

## SURVEILLANCE

## LA DÉCLARATION DU VIH EN EUROPE DE L'OUEST : LES SYSTÈMES NATIONAUX ET LES PREMIÈRES DONNÉES EUROPÉENNES

Article paru dans le bulletin Eurosurveillance Vol 5, n° 2 - Février 2000

Andréa Infuso<sup>1</sup>, Françoise F. Hamers<sup>1</sup>, Angela M. Downs<sup>1</sup>, Jane Alix<sup>1</sup>

## INTRODUCTION

La déclaration du sida a été un outil essentiel dans la surveillance de l'infection à VIH en Europe de l'Ouest. Cependant, les tendances récentes du sida sont fortement modifiées par les progrès des traitements anti-rétroviraux qui retardent l'évolution de la maladie. Ces tendances ne peuvent donc plus être utilisées comme un indicateur des tendances de la transmission du VIH. La déclaration de tous les cas d'infections par le VIH diagnostiqués est de plus en plus mise en avant comme une composante essentielle de la surveillance [1]. Un système de déclaration du VIH destiné à compléter la déclaration du sida a été mis en place au niveau européen en 1999, avec la participation de 39 pays de la région Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cet article décrit les systèmes de déclaration du VIH dans les pays d'Europe de l'Ouest et présente les premières données.

## MÉTHODES

Les caractéristiques de la déclaration du VIH à l'échelon national ont été étudiées lors d'une enquête préliminaire menée en 1997 [2], puis remise à jour en 1999. Les données individuelles anonymes (ou, en cas d'impossibilité, des données agrégées) sur les infections par le VIH diagnostiquées quel que soit

le stade clinique et déclarées jusqu'à fin 1998 ont été recueillies à partir des instituts de surveillance nationale du VIH/sida participant à la déclaration européenne du sida. Le nombre de cas d'infection à VIH déclaré en 1998 a été comparé aux cas de sida déclarés au cours de la même année. L'Europe de l'Ouest a été définie comme les 15 pays de l'Union Européenne plus l'Islande, la Norvège et la Suisse.

## RÉSULTATS

## Les systèmes de déclaration

En 1999, la déclaration de l'infection par le VIH existait dans 15 des 18 pays d'Europe de l'Ouest (Tab. 1). Treize pays ont un système de déclaration nationale, en Italie la déclaration du VIH concerne 6 des 21 régions, et aux Pays-Bas le seul district de Arnhem. En France, les systèmes régionaux mis en place dans 13 des 23 régions ont cessé en 1998 et un système de déclaration nationale est en cours de définition. Un système de déclaration nationale est également à l'étude en Irlande. L'Autriche et l'Irlande n'ont pas instauré de système de déclaration du VIH. Les systèmes régionaux d'Italie et des Pays-Bas vont s'étendre prochainement.

La déclaration du VIH est antérieure à 1991 dans 13 pays et plus récente en Grèce et au Luxembourg (1999). En Espagne, un système national de déclaration du VIH est mis en place progressivement depuis 1999. La notification est obligatoire dans huit pays, ainsi que dans la plupart des régions italiennes et dans le système national prévu en France. Dans quatre pays, les cas de VIH sont déclarés uniquement par les laboratoires, et dans deux autres uniquement par les médecins. Dans les dix autres pays, laboratoires et cliniciens procèdent à la déclaration. En Allemagne et au Royaume-Uni, la déclaration par les cliniciens est venu s'ajouter depuis peu (respectivement 1998 et 2000) à la déclaration par les laboratoires.

Tableau 1. Caractéristiques des systèmes de déclaration du VIH dans les pays d'Europe de l'Ouest

Pays	Début de la déclaration	Statut légal	Source des déclarations	Nb. de laboratoires déclarant (potentiellement)	Identification des cas <sup>1</sup>	
					Date de naissance/	Information personnelle
Autriche	-	-	-	(4)		
Belgique	1986	V	L	8	d/m/y	initiales
Danemark	1990	M	L, C	6	y	aucune
Finlande	1986	M	L, C	20	d/m/y	partie du SSN
France (13 régions) <sup>2</sup>	1988-1996	V	L, C	na	m/y	aucune
(national)	prévu	M	L, C	5000	d/m/y	à définir
Allemagne	1988	M	L	153	y	aucune
	1998	V	C	-	y	basée sur le nom
Grèce	1998	M	L, C	9	d/m/y	initiales
Islande	1985	M	L, C	1	m/y	nom (depuis 1999)
Irlande	prévu	-	-	1		
Italie (7 régions)	1985-1999	M	L	na	d/m/y	basée sur le nom <sup>3</sup>
Luxembourg	1999	V	L	1	m/y	initiales
Pays-Bas (1 région)	1989	V	L	na	y	initiales
Norvège	1986	M	L, C	5	m/y	aucune
Portugal	1983	V	C	(10)	d/m/y	initiales
Espagne	1999	V	L, C	na	d/m/y	initiales
Suède	1985	M	C	(5)	d/m/y	partie du SSN
Suisse	1985	M	L, C	8	d/m/y	initiales (depuis 1999)
Royaume-Uni	1984	V	L, (C depuis 2000)	500	d/m/y	« soundex » code

