

› SOMMAIRE // Contents

ARTICLE // Article

- Caractéristiques des passages aux urgences en période de surveillance canicule 2023
// Characteristics of emergency department visits in France during the 2023 heatwave monitoring period.....p. 182

Émile Falola et coll.
Santé publique France, Saint-Maurice

ARTICLE // Article

- Épidémiologie descriptive des déclarations de rapports sexuels non consentis au CeGIDD des Alpes-Maritimes
// Descriptive epidemiology of reported non-consensual sexual intercourse victims in the CeGIDD of Alpes-Maritimes, France.....p. 189

Cécile Milles-Simonet et coll.
Centre hospitalier universitaire (CHU) de Nice,
Université Nice Côte d'Azur, Nice

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

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/beh/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

Directeur de la publication : Yann Le Strat, directeur scientifique de Santé publique France
Rédactrice en chef : Valérie Colombani-Coururon, Santé publique France, redaction@santepubliquefrance.fr
Rédactrice en chef adjointe : Frédérique Biton-Debernard
Secrétariat de rédaction : Quentin Lacaze
Comité de rédaction : Raphaël Andler, Santé publique France ; Thomas Bénet, Santé publique France-Auvergne-Rhône-Alpes ; Florence Bodeau-Livinec, EHESP ; Kathleen Chami, Santé publique France ; Perrine de Crouy-Chanel, Santé publique France ; Olivier Dejardin, CHU Caen ; Franck de Laval, Cespa ; Martin Herbas Ekat, CHU Brazzaville, Congo ; Matthieu Eveillard, CHU Angers ; Bertrand Gagnière, Santé publique France-Bretagne ; Isabelle Grémy ; Anne Guinard, Santé publique France-Occitanie ; Jean-Paul Guthmann, Santé publique France ; Camille Lecoffre-Bernard, Santé publique France ; Élodie Lebreton, Santé publique France ; Yasmina Ouharzoune, Santé publique France ; Valérie Ollié, EPI-Phare ; Arnaud Tarantola, Santé publique France-Île-de-France ; Marie-Pierre Tavolacci, CHU Rouen ; Hélène Therre, Santé publique France ; Isabelle Villena, CHU Reims ; Marianne Zeller, UFR Sciences de santé de Dijon.
Santé publique France - Site Internet : <https://www.santepubliquefrance.fr>
Prépresse : Luminess
ISSN : 1953-8030

CARACTÉRISTIQUES DES PASSAGES AUX URGENCES EN PÉRIODE DE SURVEILLANCE CANICULE 2023

// CHARACTERISTICS OF EMERGENCY DEPARTMENT VISITS IN FRANCE DURING THE 2023 HEATWAVE MONITORING PERIOD

Émile Falola, Agnès Verrier (agnes.verrier@santepubliquefrance.fr), François Beck

Santé publique France, Saint-Maurice

Soumis le : 22.01.2025 // Date of submission: 01.22.2025

Résumé // Abstract

Une surveillance de l'impact sanitaire des canicules a été mise en place après l'épisode exceptionnel de 2003. Elle repose notamment sur les passages aux urgences du 1^{er} juin au 15 septembre pour hyperthermie, déshydratation ou hyponatrémie (indicateur iCanicule) parmi 11 diagnostics disponibles. Au cours de la période de surveillance 2023, 16 361 passages aux urgences pour iCanicule ont été dénombrés. Presque tous les passages étaient uniques (98,1%) et majoritairement effectués dans la région de résidence des patients (>90%) sauf en Corse (68,6%). Au niveau de l'Hexagone, le taux était de 24,4 passages aux urgences pour 100 000 habitants avec une nette élévation pour les patients âgés de 70 ans et plus, et un taux significativement supérieur chez les femmes par rapport aux hommes ($p<0,0001$). À âge constant, les taux régionaux d'admission supérieurs à la moyenne nationale étaient surtout observés dans la partie sud de l'Hexagone. En période caniculaire, près de la moitié des enfants âgés de moins de 6 ans ayant été admis aux urgences pour iCanicule ont consulté pour une déshydratation. L'hyperthermie était le principal diagnostic des personnes âgées de 6 à 49 ans tandis que l'hyponatrémie représentait environ le tiers des diagnostics des personnes âgées de 60 ans et plus. La morbidité liée à la chaleur pouvait être associée à des pathologies concomitantes : infectieuses chez les plus jeunes et les symptômes non spécifiques chez les seniors. La proportion d'hospitalisation en période de canicule était de 62,0%. Si les résultats doivent être consolidés par des analyses complémentaires, ils apportent déjà des éléments utiles pour améliorer à court terme la prévention. Ils renforcent aussi la nécessité de faire prendre conscience que l'exposition aux fortes chaleurs concerne l'ensemble de la population.

The French Health data monitoring system of emergency care use and mortality was established after the 2003 heatwave. The analysis of data for hyperthermia, dehydration or hyponatremia (iCanicule indicator) among 11 diagnoses available collected from June 1 to September 15, 2023, identified 16,361 emergency department visits for iCanicule. Almost all visits were unique (98.1%). They predominantly occurred in the metropolitan residents' region of residence (>90%), except in Corse (68.6%). The metropolitan rate was 24.4 emergency visits per 100,000 inhabitants, with a marked increase among patients aged 70 and older, and a significantly higher rate for women compared to men ($p<0.0001$). At a constant age, rates exceeding the metropolitan average were mostly observed in the southern part of mainland France. During heatwave periods, nearly half of the children under 6 admitted to emergency departments for iCanicule consulted for dehydration. Hyperthermia was the primary diagnosis among individuals aged 6 to 49, while hyponatremia accounted for about one-third of diagnoses in those aged 60 and older. Heat-related morbidity could be associated with concomitant conditions: infectious diseases in the youngest and nonspecific symptoms in seniors. The hospitalization rate during heatwaves was 62.0%. While these results need to be consolidated by further analysis, they already provide useful insights for improving short-term prevention. They also underscore the necessity of raising awareness that exposure to heatwave affects the entire population.

Mots-clés : Canicule, Surveillance syndromique, Soins d'urgences, Morbidité
// Keywords: Heatwave, Syndromic surveillance, Emergency care, Morbidity

Introduction

L'impact sanitaire des fortes chaleurs est souvent abordé par le prisme de la mortalité¹. Pourtant, des impacts sur l'économie² et sur la morbidité^{3,4} sont également observés. À la suite de la canicule de 2003, un plan national canicule⁽¹⁾ a été mis

⁽¹⁾ Remplacé depuis 2021 par l'Instruction interministérielle relative à la gestion sanitaire des vagues de chaleur en France hexagonale, qui comprend notamment la disposition spécifique Orsec de gestion sanitaire des fortes chaleurs. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_vague_de_chaleur_2024_70.pdf

en place dans l'Hexagone pour anticiper et prévenir les risques sanitaires liés aux fortes chaleurs⁵. Il repose notamment sur une surveillance syndromique des passages aux urgences hospitalières du 1^{er} juin au 15 septembre pour hyperthermie, déshydratation, hyponatrémie. Cette surveillance est destinée à apporter des éléments aux décideurs pour adapter, si besoin, les mesures de prévention et de gestion dans les meilleurs délais⁶. À travers celle-ci, des milliers de passages aux urgences en lien avec la chaleur sont observés chaque été, avec des augmentations notables pendant les canicules⁷. Outre les variables

de la surveillance syndromique exploitées en routine dans le cadre du Système d'alerte canicule santé (Sacs)⁶, les autres variables de cette surveillance ont été explorées pour la première fois afin d'identifier d'éventuels éléments utiles à la prévention.

