



ENQUÊTE

FRÉQUENTATION HOSPITALIÈRE LIÉE AU V.I.H.

(Enquête du 6 décembre 1989)

C. JESTIN*, M. WCISLO*, G. VIDAL-TRECAN **

La cinquième enquête nationale semestrielle « un jour donné » sur l'impact de la pathologie à V.I.H. dans l'activité hospitalière a eu lieu le 6 décembre 1989. Elle a été réalisée par le S.E.S.I. et l'Assistance publique de Paris (A.P.P.) avec la même méthodologie que pour les enquêtes précédentes (cf. B.E.H. n°s 15 et 40/1988, 30/1989 et 10/1990). La direction centrale du Service de santé des armées (1) a organisé la même enquête le même jour dans les hôpitaux militaires pour la deuxième fois.

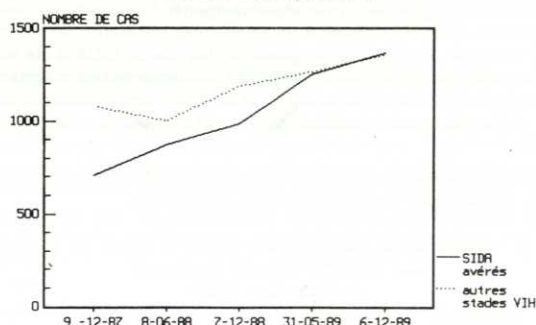
L'enquête a été effectuée dans les établissements et services de court et de moyen séjour des départements métropolitains et des 4 départements d'outre-mer.

RÉPARTITION EN FONCTION DU STADE DE LA MALADIE (tabl. 1)

2 721 patients infectés par le V.I.H. ont eu recours aux soins le 6 décembre 1989 dans les services de court séjour des établissements civils métropolitains et 40 patients dans les hôpitaux militaires. Ils se répartissent en :
— 1 386 malades atteints du SIDA dont 22 dans les hôpitaux militaires;
— 1 375 patients à un stade moins avancé de l'infection dont 18 dans les hôpitaux militaires.

En 2 ans (fig. 1) de décembre 1987 à décembre 1989, l'évolution est de 53 % avec un quasi-doublement des cas de SIDA (+ 93 %), les autres stades augmentant beaucoup plus faiblement (+ 26 %). En 6 mois, entre mai et décembre 1989, la progression globale s'est beaucoup ralentie par rapport au semestre précédent pour tous les stades de l'infection y compris pour les SIDA : (8 % globalement, 9 % pour les SIDA au lieu de 27 %, 7 % pour les autres stades).

Figure 1. — Évolution des infections à V.I.H. à l'hôpital « un jour donné » France métropolitaine



L'ensemble des sujets symptomatiques incluant les SIDA avérés représente près de 3 patients sur 4 à l'A.P.P. et 2 patients sur 3 ailleurs. Si on prend en compte les sujets asymptomatiques avec anomalies biologiques suivant les recommandations formulées récemment par le groupe d'experts sur les protocoles et modes de soins les plus appropriés au traitement précoce des patients infectés par le V.I.H. (cf. B.E.H. n° 29/1990) ce sont 7 sujets sur 10

en province et vraisemblablement plus de 8 patients sur 10 à Paris qui devraient faire l'objet d'une surveillance rapprochée et d'un traitement de l'infection à V.I.H.

Le ratio SIDA/autres stades progresse encore à l'A.P.P. par rapport aux autres établissements : 1,50 à l'A.P.P. contre 0,78 en dehors.

Tableau 1. — Répartition des patients suivant le stade

	Hôpitaux civils	Hôpitaux militaires	Assistance de Paris
	%	%	%
SIDA	732 (44)	18 (55)	632 (60)
Autres infections (A.R.C.)	210 (12)	1 (2,5)	141 (13)
L.A.S.	170 (10)	3 (7,5)	91 (8,6)
Asymptomatiques avec s. bilol.	231 (14)	9 (22,5)	189 (18)
Asymptomatiques	330 (20)	5 (12,5)	
Total	1 668	40	1 053

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE : peu de diffusion interrégionale

En décembre 1989, 19 départements n'ont recensé aucun malade dans les établissements enquêtés. Les déclarations de cas de SIDA effectués par ces départements à la direction générale de la Santé au 31 décembre 1989 représentent 2,4 % du total des SIDA déclarés. Un seul département : la Haute-Saône, n'a jamais été concerné lors des enquêtes « un jour donné ».