V = volontaire ; M = obligatoire ; L = laboratoires ; C = médecins ; na = non disponible ; d/m/y = jours/mois/année ; SSN = numéro de sécurité sociale

<sup>1</sup> en plus du sexe, demandé par tous les pays ; <sup>2</sup> tous les systèmes régionaux se sont arrêtés en 1998 ; <sup>3</sup> non standardisé selon les régions.



Aucun système de déclaration national du VIH, à l'exception de celui de l'Islande, n'est nominatif. Dans 12 pays, l'élimination des doublons et le croisement avec d'autres sources de données (déclarations des cas de sida, ou des décès) nationales sont réalisées sur la base de la date de naissance (complète ou partielle), du sexe, et d'autres informations personnelles telles qu'une partie du nom (neuf pays et la plupart des régions d'Italie), ou une partie du numéro de sécurité sociale (deux pays). Dans trois systèmes (Danemark, Norvège et le système de déclaration des laboratoires allemand), aucune information personnelle, hormis la date de naissance et le sexe, n'est recueillie. Dans ces systèmes, le croisement avec d'autres bases de données est impossible et les déclarations VIH concernant des cas présentant des antécédents de tests positifs sont exclus des statistiques nationales afin de réduire le risque de comptabiliser un même cas plusieurs fois. En ce qui concerne les informations personnelles recueillies dans les déclarations de VIH, les récentes modifications ou les changements prévus incluent le passage à une notification nominative (Islande, 1999), l'introduction des initiales du nom (Suisse, 1999), de la date de naissance complète (planifiée en Allemagne) et du numéro de sécurité sociale (Danemark, en discussion).

La catégorie de transmission du VIH, de même que le stade clinique sont recueillis selon des catégories relativement uniformes dans tous les pays. Les autres informations fréquemment collectées comprennent l'origine géographique (nationalité, pays de naissance ou de résidence permanente), la période et le lieu probables de l'infection, les tests VIH antérieurs négatifs et positifs, les raisons ou les circonstances du recours à un test et les indicateurs de la progression de la maladie (par exemple, taux de CD4).

### Les données de déclaration

Les données VIH pour 1998 étaient disponibles pour 11 pays, ainsi que pour la région Aquitaine en France (2,8 millions d'habitants, soit 4,6% de la population totale) et pour les régions de Latium et de Trente en Italie (5,6 millions d'habitants, soit 10% de la population), soit pour 52% (201 millions d'habitants sur 388 millions) de la population d'Europe de l'Ouest (Tab. 2). Au total, 8 104 cas d'infection à VIH et 4 088 cas de Sida ont été déclarés en 1998. Le nombre de cas d'infection à VIH par million d'habitants allait de 16 en Finlande à 90 en Suisse et 94 pour les deux régions italiennes. Tous les pays ont déclaré un nombre plus important de cas de VIH que de cas de Sida, les ratios allant de 1,5 en Suisse à 4,5 en Belgique. Alors que la proportion de cas déclarés dans la catégorie de transmission « inconnue » était inférieure à 5% en Norvège et au Royaume-Uni, elle dépassait les 30% en Grèce, en Italie et en Suisse. Parmi les 6 444 cas pour lesquels la catégorie de transmission était connue, 44% étaient des hommes homo/bisexuels, 42% des hétérosexuels, 10% des utilisateurs de drogues injectables (UDI) et 2% avaient été infectés par transmission verticale. Étant donné le peu de données disponibles sur les pays du sud de l'Europe, où l'épidémie est importante et touche largement les UDI, les données présentées ici ne sont donc pas représentatives de la situation globale en Europe.