Matériel et méthodes

L'analyse porte sur la période de surveillance canicule de l'année 2023, caractérisée sur la période du 1^{er} juin au 15 septembre par quatre canicules : du 7 au 13 et 17 au 26 juillet, du 11 au 26 août et du 3 au 11 septembre. Un épisode long et intense en août a concerné 73% de la population hexagonale⁸. Les données sont issues du réseau Organisation de la surveillance coordonnée des urgences (Oscour®) qui s'inscrit dans la surveillance syndromique coordonnée par Santé publique France⁹. Ont donc été sélectionnés dans cette base de données les passages aux urgences survenus dans l'Hexagone, du 1^{er} juin au 15 septembre 2023, pour iCanicule, indicateur composite rassemblant hyperthermie/coup de chaleur (Classification internationale des maladies, 10^e révision – CIM10 : T67, T670-T679, X30, X300-X309), déshydratation (CIM10 : E86) ou hyponatrémie (CIM10 : E871, E8710, E8718) comme diagnostic parmi les onze disponibles (diagnostic principal et dix associés). Il s'agit donc de repérer des passages aux urgences où l'indicateur iCanicule est présent, en diagnostic principal ou en diagnostic associé pour d'autres pathologies identifiées comme diagnostic principal. Cet indicateur n'a pas vocation à retrancrire l'ampleur de l'impact de la chaleur sur la morbidité, puisqu'il a été défini pour décrire la dynamique de recours aux urgences hospitalières selon la situation météorologique, la zone géographique et les classes d'âge⁶. Les autres variables, issues du résumé des passages aux urgences (RPU), sont le sexe, la date de naissance, le code postal de résidence, le lieu de résidence (« domicile » vs « établissement de santé »), les moyens de transport et de prise en charge, la date et le mode d'entrée/sortie. L'âge étant un facteur de vulnérabilité à la chaleur, des classes d'âge ont été proposées pour isoler les jeunes enfants et les personnes âgées de 65 ans et plus. Les canicules, au niveau départemental, ont été identifiées à partir des températures observées (moyenne de la température minimale et maximale sur trois jours : J, J+1, J+2) supérieures aux valeurs seuils. L'impact sanitaire en période de canicule a été mesuré en prenant en compte les passages aux urgences jusqu'à trois jours après la fin de la vigilance canicule orange ou rouge, en raison de la survenue courante d'effets retardés sur la mortalité. Les passages multiples ont été dénombrés à partir d'un identifiant composé de la date de naissance, du sexe et du code postal de résidence. Les taux ont été calculés à partir de l'estimation de la population par région, sexe et classes d'âge en 2023 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)¹⁰. Une standardisation indirecte sur l'âge des taux régionaux de passages aux urgences a été réalisée.

Résultats

Du 1^{er} juin au 15 septembre 2023, 16 361 passages aux urgences pour iCanicule ont été recensés en France hexagonale. Un premier pic d'admission était observé en dehors de toute alerte canicule, du 24 au 27 juin 2023, avec des effectifs de passages quotidiens supérieurs à ceux observés pendant trois des quatre épisodes caniculaires (figure 1).

Caractéristiques sociodémographiques

Le lieu de résidence des patients se situait dans l'Hexagone (99,3%), à l'étranger (0,6%) ou dans les départements et régions d'outre-mer (DROM, 0,1%) (n=16 242). Dans plus de 90% des cas, les patients de l'Hexagone étaient admis aux urgences dans leur région de résidence, excepté en Corse où la proportion était plus faible (68,6%). L'âge médian des femmes, de 79 ans (quartiles, Q1-Q3 : [61-88]), était supérieur à celui des hommes, 68 ans (Q1-Q3 : [37-81]) ; p<0,0001.

Le taux de passages aux urgences pour iCanicule des personnes résidant dans l'Hexagone était de 24,4 passages pour 100 000 habitants. Ce taux variait en fonction du sexe et de l'âge (tableau 1). Les femmes avaient globalement un taux de passage significativement supérieur à celui des hommes (p<0,0001). Les taux par classes d'âge décrivaient une courbe en U, avec un risque plus élevé de passage aux urgences pour les personnes âgées de moins de 5 ans ou de 70 ans et plus. Dans cette dernière classe d'âge, le taux augmentait notablement à partir de 80 ans. Le taux de passage aux urgences des personnes âgées de 60-69 ans était inférieur à celui de la population générale. Par classes d'âge et de sexe, chez les 30-69 ans, les hommes avaient un taux de passage supérieur à celui des femmes, et chez les 70 ans et plus, les femmes avaient un taux supérieur à celui des hommes.

Après ajustement sur l'âge, les taux variaient de 11,0 pour 100 000 habitants en Pays de la Loire à 41,1 pour 100 000 habitants en Corse (figure 2, tableau 2), avec des taux supérieurs à celui de l'Hexagone en Bourgogne-Franche-Comté, Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Hauts-de-France et Corse.

Caractéristiques des passages

Entre le 1^{er} juin et le 15 septembre 2023, presque tous les passages aux urgences étaient uniques (98,1%) ; 1,8% des patients y étaient passés deux fois et seuls 0,1% des patients ont eu recours aux urgences pour iCanicule trois fois.

Les patients venaient du « domicile » (98,6%) ou d'un établissement de santé (1,4%) (n=15 715). Ils étaient arrivés aux urgences à l'aide d'un moyen de transport personnel (40,2%), d'une ambulance (36,6%), d'un véhicule de secours et d'assistance aux victimes (21,2%), d'un véhicule des services mobiles d'urgence et de réanimation (1,6%), d'un hélicoptère (0,4%) ou avec les forces de l'ordre (0,1%) (n=15 185). Les trois principaux

modes de transport variaient en fonction de l'âge ($p<0,0001$). En particulier, les patients âgés de moins de 20 ans étaient principalement arrivés aux urgences avec un moyen de transport personnel (87,7%). La majorité des arrivées aux urgences en ambulance (87,4%), avec une structure mobile d'urgence et de réanimation (68,9%), ou avec un véhicule de

secours et d'assistance aux victimes (61,1%) concernait les personnes âgées de 60 ans et plus.

Une hospitalisation était envisagée dans 68,2% des cas, un retour au domicile dans 31,6% et 30 décès (0,2%) ont été notifiés ($n=15\ 674$). La proportion d'hospitalisation variait en fonction de l'âge (figure 3). Si près des deux tiers des patients âgés

Figure 1

Nombre de passages aux urgences pour iCanicule durant la période de surveillance estivale 2023, France hexagonale, du 1^{er} juin au 15 septembre 2023 (N=16 361)

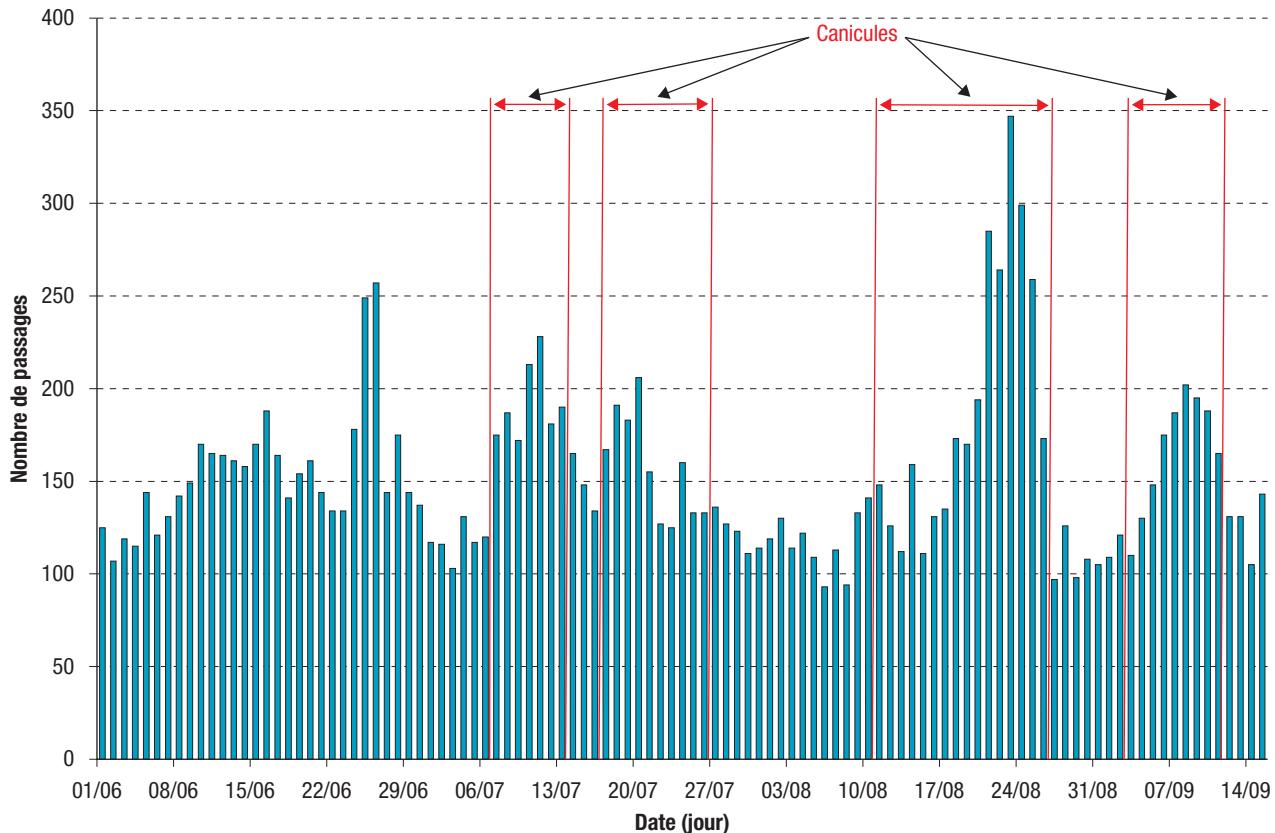


Tableau 1

Taux de passages aux urgences pour iCanicule par sexe et classe d'âge, France hexagonale, du 1^{er} juin au 15 septembre 2023 (N=16 067)