Jusqu'en juin 1989, le nombre de départements non concernés diminuait à chaque enquête. Cette fois la tendance s'inverse ; elle peut être due aux aléas du jour de l'enquête ou à une plus forte attraction des établissements spécialisés comme en témoigne la plus forte concentration des malades dans le C.H.U. et dans les services spécialisés.

2 régions sont essentiellement touchées : l'Île-de-France et la Provence - Alpes - Côte d'Azur concentrent 7 malades sur 10. La prévalence des malades présents à l'hôpital dans les différentes régions est globalement superposable à celle observée à travers le système de surveillance du SIDA par la déclaration obligatoire.

L'avance de la région Île-de-France a légèrement diminué (53 % du total des malades). La progression du nombre de patients se ralentit avec une diminution des patients séropositifs faiblement compensée par l'augmentation des cas de SIDA, le poids de cette région baissant aussi légèrement pour ces malades à 56 %. La part de l'A.P.P. sur le plan national diminue légèrement en dessous de 40 %.

Si cette évolution est observée, le 6 décembre 1989, aussi bien à l'A.P.P. que dans les autres établissements de la région, elle est cependant plus contrastée à l'A.P.P. avec diminution des séropositifs et augmentation des cas de SIDA, alors que l'activité des autres établissements de la région stagne pour tous les stades.

Par contre en région Provence - Alpes - Côte d'Azur l'augmentation du nombre de patients à l'hôpital s'est accrue de façon importante pour tous les stades de l'infection. C'est en Aquitaine que la progression est la plus forte. La croissance du nombre d'asymptomatiques et de formes mineures a été forte en région Rhône - Alpes. Mais en taux par habitant cette région est devancée par l'Aquitaine, le Languedoc - Roussillon, Midi - Pyrénées et

* SESI - Ministère de la Solidarité, Santé, Protection sociale.

** Direction du Plan-Assistance publique de Paris.

(1) Données fournies par le bureau de l'épidémiologie, docteur Merlin.

même l'Alsace. Les régions les moins concernées par cette pathologie ne changent guère : Nord - Pas-de-Calais, Centre, Picardie, Champagne - Ardenne, Lorraine et Pays de Loire, ce qui est conforme aux données de la déclaration obligatoire et confirme la faible diffusion interrégionale de l'infection.

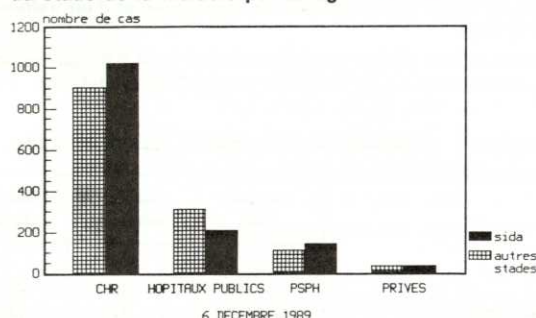
LES DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER

L'activité hospitalière liée au V.I.H. demeure importante dans la région Antilles-Guyane, mais faible à la Réunion. 73 patients au total sont recensés dont 42 atteints de SIDA. La Guadeloupe est toujours le département le plus sollicité; l'activité observée en Guyane à l'hôpital reste faible au regard du nombre élevé de SIDA déclarés. L'évolution de l'infection à V.I.H. à l'hôpital est parallèle à celle observée en métropole. Cependant, la part des SIDA est beaucoup plus importante dans ces départements, leur nombre ayant plus que triplé depuis la première enquête de décembre 1987.

