

SURVEILLANCE DU SIDA EN FRANCE SITUATION AU 31 MARS 1990

9 718 cas de SIDA correspondant à la définition de l'O.M.S. ont été enregistrés à la Direction générale de la Santé depuis la mise en place de la surveillance en mars 1982.

Analyse des conditions de déclaration

Au cours du premier trimestre 1990, après élimination des doubles déclarations (16,3 % des questionnaires) et validation par rapport à la définition du SIDA (7,5 % de questionnaires non retenus), 835 cas ont été enregistrés.

Le taux de croissance des cas par rapport à la situation du trimestre précédent est de 9,4 % (835/8 883). Les taux de croissance par trimestre sur l'année 1989 ont été par ordre chronologique de 13 %, 11,5 %, 12 % et 11,6 %.

L'étude des délais de déclaration (délai entre le diagnostic du SIDA et la notification à la D.G.S.) pour les 835 cas enregistrés montre une diminution, par rapport au trimestre précédent, de la proportion de cas diagnostiqués dans la période récente, c'est-à-dire il y a 3 ou 6 mois.

Impact de la prévision de la définition du SIDA en 1987

La dernière prévision de la définition O.M.S./C.D.C. du SIDA aux fins de surveillance a été appliquée en France en janvier 1988 (B.E.H. n° 51/1987).

5 pathologies ont été ajoutées à la liste des pathologies indicatrices de SIDA :

- l'encéphalopathie due au V.I.H. ;
- le syndrome cachectique dû au V.I.H. ;
- l'infection à *mycobactérium tuberculosis miliaire ou extrapulmonaire* ;
- les septicémies récidivantes à *salmonella non typhi* ;
- les infections bactériennes multiples ou récurrentes chez un sujet de moins de 13 ans.

Un certain nombre de cas déclarés avec retard ont été enregistrés rétrospectivement avec les nouveaux critères, 33 avant ou en 1986 et 130 en 1987 (tabl. 1).

L'élargissement de la définition du SIDA a entraîné, soit la prise en compte plus précoce de cas qui auraient satisfait par la suite aux critères de l'ancienne définition, soit la prise en compte de cas qui, auparavant, décédaient de pathologies liées à l'infection V.I.H. sans satisfaire aux critères de l'ancienne définition.

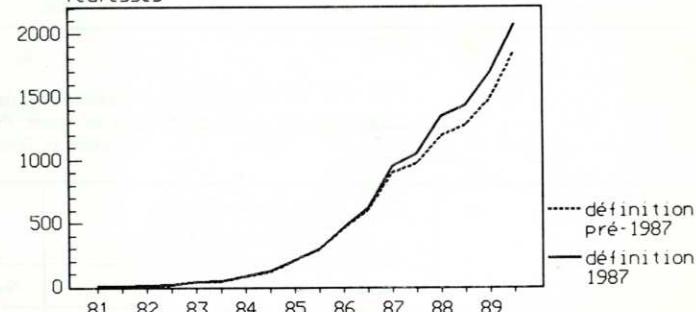
Pour évaluer l'impact **réel** de l'élargissement de la définition, il faut suivre au cours du temps les patients satisfaisant aux nouveaux critères pour déterminer la proportion de ceux qui développeront plus tard un critère de l'ancienne définition, et la proportion de ceux qui décèderont sans développer un des anciens critères.

Seul l'impact **apparent**, c'est-à-dire l'augmentation de l'incidence annuelle liée aux cas enregistrés en fonction des nouvelles pathologies indicatrices, sera analysé ici (fig. 1). Cet impact apparent surestime l'impact réel.

Figure 1

Impact de la nouvelle définition France et D.O.M.

nombre de cas de SIDA redressés



L'application de la nouvelle définition au 1^{er} janvier 1988 a entraîné globalement une augmentation de 13 % des cas diagnostiqués entre janvier 1988 et mars 1990 (tabl. 1). L'augmentation annuelle a été de 12,2 % (292/2 388) en 1988 et de 14,2 % (351/2 477) en 1989. La répartition des cas en fonction des anciens et des nouveaux critères n'est pas significativement différente pour ces deux années.

