prise en charge multidisciplinaire organisée en milieu hospitalier de rééducation était associée à une réduction de la mortalité ou de la dépendance (OR=0,65; IC95%: [0,50-0,85]). Il n'y a pas d'évidence quant à la nature spécifique des interventions et du type de rééducation, ni à la nature et la composition de l'équipe pluridisciplinaire³. En revanche, sa réalisation précoce au sein d'une structure dédiée

Tableau 2

Prise en charge rééducative lors de l'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation (SSR) à la phase subaiguë d'un accident vasculaire cérébral (AVC) en France en 2016

	Patients de moins de 65 ans (N=2 866)	Patients de 65 à 75 ans (N=2 732)	Patients de 75 ans et plus (N=6 524)	Patients inclus (N=12 122)
Durée de rééducation/jour de présence effective¹				
Médiane, en min [Q1-Q3]	121 [86-163]	106 [73-147]	66 [36-106]	90 [50,3-134]
<30, n (%)	95 (3,3%)	166 (6,1%)	1 339 (20,5%)	1 600 (13,2%)
30-60 min, n (%)	195 (6,8%)	294 (10,8%)	1 667 (25,6%)	2 156 (17,8%)
60-90 min, n (%)	482 (16,8%)	583 (21,3%)	1 258 (19,3%)	2 323 (19,2%)
90-120 min, n (%)	640 (22,3%)	585 (21,4%)	986 (15,1%)	2 211 (18,2%)
120-150 min, n (%)	548 (19,1%)	444 (16,3%)	568 (8,7%)	1 560 (12,9%)
150-180 min, n (%)	361 (12,6%)	265 (9,7%)	302 (4,6%)	928 (7,6%)
>180 min, n (%)	545 (19,0%)	395 (14,5%)	404 (6,2%)	1 344 (11,1%)
Nombre d'intervenants par jour de présence effective²				
Médiane, n [Q1-Q3]	2,1 [1,5-2,6]	2 [1,4-2,6]	1,4 [0,8-2]	1,7 [1-2,3]
Moins de 1 intervenant, n (%)	429 (15,0%)	476 (17,4%)	2 188 (33,5%)	3 093 (25,5%)
1 à 3 intervenants, n (%)	2 129 (74,3%)	2 040 (74,7%)	4 117 (63,1%)	8 286 (68,3%)
Plus de 3 intervenants, n (%)	308 (10,8%)	216 (7,9%)	219 (3,4%)	743 (6,1%)

Q1= premier interquartile ; Q3= troisième interquartile ; n=nombre ; min=minute.

¹ Rapport entre la durée de prise en charge rééducative et le nombre de jours de présence effective (hors week-end, jours fériés, transferts...) lors des trois premiers mois de la prise en charge (ou moins si le séjour est plus court).

² Rapport entre le nombre d'intervenants et le nombre de jours de présence effective (hors week-end, jours fériés, transferts...) lors des trois premiers mois de la prise en charge (ou moins si le séjour est plus court).

à la rééducation de patients ayant fait un AVC, sa coordination et son intensité sont pressentis comme des facteurs primordiaux de son efficacité³. La durée quotidienne de rééducation semble donc un élément important à prendre en compte dans l'évaluation de la qualité de la prise en charge proposée, ce que confirme une récente étude japonaise sur bases médico-administratives⁷.

La qualité de la prise en charge à la phase subaiguë d'un AVC fait l'objet d'un intérêt assez récent dans de nombreux pays développés. Ainsi, le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) déploie actuellement des outils d'évaluation de la prise en charge rééducative post-AVC dans les établissements de santé en Angleterre¹². La durée de rééducation est l'un des critères de processus évalués. Le NICE a proposé comme objectif un minimum de 45 minutes de prise en charge par « rééducation pertinente », mais sans critère objectif pour déterminer la pertinence. Les autres pays n'ont pas retenu la durée de rééducation comme indicateur de qualité mais plutôt la précocité de prise en charge¹³. Cela s'explique très probablement par l'absence de études et de recommandations claires sur la durée, contrairement au délai de prise en charge. En France, la HAS développe actuellement un set d'indicateurs pour évaluer la qualité de la prise en charge proposée dans les SSR.

Ce travail a permis de montrer l'importance du volume quotidien de rééducation sur le pronostic et le gain fonctionnel des patients. Cet élément sera donc un des principaux critères des indicateurs de qualité déployés en SSR dans le cadre de la prise en charge des AVC. De futures études pourraient être menées pour apprécier les raisons de cette différence de volume de rééducations quotidien délivré par les différentes structures et analyser la satisfaction des patients à l'aide, par exemple, des PROMs (*Patient Reported Outcome Measures*).

Limites

Ce travail a été réalisé sur des données issues de bases médico-administratives (PMSI-MCO et PMSI-SSR). Il en résulte tout d'abord que l'autonomie des patients n'est pas évaluée par une échelle validée et standardisée et qu'il existe probablement un biais lié à la répétition hebdomadaire de cette mesure. Par ailleurs, la durée de prise en charge est arbitrairement liée au codage d'un acte. De plus, la durée de rééducation est souvent dépendante des objectifs fonctionnels établis pour chaque patient. Le PMSI ne permet pas, par exemple, de connaître le niveau d'autonomie des patients avant leur AVC. Pour des patients dont le niveau de dépendance n'a pas été modifié par l'AVC, une prise en charge soutenue n'est, le plus souvent, pas indispensable. A contrario, les patients à fort potentiel

Tableau 3

Facteurs associés au gain d'autonomie et à la sortie à domicile après une prise en charge en soins de suite et de réadaptation (SSR) à la phase subaiguë d'un accident vasculaire cérébral (AVC) en France en 2016