d'informations personnelles qui, en retour, crée un risque potentiel de rupture de la confidentialité. Parmi les mesures prises pour assurer la sécurité des données, la plupart des pays d'Europe occidentale excluent le nom des informations personnelles recueillies dans les déclarations du VIH. Au Royaume-Uni, l'utilisation d'un code « soundex » (défini à partir du nom) et de la date de naissance permet d'identifier efficacement les doublons et de procéder au croisement avec les déclarations de cas de sida [5]. Lors d'une simulation réalisée sur la base de données nominatives du Sida en Espagne en utilisant les initiales, la date de naissance et le sexe, il a été montré que la proportion de nouveaux cas considérés à tort comme des doublons était très réduite (0,1%) (I. Noguera, communication personnelle). Toutefois, dans les systèmes de déclaration VIH non nominatifs, l'efficacité des croisements de bases de données et de l'élimination des doublons dépend aussi de l'exhaustivité de l'information personnelle recueillie [6] et de la taille (croissante) des bases de données. D'autres études sont nécessaires pour évaluer ce problème en Europe.

Les données de déclaration du VIH ne permettent pas une mesure directe de l'incidence ni de la prévalence du VIH. Elles doivent donc être interprétées avec précaution, en tenant compte d'autres données épidémiologiques disponibles. La proportion de personnes infectées par le VIH, dont le diagnostic est établi et déclaré varie selon le stade de l'épidémie [4], les caractéristiques du dépistage VIH [7] et des systèmes de surveillance. Dans les pays où la déclaration du VIH a débuté tôt, la prévalence peut être estimée à minima par le nombre cumulé de déclarations du VIH, à condition que les données de mortalité soient elles aussi disponibles ou puissent être estimées. Le nombre de cas d'infection par le VIH déclarés en 1998 est plus élevé que celui des déclarations du sida. La déclaration du VIH contribue à améliorer l'évaluation de la taille et de l'étendue de la transmission récente du VIH dans la population. Les nombres annuels des cas de VIH déclarés dans les années 1990 sont restés relativement stables dans certains pays et ont baissé dans d'autres (résultats non montrés) [8]. La comparaison des données de déclaration du VIH et du sida suggère que le taux de transmission du VIH est resté relativement stable ces dernières années, et que la chute brutale de l'incidence du sida est due en grande partie à l'effet des traitements. En général, la transmission par voie sexuelle représente une grande majorité des cas d'infections à VIH déclarés, mais les pays où les UDI infectés sont les plus nombreux sont peu représentés dans ces données. Dans certains pays, les tendances du VIH par groupe de transmission sont difficiles à interpréter car la proportion de cas dont le mode de transmission est inconnu est élevé et a évolué dans le temps.

Quatre pays (Belgique, Grèce, Luxembourg, Royaume-Uni) ont déjà fourni au système européen des données individuelles complètes sur les cas d'infection à VIH déclarés depuis 1997. Ces données comprennent le stade clinique au moment du diagnostic (environ 80% des cas diagnostiqués en 1997-1998 sont diagnostiqués avant le sida), l'année probable de contamination (estimée pour environ 10% des cas) et des informations de suivi (sida et décès). Ces données devraient améliorer la description de la transmission récente, de la progression de la maladie et de la prise en charge au niveau de la population.

La déclaration du VIH a été récemment mise en place, élargie ou améliorée dans la plupart des pays européens occidentaux, et d'autres développements sont en cours. En particulier, les systèmes nouveaux ou prévus dans les pays du sud devraient contribuer à fournir une image plus représentative de la situation du VIH en Europe. La forte participation au système européen de déclaration du VIH reflète la vive motivation pour le développement commun de cet outil de surveillance. Les nombreux changements en cours devraient faciliter une meilleure standardisation des définitions et des pratiques de surveillance qui demeure un défi majeur pour la surveillance internationale.