L'augmentation des cas liés aux nouveaux critères a été différente selon les groupes de transmission. Entre le 1^{er} janvier 1988 et le 31 mars 1990, le pour-

Tableau 1. -- Répartition des cas de SIDA par année de diagnostic et définitions
(France et D.O.M., 31 mars 1990)

Définitions	Année de diagnostic					
	< 1986	1987	1988*	1989*	1990*	1978-1990
Définition pré-1987	1 893 (98)	1 874 (94)	2 388 (89)	2 477 (88)	256 (91)	8 888 (92)
Définition de 1987 (nouveaux critères) :						
- encéphalopathie due au V.I.H.	33 (2)	130 (6)	292 (11)	351 (12)	24 (9)	830 (8)
- syndrome cachectique dû au V.I.H.	10	49	118	141	8	326
- infections à <i>mycobactérium tuberculosis extra-pulmonaire</i>	3	29	58	73	8	171
- septicémies récidivantes à <i>salmonella non typhi</i>	15	46	101	121	7	290
- infections bactériennes multiples ou récurrentes	0	0	3	6	1	10
Total	1 926 (100)	2 004 (100)	2 680 (100)	2 828 (100)	280	9 718 (100)

* Données provisoires.

centage d'augmentation a été de 6,5 % pour les homosexuels de 19,7 % pour les toxicomanes, de 22,5 % pour les hétérosexuels, de 18,9 % pour les transfusés et enfin de 50 % pour les cas pédiatriques (tabl. 2).

Cet accroissement différentiel s'explique par la liaison entre la pathologie et le groupe de transmission (B.E.H. n° 8/1990).

Le tableau 3 montre pour chaque groupe de transmission le rôle de chacune des nouvelles pathologies dans le taux d'accroissement des cas.

Dans le groupe des enfants le taux d'accroissement des cas est essentiellement dû à l'encéphalopathie et aux infections bactériennes. Pour les hémophiles et les transfusés, l'encéphalopathie et le syndrome cachectique sont principalement responsables de l'accroissement des cas, pour les toxicomanes, l'encéphalopathie et la tuberculose extrapulmonaire expliquent en partie l'augmentation des cas.

L'impact de l'élargissement de la définition sur l'analyse des tendances sera étudiée dans une autre partie.

Une étude sur l'impact réel de la révision de la définition du SIDA a été réalisée par le département de santé publique de la ville de San Francisco (1). Durant les 26 premiers mois de l'application de la définition tous les patients satisfaisant aux nouveaux seuls critères ont été suivis. Le pourcentage d'augmentation des cas, soit l'impact apparent, a été de 23 %. Sur la période, le

Tableau 2. — Pourcentage d'accroissement des cas liés aux nouveaux critères de définition par groupe de transmission et par année de diagnostic (France et D.O.M., 31 mars 1990)

Groupe de transmission	Année de diagnostic		
	1988	1989	1988-1989
	%	%	%
Homosexuels/bisexuels	6,4	6,7	6,5
Toxicomanes	20,8	19,6	19,7
(1) et (2)	9,1	16,7	13,0
Hémophiles	37,5	18,0	24,7
Hétérosexuels	15,5	30,8	22,5
Transfusés	16,5	20,7	18,9
Indéterminés	11,5	8,8	10,0
Cas pédiatriques	43,4	63,3	50,0
Total	12,2	14,2	13,0

Tableau 3. — Rôle de chaque pathologie dans le taux d'accroissement des cas dû aux nouveaux critères par groupe de transmission du 1^{er} janvier 1988 au 31 mars 1990, France et D.O.M.

Groupe de transmission	Cas diagnostiqués depuis le 1-1-1988 selon la définition pré-1987	Cas diagnostiqués depuis le 1-1-1988 selon les nouveaux critères et taux d'accroissement dûs aux nouveaux critères						Total
		Encéphalopathie dûe au V.I.H.	Syndrome Cachectique	Tuberculose extra-pulmonaire	Septicémie à salmonelle N.T.	Infection bactérienne récurrente	Total	
Homosexuels/bisexuels	2 613	70 (2,7)	35 (1,3)	59 (2,2)	7 (0,3)	0	171 (6,5)	
Toxicomanes	1 105	92 (8,3)	32 (2,9)	91 (8,2)	3 (0,3)	0	218 (19,7)	
(1) et (2)	77	3 (3,9)	1 (1,3)	6 (7,8)	0	0	10 (13,0)	
Hémophiles	85	8 (9,4)	7 (8,2)	4 (4,7)	0	2 (2,4)	21 (24,7)	
Hétérosexuels	519	38 (7,3)	33 (6,4)	46 (8,9)	0	0	117 (22,5)	
Transfusés	301	24 (7,9)	23 (7,6)	10 (3,3)	0	0	57 (18,9)	
Indéterminés	341	14 (4,1)	7 (4,1)	13 (3,8)	0	0	34 (10,0)	
Enfants	78	18 (23,1)	1 (1,3)	0	0	20 (25,6)	39 (50,0)	
Ensemble	5 121	267	139	229	10	22	667 (13,0)	