	Gain d'autonomie ¹			Autonome ou faiblement dépendant à la sortie ²			Sortie à domicile ³		
	OR	IC95%	P*	OR	IC95%	P*	OR	IC95%	P*
Âge (ref=plus de 75 ans)									
66-75 ans	1,38	1,24-1,52	<0,01	1,90	1,68-2,13	<0,01	1,29	1,13-1,46	<0,01
<65 ans	1,53	1,38-1,70	<0,01	2,29	2,02-2,57	<0,01	1,22	1,07-1,38	<0,01
Durée de séjour (ref< 3 mois)									
3 mois ou plus	1,23	1,11-1,35	<0,01	0,78	0,70-0,874	<0,01	1,66	1,48-1,84	<0,01
Autonomie à l'arrivée (Ref= faiblement dépendant)									
Partiellement dépendant	2,20	1,98-2,44	<0,01	0,10	0,08-0,11	<0,01	0,47	0,40-0,55	<0,01
Fortement dépendant	1,79	1,59-2,00	<0,01	0,03	0,02-0,03	<0,01	0,22	0,18-0,25	<0,01
Comorbidités (ref=Charlson>1)									
Charlson=0-1	1,26	1,13-1,39	<0,01	1,32	1,16-1,49	<0,01	1,21	1,07-1,35	<0,01
Type d'AVC (ref=ischémique)									
AVC hémorragique	1,30	1,17-1,43	<0,01	1,15	1,02-1,29	0,02	1,11	0,98-1,25	0,09
Durée de rééducation/jour⁴ (ref=30 min)									
30-60 min	1,22	1,04-1,42	0,01	1,33	1,09-1,62	<0,01	1,15	0,97-1,35	0,09
60-90 min	1,61	1,36-1,90	<0,01	1,52	1,23-1,86	<0,01	1,67	1,38-2,01	<0,01
90-120 min	1,87	1,56-2,22	<0,01	1,88	1,51-2,33	<0,01	2,02	1,65-2,46	<0,01
120-150 min	1,86	1,54-2,24	<0,01	2,09	1,66-2,62	<0,01	2,35	1,87-2,93	<0,01
>150 min	1,96	1,63-2,34	<0,01	2,30	1,84-2,86	<0,01	2,20	1,78-2,71	<0,01
Nombre d'intervenants /jour⁵ (ref= moins de 1)									
1 à 3	1,05	0,93-1,17	0,46	1,02	0,88-1,17	0,76	1,20	1,05-1,37	<0,01
>3	1,31	1,14-1,50	<0,01	1,12	0,95-1,31	0,18	1,33	1,12-1,57	<0,01
Délais avant prise en charge en SSR (ref= 7-14 jours)									
0-6 jours	1,22	1,03-1,43	0,01	1,40	1,16-1,68	<0,01	1,06	0,86-1,31	0,56
>14 jours	0,69	0,63-0,75	<0,01	0,67	0,60-0,73	<0,01	0,64	0,58-0,71	<0,01

Calcul réalisé pour les 11 705 patients sortis d'hospitalisation à la phase subaiguë de l'analyse des données.

Odd's ratios (OR) avec intervalle de confiance à 95% (IC95%) issus d'un modèle logistique multivarié ajusté sur les facteurs présents dans le tableau. Ref= référence ; min=minute.

¹ Gain d'au moins 2 points entre le score d'autonomie à l'arrivée et celui de la dernière semaine d'hospitalisation. ² Score d'autonomie entre 6 et 12 lors de la dernière semaine d'hospitalisation. ³ Sortie à domicile à l'issue de la dernière semaine d'hospitalisation. ⁴ Rapport entre la durée de prise en charge rééducative et le nombre de jours de présence effective (hors week-end, jours fériés, transferts...) lors des trois premiers mois de la prise en charge (ou moins si le séjour est plus court). ⁵ Rapport entre le nombre d'intervenants et le nombre de jours de présence effective (hors week-end, jours fériés, transferts...) lors des trois premiers mois de la prise en charge (ou moins si le séjour est plus court)

* Analyse de variance bilatérale avec un seuil de significativité inférieur à 5%.

de progrès bénéficient parfois d'une prise en charge plus intensive. Nous avons essayé de minimiser cette limite en excluant les niveaux d'autonomies extrêmes, en étudiant une période minimale de prise en charge et en analysant spécifiquement les trois premiers mois du séjour. ■

Références

- [1] Krishnamurthi RV, Moran AE, Feigin VL, Barker-Collo S, Norrving B, Mensah GA, *et al*; GBD 2013 Stroke Panel Experts Group. Stroke prevalence, mortality and disability-adjusted life years in adults aged 20-64 years in 1990-2013: Data from the Global Burden of Disease 2013 Study. *Neuroepidemiology*. 2015;45(3):190-202.
- [2] Nichols-Larsen DS, Clark PC, Zeringue A, Greenspan A, Blanton S. Factors influencing stroke survivors' quality of life during subacute recovery. *Stroke*. 2005;36:1480-4.
- [3] Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. Stroke rehabilitation. *Lancet*. 2011;377:1693-1702.
- [4] Gabet A, de Peretti C, Woimant F, Giroud M, Bejot Y, Schnitzler A, *et al*. Évolution de l'admission en soins de suite et de réadaptation des patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral en France, 2010-2014. *Bull Épidémiol Hebd*. 2017;(11):196-207. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV13374
- [5] Schnitzler A, Woimant F, Nicolau J, Tuppin P, de Peretti C. Effect of rehabilitation setting on dependence following stroke: an analysis of the French inpatient database. *Neurorehabil. Neural Repair*. 2014;28:36-44.
- [6] Langhorne P, Duncan P. Does the organization of postacute stroke care really matter? *Stroke J Cereb Circ*. 2001;32:268-74.
- [7] Yagi M, Yasunaga H, Matsui H, Morita K, Fushimi K, Fujimoto M, *et al*. Impact of rehabilitation on outcomes in patients with ischemic stroke: A nationwide retrospective cohort study in Japan. *Stroke*. 2017;48:740-6.
- [8] Lohse KR, Lang CE, Boyd LA. Is more better? Using meta-data to explore dose-response relationships in stroke rehabilitation. *Stroke*. 2014;45:2053-8.
- [9] Foley N, Pereira S, Salter K, Meyer M, McClure JA, Teasell R. Are recommendations regarding inpatient therapy intensity following acute stroke really evidence-based? *Top Stroke Rehabil*. 2012;19:96-103.
- [10] Haute Autorité de santé. Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte. Saint-Denis: HAS; 2012. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1334330/fr/accident-vasculaire-cerebral-methodes-de-reeducation-de-la-fonction-motrice-chez-l-adulte
- [11] Quan H, Sundararajan V, Halfon P, Fong A, Burnand B, Luthi J-C, *et al*. Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. *Med Care*. 2005;43:1130-9.
- [12] Royal College of Physicians. Sentinel Stroke National Audit Program. <https://www.strokeaudit.org/>
- [13] Purvis T, Cadilhac D, Donnan G, Bernhardt J. Systematic review of process indicators: Including early rehabilitation interventions used to measure quality of acute stroke care. *Int J Stroke Off J Int Stroke Soc*. 2009;4:72-80.

Citer cet article

Schnitzler A, Erbaul M, Solomiac A, Sainte-Croix D, May-Michelangeli L, Grenier C. Impact de la rééducation à la phase subaiguë d'un accident vasculaire cérébral en France en 2016. *Bull Épidémiol Hebd*. 2018;(29):595-601. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/29/2018_29_2.html

CONNAISSANCE ET UTILISATION DE LA PROPHYLAXIE PRÉ-EXPOSITION (PREP) PARMIS LES HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES FRÉQUENTANT LES LIEUX DE CONVIVIALITÉ GAY DE CINQ VILLES FRANÇAISES. PREVAGAY 2015

// PRE-EXPOSURE PROPHYLAXIS AWARENESS AND USE AMONG MEN WHO HAVE SEX WITH MEN ATTENDING GAY VENUES IN FIVE FRENCH CITIES. PREVAGAY 2015

Claire Sauvage¹ (claire.sauvage@santepubliquefrance.fr), Leïla Saboni¹, Cécile Sommen¹, Nathalie Lydié¹, Antonio Alexandre², Florence Lot¹, Annie Velter¹ et le groupe Prevagay 2015*

¹ Santé publique France, Saint-Maurice, France

² Équipe nationale d'intervention en prévention et santé pour les entreprises (Enipse), Paris, France

* Le groupe Prevagay 2015 était composé d'Annie Velter, Antonio Alexandre, Francis Barin, Stéphane Chevaliez, David Friboulet, Marie Jauffret-Roustide, Florence Lot, Nathalie Lydié, Gilles Peytavin, Olivier Robineau, Leïla Saboni, Claire Sauvage et Cécile Sommen.