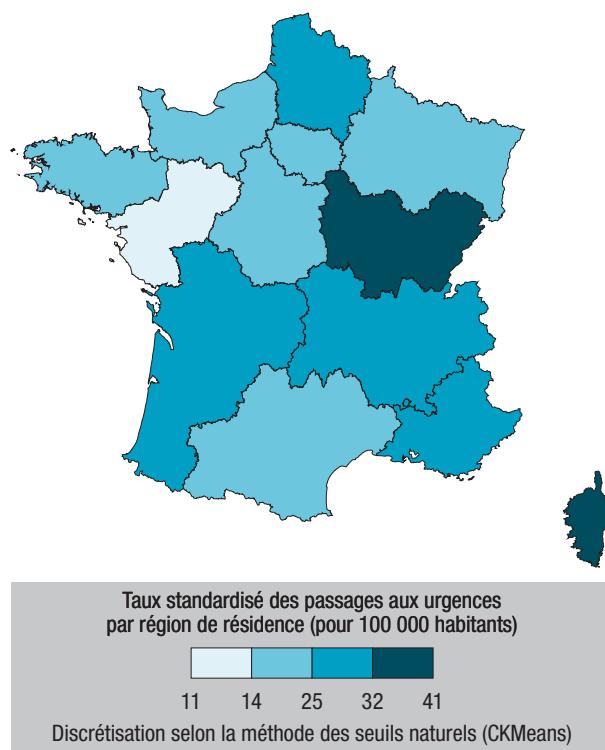
Classes d'âge (ans)	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Effectif	Taux pour 100 000 hab.	Effectif	Taux pour 100 000 hab.	Effectif	Taux pour 100 000 hab.
<5	480	29,3	562	32,8	1 042	31,1
5-19	532	9,2	630	10,3	1 162	9,7
20-29	262	7,1	296	7,9	558	7,5
30-39	196	4,8	323	8,2	519	6,5
40-49	221	5,3	327	8,0	548	6,6
50-59	421	9,5	575	13,5	996	11,5
60-69	822	19,8	937	25,1	1 759	22,3
70-79	1 700	49,2	1 377	47,9	3 077	48,6
80-89	2 814	150,9	1 350	111,2	4 164	135,2
≥90	1 649	245,0	593	238,0	2 242	243,1
Tous âges	9 097	26,8	6 970	21,8	16 067	24,4

hab. : habitants

de moins de 6 ans étaient hospitalisés, la proportion la plus faible était observée pour la classe 20-29 ans, puis elle augmentait avec l'âge pour atteindre près de 80% chez les plus âgés.

Figure 2

Taux standardisés sur l'âge (pour 100 000 habitants) des passages aux urgences pour iCanicule par région parmi les patients ayant consulté dans leur région de résidence, France hexagonale, du 1^{er} juin au 15 septembre 2023 (N=15 113)



Santé publique France, janvier 2025.

Données des passages aux urgences par région du 1^{er} juin au 15 septembre 2023.

Caractéristiques des diagnostics

En détaillant l'indicateur composite iCanicule, tous diagnostics confondus, les passages aux urgences au cours de la période de surveillance (n=16 361) concernaient une hyponatrémie (44,8%), une déshydratation (38,9%) et une hyperthermie (17,3%). Cent cinq patients présentaient à la fois une déshydratation et une hyponatrémie et 52 patients une déshydratation associée à une hyperthermie.

En ce qui concerne le diagnostic principal (n=16 339), 32,6% des passages concernaient une hyponatrémie, 25,2% une déshydratation, 15,8% une hyperthermie et 26,4% un « autre » diagnostic. La répartition du diagnostic principal variait selon l'âge. Près de la moitié des personnes âgées de moins de 6 ans présentaient une déshydratation (47,0%). L'hyperthermie concernait plus de la moitié des diagnostics principaux (58,9%) des personnes âgées de 6 à 39 ans. À partir de 60 ans, l'hyponatrémie représentait 41,9% des diagnostics principaux.

Parmi l'ensemble des passages, 4 314 concernaient un diagnostic principal « autre ». Plus des deux tiers des diagnostics principaux « autres » des patients âgés de moins de 6 ans (n=358) étaient d'origine infectieuse : infections intestinales (60,3%), infections ORL (5,9%) et infections respiratoires (1,1%). Des nausées/vomissements (10,1%) et des fièvres inexplicées (6,1%) étaient aussi observées. Chez les patients âgés de 75 ans et plus, les « autres » diagnostics principaux (n=2 323) étaient divers : les affections urinaires (15,6%), les malaises et altérations de l'état général (15,1%), les affections cardiovasculaires (7,8%), les infections et autres affections digestives (7,6%), les infections respiratoires (7,4%), les traumatismes (5,7%) et les autres types de déséquilibre hydro-électrolytique (4,3%).

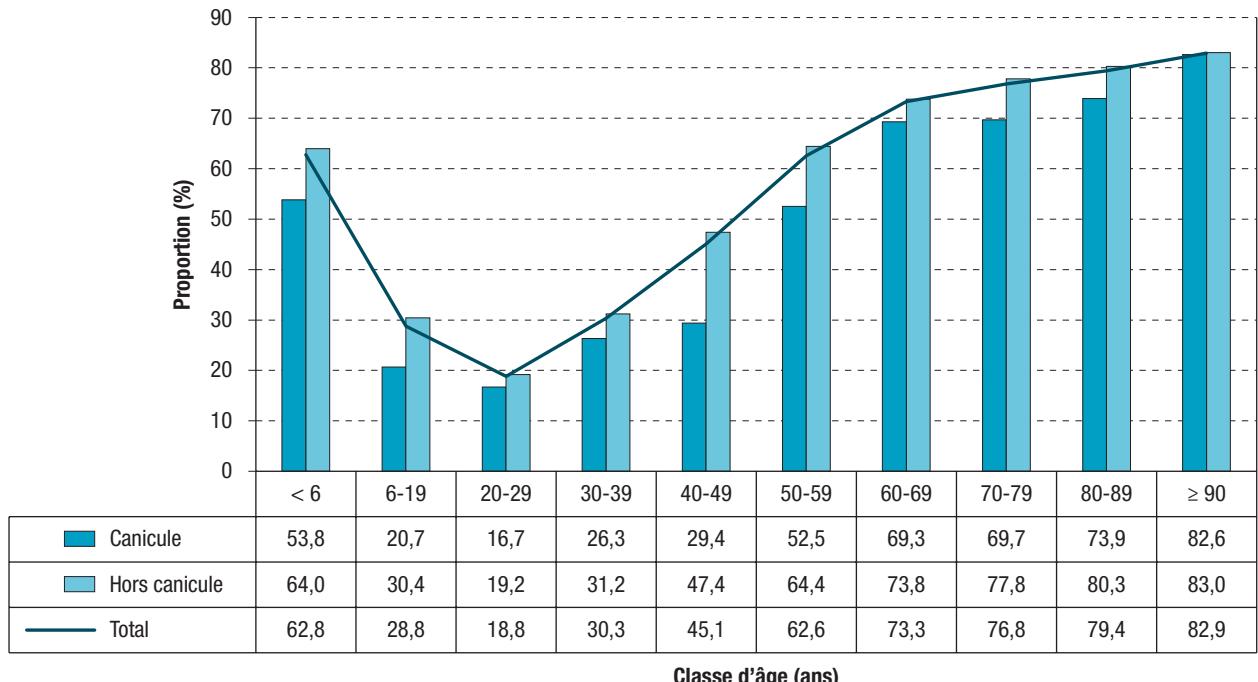
Tableau 2

Taux standardisés sur l'âge (pour 100 000 habitants) des passages aux urgences par région parmi les patients ayant consulté aux urgences dans leur région de résidence, France hexagonale, du 1^{er} juin au 15 septembre 2023 (N=15 113)

Région de résidence	Taux standardisés pour 100 000 habitants		
	Femmes	Hommes	Total
Auvergne-Rhône-Alpes	30,5	23,5	27,5
Bourgogne-Franche-Comté	37,3	31,1	34,6
Bretagne	18,2	15,5	17,2
Centre-Val de Loire	22,7	18,1	20,7
Corse	45,3	35,4	41,1
Grand Est	24,6	19,9	22,6
Hauts-de-France	30,9	23,1	27,4
Île-de-France	19,5	14,1	17,0
Normandie	23,0	21,0	22,3
Nouvelle-Aquitaine	27,6	24,5	26,4
Occitanie	20,2	16,9	18,9
Pays de la Loire	11,5	10,2	11,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	33,5	25,8	30,2

Figure 3

Proportion d'hospitalisations pour iCanicule à la suite d'un passage aux urgences selon la classe d'âge et la période (canicule ou non), France hexagonale, du 1^{er} juin au 15 septembre 2023 (N=15 674)



Parmi les 6 364 passages aux urgences pour déshydratation, 35,3% étaient en lien avec un « autre » diagnostic principal. Cette proportion était de 27,2% pour l'hyponatrémie (n=7 326) et de 8,8% pour l'hyperthermie (n=2 828).