Tableau 4. — Répartition des cas de SIDA par sexe et âge Cas diagnostiqués entre avril 1988 et mars 1989, entre avril 1989 et mars 1990 et depuis 1978 (France et D.O.M., 31 mars 1990)

	Cas diagnostiqués * entre le 1-4-1988 (1) et le 31-3-1989 (3)			Cas diagnostiqués * entre le 1-4-1989 (2) et le 31-3-1990 (4)			Cas cumulés depuis 1978 *		
	Femmes	Hommes	Total + (%)	Femmes	Hommes	Total + (%)	Femmes	Hommes	Total + (%)
	0-11 mois	12	8	20 (0,7)	12	6	18 (0,8)	52	56
1-4 ans	12	16	28 (1,0)	6	5	11 (0,5)	37	59	96 (1,0)
5-9 ans	1	8	9 (0,3)	1	1	2 (0,1)	7	22	29 (0,3)
10-14 ans	2	3	5 (0,2)	1	2	3 (0,1)	6	16	22 (0,2)
15-19 ans	4	16	20 (0,7)	1	5	6 (0,3)	11	43	54 (0,6)
20-29 ans	134	614	748 (27,1)	157	502	659 (27,8)	543	2 046	2 589 (26,6)
30-39 ans	125	873	998 (36,1)	118	778	896 (37,8)	400	3 250	3 650 (37,6)
40-49 ans	36	472	508 (18,4)	33	409	442 (18,6)	112	1 688	1 800 (18,5)
50-59 ans	38	219	257 (9,3)	28	161	189 (8,0)	108	726	834 (8,6)
60-69 ans	23	82	105 (3,8)	21	75	96 (4,0)	74	269	343 (3,5)
69-79 ans	18	36	54 (2,0)	15	25	40 (1,7)	56	105	161 (1,7)
80-89 ans	4	7	11 (0,4)	6	3	9 (0,4)	15	17	32 (0,3)
Total	409	2 354	2 763 (100,0)	399	1 972	2 371 (100,0)	1 421	8 297	9 718 (100,0)
	SR = 5,8			SR = 4,9			SR = 5,8		

* Données provisoires.

pourcentage d'augmentation réel a été de 17 %. En effet, 20 % des cas satisfaisant aux nouveaux critères ont présenté un critère diagnostique de l'ancienne définition dans les 6 mois, 30 % dans les 12 mois et 47 % dans les 25 mois.

La différence observée dans l'impact apparent de la définition entre la France (augmentation de 13 % des cas) et la ville de San Francisco (23 %) est liée à la possibilité du diagnostic présomptif de certaines pathologies (c'est-à-dire sans méthode de préférence) ajouté à la révision de 1987, mais appliquée en France depuis 1985.

Analyse de la répartition des cas de SIDA par sexe et âge (tabl. 4).

Au 31 mars 1990, les 9 718 cas de SIDA recensés se répartissent en 255 cas pédiatriques et 9 463 adultes d'une part, et en 1 421 femmes et 8 297 hommes d'autre part.

(1) PAYNE S.F., RUTHERFORD G.W. et al. Effect of the revised AIDS case definition on AIDS reporting in San Francisco : evidence of increased reporting in intravenous drug users. AIDS 1990, vol. 4, n° 4, 335-339.

Le tableau 6 représente la répartition des cas de SIDA par groupe de transmission et sexe, ainsi que pour le groupe « contact hétérosexuel », le type de partenaire sexuel, ou l'origine géographique.

Au sein de ce dernier groupe, les sujets originaires de zones à transmission hétérosexuelle prédominante ou partenaires sexuels de ces sujets, représentent 75,2 % des cas cumulés du groupe, les sujets ayant un partenaire sexuel à risque (bisexuel, toxicomane, hémophile, transfusé) représentent 18,6 %. Au cours du temps la part relative de ces deux groupes s'est modifiée dans le sens d'une diminution de la part de la transmission liée à l'origine géographique (Afrique, Caraïbe) et d'une augmentation du groupe ayant un partenaire sexuel à risque.

Répartition géographique des cas de SIDA

Le tableau 7 représente la répartition des cas de SIDA cumulés par

département de domicile ainsi que les taux de cas par million d'habitants par département et région.

Les taux par million d'habitants ont été calculés à partir des nouvelles estimations de population réalisées par l'I.N.S.E.E. Ceci explique pour certains départements une baisse du taux par rapport à celui calculé au trimestre précédent.