Soumis le 13.03.2018 // Date of submission: 03.13.2018

Résumé // Abstract

La prévention de l'infection par le VIH est l'élément majeur de la lutte contre l'épidémie. En complément du préservatif, d'autres outils sont aujourd'hui disponibles et notamment la prophylaxie pré-exposition (PrEP) par un traitement antirétroviral (emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate, initialement disponible sous le nom de Truvada® puis sous formes génériques depuis mars 2017) qui, pris lors d'un rapport sexuel à risque, permet de diminuer le risque de contamination par le VIH.

L'objectif de cet article est d'évaluer la connaissance et l'utilisation de la PrEP qu'avaient les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) fréquentant les lieux de convivialité gay de cinq villes françaises, au dernier trimestre 2015, avant la mise en œuvre de la recommandation temporaire d'utilisation (RTU) du Truvada® dans cette indication.

Prevagay 2015 est une étude de séroprévalence du VIH, anonyme et aléatoire, qui a permis de renseigner un questionnaire comportemental et de recueillir un prélèvement de sang auprès des HSH fréquentant les bars, saunas et backrooms de cinq villes françaises.

Au total, 2 164 HSH non séropositifs pour le VIH et résidant en France ont été retenus pour cette analyse. Parmi eux, 53% déclaraient avoir connaissance de la PrEP, principalement des hommes enquêtés à Nice ou Paris, âgés de 25 ans ou plus et ayant fait des études supérieures. Par ailleurs, 2,3% déclaraient avoir utilisé ce traitement préventif au cours des 12 derniers mois. La majorité d'entre eux s'était procuré la PrEP en participant à l'essai Ipergay (29%) ou par prescription médicale (27%).

Le niveau de connaissance de la PrEP, non optimal, peut s'expliquer par le fait que l'étude a été réalisée avant la RTU du Truvada® et donc avant les campagnes d'information institutionnelles. Cependant, s'agissant d'une population exposée aux messages de prévention, ces résultats incitent à poursuivre les actions d'information sur l'ensemble des outils de prévention, auprès de tous les publics HSH et notamment les plus éloignés de la communauté gay, afin que chacun puisse choisir sa protection de manière éclairée.

Prevention of HIV infection is the main element in the fight against the epidemic. In addition to the condom, other tools are now available, including pre-exposure prophylaxis (PrEP) through an antiretroviral treatment (emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate, initially sold under the brand name Truvada®, then under generics forms from March 2017), treatment that, taken before or after unprotected intercourse with a condom can reduce the risk of HIV infection.

The aim of this study was to evaluate awareness and use of PrEP among men who have sex with men (MSM) attending gay venues in five French cities, in 2015, before the temporary recommendation for using Truvada® for a PrEP indication.

Prevagay 2015 is an anonymous and random HIV seroprevalence study, which collects information from a behavioral questionnaire and blood samples from men who have sex with men in bars, saunas and backrooms in five French cities.

A total of 2,164 non-HIV-positive MSM residing in France were selected for this analysis. Among them, 53% reported having knowledge of PrEP, mainly men surveyed in Nice or Paris, 25 years or older and having completed higher education. Besides, 2.3% reported using this preventive treatment in the last 12 months. The majority of them had obtained PrEP by participating in the Ipergay trial (29%) or by medical prescription (27%).

The level of knowledge of PrEP, rather weak, can be explained by the fact that the study was carried out before the temporary recommendation for using Truvada®, and before institutional information campaigns. However, concerning a population exposed to the prevention messages, these results encourage the pursuit of information actions on all prevention tools for all MSM public and in particular, those furthest from the gay community, so that everyone can choose their protection in an informed way.

Mots-clés : Prophylaxie pré-exposition, PrEP, Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, HSH, Lieux de convivialité gay

// **Keywords:** Pre-exposure prophylaxis, PrEP, Men who have sex with men, MSM, Gay venues

Introduction

La prévention de l'infection par le virus de l'immunosuppression humaine (VIH) est l'élément majeur de la lutte contre l'épidémie¹. Si le préservatif reste le socle de la prévention comportementale, d'autres outils sont aujourd'hui disponibles pour une prévention dite combinée ou diversifiée. Cette stratégie consiste à y associer le dépistage et les traitements antirétroviraux : le traitement post-exposition (TPE) et le *Treatment as Prevention* (TasP). Les recherches scientifiques ont récemment prouvé l'efficacité d'une stratégie de prévention supplémentaire²⁻⁴ : la prophylaxie pré-exposition (PrEP). Elle consiste à proposer à des personnes à haut risque d'acquisition du VIH⁵ de bénéficier d'un traitement antirétroviral (emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate, initialement disponible sous le nom de Truvada® puis sous formes génériques depuis mars 2017), de façon continue ou lors d'un rapport sexuel à risque, dans le but de diminuer le risque de contamination.

Le premier essai ayant mis en évidence l'efficacité de la PrEP chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) en prise continue est l'essai iPrEx, réalisé aux États-Unis et publié fin 2010². Mi-2012, la prescription de la PrEP a été rendue possible aux États-Unis, tandis que démarraient deux essais en Europe dans la population HSH : l'essai franco-canadien Ipergay (Truvada® à la demande)³, puis l'essai Proud au Royaume-Uni (administration en continu)⁴. Fin février 2015, les résultats de ces essais ont montré que la PrEP diminuait de 86% le risque de contamination par le VIH chez les HSH^{3,4}. Sur la base de ces éléments nouveaux, des recommandations d'un comité scientifique mis en place par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), des conclusions du groupe d'experts sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH⁵ et de la décision de rembourser le médicament, l'ANSM a rendu effective la recommandation temporaire d'utilisation (RTU) du Truvada® dans la PrEP le 4 janvier 2016. Une extension d'autorisation de mise sur le marché (AMM) a été accordée à la spécialité (Truvada®) en août 2016 par la Commission européenne et mise en place en France au 1^{er} mars 2017.

C'est dans ce contexte que l'étude Prevagay a été réalisée à Lille, Lyon, Montpellier, Nice et Paris, sous la responsabilité de Santé publique France et en partenariat avec l'Équipe nationale d'intervention en prévention et santé pour les entreprises (Enipse), les centres nationaux de référence (CNR) pour le VIH et les hépatites virales B, C et Delta et l'Inserm.