### RÉFÉRENCES

- [1] Hamers FF, for the group of experts and national coordinators of HIV/AIDS surveillance from the countries of WHO European Region. Recommendations for HIV surveillance in Europe. *Eurosurveillance* 1998 ; 3: 51.
- [2] European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. *HIV testing and case reporting in Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe: Report No. 56*. St Maurice: CESES ; 1997: 40-7.
- [3] European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. *Completeness of AIDS reporting in Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe: Report No. 49*. St Maurice: CESES ; 1996: 30-33.
- [4] Smith E, Jensen L, Wachmann CH. Patterns and trends in clinically recognized HIV seroconversions among all newly diagnosed HIV-infected homo-/bisexual men in Denmark, 1991-1994. *AIDS* 1996 ; 10: 765-70.
- [5] Mortimer JY, Salathiel JA. Soundex codes of surnames provide confidentiality and accuracy in a national HIV database. *Commun Dis Rep CDR Rev* 1995 ; 5: R183-6.
- [6] CDC. Guidelines for national human immunodeficiency virus case surveillance, including monitoring for human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1999 ; 48(RR-13): 1-31.
- [7] De Cock KM, Johnson AM. From exceptionalism to normalisation: a reappraisal of attitudes and practice around HIV testing. *BMJ* 1998 ; 316: 292-5.
- [8] European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. *HIV/AIDS surveillance in Europe. Report No. 61*. Saint Maurice: CESES, 1999.

Le Centre Européen pour la Surveillance Épidémiologique du Sida (EuroHIV) est financé par la Commission Européenne (contrat N° VS/1999/5227 (99CVVF4-023)).

Tableau 2. Données de déclaration du VIH en Europe de l'Ouest – fin 1998.

Pays	Cas de VIH cumulés déclarés fin 1998		Cas déclarés en 1998		
	Données depuis	Nombre total	Nbre	VIH Taux par million	Ratio VIH:SIDA
Belgique	1986	11 067	740	73	4,5
Danemark	1990	2 482	179	34	2,5
Finlande	1986	945	80 <sup>1</sup>	16	4,0
Aquitaine (France)	1988	3 719	217 <sup>1</sup>	78	3,7
Allemagne (labos)	1993	13 359	2 247	27	2,4
Grèce	1998	1 917 <sup>2</sup>	278 <sup>1</sup>	26	1,9
Islande	1985	121	8	29	4,0
Latium + Trente (Italie)	1985	18 019	535	94	1,7 <sup>3</sup>
Luxembourg	1985	397	30 <sup>1</sup>	71	3,0
Norvège	1986	1 869	98 <sup>1</sup>	22	2,5
Portugal	1983	10 012	na	-	-
Suède	1985	4 911	246	28	3,9
Suisse	1985	23 821	657	90	1,5
Royaume-Uni /	1984	33 329	2 789	48	2,9
<b>Total</b>		<b>125 968</b>	<b>8 104</b>	<b>40</b>	<b>2,0</b>

<sup>1</sup> Données par année de diagnostic ; <sup>2</sup> Inclut la déclaration rétrospective antérieure à 1997 ;

<sup>3</sup> Données sur le sida par année de diagnostic, non ajustées aux délais de déclaration.

### DISCUSSION

Les systèmes de déclaration du VIH font partie intégrante de la surveillance du VIH dans la plupart des pays d'Europe occidentale. Néanmoins, dans les trois pays représentant les deux tiers des cas de sida cumulés déclarés, la déclaration du VIH n'a débuté que récemment (Espagne, 1999) ou sa mise en œuvre au niveau national est encore au stade de la planification (France, Italie). Des différences existent dans l'organisation de la déclaration, sur le type d'informations collectées et leur format. Comme dans le cas du sida, les déclarations d'infection à VIH provenant des médecins comportent des informations cliniques et épidémiologiques détaillées. Cependant, le diagnostic de l'infection à VIH étant moins concentré dans des centres spécialisés, il est possible que la déclaration du VIH par les médecins soit moins exhaustive que la déclaration du sida, pour laquelle on estime que 75-100% des cas sont déclarés [3]. Pour cette raison, dans la plupart des pays les cas d'infection à VIH sont (également) déclarés par les laboratoires, qui peuvent fournir un recensement plus exhaustif des cas diagnostiqués (supérieur à 95% au Danemark, par exemple [4]).

L'élimination des doublons et la possibilité de recouper les déclarations du VIH avec d'autres bases de données sont des conditions essentielles pour qu'un système de déclaration du VIH soit efficace. Ceci implique le recuei



# ACTIVITÉ LIÉE AU VIH DANS 24 SITES HOSPITALIERS DE FRANCE MÉTROPOLITAINE ENTRE 1995 ET 1999

G. Leblanc<sup>1</sup>, S. Courtial-Destembert<sup>1</sup>, A. Médé Moussa<sup>1</sup>, J.-M. Nadal<sup>1</sup>, F. Bourdillon<sup>1</sup>

## INTRODUCTION

Depuis 1996, la prise en charge des personnes infectées par le VIH a évolué, notamment avec la prescription des multithérapies antirétrovirales. Les patients sont désormais traités tôt dans l'évolution de leur maladie et majoritairement avec des associations thérapeutiques. Au deuxième trimestre 1999, la part des patients traités dans la file active hospitalière atteint 89% et, parmi ces patients sous traitement antirétroviral, 84% sont sous multithérapie comprenant trois molécules ou plus [1]. Ils développent moins de maladies opportunistes qu'auparavant, restent plus longtemps au stade asymptomatique et leur durée de vie au stade sida s'est accrue.