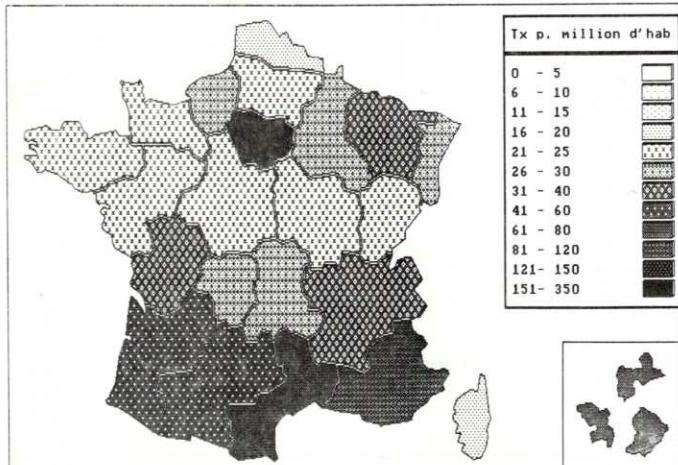
Les taux de cas de SIDA cumulés, par million d'habitants par groupe de transmission et région sont représentés (fig. 2) pour les 4 groupes de transmission suivant : homosexuels/bisexuels, toxicomanes, hétérosexuels et transfusés.

On retrouve la prédominance des groupes de transmission par région ; les homosexuels en Île-de-France, les toxicomanes en Provence - Alpes - Côte-d'Azur, les hétérosexuels dans la région Antilles - Guyane. La répartition des cas de SIDA post-transfusionnels est plus homogène en France avec une prédominance plus marquée dans la région Provence - Alpes - Côte-d'Azur.

Tableau 7. – Répartition des cas de SIDA par département de domicile au 31 mars 1990
 (taux par million d'habitants) en France et D.O.M.

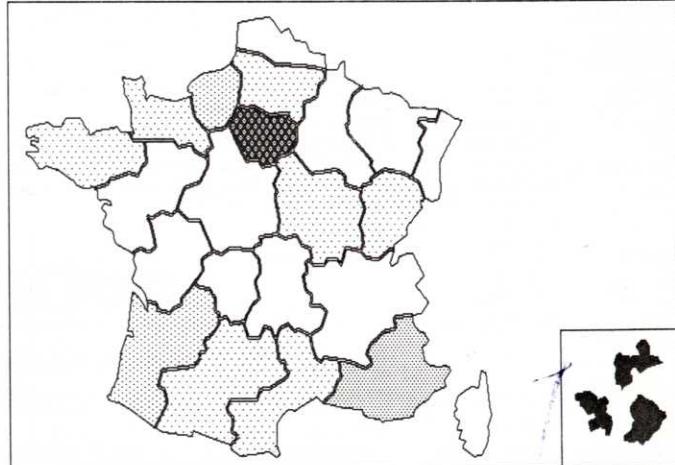
ALSACE : 87 (53,7)		CENTRE : 111 (47,1)		ÎLE-DE-FRANCE : 4 837 (467,4)		MIDI - PYRÉNÉES : 274 (115,0)		PICARDIE : 84 (47,0)	
67.	70 (73,8)	18.	15 (46,3)	75.	2 815 (1 374,5)	09.	10 (73,5)	02.	16 (30,1)
68.	17 (25,4)	28.	26 (67,7)	77.	145 (143,1)	12.	15 (54,5)	60.	54 (76,5)
		36.	5 (21,1)	78.	200 (155,5)	31.	180 (206,9)	80.	14 (25,5)
AQUITAINE : 375 (136,6)		37.	31 (58,7)	91.	197 (184,3)	32.	10 (57,1)	POITOU-CHARENTES : 106 (66,2)	
24.	30 (79,2)	41.	11 (36,4)	92.	506 (369,9)	46.	8 (51,6)	16.	23 (66,9)
23.	212 (180,9)	45.	23 (39,7)	93.	453 (336,1)	65.	14 (60,3)	17.	44 (83,7)
	30 (96,5)			94.	320 (265,8)	81.	18 (52,6)	79.	13 (37,4)
47.	26 (84,7)			95.	201 (198,6)	82.	19 (96,4)	86.	26 (67,7)
64.	77 (133,7)	CHAMPAGNE - ARDENNE : 87 (63,9)		LANGUEDOC - ROUSSILLON : 272 (129,9)		NORD-P.-DE-CALAIS : 135 (34,4)		PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR : 1 392 (334,2)	
BOURGOGNE : 91 (56,3)		08.	7 (23,6)	11.	36 (122,4)	59.	108 (43,2)	04.	20 (157,5)
21.	33 (67,6)	10.	22 (74,6)	30.	70 (121,3)	62.	27 (19,0)	05.	8 (73,4)
58.	13 (55,6)	51.	42 (74,5)	34.	127 (162,0)	HAUTE-NORMANDIE : 127 (74,1)		06.	644 (703,1)
71.	21 (36,7)	52.	16 (77,3)	48.	1 (13,9)	27.	34 (67,7)	13.	505 (285,3)
89.	24 (74,8)			66.	38 (103,5)	76.	93 (76,7)	83.	137 (177,7)
AUVERGNE : 70 (52,7)		CORSE : 21 (84,7)		LIMOUSIN : 43 (58,7)		BASSE-NORMANDIE : 88 (63,4)		84.	78 (165,6)
03.	12 (33,2)	2 A.	4 (35,7)	19.	5 (21,0)	14.	58 (94,5)	RHÔNE - ALPES : 382 (73,2)	
15.	5 (31,4)	2 B.	17 (125,0)	23.	2 (14,9)	50.	14 (29,1)	01.	18 (39,0)
43.	4 (19,0)			87.	36 (100,0)	61.	16 (54,4)	07.	14 (50,5)
63.	49 (81,9)	BRETAGNE : 134 (48,2)		FRANCHE-COMTÉ : 58 (53,3)		PAYS DE LA LOIRE : 139 (45,4)		26.	15 (36,9)
				LORRAINE : 140 (60,3)		44.	54 (51,9)	38.	54 (54,2)
22.	19 (35,1)	25.	33 (68,8)	54.	66 (93,8)	49.	44 (61,6)	42.	20 (27,1)
29.	43 (51,6)	39.	7 (28,7)	55.	8 (40,8)	53.	6 (21,2)	69.	169 (115,4)
35.	44 (55,8)	70.	10 (42,7)	57.	54 (52,4)	72.	22 (42,6)	73.	24 (71,4)
56.	28 (45,5)	90.	8 (61,5)	88.	13 (30,8)	85.	13 (25,4)	74.	68 (125,2)
GUADELOUPE : 157 (465,9)		MARTINIQUE : 114 (341,3)		GUYANE : 136 (1 528,1)		RÉUNION : 32 (56,6)			