Cette étude a pour objectif d'évaluer la connaissance et l'utilisation de la PrEP des HSH fréquentant les lieux de convivialité gay au dernier trimestre 2015, avant la mise en œuvre de la RTU. À cette période, l'essai Ipergay était en cours en France (dans 4 des 5 villes enquêtées dans Prevagay) et plusieurs consultations PrEP ont été progressivement ouvertes (dans les hôpitaux Saint-Louis et Tenon à Paris, et l'Archet à Nice). Ainsi, ces données pourront contribuer à mesurer l'évolution de ces indicateurs de connaissance et d'utilisation de la PrEP ainsi que l'impact des campagnes d'information ultérieures. De plus, caractériser les HSH ayant connaissance de la PrEP et ceux l'ayant déjà utilisée doit permettre d'adapter le plus efficacement possible les modes de communication et d'offrir ainsi aux HSH un choix éclairé quant aux moyens de protection contre le VIH.

Méthodes

L'étude Prevagay 2015 est une étude de séroprévalence du VIH et des hépatites B et C, réalisée de septembre à décembre 2015 auprès des HSH fréquentant les lieux de convivialité gay de Lille, Lyon, Montpellier, Nice et Paris⁶. La méthode d'échantillonnage probabiliste lieux-moments « *Time-Location Sampling* » (TLS) a été utilisée⁷, permettant ainsi de réduire les biais inhérents à la sélection des lieux enquêtés. La méthodologie complète de l'étude a été précédemment décrite⁸.

Déroulement de l'étude

Pour participer à l'étude, les hommes devaient être volontaires, âgés de 18 ans ou plus, lire et parler le français et avoir eu au moins un rapport sexuel avec un homme au cours des 12 derniers mois. Après avoir donné leur consentement éclairé, les HSH volontaires étaient invités à répondre à un questionnaire comportemental sur tablette électronique, puis à déposer huit gouttes de sang après ponction digitale sur un papier buvard. Le questionnaire recueillait les caractéristiques sociodémographiques des participants, des informations sur leur mode de vie, leur sexualité, leur santé, leur éventuel usage de drogues, leurs comportements de prévention et leur fréquentation des lieux de convivialité gay⁶. Parmi la soixantaine de questions, trois concernaient la PrEP. Les HSH étaient interrogés sur leur connaissance de ce traitement : « *Avez-vous entendu parler de la prophylaxie pré-exposition (PrEP), traitement qui pris avant et après un rapport non protégé par un préservatif peut réduire, chez une personne séronégative, le risque d'être contaminé par le VIH (par exemple,*

prise de Truvada® ou autre) ? » (Oui / Non) ; ainsi que sur leur éventuel recours à celui-ci : « Avez-vous déjà utilisé une prophylaxie pré-exposition (PrEP) (par exemple prise de Truvada® ou autre) ? » (Oui, au cours des 12 derniers mois / Oui, avant / Non). La troisième question portait sur le mode d'acquisition de la PrEP (participation à l'pergay / prescription médicale / auprès de personnes séropositives / sur Internet / autre).

Soixante établissements de convivialité gay des 5 villes ont participé à l'étude : 26 bars et clubs, 15 backrooms et sexclubs et 19 saunas. Au total 247 interventions ont été effectuées, durant lesquelles 5 324 HSH ont été invités à participer. La moitié d'entre eux a accepté, soit 2 658 hommes. L'analyse des données sur la connaissance et l'utilisation de la PrEP a été restreinte aux 2 164 HSH se déclarant non séropositifs pour le VIH et résidant en France.

Analyses statistiques

Les données ont été pondérées en tenant compte du poids de chaque établissement de convivialité gay (proportionnellement à sa file active), du poids individuel de chaque participant et du nombre de fréquentations des établissements investigués, selon la méthode généralisée du partage des poids (MGPP)⁸. Dans les analyses, le plan de sondage à deux degrés et les poids de sondage ont systématiquement été pris en compte. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel Stata® 12.1. Le test du Chi2 a été utilisé pour les comparaisons bivariées et la modélisation logistique pour identifier les associations en univarié et en multivarié. Seules les variables significatives jusqu'au seuil de 0,05 en univarié ont été retenues pour l'analyse multivariée.

Résultats

Les 2 164 HSH non séropositifs pour le VIH et résidant en France avaient un âge médian de 40 ans (IQ : [28-49]), 65% d'entre eux avaient fait des études supérieures, 71% n'avaient pas de problèmes financiers, 53% habitaient dans une commune de plus de 100 000 habitants et 82% s'identifiaient comme étant homosexuels.

Connaissance de la PrEP

Plus de la moitié des HSH (53%) ont déclaré avoir déjà entendu parler de la PrEP (tableau 1). Le niveau de connaissance était significativement plus élevé parmi les HSH enquêtés à Nice (57%) et Paris (59%), âgés de 25 ans et plus (56%), ayant fait des études supérieures (60%), vivant dans une ville de plus de 100 000 habitants (57%) et se définissant homosexuels (56%). La connaissance de la PrEP était également meilleure parmi les HSH fréquentant les backrooms et les lieux de drague extérieurs, ainsi que les sites de rencontre virtuelle (sites de rencontre gay sur Internet ou applications de rencontre gay géolocalisées). Plus le nombre de lieux de socialisation gay, avec ou sans échanges sexuels, fréquentés était important, plus la part de HSH informés

de l'existence de la PrEP était élevée : 44% pour ceux ne fréquentant qu'un seul lieu vs 72% pour ceux fréquentant les six types de lieux (bar, sauna, backroom, lieu extérieur de drague, site Internet de rencontre gay et application de rencontre gay géolocalisée). Les HSH qui connaissaient le mieux la PrEP étaient également ceux qui avaient un fort risque d'exposition au VIH dans l'année, que ce soit en termes de nombre de partenaires, de non-usage du préservatif ou de pratique du chemsex (utilisation de drogues – GHB, amphétamines et méphédronne – pendant les relations sexuelles).

L'analyse multivariée montre que la connaissance de la PrEP était associée au fait d'avoir été enquêté à Nice et Paris plutôt qu'à Lille, d'être âgé de 25 ans et plus, d'avoir fait des études supérieures, de se définir homosexuel, de fréquenter les sites de rencontre gay sur Internet, de pratiquer le chemsex et d'être vacciné contre l'hépatite B (VHB) par rapport à ceux qui ne connaissaient pas leur statut vaccinal.

Utilisation de la PrEP

Parmi les 2 164 hommes concernés par cette analyse, 2,3% avaient utilisé la PrEP dans l'année précédant l'étude (tableau 2). Il s'agissait davantage d'HSH en situation financière difficile (4%), qui fréquentaient les backrooms (4%), les sites de rencontre gay sur Internet (4%) et les applications de rencontre gay géolocalisées (3%). L'utilisation de la PrEP était également plus fréquemment rapportée par les HSH les plus exposés au VIH au cours des 12 derniers mois.

Dans le modèle ajusté, les facteurs indépendamment associés à l'utilisation de la PrEP au cours des 12 derniers mois étaient : la fréquentation des sites de rencontre gay sur Internet, la pratique de la pénétration anale non protégée (PANP) par un préservatif avec des partenaires de statut sérologique VIH différent ou inconnu, avoir eu au moins une infection sexuellement transmissible (IST) et avoir réalisé un test de dépistage de l'hépatite C (VHC) au cours des 12 derniers mois. Une association était également retrouvée entre le fait d'avoir utilisé la PrEP et le fait de se déclarer satisfait de sa vie sexuelle.