Ces évolutions ont eu des conséquences importantes sur l'activité hospitalière liée au suivi des personnes infectées par le VIH, comme l'ont montré deux études réalisées respectivement en 1997 et 1998 à partir d'une enquête trimestrielle [2, 3]. Une augmentation de la file active hospitalière avait été observée. Une forte diminution du nombre de recours et de journées d'hospitalisation complète avait été mise en évidence. Le nombre de nouveaux cas de sida et de décès avait considérablement chuté. Le recueil de ces différents indicateurs d'activité a été poursuivi afin d'apprécier les évolutions et les tendances sur la période de 1995 à 1999.

## MATÉRIEL ET MÉTHODE

Les données sont issues de la base de données DMI2 (dossier médico-économique et épidémiologique de l'immunodéficience humaine). Cette base de données comporte des informations sur les caractéristiques des patients suivis dans les centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) et sur leur prise en charge à l'hôpital.

Vingt-quatre hôpitaux<sup>2</sup> participant au DMI2 envoient chaque trimestre les données extraites de leur base locale à la direction des hôpitaux, après validation par les services. Ils sont répartis sur l'ensemble du territoire français (à l'exception des départements d'Outre-mer), 7 sont situés en Île-de-France et 4 en région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Pour chaque trimestre, les données portent sur le nombre de recours (hospitalisation complète, hospitalisation de jour et consultation), le nombre de journées et la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète, le nombre de patients suivis (c'est-à-dire vus au moins une fois dans le trimestre) au stade sida et non sida, le nombre de décès et de nouveaux cas de sida diagnostiqués.

Un taux de recours trimestriel pour 1 000 patients (en hospitalisation complète, en hospitalisation de jour et en consultation) est calculé pour chaque hôpital, ainsi que le taux de décès trimestriel (nombre de décès rapporté au nombre de patients suivis) et le taux d'incidence du sida dans la population infectée par le VIH suivie à l'hôpital (nombre de nouveaux cas de sida par trimestre rapporté au nombre de patients non sida).

Les taux d'évolution des différents indicateurs observés ont été calculés entre le 2<sup>e</sup> trimestre 1995 et le 2<sup>e</sup> trimestre 1999. Les diminutions ou augmentations constatées ont été testées au risque  $\alpha$  de 5%.

## RÉSULTATS (cf. Tab. 1)

### I. Nombre de patients suivis

Entre le 2<sup>e</sup> trimestre 1995 et le 2<sup>e</sup> trimestre 1999, le nombre de patients suivis a augmenté de 46% passant de 10 721 en 1995 à 15 664 en 1999 ( $p < 0,0001$ ).

### II. Évolution selon le type de recours hospitalier

#### 1. Hospitalisation complète

Le nombre d'admissions en hospitalisation complète a diminué de 43% en quatre ans, passant de 2 617 au 2<sup>e</sup> trimestre 1995 à 1 481 au 2<sup>e</sup> trimestre 1999.

1. Bureau EO2 « Pathologies et organisation des soins », Direction des Hôpitaux, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 8, avenue de Ségur, 75350 Paris 07 SP, Tél. : 01 40 56 58 33 ou 01 40 56 46 58, Fax : 01 40 56 58 30.

2. Sites hospitaliers concernés : Avicenne (Bobigny, 93), Besançon, Paul Brousse (Villejuif, 94), Caen, Clermont-Ferrand, Cochin (75, 14<sup>e</sup>), Dijon, Grenoble, Lyon Croix-Rousse, Lyon Hôtel-Dieu, Lyon Edouard Herriot, Marseille (hôpital Sainte-Marguerite associé à l'institut Paoli Calmette), Henri Mondor (Créteil, 94), Nancy, Nice, Rennes, Rothschild (75, 12<sup>e</sup>), Rouen, Delafontaine (Saint-Denis, 93), Saint-Louis (75, 10<sup>e</sup>), Strasbourg, Toulon, Toulouse, Tours.