Taux de cas de SIDA chez les homo-bisexuels par million d'habitants et par région



31 mars 1990. — France et D.O.M.

Taux de cas de SIDA chez les heterosexuels par million d'habitants et par région



31 mars 1990. — France et D.O.M.

Le sex ratio (H/F) sur l'ensemble des cas est de 5,8, il s'est modifié de façon significative au cours du temps, il est passé de 10,4 (187/18) en 1984 à 4,9 (1972/399) pour la dernière année de diagnostic (tabl. 4).

Sur l'ensemble des cas les femmes sont plus jeunes que les hommes puisque 42,2 % (656/1421) ont moins de 30 ans contre 27,0 % (2 242/8 297) des hommes.

Cette différence d'âge s'explique notamment par la répartition différente des groupes de transmission selon le sexe.

Analyse de la répartition des cas par groupe de transmission et année de diagnostic (tabl. 5).

L'étude de la tendance des groupes de transmission au cours du temps pour l'ensemble des cas montre :

- une diminution de la part relative du groupe des homosexuels/bisexuels et des enfants sur les 5 dernières années de diagnostic;
- une augmentation de la proportion des toxicomanes sur les 5 dernières années.

— une augmentation de la part du groupe des hétérosexuels.

L'analyse des tendances, si l'on ne prend en compte que les cas enregistrés selon les critères de l'ancienne définition (tabl. 5, 2^e ligne), montre de la même façon une diminution du groupe des homosexuels et des enfants, une augmentation du groupe des toxicomanes. La part du groupe des hétérosexuels reste stable. La tendance à l'augmentation de ce groupe observée plus haut est liée à l'élargissement de la définition depuis 1988, ayant entraîné une augmentation des cas dans ce groupe de 15,5 % en 1988 et 30,8 % en 1989 (tabl. 2).

On observe donc un impact de l'élargissement de la définition sur les tendances concernant le groupe des hétérosexuels.

Tableau 5. — Répartition des cas de SIDA par groupe de transmission et année de diagnostic
Cas diagnostiqués selon la définition 1987 (en gras) et cas diagnostiqués selon la définition pré-1987
(France et D.O.M., 31 mars 1990)