RÉPARTITION PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENT (fig. 2)

214 entités juridiques (10 % de l'ensemble des établissements de soins) participent avec une intensité variable à la prise en charge des patients infectés. Le nombre d'établissements concernés varie peu depuis la première enquête, les malades ayant tendance à fréquenter toujours les mêmes. C'est le nombre moyen de patients dans chaque établissement qui augmente. 71 hôpitaux accueillent plus de 10 patients « un jour donné » et 9 d'entre eux plus de 50 patients.

Figure 2. — Répartition des cas en fonction du stade de la maladie par catégorie d'établissement



Tous les C.H.R. sont confrontés à l'infection par le V.I.H. : 48 % des services concernés sont dans les C.H.R. avec augmentation de la part des C.H.R. par rapport aux précédentes enquêtes (68,7 % des patients en décembre 1988, 69,6 % en juin 1989 et 70,8 % en décembre 1989). Leur progression d'activité est cette fois-ci surtout attribuable à l'augmentation importante du nombre de patients pris en charge dans les C.H.R. de province. Cependant les malades atteints de SIDA ne représentent que 44 % de l'ensemble des patients infectés par le V.I.H. et pris en charge dans ces établissements, alors qu'à l'A.P.P. 60 % des patients sont au stade de SIDA.

La part des autres hôpitaux publics diminue faiblement au profit des C.H.R. L'augmentation globale du nombre de cas est faible (3 %), portant surtout sur la prise en charge des malades atteints de SIDA (11 %); les autres stades de l'infection stagnent. 134 hôpitaux publics sont concernés le jour de l'enquête.

La part des établissements privés diminue aussi : 10 % des patients y ont recours. Dans les établissements privés participant au service public hospitalier (P.S.P.H.), le nombre de patients augmente de façon significative (+ 17 %), surtout pour les patients atteints de SIDA (40 %). On y observe en moyenne 8 patients par établissement. Ces établissements se sont orientés précocement vers la prise en charge des infections à V.I.H., du fait de leur spécialisation (infectiologie, hématologie ou cancérologie, pneumologie) ou du fait d'une activité similaire et d'ailleurs très liée aux hôpitaux universitaires.

Seulement 20 établissements privés non P.S.P.H. prennent en charge 2,4 % des patients infectés par le V.I.H. Leur présence dans ces établissements n'est vraisemblablement pas directement liée à leur infection.

RÉPARTITION PAR DISCIPLINE D'ÉQUIPEMENT (fig. 3)

Au total 654 services sont concernés. Leur nombre progresse de façon modérée (+ 6 %).

Les disciplines médicales accroissent leur activité en concentrant 92 % des malades atteints de SIDA et 78 % des autres patients.

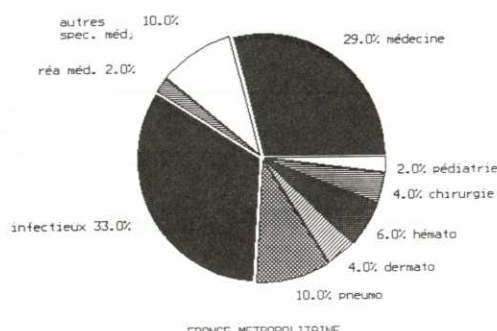
Les services d'infectiologie sont très sollicités. L'activité est extrêmement concentrée dans 38 services. Ces services rassemblent à eux seuls un 1/3 des malades atteints de SIDA (27 % pour les autres stades). En moyenne 22 patients sont hospitalisés ou consultent dans chaque service d'infectiologie, cette moyenne étant de 41 à l'A.P.P. Par rapport à l'enquête précédente, la part de cette spécialité s'est accrue pour tous les stades de l'infection à V.I.H. surtout en province.

Parmi les spécialités médicales, la pneumologie prend une part croissante dans le traitement et le suivi des malades atteints de SIDA (10 %) probablement le plus souvent à l'occasion du développement d'une infection oppor-

tuniste d'entrée dans le SIDA. Cette activité est relativement diffuse avec 4 patients par service dans 44 services.