Un net ralentissement de la diminution des hospitalisations complètes a été observé au cours de l'année 1998 et du début de l'année 1999, les données tendent à se stabiliser (pas d'évolution du 2<sup>e</sup> t. 98 au 2<sup>e</sup> t. 99 contre -36% du 2<sup>e</sup> t. 96 au 2<sup>e</sup> t. 97 et -12% du 2<sup>e</sup> t. 97 au 2<sup>e</sup> t. 98).

Le taux de recours trimestriel moyen de ce type de prise en charge a diminué significativement entre 1995 et 1999 ( $p < 0,0001$ )<sup>3</sup>, passant de 256 à 105 pour 1 000 patients suivis, soit une baisse de 59% sur 24 hôpitaux (de 277 à 117 pour 1 000 patients suivis sur 23 hôpitaux, cf. Fig. 1).

La durée moyenne de séjour (DMS) est passée de 12,5  $\pm$  14,3 jours au 2<sup>e</sup> trimestre 1995 à 9,9  $\pm$  11,4 jours au 2<sup>e</sup> trimestre 1999. Il existe des disparités importantes des durées de séjour sur l'ensemble de la période d'étude qui se sont peu atténuées au fil du temps. La diminution du nombre d'admissions de 43% et la baisse de la DMS de 21% ont eu pour conséquence une chute de 51% du nombre de journées en hospitalisation complète entre le 2<sup>e</sup> trimestre 1995 et le 2<sup>e</sup> trimestre 1999.

Une analyse stratifiée a permis de mettre en évidence une différence de diminution du nombre de recours et de journées en hospitalisation complète selon le stade de la maladie (cf. Fig. 1). En effet, la diminution du nombre de recours concerne essentiellement les patients au stade sida : -56% entre le 2<sup>e</sup> trimestre 1995 et le 2<sup>e</sup> trimestre 1999 comparée à une baisse de 8% pour les patients non sida. Le taux de recours en hospitalisation complète a diminué de 58% pour les patients au stade sida contre 36% pour les patients au stade non sida. Sur la même période, la file active hospitalière a augmenté de 15% pour les patients sida et de 53% pour les patients non sida entre le 2<sup>e</sup> trimestre 1995 et le 2<sup>e</sup> trimestre 1999.

#### 2. Prise en charge ambulatoire

Le nombre d'hospitalisations de jour a globalement diminué de 18% entre le 2<sup>e</sup> trimestre 1995 et le 2<sup>e</sup> trimestre 1999, passant de 12 527 recours à 10 333 (diminution non significative). Une hausse de 9% a été constatée la première année, entre le 2<sup>e</sup> trimestre 1995 et le 2<sup>e</sup> trimestre 1996, puis a été suivie par une diminution continue depuis la mi-1996 (-3% puis -12% et -12%). Le taux de recours trimestriel moyen en hospitalisation de jour a diminué de 1 306 pour 1 000 patients suivis au 2<sup>e</sup> trimestre 1995 à 790 pour 1 000 patients au 2<sup>e</sup> trimestre 1999 ( $p < 0,0001$ ), soit une baisse de 40%.

Enfin, si le nombre de consultations saisies dans le DMI2 a augmenté de 43% entre le 2<sup>e</sup> trimestre 1995 et le 2<sup>e</sup> trimestre 1999, passant de 13 149 à 18 861 ( $p < 0,0001$ ), le taux de recours trimestriel moyen en consultation pour 1 000 patients suivis n'a augmenté que de 9%, passant de 1 029 au 2<sup>e</sup> trimestre 1995 à 1 116 au 2<sup>e</sup> trimestre 1999 (hausse non significative) car la file active a augmenté.

#### 3. Hétérogénéité entre les centres

Une relative hétérogénéité a été observée entre les 24 hôpitaux suivis. La diminution du taux de recours trimestriel moyen en hospitalisation complète entre

3. Test unilatéral d'égalité des moyennes pour échantillons appariés,  $\alpha = 5\%$ .

Figure 1. Taux moyen de recours en hospitalisation complète pour 1 000 patients suivis suivant le stade  
Données de 23 hôpitaux\* (1995-1999)