Groupes de transmission	Années de diagnostic											Total effectif	
	1978	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988*	1989*	1990*	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
1. Homo/bisexuels	(50,0) (50,0)	(25,0) (25,0)	(50,0) (50,0)	(68,0) (68,0)	(59,0) (59,8)	(61,5) (62,4)	(65,0) (65,5)	(60,1) (60,7)	(54,9) (57,1)	(50,3) (53,1)	(46,4) (49,7)	(43,6) (44,9)	5 069 4 858
2. Toxicomanes	(0,0) (0,0)	(0,0) (0,0)	(0,0) (0,0)	(0,0) (0,0)	(0,0) (0,0)	(3,4) (3,5)	(7,3) (7,0)	(11,9) (12,1)	(15,3) (14,7)	(20,8) (19,3)	(24,6) (23,5)	(25,0) (24,2)	1 804 1 551
3. (1) et (2)	(0,0) (0,0)	(0,0) (0,0)	(0,0) (0,0)	(0,0) (0,0)	(1,2) (1,2)	(2,4) (2,5)	(3,2) (3,2)	(3,7) (3,8)	(2,7) (2,7)	(1,3) (1,4)	(1,7) (1,7)	(0,7) (0,8)	203 189
4. Hémophiles	(0,0) (0,0)	(0,0) (0,0)	(0,0) (0,0)	(0,0) (0,0)	(0,0) (0,0)	(0,5) (0,5)	(1,2) (1,2)	(1,5) (1,5)	(0,9) (0,9)	(1,6) (1,3)	(2,1) (2,0)	(1,1) (1,2)	148 125
5. Hétérosexuels	(16,7) (16,7)	(0,0) (0,0)	(25,0) (25,0)	(28,0) (28,0)	(26,5) (26,8)	(16,1) (15,8)	(10,9) (10,8)	(9,1) (8,8)	(8,4) (7,8)	(10,3) (10,0)	(11,6) (10,1)	(12,1) (12,1)	1 024 877
6. Transfusés	(0,0) (0,0)	(0,0) (0,0)	(0,0) (0,0)	(4,0) (4,0)	(6,0) (6,1)	(5,4) (5,4)	(3,4) (3,4)	(6,9) (6,7)	(7,9) (7,5)	(6,6) (6,4)	(5,8) (5,5)	(6,4) (5,5)	625 547
7. Indéterminés	(33,3) (33,3)	(75,0) (75,0)	(25,0) (25,0)	(0,0) (0,0)	(1,2) (1,2)	(4,9) (5,0)	(4,3) (4,4)	(4,4) (4,4)	(6,2) (6,2)	(6,5) (6,6)	(6,1) (6,4)	(10,4) (10,5)	590 547
8. Enfants	(0,0) (0,0)	(0,0) (0,0)	(0,0) (0,0)	(0,0) (0,0)	(4,8) (4,9)	(5,9) (5,0)	(4,7) (4,6)	(2,4) (2,0)	(3,6) (3,1)	(2,5) (1,9)	(1,7) (1,2)	(0,7) (0,8)	255 194
Total	6 (100)	4 (100)	8 (100)	25 (100)	83 (100)	205 (100)	506 (100)	1 089 (100)	2 004 (100)	2 680 (100)	2 828 (100)	280 (100)	9 718
Effectifs	6 (100)	4 (100)	8 (100)	25 (100)	82 (100)	202 (100)	502 (100)	1 064 (100)	1 874 (100)	2 388 (100)	2 477 (100)	256 (100)	8 888

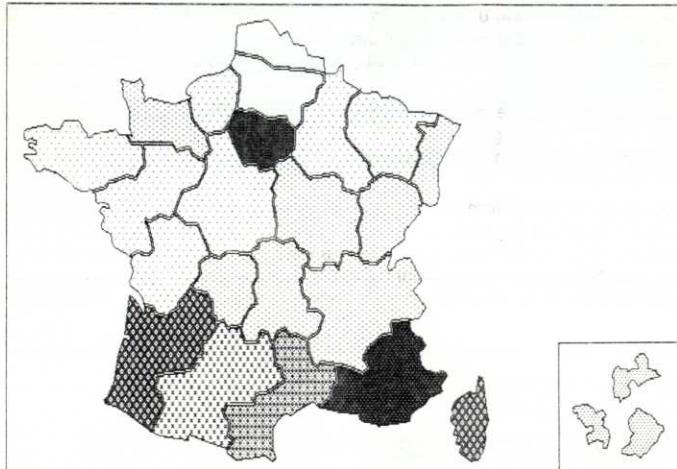
* Données provisoires.