Les services de chirurgie et gynéco-obstétrique regroupent 14 % des patients séropositifs et seulement 4 % des SIDA. Cependant les services de chirurgie ou de spécialités chirurgicales impliqués sont nombreux (86). On y observe, en particulier une progression de l'ophtalmologie, mais aussi de la

Figure 3. — Répartition des malades atteints de SIDA par discipline d'équipement



stomatologie et de l'O.R.L. Les patients y sont encore en nombre limité, mais sollicitent un plus grand nombre de services pour leur infection à V.I.H. En effet, un nombre croissant de ces services organise des consultations spécifiques destinées aux patients séropositifs.

On observe en pédiatrie une légère augmentation du nombre d'enfants séropositifs (6 % du total), à l'exclusion des SIDA dont le nombre reste faible dans cette discipline.

Le recours aux services spécialisés se renforce dans les C.H.R. Cette tendance déjà observée lors des précédentes enquêtes s'est particulièrement accentuée dans les C.H.U. de province. Plus l'établissement est spécialisé, plus les patients ont recours aux services les plus spécialisés; on observe une répartition similaire des patients dans ces services aussi bien à Paris qu'en province. Cette tendance peut expliquer l'activité très importante de certains services : 65 services prennent en charge plus de 10 patients et 26 d'entre eux plus de 20 patients.

RÉPARTITION EN FONCTION DU RECOURS AUX SOINS (fig. 4)

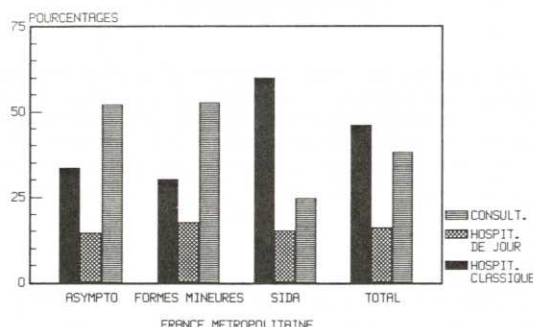
La pathologie liée au V.I.H. occupe 0,8 % des lits d'hospitalisation, 2 % dans les C.H.R. et 3 % à l'A.P.P.

Le nombre total de patients en hospitalisation complète est stable par rapport à la précédente enquête. Globalement la part de l'hospitalisation complète se réduit; cependant la part de lits réservés aux malades atteints de SIDA augmente (67 %), alors qu'elle continue de baisser pour les autres patients séropositifs. En effet, plus de 50 % de ces patients consultent en externe, ce qui est le cas pour moins de 1 SIDA sur 4. La part prise par l'hospitalisation de jour continue à augmenter de façon homogène pour tous les stades. Mais la tendance à privilégier la prise en charge des malades les plus graves s'accroît : 50 % des malades en hôpital de jour sont des SIDA.

Depuis la première enquête de décembre 1987, cette évolution lente et plus marquée à l'A.P.P. gagne les autres établissements. La répartition des modes de recours aux soins a progressé de façon très différente en fonction du stade de l'infection. En 2 ans la progression des cas de SIDA a été très forte en hospitalisation (+ 79 %), mais se ralentit. On observe une stagnation des autres formes d'infection. L'augmentation la plus spectaculaire est observée pour les SIDA dans les consultations (+ 112 %) et en hôpital de jour (+ 132 %).

Cette tendance amorcée lors des précédentes enquêtes est encore plus marquée dans les services et établissements spécialisés.

Figure 4. — Répartition des malades selon le stade de la maladie par type de recours aux soins 6 décembre 1989



CONCLUSION

En 2 ans, la progression des infections à V.I.H. à l'hôpital, observée par les enquêtes « un jour donné » a surtout été marquée par un quasi-doublement des cas de SIDA et une progression beaucoup plus lente des autres formes de l'infection. Il y a peu de diffusion d'une région à l'autre et sur le plan des établissements concernés : les malades ont tendance à fréquenter les mêmes établissements, mais surtout les plus spécialisés. Dans ces établisse-

ments, on observe une très forte sollicitation des patients pour les services de pointe. Le système hospitalier poursuit son adaptation à la prise en charge de cette pathologie par le développement des alternatives à l'hospitalisation classique : hôpital de jour et consultations. Cependant une évolution vers la déconcentration des services les plus saturés, au profit des services actuellement plus disponibles ou d'autres modalités de prise en charge, sera sans doute nécessaire.