Parmi les HSH ayant utilisé la PrEP, les modalités pour se la procurer se répartissaient à parts égales : 29% en participant à l'essai l'pergay, 27% sur prescription d'un médecin (principalement à Paris, même si la différence n'était pas significative entre les villes), 26% auprès de personnes séropositives de leur entourage et 24% par un autre moyen que ceux cités, sans plus de précision. Aucun HSH n'a déclaré s'être procuré la PrEP par Internet.

Discussion

Quelques mois avant la mise à disposition de la PrEP dans le cadre de la RTU, Prevagay 2015 a permis de mesurer, pour la première fois, la connaissance et l'utilisation de la PrEP chez les HSH fréquentant les lieux de convivialité gay de cinq grandes villes françaises. Le fait de disposer de données de référence

Tableau 1

Connaissance de la PrEP selon les caractéristiques sociodémographiques, les modes de vie et les comportements sexuels, parmi les HSH se déclarant non séropositifs pour le VIH et résidant en France. Prevagay 2015, données pondérées

	HSH qui connaissaient la PrEP			Analyse univariée			Analyse multivariée		
	n	%	IC95%	OR brut	IC95%	p	OR ajusté	IC95%	p
Ensemble (N = 2 164)	1 189	53,0	[49,6-56,5]						
Ville enquêtée									
Lille	177	39,0	[32,9-45,5]	1			1		
Lyon	221	48,3	[40,7-56,1]	1,5	[1,0-2,2]	0,068	1,4	[0,9-2,1]	0,163
Montpellier	103	47,9	[38,8-57,2]	1,4	[0,9-2,3]	0,119	1,2	[0,7-1,9]	0,566
Nice	128	56,7	[48,0-64,9]	2,0	[1,3-3,2]	0,001	2,2	[1,3-3,7]	0,005
Paris	560	58,5	[53,2-63,5]	2,2	[1,6-3,1]	0,000	2,0	[1,4-3,0]	0,000
Classe d'âge									
18-24 ans	107	33,3	[25,0-42,9]	1			1		
25-34 ans	340	57,7	[51,1-64,0]	2,7	[1,7-4,4]	0,000	2,4	[1,4-4,2]	0,001
35-44 ans	332	58,7	[51,8-65,3]	2,8	[1,7-4,8]	0,000	2,5	[1,3-4,5]	0,004
45 ans et plus	410	53,9	[47,9-59,8]	2,3	[1,4-3,8]	0,001	2,6	[1,5-4,4]	0,001
Études supérieures									
Oui	862	60,1	[56,1-64,1]	2,3	[1,7-3,0]	0,000	2,0	[1,5-2,7]	0,000
Non	327	39,9	[34,4-45,6]	1			1		
Situation financière									
À l'aise, ça va	848	53,9	[49,8-57,9]	1					
Juste, endetté	341	51,0	[45,6-56,5]	0,9	[0,7-1,2]	0,386			
Pays de naissance									
France	1051	53,6	[49,8-57,4]	1					
Autre	138	49,5	[40,0-59,0]	0,8	[0,6-1,3]	0,438			
Taille de la commune									
Moins de 20 000 hab.	202	47,1	[40,3-54,1]	1			1		
20 000 à 100 000 hab.	228	49,8	[42,6-57,0]	1,1	[0,8-1,6]	0,589	1,1	[0,7-1,6]	0,693
Plus de 100 000 hab.	759	57,1	[52,2-61,9]	1,5	[1,1-2,1]	0,025	1,2	[0,8-1,9]	0,304
Orientation sexuelle									
Homosexuel	1 070	56,4	[52,5-60,1]	1			1		
Bisexuel	90	38,0	[30,1-46,6]	0,5	[0,3-0,7]	0,000	0,6	[0,4-0,9]	0,024
Autre (hétérosexuel, refus de se définir)	29	35,7	[21,5-52,9]	0,4	[0,2-0,9]	0,024	0,5	[0,2-1,2]	0,132
Lieux fréquentés : bars *									
Oui	1042	54,2	[50,4-57,9]	1,2	[0,8-1,7]	0,325			
Non	147	49,9	[42,2-57,6]	1					
Lieux fréquentés : saunas *									
Oui	775	54,0	[49,6-58,3]	1,1	[0,9-1,5]	0,366			
Non	414	51,0	[45,9-56,0]	1					
Lieux fréquentés : backrooms *									
Oui	660	60,1	[54,9-65,1]	1,7	[1,3-2,2]	0,000	1,2	[0,9-1,6]	0,317
Non	529	47,0	[42,7-51,5]	1			1		
Lieux fréquentés : lieux de drague extérieurs *									
Oui	404	59,9	[53,7-65,8]	1,5	[1,1-2,1]	0,017	1,2	[0,8-1,7]	0,378
Non	785	50,0	[45,5-54,4]	1			1		
Lieux fréquentés : sites de rencontre gay sur Internet *									
Oui	777	60,2	[55,7-64,6]	1,9	[1,4-2,6]	0,000	1,7	[1,1-2,7]	0,011
Non	412	44,2	[38,9-49,6]	1			1		



Tableau 1 (suite)

	HSH qui connaissaient la PrEP			Analyse univariée			Analyse multivariée		
	n	%	IC95%	OR brut	IC95%	p	OR ajusté	IC95%	p
Lieux fréquentés : applications de rencontre géolocalisées *									
Oui	833	57,7	[53,9-61,5]	1,6	[1,2-2,1]	0,002	0,8	[0,5-1,3]	0,375
Non	356	46,3	[40,4-52,4]	1			1		
Nombre de partenaires *									
1	108	39,3	[30,1-49,5]	1			1		
2 à 5	246	40,5	[34,4-46,9]	1,0	[0,6-1,7]	0,847	0,7	[0,4-1,2]	0,208
6 à 10	187	50,9	[42,0-59,7]	1,6	[0,9-2,8]	0,097	1,0	[0,5-1,9]	0,989
Plus de 10	648	66,5	[61,7-71,0]	3,1	[2,0-4,8]	0,000	1,5	[0,9-2,5]	0,087
Relation stable *									
Oui	732	53,6	[49,4-57,7]	1,1	[0,8-1,4]	0,673			
Non	457	52,2	[46,7-57,6]	1					
PANP par un préservatif avec un partenaire de statut sérologique VIH différent ou inconnu *									
Oui	347	60,9	[54,2-67,3]	1,5	[1,1-2,1]	0,015	1,1	[0,7-1,6]	0,672
Non	842	50,7	[46,5-54,8]	1			1		
Pratique du chemsex*									
Oui	210	72,6	[63,8-80,0]	2,6	[1,7-3,9]	0,000	2,7	[1,7-4,5]	0,000
Non	979	50,9	[47,1-54,6]	1			1		
Au moins une IST *									
Oui	248	66,7	[59,3-73,4]	2,0	[1,4-2,8]	0,000	1,1	[0,8-1,6]	0,597
Non	941	50,7	[46,9-54,4]	1			1		
Test de dépistage du VIH									
Oui, au cours des 12 derniers mois	900	58,6	[54,5-62,5]	1			1		
Oui, avant	246	46,8	[40,3-53,5]	0,6	[0,5-0,8]	0,003	0,9	[0,6-1,2]	0,484
Non	43	31,0	[19,9-44,9]	0,3	[0,2-0,6]	0,000	0,6	[0,4-1,2]	0,148
Test de dépistage de l'hépatite C *									
Oui	596	61,9	[56,8-66,9]	1,8	[1,3-2,4]	0,000	1,4	[1,0-2,0]	0,060
Non	593	47,4	[42,7-52,2]	1			1		
Vacciné contre l'hépatite B									
Oui	835	58,6	[54,2-62,8]	1			1		
Non	228	51,6	[44,1-59,0]	0,8	[0,5-1,1]	0,117	0,9	[0,6-1,2]	0,409
Ne sait pas	126	33,8	[26,8-41,7]	0,4	[0,2-0,5]	0,000	0,4	[0,3-0,6]	0,000

* Au cours des 12 derniers mois.