Tableau 6. — Répartition des cas de SIDA par groupe de transmission et sexe
Cas diagnostiqués entre avril 1988 et mars 1989, entre avril 1989 et mars 1990 et depuis 1978
(France et D.O.M., 31 mars 1990)

Groupe de transmission	Cas diagnostiqués* entre le 1 ^{er} avril 1988 et le 31 mars 1989				Cas diagnostiqués* entre le 1 ^{er} avril 1989 et le 31 mars 1990				Cas cumulés depuis 1978			
	Femmes	Hommes	Total	(%)	Femmes	Hommes	Total	(%)	Femmes	Hommes	Total	(%)
1. Homo/bisexuels	0	1 365	1 365	(49,4)	0	1 078	1 078	(45,5)	0	5 069	5 069	(52,2)
2. Toxicomanes	141	448	589	(21,3)	158	452	610	(25,7)	506	1 298	1 804	(18,6)
3. (1) et (2)	0	40	40	(1,4)	0	38	38	(1,6)	0	203	203	(2,1)
4. Hémophiles	0	50	50	(1,8)	3	42	45	(1,9)	4	144	148	(1,5)
5. Contact hétérosexuel	131	159	290	(10,5)	131	155	286	(12,1)	431	593	1 024	(10,5)
5.1. Partenaire bisexuel	17	0	17		16	0	16		45	0	45	
toxicomane	22	8	30		33	12	45		82	28	110	
hémophile	0	0	0		2	0	2		6	0	6	
transfusé	13	2	15		5	3	8		24	5	29	
séropositif sans risque identifié	11	9	20		21	2	23		48	16	64	
originaire des Caraïbes	5	5	10		0	8	8		9	22	31	
originaire d'Afrique	6	41	47		8	33	41		23	131	154	
5.2. Originaire d'Afrique et des Caraïbes	26	34	60		20	38	58		87	176	263	
6. Transfusé	83	98	181	(6,6)	60	70	130	(5,5)	279	346	625	(6,4)
7. Indéterminés	27	159	186	(6,7)	27	123	150	(6,3)	99	491	590	(6,1)
8. Enfants	27	35	62	(2,2)	20	14	34	(1,4)	102	153	255	(2,6)
Total	409	2 354	2 763	(100)	399	1 972	2 371	(100)	1 421	8 297	9 718	(100)

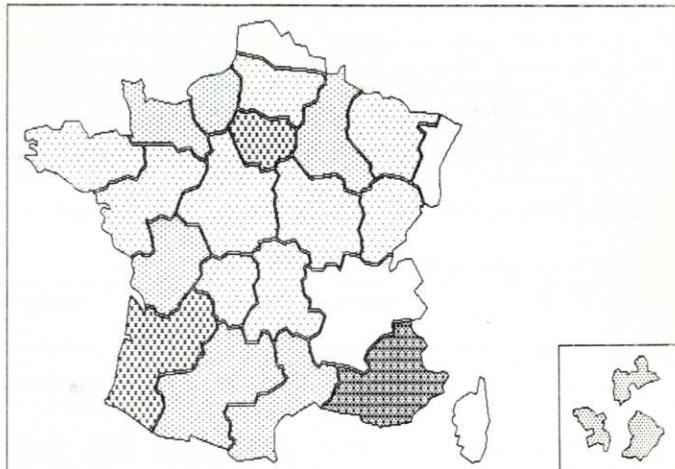
* Données provisoires.

Taux de cas de SIDA chez les toxicomanes par million d'habitants et par région



31 mars 1990. — France et D.O.M.

Taux de cas de SIDA chez les transfusés et hémophiles par million d'habitants et par région



31 mars 1990. — France et D.O.M.

LE POINT SUR...

VACCINATION DES ENFANTS NÉS DE MÈRE V.I.H. SÉROPOSITIVE

P. BEGUÉ, E. BOUVET, J.-L. VILDE ET LE C.S.H.P.F.

IMMUNOGÉNICITÉ ET EFFICACITÉ DES VACCINS

Chez les enfants infectés par le V.I.H., l'immunogénicité des vaccins peut être diminuée en raison des perturbations immunologiques. Des études chez l'enfant infecté ont été réalisées aux U.S.A. et dans certains pays africains, en particulier au Zaïre. La réponse anticorps est diminuée pour l'anatoxine diphtérique. Pour l'anatoxine tétnique, la plupart des études montrent qu'il persiste une excellente réponse. De même, la réponse anticorps après vaccin antipoliomyélétique injectable serait peu altérée. Néanmoins, les enfants atteints de SIDA avérés ont des titres d'anticorps moins élevés que les enfants asymptomatiques et que les enfants non infectés.

La réponse au vaccin anticoquelucheux a été peu étudiée. Un travail de 1988 réalisé chez des enfants infectés montre un taux d'anticorps protecteur chez 48 % des enfants vaccinés infectés symptomatiques.

De plus nombreuses études sont disponibles pour étudier la réponse au vaccin rougeoleux. La séroconversion est équivalente chez les enfants séropositifs infectés ou non par rapport à des enfants contrôlés. La réponse est moins bonne chez les enfants symptomatiques. En revanche, les enfants non vaccinés contre la rougeole risquent de présenter une rougeole grave, très souvent mortelle, ce qui renforce l'intérêt de protéger tous ces enfants par le vaccin antirougeoleux.