Périodes de canicule

Dans les départements en canicule, 2 242 passages aux urgences sont survenus au cours des quatre épisodes caniculaires.

Les patients admis aux urgences résidaient dans l'Hexagone (99,3%) ou à l'étranger (0,7%) (n=2 214). Dans plus de 90% des cas (n=2 195), les patients métropolitains étaient admis aux urgences dans leur région de résidence, excepté en Corse (63,2%), Pays de la Loire (77,8%), et Provence-Alpes-Côte d'Azur (87,8%). L'âge médian des femmes était de 80 ans (Q1-Q3 : [59-88]), alors que celui des hommes était de 70 ans (Q1-Q3 : [35-83]) ($p<0,0001$).

La déshydratation représentait 27,7% des diagnostics principaux, l'hyponatrémie 26,5%, l'hyperthermie 20,3% et un « autre diagnostic » 25,5%. Le diagnostic principal différait selon l'âge (figure 4). Le principal diagnostic des passages aux urgences des personnes âgées de 6 à 49 ans était l'hyperthermie. Près de la moitié des passages des enfants âgés de moins de 6 ans étaient en lien avec une déshydratation. Pour cette classe d'âge, les « autres » diagnostics concernaient dans plus des deux tiers des cas une pathologie infectieuse : infections intestinales (61,8%), infections ORL (2,9%), autres infections (2,9%) ; et dans des proportions moindres, des nausées/vomissements (20,6%), des affections cutanées (2,9%) ou des troubles métaboliques (2,9%).

Chez les patients âgés de 60 ans et plus, l'hyponatrémie représentait environ un tiers des passages. Dans un tiers des cas, c'est un autre diagnostic qui était notifié : il s'agissait surtout de malaises et altérations de l'état général (17,2%), d'affections urinaires (15,2%), d'infections respiratoires (8,5%), d'infections et autres affections digestives (6,7%), de traumatismes (6,2%), d'affections cardiovasculaires (5,6%) et des autres types de déséquilibre hydroélectrolytique (4,0%).

En période de canicule, la proportion d'hospitalisation était de 62,0% (n=2 199). Excepté pour les patients âgés de 90 ans et plus, la proportion d'hospitalisation par classes d'âge était inférieure en périodes de canicule par rapport au reste de la période de surveillance (figure 3).

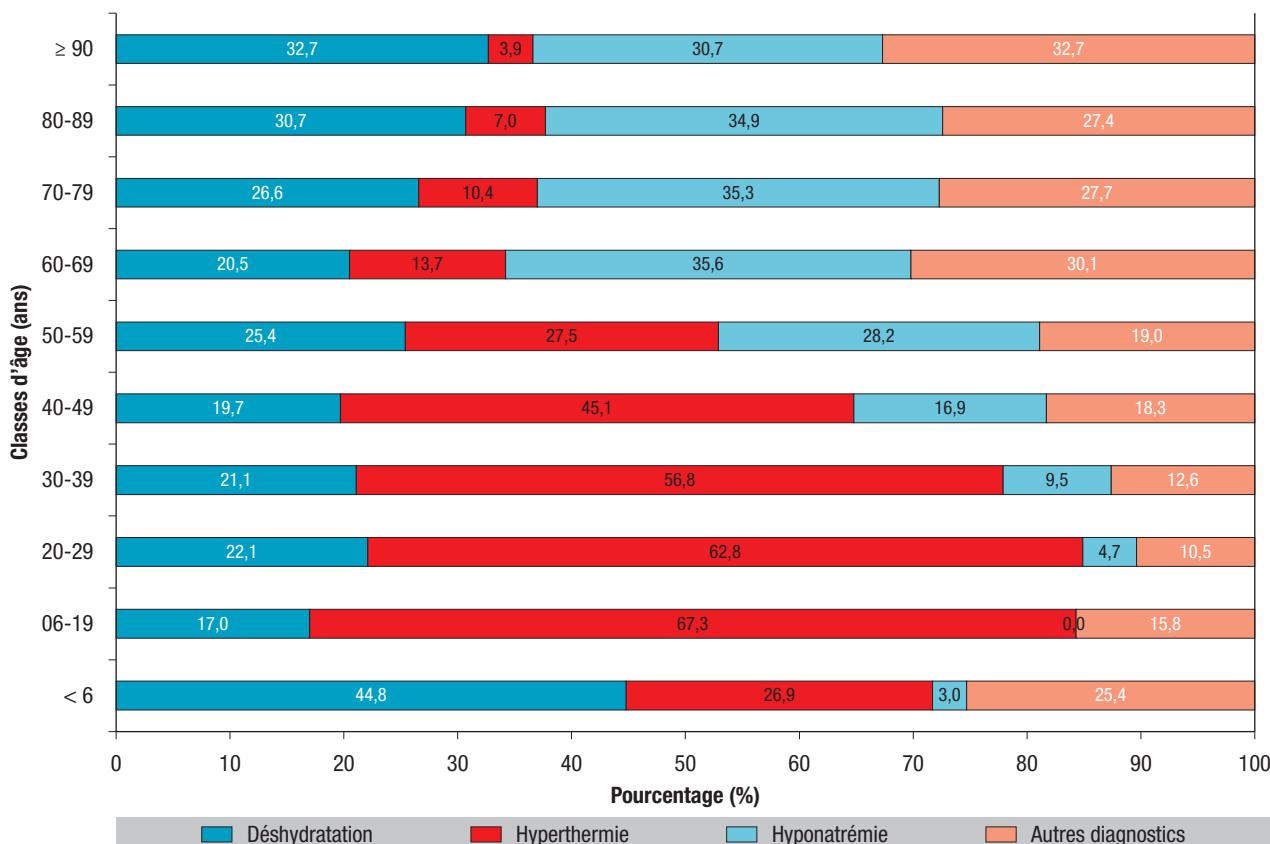
Discussion

Cette première description exploratoire des passages aux urgences pour iCanicule, durant la période de surveillance, et plus particulièrement en période de canicule, prenant en compte l'ensemble des informations disponibles de la surveillance syndromique, dégage des éléments utiles pour la prévention et propose des axes pour la mise en place d'études *ad hoc*.

Les résultats montrent que la quasi-totalité des patients résidaient dans l'Hexagone, étaient admis une seule fois aux urgences pour iCanicule dans leur région de résidence, sur tout le territoire et en particulier dans la partie sud de l'Hexagone. Les passages aux urgences pour iCanicule sont aussi observés tout au long de la période de surveillance avec des augmentations notables du nombre de passages,

Figure 4

Répartition du diagnostic principal par grandes classes selon la classe d'âge, en période de canicule, France hexagonale, 2023 (N=2 210)



non seulement en période de canicule, mais aussi dès que les températures augmentent comme au mois de juin. Ces premiers éléments mettent en exergue que toutes les régions sont touchées par les impacts sanitaires de la chaleur, y compris celles du pourtour méditerranéen, habituées aux fortes chaleurs. Ils montrent aussi le besoin d'agir pour prévenir les risques sanitaires sans attendre les périodes caniculaires. Dans cette optique, Santé publique France propose depuis 2024 un nouveau dispositif national d'adaptation à la chaleur qui s'appuie notamment sur le site « Vivre avec la chaleur »⁽²⁾ pour diffuser des conseils et astuces, afin d'adapter ses habitudes de vie dès que les températures augmentent, et plus uniquement en période de canicule.

Le risque de passer aux urgences des femmes âgées de 70 ans et plus, supérieur à celui des hommes, est un résultat déjà observé dans d'autres études dédiées à la mortalité liée à la chaleur¹¹. Concernant la prévention, les facteurs de vulnérabilité à la chaleur des femmes restent toutefois à préciser pour développer des actions de prévention ciblées.