PrEP : prophylaxie pré-exposition ; HSH : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ; PANP : pénétration anale non protégée ; Chemsex : utilisation de drogues (GHB, amphétamines et méphédron) pendant les relations sexuelles ; IST : infection sexuellement transmissible.

est important pour permettre de mesurer l'évolution de ces indicateurs et l'impact des campagnes d'information sur la prévention diversifiée menées par les associations et Santé publique France, ou l'impact des campagnes spécifiques sur la PrEP. La première édition de l'enquête « Rapport au sexe », menée en 2017 auprès d'HSH via Internet et les applications de rencontre gay, permettra de réévaluer le niveau de connaissance et a déjà permis de connaître l'utilisation de la PrEP lors du dernier rapport sexuel (chez 5% des répondants séronégatifs pour le VIH)⁹.

La moitié (53%) des HSH interrogés avaient connaissance de la PrEP. Ce pourcentage semble faible pour une population qui, de par sa fréquentation des lieux de convivialité gay, a pu être exposée aux messages

d'information sur la PrEP antérieurs à 2015⁽¹⁾, que ce soit sous forme de flyers ou d'échanges avec les associations menant des actions de prévention dans ces lieux. Néanmoins, aucune annonce officielle n'avait encore été faite sur sa disponibilité. La connaissance de ce traitement était plus importante à Paris et Nice, villes dans lesquelles ont été recrutés des volontaires de l'essai Ipergay et où ont été ouvertes les premières consultations PrEP. Lille et Lyon étaient également des villes de recrutement de l'essai, mais la PrEP y était significativement moins connue des HSH. Cette moindre connaissance peut s'expliquer par l'inclusion à Lille et Lyon d'une population plus

⁽¹⁾ Notamment l'Enipse, qui a publié en avril 2013 un livret d'information sur la PrEP pour les gays séronégatifs, ou Aides, dont le slogan lors des Marches des Fiertés de 2015 était « Je marche, la PrEP aussi ! ».

Tableau 2

Utilisation de la PrEP au cours des 12 derniers mois, selon les caractéristiques sociodémographiques, les modes de vie et les comportements sexuels, parmi les HSH se déclarant non séropositifs pour le VIH et résidant en France. Prevagay 2015, données pondérées

	HSH qui ont utilisé la PrEP *			Analyse univariée			Analyse multivariée		
	n	%	IC95%	OR brut	IC95%	p	OR ajusté	IC95%	p
Ensemble (N=2 164)	67	2,3	[1,5-3,5]						
Ville enquêtée									
Lille	9	1,5	[0,4-4,8]	1					
Lyon	17	4,0	[1,9-8,4]	2,8	[0,7-12,0]	0,156			
Montpellier	3	1,6	[0,4-5,5]	1,1	[0,2-6,3]	0,945			
Nice	5	0,8	[0,3-2,2]	0,5	[0,1-2,6]	0,420			
Paris	33	2,3	[1,3-4,1]	1,6	[0,4-6,1]	0,502			
Classe d'âge									
18-24 ans	8	1,2	[0,5-2,6]	1					
25-34 ans	24	3,1	[1,3-7,1]	2,6	[0,8-9,0]	0,120			
35-44 ans	15	1,8	[0,9-3,9]	1,5	[0,5-4,7]	0,438			
45-ans et plus	20	2,5	[1,2-4,9]	2,1	[0,7-6,1]	0,181			
Études supérieures									
Oui	45	2,7	[1,6-4,3]	1,6	[0,6-4,5]	0,392			
Non	22	1,7	[0,7-4,1]	1					
Situation financière									
À l'aise, ça va	39	1,7	[1,0-2,7]	1			1		
Juste, endetté	28	3,9	[2,0-7,3]	2,3	[1,0-5,2]	0,038	1,9	[0,9-4,1]	0,095
Pays de naissance									
France	57	2,4	[1,5-3,9]	1					
Autre	10	1,6	[0,7-3,3]	0,6	[0,2-1,7]	0,358			
Taille de la commune									
Moins de 20 000 hab.	14	1,7	[0,7-4,3]	1					
20 000 à 100 000 hab.	13	2,9	[1,3-6,3]	1,7	[0,5-6,2]	0,409			
Plus de 100 000 hab.	40	2,4	[1,3-4,4]	1,4	[0,5-4,4]	0,552			
Orientation sexuelle									
Homosexuel	61	2,6	[1,7-4,0]	1					
Bisexuel	4	1,2	[0,3-5,0]	0,5	[0,1-2,1]	0,319			
Autre (hétérosexuel, refus de se définir)	2	0,9	[0,2-4,8]	0,4	[0,1-2,0]	0,244			
Lieux fréquentés : bars *									
Oui	60	2,6	[1,7-4,0]	1,8	[0,5-6,5]	0,375			
Non	7	1,5	[0,4-4,9]	1					
Lieux fréquentés : saunas *									
Oui	51	2,6	[1,6-4,1]	1,5	[0,5-4,5]	0,466			
Non	16	1,7	[0,7-4,4]	1					
Lieux fréquentés : backrooms *									
Oui	44	3,6	[2,1-6,1]	3,0	[1,2-7,6]	0,023	1,8	[0,8-4,0]	0,162
Non	23	1,2	[0,6-2,5]	1			1		
Lieux fréquentés : lieux de drague extérieurs *									
Oui	27	3,6	[1,9-7,0]	2,1	[0,8-5,5]	0,113			
Non	40	1,7	[1,0-3,1]	1					
Lieux fréquentés : sites de rencontre gay sur Internet *									
Oui	52	3,5	[2,2-5,5]	4,2	[1,8-10,0]	0,001	2,4	[1,0-5,9]	0,045
Non	15	0,9	[0,4-1,8]	1			1		



Tableau 2 (suite)