La seule étude a concerné la réponse anticorps après un vaccin rubéole et oreillons, montrant une séroconversion moyenne pour la rubéole (45 % des enfants) et plus médiocre pour les oreillons (19 %).

On ne dispose pas d'étude qui permette d'évaluer la réponse cellulaire (test tuberculinaire) après B.C.G. chez des enfants nés de mère infectée par le V.I.H.

Pour le vaccin pneumococcique, les rares études disponibles mettent en évidence une réponse plus altérée chez les enfants atteints de SIDA (25 à 35 %) que chez les asymptomatiques (76 %).

TOLÉRANCE

Les vaccins tués ne posent aucun problème de tolérance.

Parmi les vaccins vivants, le B.C.G. et la rougeole méritent d'être discutés. F. Veber, en 1988, rapporte 7 cas d'adénopathies axillaires chez 67 enfants infectés par le V.I.H. et vaccinés par le B.C.G. Il n'y a eu aucune complication générale et l'évolution a toujours été bonne. Une étude plus récente pratiquée au Zaïre a comparé les complications du B.C.G. chez 152 enfants infectés par le V.I.H. et 328 enfants non infectés. Elle ne met en évidence aucune différence dans l'incidence des complications après B.C.G. (adénite et fistulisation). Aucune dissémination n'a été observée.

Une étude réalisée à New York chez des enfants infectés par le V.I.H. montre que chez les 70 enfants vaccinés par le vaccin rougeole, oreillons, rubéole, il n'a jamais été signalé de réaction sévère. Dans l'étude zairoise déjà citée, aucune réaction n'a été signalée chez 128 enfants infectés et 251 contrôles.

RECOMMANDATIONS

Dans les pays à faible prévalence de tuberculose, l'O.M.S. recommande de ne pas vacciner les enfants de mère infectée par le V.I.H. Cependant, si le risque de tuberculose est important dans l'entourage, la vaccination par le B.C.G. doit être envisagée précocement, le risque de la maladie tuberculeuse étant supérieur à celui de la bécigite. En général, chez l'enfant infecté le B.C.G. doit être évité (B.E.H., no 32/1987).

Pour les autres vaccinations, le calendrier vaccinal doit être appliqué (B.E.H. no 5/1990). Cependant, chez un enfant symptomatique, la décision de la vaccination contre la rougeole doit être prise après avis d'une équipe pédiatrique spécialisée. La vaccination contre la rubéole et les oreillons ne semble pas appropriée chez un enfant symptomatique. Le vaccin poliomyélétique oral n'est pas recommandé en France.

La pratique des vaccinations ne doit en aucun cas être un motif de dépistage de l'infection par le V.I.H. chez un enfant; le risque des vaccinations chez un enfant infecté asymptomatique étant très limité.

BIBLIOGRAPHIE :

- [1] BRÉGÈRE P., Bull. med. intern. contre la tuberculose et les maladies respiratoires. 1988, 63, 43-44.
- [2] ONORATO I.-M., MARKOWITZ L.-E., OXTOBY M.-J., Childhood immunization, vaccine parentable diseases and infection with human immunodeficiency virus. *Pediatr. Infect. Dis. J.*, 1988, 6, 588-595.
- [3] MVULA M., RYDER R. et al. Measles and measles immunization in african children with human immunodeficiency virus. *Abstract 5112*, IV^e International Conference on AIDS, 1988-Stockholm.
- [4] MENDEZ H., FIKRIG S. et al. Response to childhood immunizations in children with human immunodeficiency virus infection. *Abstract 5109*, 1988, IV^e International Conference on AIDS, Stockholm.

INFORMATION

Méningocoque : épidémiologie, prophylaxie, vaccins

Une journée sur ce thème est organisée à l'Institut Pasteur, le 20 juin 1990, par le Centre national de référence des Méningocoques et la Direction générale de la Santé.

Pour les inscriptions ou autres renseignements, s'adresser à : J.-Y. RIOU, Centre national de référence des Méningocoques, Institut Pasteur, 25-28, rue du Docteur-Roux, 75724 Paris Cedex 15. Tél. : (1) 45 68 83 30.

Par suite d'un mouvement de protestation des médecins inspecteurs de la santé lancé le 2 avril dernier, les Directions départementales des Affaires sanitaires et sociales ne sont pas en mesure de communiquer normalement à la Direction générale de la santé les relevés hebdomadaires de déclarations obligatoires de maladies.

Dans ces conditions, la publication des données relatives à la situation épidémiologique hebdomadaire des maladies transmissibles est suspendue.