Des différences en matière de diagnostic principal en fonction de l'âge ont été observées. En période de canicule, l'hyperthermie est le premier diagnostic des personnes âgées de 6 à 49 ans. La proportion élevée de cet indicateur, très spécifique d'une surexposition aux fortes chaleurs, peut s'expliquer

par le « défaut de perception de risque pour soi » et des conditions d'exposition contrainte ou choisie observés dans les études menées auprès de la population générale¹². Chez les plus âgés, la présence fréquente de pathologies chroniques, s'accompagnant le plus souvent d'un traitement médicamenteux, rappelle que la chaleur peut venir aggraver une pathologie chronique, et que les traitements médicamenteux peuvent augmenter la sensibilité à la chaleur ou leur efficacité être altérée par des températures élevées¹³. Afin d'accompagner la population concernée, divers outils ont été développés pour les professionnels de santé par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)¹³, ou par Santé publique France¹⁴⁻¹⁶. Concernant les personnes âgées, la méconnaissance du lieu de résidence dans cette analyse, qui aurait permis de distinguer le domicile d'un établissement hébergeant des personnes âgées, illustre le besoin d'études *ad hoc* complémentaires pour mieux cibler les actions de prévention. Comme le soulignent Campbell et coll.¹, il serait globalement nécessaire d'identifier les facteurs de risque de morbidité, afin de préciser ce qui relève de l'individu et d'autres déterminants de santé comme les conditions de vie, de travail ou le contexte social.

Ces études complèteront cette analyse exploratoire car, bien que la surveillance syndromique fournit des informations quotidiennes sur l'état de santé de la population pour évaluer l'impact sanitaire

⁽²⁾ <https://vivre-avec-la-chaleur.fr>

des fortes chaleurs sur la morbidité et permettre des actions de santé publique urgentes, elle repose sur un recueil limité d'informations⁹. Recourir à ces seules données ne permet donc pas de rechercher des facteurs de risque pouvant influer sur un impact sanitaire en lien avec la chaleur et ne concerne que les passages aux urgences pour lesquels une hyperthermie, une déshydratation ou une hyponatrémie ont été identifiées en diagnostic principal ou associé. Ces données ne prennent en compte qu'une partie des pathologies (cardiovasculaires, endocrines, rénales...) connues pour être en lien avec la chaleur. Cette analyse permet toutefois de corroborer le fait que les vagues de chaleur entraînent une augmentation du nombre de passages aux urgences, des pathologies en lien avec la chaleur ou des exacerbations de pathologies chroniques¹⁷, et touchent de manière disproportionnée les personnes âgées de 75 ans et plus.

En conclusion, si cette présente analyse fournit des éléments pour améliorer à court terme la prévention, elle amène à promouvoir des études destinées à mieux comprendre les mécanismes à l'origine de la morbidité liée à la chaleur, afin d'accroître l'efficience des dispositifs de prévention. Elle renforce aussi la nécessité de faire prendre conscience que l'exposition aux fortes chaleurs concerne l'ensemble de la population, et en particulier les plus vulnérables en raison d'un état (âge, maladie, événement de vie (grossesse)) ou d'une surexposition à la chaleur en lien avec des conditions de vie, comme un logement exposé à la chaleur, des activités physiques comme le sport ou des expositions professionnelles à la chaleur, non seulement en extérieur, mais aussi en intérieur. ■

Remerciements

Les auteurs remercient Jebraiel Ben Raies (Santé publique France, Data) pour la réalisation de la carte, ainsi que l'équipe climat de la DSET pour sa relecture et l'équipe Oscour de la Data de Santé publique France.

Liens d'intérêt

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

Références

- [1] Campbell S, Remenyi TA, White CJ, Johnston FH. Heatwave and health impact research: A global review. *Health Place*. 2018;53:210-8.
- [2] De Sario M, de'Donato FK, Bonafede M, Marinaccio A, Levi M, Ariani F, et al. Occupational heat stress, heat-related effects and the related social and economic loss: A scoping literature review. *Front Public Health*. 2023;11:1173553.
- [3] Atiki N, Pascal M, Wagner V. Influence de la chaleur sur quelques causes de recours aux soins d'urgences en France métropolitaine durant les étés 2015-2017. *Bull Epidemiol Hebd*. 2019;(1):9-14. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/1/2019_1_2.html
- [4] Chen T, Sarnat SE, Grundstein AJ, Winquist A, Chang HH. Time-series analysis of heat waves and emergency department visits in Atlanta, 1993 to 2012. *Environ Health Perspect*. 2017;125(5):057009.
- [5] Ministère des Solidarités et de la Santé. Guide ORSEC départemental S6 – Disposition spécifique « gestion sanitaire des vagues de chaleur ». 2021. 72 p. <https://www.adaptation-changement-climatique.gouv.fr/agir/espace-documentaire/guide-orsec-gestion-sanitaire-des-vagues-chaleur>
- [6] Santé publique France. Canicule : dispositif d'alerte et de surveillance et dispositif de prévention de Santé publique France. Saint-Maurice: Santé publique France; 2024. 10 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/climat/fortes-chaleurs-canicule/documents/rapport-synthese/canicule-dispositif-d-alerte-et-de-surveillance-et-dispositif-de-prevention-de-sante-publique-france>
- [7] Santé publique France. Fortes chaleurs, canicule. 2025. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/climat/fortes-chaleurs-canicule/donnees/#tabs>
- [8] Santé publique France. Bulletin de santé publique. Été 2023. Canicule et santé. Saint-Maurice: Santé publique France; 2024. 13 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/climat/fortes-chaleurs-canicule/documents/bulletin-national/canicule-et-sante.-bulletin-de-sante-publique-bilan-de-l-ete-2023>
- [9] Santé publique France. Réseau Oscour®. 2021. <https://www.santepubliquefrance.fr/surveillance-syndromique-sur-saud-R/reseau-oscour-R>
- [10] Institut national de la statistique et des études économiques. Estimation de la population au 1^{er} janvier 2023. Montrouge: Insee; 2023. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>
- [11] van Steen Y, Ntarladima AM, Grobbee R, Karssenberg D, Vaartjes I. Sex differences in mortality after heat waves: Are elderly women at higher risk? *Int Arch Occup Environ Health*. 2019;92(1):37-48.
- [12] Verrier A, Rey J, Salvaing L, Gorza M, Bonmarin I. Freins à l'adoption des gestes de prévention en période de canicule. *Bull Epidemiol Hebd*. 2022;(6):116-21. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/6/2022_6_1.html
- [13] Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Votre traitement en cas de fortes chaleurs. 2024 <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/le-point-sur-vos-traitements>
- [14] Santé publique France. Canicule – Adultes vulnérables – Repères pour votre pratique. Saint-Maurice: Santé publique France; 2021. 4 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/climat/fortes-chaleurs-canicule/documents/depliant-flyer/canicule-adultes-vulnerables-reperes-pour-votre-pratique>
- [15] Santé publique France. Prévenir les risques liés aux fortes chaleurs chez l'enfant – Repères pour votre pratique. Saint-Maurice: Santé publique France; 2021. 4 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/climat/fortes-chaleurs-canicule/documents/depliant-flyer/prevenir-les-risques-lies-aux-fortes-chaleurs-chez-l-enfant>
- [16] Santé publique France. Fortes chaleurs : prévenir les risques sanitaires chez la personne âgée. Saint-Maurice: Santé publique France; 2024. 4 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/climat/fortes-chaleurs-canicule/documents/depliant-flyer/fortes-chaleurs-prevenir-les-risques-sanitaires-chez-la-personne-agee>
- [17] PoshtMashhadi A, Ijadi Maghsoudi A, Wood LC. The impact of extreme temperatures on emergency department visits: A systematic review of heatwaves, cold waves, and daily temperature variations. *Sci Total Environ*. 2025;970:178869.

Citer cet article

Falola É, Verrier A, Beck F. Caractéristiques des passages aux urgences en période de surveillance canicule 2023. *Bull Epidemiol Hebd*. 2025;(11):182-8. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/11/2025_11_1.html

ÉPIDÉMIOLOGIE DESCRIPTIVE DES DÉCLARATIONS DE RAPPORTS SEXUELS NON CONSENTEIS AU CEGIDD DES ALPES-MARITIMES

// DESCRIPTIVE EPIDEMIOLOGY OF REPORTED NON-CONSENSUAL SEXUAL INTERCOURSE VICTIMS IN THE CEGIDD OF ALPES-MARITIMES, FRANCE

Cécile Milles-Simonet¹ (cecile.milles@gmail.com), Julie Valbousquet², Julie Garnaud², Ciprian Ion², Mélanie Taton², Anne-Lise Molinari², Isabelle Aubanel²

¹ Centre hospitalier universitaire (CHU) de Nice, Université Nice Côte d'Azur, Nice

² Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD) du département des Alpes-Maritimes

Soumis le : 11.01.2025 // Date of submission: 01.11.2025

Résumé // Abstract

Introduction – Les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) jouent un rôle clé dans la prévention, le dépistage et le diagnostic des infections sexuellement transmissibles (IST), s'inscrivant dans une approche globale de la santé sexuelle. Depuis fin 2022, l'équipe du CeGIDD des Alpes-Maritimes (CeGIDD 06) a souhaité systématiser le questionnement sur les situations de violences sexuelles en y consacrant un temps spécifique au cours des consultations avec l'ensemble des professionnels de santé.