	HSH qui ont utilisé la PrEP *			Analyse univariée			Analyse multivariée		
	n	%	IC95%	OR brut	IC95%	p	OR ajusté	IC95%	p
Lieux fréquentés : applications de rencontre géolocalisées *									
Oui	56	3,2	[2,0-5,2]	3,0	[1,1-8,1]	0,026	0,6	[0,2-2,2]	0,453
Non	11	1,1	[0,5-2,4]	1			1		
Nombre de partenaires *									
1 à 5	7	0,8	[0,2-2,5]	0,2	[0,1-0,7]	0,014	0,7	[0,2-2,2]	0,492
6 à 10	8	2,2	[0,6-7,5]	0,6	[0,1-2,3]	0,421	1,1	[0,3-3,9]	0,826
Plus de 10	52	3,9	[2,4-6,1]	1			1		
Relation stable *									
Oui	43	1,8	[1,1-2,9]	0,6	[0,2-1,4]	0,225			
Non	24	3,1	[1,5-6,0]	1					
PANP par un préservatif avec un partenaire de statut sérologique VIH différent ou inconnu *									
Oui	41	6,7	[3,9-11,5]	7,3	[3,2-16,4]	0,000	3,8	[1,7-8,5]	0,001
Non	26	1,0	[0,6-1,7]	1			1		
Pratique du chemsex *									
Oui	21	6,4	[3,2-12,3]	3,6	[1,4-8,9]	0,006	1,6	[0,5-5,1]	0,455
Non	46	1,9	[1,1-3,1]	1			1		
Au moins une IST *									
Oui	30	8,3	[4,8-14,1]	6,9	[3,1-15,8]	0,000	2,7	[1,2-6,0]	0,016
Non	37	1,3	[0,7-2,2]	1			1		
Test de dépistage du VIH									
Pas de test	9	1,6	[0,6-3,8]	1					
1	4	0,5	[0,2-1,4]	0,3	[0,1-1,2]	0,097			
2 ou plus	54	4,1	[2,6-6,6]	2,7	[1,0-7,5]	0,056			
Test de dépistage de l'hépatite C *									
Oui	52	4,9	[3,1-7,5]	1			1		
Non	15	0,7	[0,3-1,8]	0,1	[0,1-0,4]	0,000	0,2	[0,1-0,6]	0,004
Vacciné contre l'hépatite B									
Oui	54	2,9	[1,8-4,6]	1					
Non	8	1,4	[0,6-3,4]	0,5	[0,2-1,3]	0,160			
Ne sait pas	5	1,4	[0,4-5,3]	0,5	[0,1-1,9]	0,297			
Satisfaction de la vie sexuelle									
Oui	53	2,9	[1,9-4,4]	3,3	[1,4-7,7]	0,006	3,6	[1,4-9,0]	0,000
Non	14	0,9	[0,4-2,0]	1			1		

* Au cours des 12 derniers mois.

PrEP : prophylaxie pré-exposition ; HSH : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ; PANP : pénétration anale non protégée ; Chemsex : utilisation de drogues (GHB, amphétamines et méphédronne) pendant les relations sexuelles ; IST : infection sexuellement transmissible.

jeune qu'à Paris et Nice⁶, l'âge étant effectivement un facteur associé à la connaissance de la PrEP. Par ailleurs, la proportion d'établissements investigués dans lesquels les relations sexuelles étaient possibles (saunas, backrooms), était plus importante à Nice et Paris qu'à Lyon et Lille. Or, la connaissance de la PrEP était significativement meilleure parmi les HSH qui fréquentaient ce type de lieux (55%) que parmi ceux ne fréquentant que les bars (45%).

La mise en perspective du niveau de connaissance de la PrEP observé dans notre étude avec ceux d'autres pays est à manier avec prudence du fait de contextes de mise à disposition de la PrEP et de diffusion de l'information propres à chaque pays, mais aussi en raison de méthodologies d'enquêtes

différentes. Ainsi, aux États-Unis, deux ans après l'approbation de la PrEP par la FDA (*US Food and Drug Administration*), une enquête réalisée par les CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) en 2014 dans les lieux de convivialité gay rapportait que 74% des HSH enquêtés à Washington et seulement 41% des HSH enquêtés à Miami avaient connaissance de la PrEP¹⁰. Dans cette étude, les auteurs rapportaient une augmentation de la connaissance de la PrEP dans les deux villes depuis 2011, mais soulignaient les différences régionales plaidant pour une information sur la PrEP et des actions adaptées à chaque région.

Le profil des HSH ayant entendu parler de la PrEP dans notre enquête présentait des caractéristiques

similaires aux autres études : ils étaient plus souvent diplômés et âgés de 25 ans et plus¹¹. D'autres facteurs décrits dans la littérature ont également été retrouvés dans Prevagay, mais uniquement en analyse univariée : le fait de résider dans une grande agglomération, de fréquenter la scène gay et de déclarer, au cours des 12 derniers mois, plusieurs partenaires sexuels et la réalisation d'au moins un test de dépistage du VIH¹¹⁻¹³. Le fait d'avoir réalisé un test de dépistage VIH dans l'année suggère une proximité avec les services de santé et, ainsi, une plus grande capacité d'appropriation des nouveaux outils de prévention. Par ailleurs, dans notre étude, les HSH dont le profil était concordant avec les critères de prescription de la PrEP⁵, car à haut risque d'acquisition du VIH par voie sexuelle (PANP par un préservatif ou pratique du chemsex), rapportaient avoir une meilleure connaissance de la PrEP que les autres.

Ces résultats ne sont pas sans rappeler ceux décrits par M. Pollak dès 1987, où les HSH disposant d'un capital socioculturel élevé avaient rapidement adapté leurs comportements sexuels face au risque de la maladie¹⁴. De nouveau, il est constaté un gradient social quant à la capacité des HSH à accéder aux informations sur les outils préventifs et à les comprendre.

L'étude Prevagay a montré que 2,3% des HSH avaient déjà eu recours à une PrEP dans l'année précédant l'étude. Cette faible proportion est en partie due à la chronologie, l'étude ayant eu lieu avant la mise à disposition du Truvada® puis des génériques dans cette indication. Le profil des HSH qui déclaraient s'être procurés la PrEP en dehors de l'essai Ipergay était similaire à celui des HSH inclus dans l'essai : 35 ans d'âge médian, un niveau d'études élevé et grands multipartenaires¹⁵. Plus d'un quart des utilisateurs, en majorité des HSH enquêtés à Paris, ont déclaré s'être procuré la PrEP sur prescription médicale, alors que la première consultation n'a ouvert qu'en novembre 2015. Pour les autres, il s'agissait d'un usage non encadré par un suivi médical. Ce suivi régulier est pourtant indispensable, notamment pour identifier de manière précoce une infection par le VIH, dépister les autres IST et les hépatites virales.

Ces résultats doivent être relativisés, dans la mesure où la population d'étude de Prevagay ne représente pas la population HSH dans sa globalité. Il s'agit d'une population qui fréquente les lieux de convivialité, plutôt diplômée et relativement âgée (40 ans d'âge médian). De plus, les hommes qui acceptent de participer à ce type d'étude sont prioritairement ceux qui portent une attention particulière aux questions de prévention et sont donc plus à même d'avoir connaissance des nouvelles modalités de prévention.