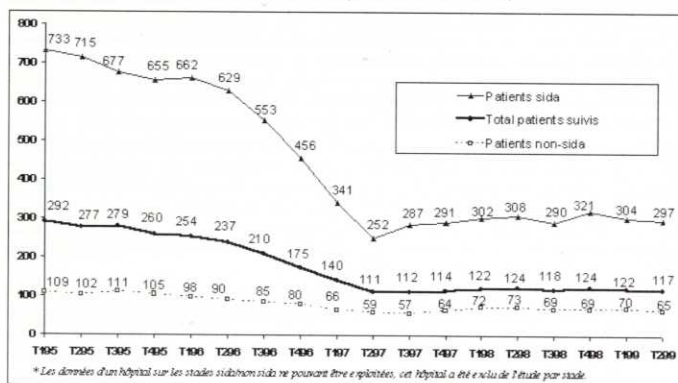


Tableau 1. Évolution de l'activité hospitalière, du nombre de décès et de nouveaux cas de sida du 2<sup>e</sup> trimestre de chaque année entre 1995 et 1999

	Effectif du 2 <sup>e</sup> trimestre par année					Évolution annuelle du 2 <sup>e</sup> trimestre de chaque année au 2 <sup>e</sup> trimestre de l'année suivante				Évolution du 2 <sup>e</sup> trimestre 1995 au 2 <sup>e</sup> trimestre 1999
	T2 95	T2 96	T2 97	T2 98	T2 99	95-96 (%)	96-97 (%)	97-98 (%)	98-99 (%)	95-99 (%)
Nbre patients sida*	2 735	2 909	3 300	2 896	3 150	+6,4	+13,4	-12,2	+8,8	+15,2
Nbre patients non sida*	6 897	7 833	8 875	10 012	10 581	+13,6	+13,3	+12,8	+5,7	+53,4
Nbre de patients suivis	10 721	12 165	13 745	14 478	15 664	+13,5	+13,0	+5,3	+8,2	+46,1
Nbre HC	2 617	2 622	1 671	1 476	1 481	+0,2	-36,3	-11,7	+0,3	-43,4
Nbre Journées en HC	29 379	29 355	15 724	13 588	14 540	-0,1	-46,4	-13,6	+7,0	-50,5
DMS en HC	12,5	12,2	9,4	9,0	9,9	-2,8	-23,0	-3,7	+10,2	-20,6
Nbre HDJ	12 527	13 676	13 253	11 715	10 333	+9,2	-3,1	-11,6	-11,8	-17,5
Nbre Consultations	13 149	16 239	16 643	17 077	18 861	+23,5	+2,5	+2,6	+10,4	+43,4
Nbre Décès	360	286	104	70	71	-20,6	-63,6	-32,7	+1,4	-80,3
Nouveaux cas de sida*	448	342	149	145	125	-23,7	-56,4	-2,7	-13,8	-72,1

\* ATTENTION : Ces données portent sur 23 hôpitaux sur l'ensemble de la période 1995-1999 car un des hôpitaux, pour des raisons techniques, ne fournit plus les données en fonction des stades sida/non sida depuis le 1<sup>er</sup> trimestre 1998.



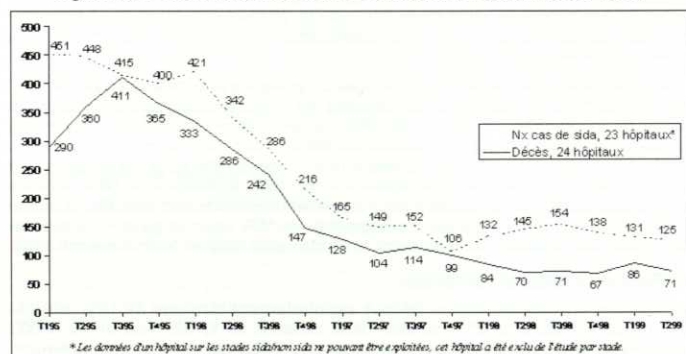
1995 et 1998 varie selon les hôpitaux de 38% à 56%. L'évolution du taux de recours en hospitalisation de jour est positive pour 4 centres et négative pour 20 centres. Enfin, l'évolution du taux de consultation diffère selon les centres : 13 d'entre eux enregistrent une évolution positive, 10 une évolution négative.

### III. Évolution du nombre de nouveaux cas de sida et du nombre de décès

Dans les 23 hôpitaux en mesure de fournir cette information sur l'ensemble de la période de l'enquête, le nombre de nouveaux cas de sida déclarés est passé de 448 au 2<sup>e</sup> trimestre 1995 à 125 au 2<sup>e</sup> trimestre 1999, soit une diminution de 72% (cf. Fig. 2). Le taux d'incidence trimestriel moyen du sida est passé de 7,0‰ au 2<sup>e</sup> trimestre 1995 à 1,3‰ au 2<sup>e</sup> trimestre 1999 ( $p < 0,0001$ ).