Objectifs – Ce travail vise à décrire le profil des usagers du CeGIDD des Alpes-Maritimes ayant déclaré avoir subi un ou plusieurs rapports sexuels non consentis au cours de leur vie, dans le contexte du renforcement du dispositif de dépistage. Il a également pour but d'estimer la prévalence de ces violences parmi ces usagers et d'en identifier les déterminants.

Résultats – En 2023, 375 usagers du CeGIDD ont déclaré avoir subi un ou plusieurs rapports sexuels non consentis au cours de leur vie, soit environ 7% de l'ensemble des patients. Parmi ces victimes, une large majorité est féminine (76%), avec une moyenne d'âge relativement jeune. Environ une victime sur trois déclarait consommer des drogues, et deux sur trois se trouvaient en situation d'inactivité professionnelle. Des comportements sexuels à risque et une moindre utilisation de la contraception ont également été observés.

Conclusion – Les profils des victimes identifiées rejoignent en grande partie les tendances observées dans la littérature nationale. Néanmoins, plusieurs biais doivent être considérés : un dépistage partiel (62% des patients), une possible sélection des publics liée à l'évolution de l'offre de soins (notamment gynécologique), et un remplissage plus détaillé des dossiers pour les patients ayant déclaré des violences. Ces éléments soulignent la nécessité d'approfondir l'analyse des pratiques de dépistage et de consolider les outils et conditions permettant une meilleure identification et prise en charge des victimes.

Introduction – The French Free Centers for Information, Screening, and Diagnosis (CeGIDD) play a key role in the prevention, screening, and diagnosis of sexually transmitted infections (STIs) as part of a comprehensive sexual health approach. Since the end of 2022, the CeGIDD team of the French department of Alpes-Maritimes (CeGIDD 06) has aimed to systematize questioning about situations of sexual violence, dedicating specific time to this during consultations with all healthcare professionals.

Objectives – This study aims to describe the profile of CeGIDD users in Alpes-Maritimes who reported having experienced one or more non-consensual sexual encounters during their lifetime, in the context of the reinforcement of the screening system. It also seeks to estimate the prevalence of such violence among CeGIDD users and identify its determinants.

Results – In 2023, 375 users of the CeGIDD reported having experienced one or more non-consensual sexual encounters during their lifetime, representing approximately 7% of all patients. Among the victims, the vast majority were female (76%), and the average age was relatively young. Around one in three victims reported drug use, and two in three reported being unemployed. Risky sexual behaviors and lower contraceptive use were also observed among this group.

Conclusions – The characteristics of identified victims are broadly consistent with national data. However, several biases must be considered: only 62% of patients were screened, the evolving range of services (notably the introduction of gynecological care) may have influenced the patient population, and victims' medical records tended to be more thoroughly completed. These findings highlight the need to further analyze current screening practices and to strengthen the tools and conditions necessary to better identify and support victims.

Mots-clés : Violences sexuelles, Dépistage, Victimes, CeGIDD

// **Keywords:** Sexual violence, Screening, Victims, CeGIDD

Introduction

Les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) jouent un rôle fondamental dans la prévention et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST), s'inscrivant dans une approche globale de santé sexuelle¹. Ces structures sont issues de la fusion des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et des centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist) en 2015, dans le cadre d'une réforme destinée à simplifier l'accès aux soins et à optimiser leur efficacité². Cette réforme élargit les missions des CeGIDD, en les intégrant dans une stratégie de santé sexuelle pilotée par les agences régionales de santé (ARS). Dans ce cadre, les CeGIDD, situés au plus près des lieux de vie, offrent des services gratuits et confidentiels : information, dépistage, orientation, ainsi qu'un accompagnement psychologique et social. Depuis 2019, le CeGIDD des Alpes-Maritimes (CeGIDD 06) va au-delà de ses missions obligatoires et s'est enrichi de consultations de sage-femme et de sexologie. Les violences sexuelles constituent un enjeu majeur de santé publique, affectant la santé physique, mentale et sociale des victimes. En France, les données disponibles illustrent l'ampleur du phénomène : au cours de l'enquête nationale Violences et rapports de genre (dite Virage) menée en 2015, 14,5% des femmes de 20 à 69 ans ont déclaré avoir subi des violences sexuelles au cours de leur vie et 3,7% des viols ou tentatives de viols^{3,4}.

À partir de fin 2022, l'équipe du CeGIDD 06 (site principal de Nice avec les antennes d'Antibes et Menton), sous la gestion du département des Alpes-Maritimes, a souhaité systématiser le questionnement sur les situations de violences vécues au cours de la vie. La sage-femme du CeGIDD, accompagnée d'une psychologue et d'une infirmière diplômée d'État (IDE), a proposé des interventions sur le sujet des violences sexuelles (conséquences, législation, dépistage...) ainsi que des temps de rencontres et d'échanges avec les différents partenaires locaux (réseau des assistantes sociales en commissariat, antenne départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes, sage-femme des urgences gynécologiques...) et des relais d'aide aux victimes de violences (Centre d'information sur les droits des femmes et des familles). Une intervention a été réalisée pour leur fournir des pistes pour aborder ce sujet délicat. Il leur a été proposé d'adapter la formulation selon leurs préférences. Les formulations suggérées incluaient : « Est-ce que vous avez déjà eu des rapports non consentis ou subi des violences ? », « Est-ce que vous avez déjà eu des rapports où vous n'étiez pas d'accord, ou subi des agressions sexuelles ? », et « Avez-vous été ou êtes-vous victime de violences sexuelles... verbales, psychologiques ou physiques ? ». Par la suite, un arbre décisionnel et un protocole de prise en charge ont été mis à disposition, ainsi qu'une fiche de contacts des acteurs impliqués et une fiche d'information sur le psychotraumatisme. En parallèle, un protocole

« Information préoccupante » (IP) a également été établi au CeGIDD des Alpes-Maritimes pour faciliter la prise en charge des mineurs en danger, notamment en cas de violences sexuelles.

L'objectif de cette étude est de décrire le profil et estimer la prévalence des usagers du CeGIDD 06 ayant déclaré avoir subi un ou plusieurs rapports sexuels non consentis au cours de leur vie après l'introduction de cette démarche systématique.

Matériels et méthodes

Design de l'étude

Nous avons mené une étude transversale descriptive au sein du CeGIDD des Alpes-Maritimes. L'analyse a porté sur les patients ayant consulté entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2023.

Recueil des données

Les données ont été extraites du logiciel Cupidon d'Epi-concept. Notre variable de référence est issue d'une question référencée dans le logiciel métier qui est la suivante : « *Au cours de votre vie, quelqu'un vous a-t-il forcé à avoir un rapport sexuel contre votre volonté ?* ». Les usagers étaient considérés comme dépistés lorsque la réponse (« oui » ou « non ») était renseignée.

Les variables ont été sélectionnées a priori sur des bases théoriques et cliniques issues de la littérature⁵, afin de limiter les biais liés aux tests d'hypothèse multiples. Parmi les variables exportées, une première analyse a permis d'identifier celles présentant des différences entre victimes et non-victimes, en tenant compte de leur pertinence clinique et du remplissage effectif dans le logiciel métier. Celles présentant un trop grand nombre de données manquantes ont été exclues. Les variables retenues incluaient :

- des caractéristiques sociodémographiques : année de naissance, sexe, activité professionnelle, statut d'assurance maladie, possession d'une mutuelle, continent de naissance (ou naissance en France ou dans l'Union européenne hors France) ;
- des variables comportementales : consommation de produits psychoactifs (alcool, drogues diverses), pratiques sexuelles à risque (bondage, domination, soumission et sadomasochisme – BDSM –, sexe en groupe, sexe contre rémunération) ;
- des variables cliniques : suivi gynécologique, contraception, risque de grossesse.

Si un patient avait consulté plusieurs fois, l'âge retenu était la moyenne des âges enregistrés. Pour d'autres variables, telles que le sexe, la couverture maladie, la mutuelle, la pratique d'une activité professionnelle, le suivi gynécologique et la contraception régulière, la valeur retenue correspond à celle de la première consultation. En revanche, pour les autres variables, si au moins une réponse positive est donnée lors des consultations, le patient est classé comme ayant une réponse positive pour cette variable.

Analyse des données

Des analyses statistiques descriptives ont été utilisées pour caractériser les usagers et comparer les victimes de rapports sexuels forcés aux non-victimes. Les tests statistiques suivants ont été appliqués :

- test exact de Fisher : pour les variables qualitatives avec faibles effectifs attendus ;
- test de Wilcoxon : pour comparer les âges des victimes et des non-victimes, en raison d'une distribution asymétrique des données ;
- test du Chi2 de Pearson.