(Les tableaux détaillés ont été publiés dans *Informations rapides*, n° 162).

LE POINT SUR...

ESTIMATION DE L'EFFICACITÉ DE LA VACCINATION ANTIROUGEOLEUSE À PARTIR DE L'ENQUÊTE NATIONALE D'ÉVALUATION DE LA COUVERTURE VACCINALE MENÉE EN 1989, EN MILIEU SCOLAIRE

I. REBIÈRE *, D. LÉVY-BRUHL **, V. GOULET *, N. GUÉRIN **

INTRODUCTION

De nombreuses études sérologiques ont confirmé la capacité du vaccin rougeoleux sous ses différentes formes, seul ou associé avec d'autres antigènes, à entraîner la production d'anticorps chez 95 % à 100 % des sujets vaccinés. Cependant, du fait des incertitudes liées à la sensibilité des titrages et au seuil utilisé pour définir la protection, il est nécessaire de s'assurer que, sur le terrain, un pourcentage équivalent d'enfants vaccinés est effectivement protégé.

À l'occasion de l'enquête nationale d'évaluation de la couverture vaccinale contre la rougeole, les oreillons et la rubéole organisée par le Laboratoire national de la Santé et le S.E.S.I. et réalisée en 1989 par les services de santé scolaire lors de la visite médicale des enfants de grande section maternelle nés en 1983 (*B.E.H.* n° 32/1990), il a paru intéressant de mesurer la protection réelle conférée par la vaccination antirougeoleuse.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les antécédents de vaccination et de rougeole ont été recueillis à partir des informations portées sur le carnet de santé, complétées pour les antécédents de rougeole par les renseignements donnés par les parents, présents lors de la visite médicale.

Les cas de rougeole ont été classés en trois catégories :

- rougeole certaine : diagnostic noté sur le carnet de santé ;
- rougeole probable : affirmation par le parent présent (la mère le plus souvent) que le diagnostic a été confirmé par un médecin ou que la maladie est survenue dans un contexte épidémique ;
- rougeole possible : sur les seuls dires des parents.

Les enfants ayant présenté une rougeole possible ont été exclus de l'analyse.

L'efficacité vaccinale qui mesure la capacité du vaccin à réduire l'incidence de la maladie, se calcule en comparant, dans les mêmes conditions d'exposition, les taux d'incidence de la rougeole chez les vaccinés (T.I.V.) et chez les non-vaccinés (T.I.N.). La formule de l'efficacité vaccinale est la suivante :

$$\frac{T.I.N. - T.I.V.}{T.I.N.} \times 100$$

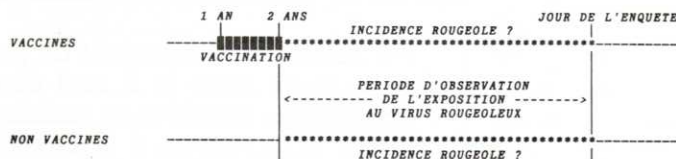
Le calcul a été effectué sur les données de la région Île-de-France (départements 75, 77, 78, 91, 92, 93, 94, 95). Un taux de sondage similaire avait été appliqué dans ces départements, ce qui autorise à considérer l'échantillon obtenu en fusionnant les échantillons départementaux, comme représentatif de la population totale des enfants inscrits en grande section de maternelle en région Île-de-France. De plus, on peut supposer que la circulation du virus est homogène au sein de cette région de par son caractère très urbanisé. Enfin, on ne note pas de différence importante de la couverture vaccinale au sein de cette région (86 % à Paris et entre 70 % et 80 % dans les autres départements).