Conclusion

La France a été le premier pays européen à rendre disponible la PrEP de façon gratuite, en intégrant son remboursement par la Sécurité sociale. Si cet outil de prévention est très efficace au niveau individuel, il est nécessaire que les HSH s'en emparent largement

afin qu'il le devienne également au niveau collectif et permette ainsi de réduire la transmission du VIH. Entre janvier 2016 et juillet 2017, le nombre de personnes ayant initié une PrEP par Truvada® ou génériques a été assez limité (environ 5 300 personnes) par rapport à la population susceptible d'en bénéficier¹⁶. La très grande majorité (97,5%) de ces personnes sont des hommes, vraisemblablement des HSH. Il est donc indispensable de diffuser une information complète sur ce nouvel outil préventif en prenant en compte, autant que possible, la capacité des personnes à pouvoir le comprendre et y accéder. Notre étude a montré que le niveau de connaissance de la PrEP était moindre chez les plus jeunes et les moins diplômés. Il faut donc parvenir à toucher tous les publics HSH dans leur diversité, et notamment les plus éloignés de la communauté gay, afin que chacun puisse choisir sa protection de manière éclairée. Le rapport Morlat, dans ses recommandations d'avril 2018, a d'ailleurs élargi les indications en considérant que toute personne HSH non infectée par le VIH était potentiellement éligible à la PrEP¹⁷. C'est en informant au mieux, par différents canaux, les populations concernées, que la PrEP deviendra, au même titre que les autres modes de prévention, un moyen de faire reculer la dynamique de l'épidémie du VIH. ■

Remerciements

Les auteurs remercient toutes les personnes qui ont accepté de participer à l'étude Prevagay 2015. Nous remercions également les salariés de l'association Enipse qui ont réalisé le terrain de l'étude (S. Cambau, J. Derrien, S. Guillet, L. Jourdan, C. Kaminski, V. Lugaz, C. Pèjou, E. Thomas Des Chenes, F. Therond, R De Wever) et les associations qui ont apporté leur soutien tout au long de l'étude, notamment Aides (V. Coquelin), Act Up Paris (H. Fisher), Le 190 (M. Oyahon), Sidaction (S. Fournier). Nous remercions chaleureusement l'ensemble des établissements ayant accepté de participer à l'étude et l'ensemble des associations ayant facilité sa réalisation. Nous remercions également les Cellules d'intervention en région de Santé publique France (Cire Hauts-de-France : P. Chaud, B. Ndiaye, P. Trouiller ; Cire Auvergne-Rhône-Alpes : C. Saura ; Cire Occitanie : C. Rousseau ; Cire Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse : P. Malfait et Cire Île-de-France : S. Vandentorren, A. Lepoutre, Y. Silué) pour leur soutien à la réalisation de l'étude.

Le recueil des données comportementales sur tablettes a été assuré par la société BVA.

L'étude Prevagay 2015 a été financée par Santé publique France, l'Agence nationale de recherche contre le sida et les hépatites virales (ANRS), Sidaction et les Agences régionales de santé des Hauts-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse et Île-de-France.

Références

- [1] UNAIDS. The gap report, 2014. 422 p. [Internet] http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/20140716_UNAIDS_gap_report
- [2] Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med*. 2010;363(27):2587-99.
- [3] Molina JM, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al. On-demand preexposure prophylaxis in men at high risk for HIV-1 infection. *N Engl J Med*. 2015;373(23):2237-46.

- [4] McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, Gilson R, *et al.* Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): Effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *Lancet*. 2016;387(10013):53-60.
- [5] Morlat P (dir.). Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Actualisation 2015. Prophylaxie pré-exposition. 18 p. https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2015/10/experts-vih_prep2015.pdf
- [6] Sauvage C, Saboni L, Trouiller-Gerfaux P, Sommen C, Alexandre A, Lydié N, *et al.* 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. 87 p. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV13573
- [7] MacKellar DA, Gallagher KM, Finlayson T, Sanchez T, Lansky A, Sullivan PS. Surveillance of HIV risk and prevention behaviors of men who have sex with men: A national application of venue-based, time-space sampling. *Public Health Rep*. 2007;122 Suppl 1:39-47.
- [8] Sommen C, Saboni L, Sauvage C, Alexandre A, Lot F, Barin F, *et al.* Time location sampling in men who have sex with men in the HIV context: The importance of taking into account sampling weights and frequency of venue attendance. *Epidemiol Infect*. 2018;146(7):913-9.
- [9] Velter A, Duchesne L, Lydié N. Pourquoi l'épidémie du VIH se poursuit-elle parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) en France ? 9^e Conférence internationale francophone ; VIH/Hépatites – AFRAVIH ; 4-7 avril 2018, Bordeaux, France.
- [10] Patrick R, Forrest D, Cardenas G, Opoku J, Magnus M, Gregory Phillips I, *et al.* Awareness, willingness, and use of pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men in Washington, DC and Miami-Dade County, FL: National HIV Behavioral Surveillance, 2011 and 2014. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2017;75 Suppl 3:S375-S382.
- [11] Hoagland B, De Boni RB, Moreira RI, Madrugá JV, Kallas EG, Goulart SP, *et al.* Awareness and willingness to use pre-exposure prophylaxis (PrEP) among men who have sex with men and transgender women in Brazil. *AIDS Behav*. 2017;21(5):1278-87.
- [12] Frankis J, Young I, Flowers P, McDaid L. Who will use pre-exposure prophylaxis (PrEP) and why? Understanding PrEP awareness and acceptability amongst men who have sex with men in the UK – A mixed methods study. *PLoS One*. 2016;11(4):e0151385.
- [13] Lachowsky NJ, Lin SY, Hull MW, Cui Z, Sereda P, Jollimore J, *et al.* Pre-exposure prophylaxis awareness among gay and other men who have sex with men in Vancouver, British Columbia, Canada. *AIDS Behav*. 2016;20(7):1408-22.
- [14] Pollak M, Schiltz MA. Identité sociale et gestion d'un risque de santé. Actes de la Recherche en Sciences Sociales. 1987;68:77-102.
- [15] Sagaon-Teyssier L, Suzan-Monti M, Demoulin B, Capitant C, Lorente N, Preau M, *et al.* Uptake of PrEP and condom and sexual risk behavior among MSM during the ANRS IPERDAY trial. *AIDS Care*. 2016;28 Suppl 1:48-55.
- [16] ANSM. Suivi de l'utilisation de Truvada® ou génériques pour une prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH à partir du SNIIRAM – Période du 01/01/2016 au 31/07/2017. Novembre 2017. 19 p. https://ansm.sante.fr/content/download/112661/1427393/version/1/file/Rapport_Truvada-PrEP-2016-2017_01-12-2017.pdf
- [17] Morlat P (dir.). Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Prévention et dépistage. 2018. 46 p. <https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/>

Citer cet article

Sauvage C, Saboni L, Sommen C, Lydié N, Alexandre A, Lot F, *et al.* Connaissance et utilisation de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay de cinq villes françaises. *Prevagay* 2015. *Bull Epidemiol Hebd*. 2018;(29):602-10. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/29/2018_29_3.html