Un ajustement des p-valeurs a été effectué avec la méthode de Benjamini-Hochberg pour contrôler le taux de fausses découvertes.

Éthique

L'anonymisation des données a été garantie, conformément à la Réglementation générale de protection des données (RGPD), et une autorisation préalable à l'extraction des données a été obtenue auprès de la délégation à la protection des données du département des Alpes-Maritimes.

Résultats

Usagers du CeGIDD

Au cours de l'année 2023, 15 060 consultations ont été réalisées dans les CeGIDD 06, concernant 5 658 usagers. Les usagers ayant consulté avaient en moyenne 30 ans et étaient majoritairement des hommes (61%). La plupart des usagers ont une couverture maladie (81%) et une mutuelle (68%). Près de la moitié (47%) sont en activité professionnelle, et un tiers (32%) sont étudiants. Environ 22% sont consommateurs de produits psychoactifs (tableau).

Usagers dépistés

Durant l'année 2023, 3 499 usagers ont été dépistés, soit 62% des usagers ayant consulté au cours de l'année.

Le dépistage a concerné environ 7 femmes sur 10 ayant consulté, 1 homme sur 2 et seulement 1 personne transgenre sur 10.

Usagers victimes

En 2023, 375 usagers ont déclaré avoir eu un ou des rapports sexuels non consentis au cours de leur vie, soit 6,6% des usagers ayant consulté au cours de l'année.

Parmi les usagers, 13,3% des femmes, 9,4% des personnes transgenres et 2,4% des hommes ont rapporté des rapports sexuels non consentis. Environ trois déclarants sur quatre étaient des femmes et près de la moitié (46%) étaient des femmes âgées de 18 à 24 ans. Au sein de la tranche d'âge des 20 à 69 ans, 13,2% des femmes déclaraient avoir été victimes au cours de leur vie.

L'âge médian des usagers ayant déclaré avoir été victimes était de 29 ans (intervalle interquartile : 22-37 ans). L'usager le plus jeune avait 15 ans au moment de la déclaration et le plus âgé, 65 ans. Parmi les victimes, 29 étaient mineures au jour de la déclaration, dont 79,3% étaient des filles.

Comparaison des usagers victimes et non-victimes

Caractéristiques sociodémographiques

On retrouvait une association significative entre le genre et les rapports sexuels forcés (p ajusté<0,001), et l'âge et les rapports sexuels forcés (p ajusté<0,001). Les victimes étaient significativement plus souvent en inactivité professionnelle que les non-victimes (64% vs 48%, p ajusté<0,001), et déclaraient significativement moins la souscription à une mutuelle (68% vs 74%, p ajusté<0,05). La couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) était, quant à elle, plus fréquemment retrouvée chez les victimes (5,3%) que les non-victimes (2,9%) et ce de manière statistiquement significative (p ajusté<0,001). En revanche, aucune association significative n'a été observée concernant la couverture maladie.

Les pourcentages les plus élevés de victimes par continent de naissance étaient observés en Amérique du Sud (7,9%) et en Afrique (7,7%), bien qu'aucune association statistiquement significative n'ait été identifiée.

Variables comportementales

Parmi les facteurs significativement associés à ces violences sexuelles, on retrouvait la consommation des produits psychoactifs (34% vs 27%, p ajusté<0,01). Une association significative existait pour les drogues suivantes : cocaïne (11% vs 5%, p ajusté<0,001), drogues de synthèse (telles que la 3-méthylméphédrone, l'acide gamma-hydroxybutyrique (GHB), la méthamphétamine...) (10% vs 4%, p ajusté<0,001), cannabis (17% vs 11%, p ajusté<0,01) et drogues « autres » (3% vs 1%, p ajusté<0,05).

Les victimes rapportaient plus fréquemment des pratiques sexuelles à risque, comme le BDSM (4% vs 1%, p ajusté<0,001) et le sexe en groupe (10% vs 8%, p <0,05 avant ajustement, non significatif après ajustement). Une tendance était observée pour la pratique du sexe contre rémunération (4% vs 1%), bien que l'association ne soit pas statistiquement significative.

Suivi gynécologique, contraception et risque de grossesse

Le suivi gynécologique était moins fréquent chez les victimes que chez les non-victimes (50% vs 56%), sans association statistiquement significative, et la prise de contraception régulière était moins courante (40% vs 48%, p <0,05). Le risque de grossesse était presque deux fois plus élevé chez les femmes victimes de violences que chez les femmes non-victimes (10% vs 5%, p ajusté<0,01).

Tableau

Caractéristiques cliniques et épidémiologiques des usagers totaux, dépistés et des usagers victimes et non-victimes au CeGIDD des Alpes-Maritimes en 2023

	Usagers du CeGIDD (N=5 658) n (%)	Usagers dépistés (N=3 499) n (%)	Usagers victimes (N=375) n (%)	Usagers non-victimes (N=3 124) n (%)	p-value après ajustement
Caractéristiques sociodémographiques					
Âge					
Âge moyen ± écart-type (ans)	30,2 ± 12,1	28,8 ± 10,7	25,9 ± 8,5	28,5 ± 10,9	<0,001
Sexe					
Féminin	2 136 (37,8)	1 523 (43,5)	285 (76,0)	1 238 (39,6)	
Masculin	3 448 (60,9)	1 959 (56,0)	83 (22,1)	1 876 (60,1)	<0,001
Autre	74 (1,3)	17 (0,5)	7 (1,9)	10 (0,3)	
Assurance maladie et mutuelle					
Couverture maladie	4 603 (81,4)	2 995 (85,6)	312 (83,2)	2 683 (85,9)	0,412
Mutuelle	3 870 (68,4)	2 558 (73,1)	253 (67,5)	2 305 (73,8)	<0,05
CMUc	203 (3,6)	112 (3,2)	20 (5,3)	92 (2,9)	<0,001
Activité professionnelle					
En activité	2 662 (47,0)	1 592 (45,5)	120 (32,0)	1 472 (47,1)	
Inactivité professionnelle, dont :	2 532 (44,8)	1 727 (49,4)	241 (64,3)	1 486 (47,6)	
Étudiant	1 812 (32,0)	1 312 (37,5)	179 (47,7)	1 133 (36,3)	
Formation	28 (0,5)	19 (0,5)	1 (0,3)	18 (0,6)	<0,001
Chômage	197 (3,5)	119 (3,4)	16 (4,3)	103 (3,3)	
Retraite	60 (1,1)	22 (0,6)	0 (0)	22 (0,7)	
Sans précision	435 (7,7)	255 (7,3)	45 (12,0)	215 (6,9)	
Variables comportementales					
Consommation de drogues					
Cannabis	538 (9,5)	422 (12,1)	65 (17,3)	357 (11,4)	<0,01
Alcool	624 (11,0)	576 (16,5)	56 (14,9)	520 (16,6)	0,490
Cocaïne	266 (4,7)	192 (5,5)	42 (11,2)	150 (4,8)	<0,001
Drogues de synthèse	240 (4,2)	164 (4,7)	36 (9,6)	128 (4,1)	<0,001
Héroïne	43 (0,8)	40 (1,1)	7 (1,9)	33 (1,1)	0,239
Autres	54 (1,0)	44 (1,3)	10 (2,7)	34 (1,1)	<0,05
Pratiques sexuelles à risque					
Pratique de sexe en groupe	295 (5,2)	277 (7,9)	38 (10,1)	239 (7,7)	0,053
Pratique de sexe contre rémunération	55 (1,0)	40 (1,1)	16 (4,3)	24 (0,8)	0,887
Pratique de BDSM	52 (0,9)	50 (1,4)	14 (3,7)	36 (1,2)	<0,001
Variables cliniques					
Suivi gynécologique (chez les femmes)	875 (41,0)	825 (54,2)	141 (49,5)	687 (55,5)	0,067
Contraception en cours (chez les femmes)	804 (37,6)	708 (46,5)	114 (40,0)	594 (48,0)	<0,05
Risque de grossesse (chez les femmes)	125 (5,9)	89 (5,8)	29 (10,2)	60 (4,8)	<0,01

CMUc : couverture maladie universelle complémentaire ; BDSM : bondage, domination, soumission, sado-masochisme. En gras sont indiquées les valeurs de p significatives.

Discussion

Le renforcement du questionnement autour des violences sexuelles au sein du CeGIDD a permis d'identifier en 2023 un total de 375 usagers ayant déclaré avoir subi un ou plusieurs rapports sexuels non consentis au cours de leur vie, soit environ 7% des usagers.