L'efficacité de la vaccination rougeoleuse dépendant de l'âge d'administration, il a été choisi d'exclure du calcul les enfants vaccinés avant l'âge de 1 an. La période pendant laquelle a été mesurée l'incidence de la maladie débute pour chaque enfant, vacciné ou non, à son deuxième anniversaire et s'étend jusqu'au jour de l'enquête (l'enfant ayant, alors, entre 5 et 6 ans). Les enfants vaccinés au cours de cette période c'est-à-dire vaccinés au-delà du vingt-quatrième mois ont été exclus de l'analyse.

Ce non-recouvrement des périodes de vaccination et d'observation simplifie l'analyse en éliminant les problèmes d'interprétation des rougeoles survenues dans le mois suivant la vaccination. Il aurait été en effet difficile, dans

certain cas, de faire la distinction entre, d'une part, les échecs de la vaccination et, d'autre part, les rougeoles postvaccinales ou les vaccinations effectuées alors que l'enfant était déjà en période d'incubation.

Ainsi les taux d'incidence après l'âge de 2 ans ont été calculés, d'une part, chez les enfants vaccinés entre 1 et 2 ans et, d'autre part, chez les enfants qui n'ont jamais été vaccinés.



RÉSULTATS

Au total, 1 229 enfants ont été inclus dans le calcul, 923 vaccinés entre 1 et 2 ans et 306 non vaccinés. 21 enfants vaccinés ont fait une rougeole après 2 ans ce qui représente un taux d'incidence chez les vaccinés de 2 % et 128 enfants non vaccinés ont fait une rougeole après 2 ans ce qui représente un taux d'incidence chez les non-vaccinés de 42 %. L'efficacité vaccinale est donc, d'après la formule ci-dessus, de 95 %. L'intervalle de confiance à 95 %, calculé en utilisant la formule de l'intervalle de confiance d'un risque relatif est de [92 %-97 %], signifiant que l'efficacité vaccinale réelle a 95 % de chance de se situer entre 92 % et 97 %.

CONCLUSION

Ce résultat est tout à fait rassurant et s'accorde avec les résultats des enquêtes sérologiques et des enquêtes épidémiologiques menées à l'occasion d'épidémies, aux États-Unis notamment. Dans notre analyse, les critères de validation retenus pour les antécédents de rougeole et de vaccination ainsi que l'absence de chevauchement des périodes de vaccination et d'exposition ont permis de réduire les biais inhérents à une telle étude rétrospective. L'efficacité vaccinale estimée par cette étude à 95 % semble être, de ce fait, un bon indicateur de la protection réelle conférée, en France, par la vaccination antirougeoleuse effectuée chez les enfants de 1 an.

RECTIFICATIF

Enquête, en milieu scolaire, de la couverture vaccinale rougeole-rubéole-oreillons des enfants de 6 ans, publiée dans le *B.E.H.* n° 32/1990.

Cette enquête avait permis de connaître, outre les pourcentages d'enfants de 6 ans vaccinés contre la rougeole, la rubéole et les oreillons, les causes de non-vaccination contre la rougeole et la rubéole grâce à l'interrogatoire des parents.

Une inversion des pourcentages a été commise dans la présentation des résultats. Il faut lire :

- Médecin opposé à la vaccination rougeole :
 - pédiatre : 1,0 % (au lieu de 4,1 %),
 - généraliste : 4,1 % (au lieu de 1,0 %);
- Médecin opposé à la vaccination rubéole :
 - pédiatre : 0,8 % (au lieu de 3,2 %),
 - généraliste : 3,2 % (au lieu de 0,8 %).

Lors de la dernière enquête, en 1987, cette opposition à la vaccination était dans des proportions semblables chez les généralistes ; par contre, il semble que l'information ait été mieux diffusée auprès des pédiatres, car le nombre d'opposants a diminué de façon notable.

* Laboratoire national de la Santé.

** Centre national de référence des vaccinations de l'enfant, Centre international de l'Enfance.

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.