En comparaison, l'étude Virage citée en introduction rapportait qu'environ 15% des femmes de 20 à 69 ans déclaraient avoir subi des violences sexuelles au cours de leur vie et 4% des viols ou tentatives de viols^{3,4}. Dans notre étude, la prévalence des rapports sexuels déclarés contre la volonté atteignait 13% chez les femmes de la même

tranche d'âge. L'analyse des caractéristiques des victimes a révélé une majorité féminine (76%) et un âge médian de 29 ans. Ces données concordent avec les données de l'enquête Vécu et ressenti en matière de sécurité (VRS), qui indiquait qu'en 2021, les victimes de violences sexuelles physiques étaient majoritairement des femmes (88%) et des jeunes de moins de 25 ans (près de 60%)⁶. Les victimes étaient environ un tiers à consommer des drogues. Elles déclaraient un risque accru de grossesse (+5%) et une prise de contraceptifs moins courante (-8%). Les pratiques sexuelles à risque étaient également signalées, bien que seule l'association avec le BDSM se soit avérée significative. De la même manière, les comportements à risque sont décrits par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme des conséquences possibles des violences sexuelles⁵, ce qui souligne l'importance d'une approche proactive pour éduquer et soutenir les victimes.

Les victimes étaient souvent inactives professionnellement (64%), bénéficiaient moins fréquemment d'une mutuelle, plus fréquemment d'une couverture par la CMUc, et un pourcentage notable était né sur d'autres continents, bien que cela ne soit pas significatif. Ces éléments évoquent une précarité sociale. On peut se demander si cette vulnérabilité ne constitue pas un facteur facilitant pour les auteurs de violences, qui pourraient cibler des victimes plus faciles à contrôler, sur lesquelles ils peuvent exercer une emprise et provoquer une dépendance.

Il convient toutefois de souligner les défis sémiologiques inhérents à ce type d'enquête. Dans ce travail, nous avons choisi d'utiliser le terme « rapports sexuels non consentis », tel qu'il est employé dans le logiciel métier du CeGIDD. Cependant, ce choix sémantique pourrait entraîner des interprétations variées : usagers comme professionnels peuvent restreindre la notion de « rapports sexuels non consentis » à des situations de contrainte physique explicite, sans toujours inclure les cas de pression psychologique, de chantage, ou de consentement altéré par l'usage de substances. La formulation de la question utilisée dans le logiciel – « Au cours de votre vie, quelqu'un vous a-t-il forcé à avoir un rapport sexuel contre votre volonté ? » – présente elle aussi des limites. En insistant sur la notion explicite de « force » et « d'absence de volonté », elle peut laisser de côté d'autres formes de violences sexuelles, notamment celles où le consentement est compromis de manière plus insidieuse. De plus, la notion même de « rapport sexuel » peut être interprétée de manière variable selon les individus, certains pouvant y inclure uniquement la pénétration, tandis que d'autres y englobent des actes plus larges. Cette imprécision sémantique peut également influencer les déclarations recueillies. Ainsi, une réflexion approfondie sur les termes employés et les modalités de questionnement apparaît essentielle pour harmoniser les outils de dépistage et améliorer la fiabilité des futures investigations.

Sur le plan opérationnel, malgré le souhait initial d'un dépistage systématique, seuls 62% des patients semblent avoir été effectivement questionnés.

Cet écart peut s'expliquer par plusieurs facteurs : contraintes de temps, réticence des professionnels, refus des patients, ou encore un remplissage incomplet des dossiers. Par ailleurs, un dépistage ultérieur pourrait ne pas apparaître dans les données, faussant ainsi les résultats. Une analyse approfondie des freins à ce dépistage permettrait d'identifier des pistes d'amélioration pour tendre vers une mise en œuvre réellement systématique.

De plus, le dépistage semblait cibler des profils différents de ceux des usagers du CeGIDD, mais cela reste à confirmer par une étude plus approfondie. Les consultations des usagers dépistés positifs comportaient moins de données manquantes, ce qui pourrait refléter un meilleur remplissage des dossiers et des consultations plus détaillées. Ainsi, il apparaît nécessaire de mieux comprendre les pratiques de dépistage actuellement mises en œuvre.

Enfin, bien que le suivi gynécologique et la planification familiale ne soient pas des missions habituelles des CeGIDD, l'ajout de cette offre a pu modifier le profil des usagers, en attirant davantage de femmes, donc potentiellement plus de personnes susceptibles de déclarer des violences. Cette évolution a également pu contribuer à la création d'un tiers lieu inhabituel susceptible de renforcer la confiance des usagers et de faciliter leur prise de parole. Il serait pertinent d'explorer plus finement les effets de cette diversification de l'offre.

Il serait utile de travailler sur des pistes potentielles d'amélioration de l'identification des victimes. Il pourrait par exemple être envisagé de cibler les publics, puisque des écarts significatifs ont été observés dans nos données sur certains facteurs qui se surexpriment. Par exemple, certaines catégories de population, telles que les femmes jeunes, les personnes en situation de précarité sociale ou celles ayant un faible niveau d'instruction, apparaissent particulièrement exposées. Un ciblage plus précis de ces groupes pourrait permettre de renforcer le repérage et l'accompagnement, à condition qu'il s'inscrive dans une démarche éthique et non stigmatisante.

Enfin, afin de renforcer le dépistage des violences sexuelles dans les CeGIDD, il pourrait être pertinent de mettre en place une transmission systématique des données relatives à ce dépistage aux ARS et à Santé publique France, comme cela est déjà le cas pour les données de dépistage du VIH et des IST⁷. Une telle démarche améliorera la visibilité de cette problématique au niveau national, permettant une réponse de santé publique mieux adaptée aux besoins des usagers.

Conclusion

Cette étude offre un éclairage sur le profil des usagers des CeGIDD des Alpes-Maritimes ayant déclaré avoir subi un ou plusieurs rapports sexuels non consentis au cours de leur vie. Avec 375 victimes identifiées (6,6% des usagers), une prévalence élevée a été observée chez les jeunes femmes, notamment

celles âgées de 18 à 24 ans. Nos résultats ne permettent pas d'affirmer que le renforcement du questionnement sur les violences sexuelles a conduit à une meilleure identification des victimes, mais ils soulignent la nécessité d'une attention accrue face au nombre élevé de victimes identifiées. Les données recueillies mettent en lumière des enjeux critiques, tels que la consommation de drogues et l'absence d'activité professionnelle, qui semblent être des facteurs associés aux violences subies. Ces résultats concordent avec la littérature existante et soulignent l'importance de stratégies de prévention et d'intervention adaptées.

Un dispositif renforçant et systématisant la collecte et l'analyse des données sur les violences sexuelles serait bénéfique pour améliorer la visibilité de ces problématiques et optimiser la prise en charge des victimes à l'échelle nationale afin de lutter efficacement contre ces violences sexuelles. ■

Liens d'intérêt

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

Références

- [1] Santé publique France. Surveillance épidémiologique au sein des CEGIDD. 2017. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-c/articles/surveillance-epidemiologique-au-sein-des-cegidd>
- [2] Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Décret n° 2015-796 du 1^{er} juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles. JORF. 2015;(0151):49-52. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000030824374>
- [3] Debauche A, Lebugle A, Brown E, Lejbowicz T, Mazuy M, Charrault A, et al. Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. Documents de travail n°229. Aubervilliers: Ined; 2017. 67 p. <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/document-travail/enquete-virage-premiers-resultats-violences-sexuelles/>
- [4] Brown E, Debauche A, Hamel C, Mazuy M. Violences et rapports de genre – Enquête sur les violences de genre en France. Aubervilliers: Ined éditions; 2021. 528 p. <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/grandes-enquetes/violences-et-rapports-de-genre/>
- [5] Organisation mondiale de la santé. Violence à l'encontre des femmes. Genève: OMS ; 2021. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- [6] Service statistique ministériel de la sécurité intérieure. Vécu et ressenti en matière de sécurité. – Victimation, délinquance et sentiment d'insécurité – Rapport d'enquête – édition 2022. Paris: SSMSI; 2023. 294 p. <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Vecu-et-ressenti-en-matiere-de-securite-2022-victimisation-delinquance-et-sentiment-d-insecurite>
- [7] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Arrêté du 23 novembre 2016 fixant le modèle de rapport d'activité et de performance devant être fourni au directeur général de l'agence régionale de santé et à l'Agence nationale de santé publique par les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD). JORF. 2016;(0279): 49-68. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article Jo/JORFARTI000033507483?r=DSZdFvUwG6>

Citer cet article

Milles-Simonet C, Valbousquet J, Garnaud J, Ciprian I, Taton M, Molinari AL, et al. Épidémiologie descriptive des déclarations de rapports sexuels non consentis au CeGIDD des Alpes-Maritimes. Bull Epidemiol Hebd. 2025;(11):189-94. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/11/2025_11_2.html