Entre 1995 et 1999, le nombre total de décès a également diminué de façon importante, passant de 360 à 71, soit une diminution de 80% entre le 2<sup>e</sup> trimestre 1995 et le 2<sup>e</sup> trimestre 1999. Ainsi, 0,5% des patients suivis sont décédés au 2<sup>e</sup> trimestre 1999 contre 3,5% au 2<sup>e</sup> trimestre 1995, soit une diminution de 87% du taux trimestriel moyen de décès ( $p < 0,0001$ ).

Figure 2. Nombre de décès et de nouveaux cas de sida (1995-1999)



### DISCUSSION

Cette étude reflète l'évolution de l'activité de vingt-quatre hôpitaux français rattachés aux CISH. Toute extrapolation de ces données à l'échelle nationale doit être interprétée avec prudence car la représentativité de ces vingt-quatre sites n'a pas été testée statistiquement. Le nombre de patients suivis sur l'ensemble de la période est néanmoins important (entre 10 000 et 15 000 personnes vues chaque trimestre) et représente environ 15% de la file active hospitalière nationale estimée [4].

L'intérêt d'une telle enquête auprès d'un nombre limité de centres hospitaliers est de pouvoir disposer d'indicateurs sur l'évolution de l'activité hospitalière liée au VIH dans un délai réduit (d'un trimestre à l'autre) et de donner une première estimation des tendances sur l'année 1999. Les résultats sont disponibles avant que ne soient connues les données nationales : l'enquête « un jour donné » publiée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), d'une part, et les statistiques de déclaration obligatoire des cas de sida de l'institut de veille sanitaire (InVS), d'autre part.

Sur la période 1995-1998, ces différentes études montrent des tendances similaires :

- L'enquête nationale « un jour donné » (DH/DREES/AP-HP) [5], réalisée en décembre et juin de chaque année, montre une diminution de 46% du nombre de patients présents un jour donné en hospitalisation complète entre juin 1995 et juin 1998 (-44% dans la présente étude entre le 2<sup>e</sup> trimestre 1995 et le 2<sup>e</sup> trimestre 1998). Le nombre de patients présents un jour donné a diminué respectivement de 16% en hospitalisation de jour et de 6% en consultation (-7% des hospitalisations de jour dans la présente étude, mais augmentation de 30% des consultations ce qui souligne le caractère biaisé de la hausse des recours enregistrés en consultation dans le DMI2 du fait des consignés de recueil).

Il est essentiel de rappeler que le recueil des consultations n'est pas exhaustif : sont privilégiées les consultations pour lesquelles un changement clinique, biologique ou thérapeutique est intervenu. Ainsi, avec l'arrivée des trithérapies et le suivi biologique plus fréquent, le recueil de ce type de recours a artificiellement augmenté. C'est la raison pour laquelle il existe un écart important entre les résultats de cette enquête sur le nombre de consultations et les résultats de l'enquête « un jour donné ».

En outre, la distinction entre hospitalisation de jour et consultation externe n'est pas toujours facile à établir, ces deux types de recours recouvrent respectivement des actes parfois très semblables selon les services ou au contraire différents selon les hôpitaux.

- La déclaration obligatoire (DO) [6] des cas de sida fait apparaître une diminution de 64% entre le 1<sup>er</sup> semestre 1995 et le 1<sup>er</sup> semestre 1998 (-70% entre le 1<sup>er</sup> semestre 1995 et le 1<sup>er</sup> semestre 1998 dans la présente étude).

- Par ailleurs, toujours dans le cadre de la DO, les notifications des cas de décès font apparaître une diminution de 83% du nombre de décès chez les patients sida entre le 1<sup>er</sup> semestre 1995 et le 1<sup>er</sup> semestre 1998 (diminution de 76% du nombre de décès, stades sida et non sida confondus, sur la même période dans la présente étude).

4. Les données de décembre 1998 ne sont pas disponibles suite à un mouvement de protestation des médecins inspecteurs de santé publique et d'autres catégories de personnel du ministère chargé de la santé.

Par ailleurs, l'analyse des résultats doit tenir compte de biais éventuels. En premier lieu, un retard de saisie au moment du traitement des données a pu minimiser le nombre de recours, la durée moyenne de séjour et surtout le nombre de décès (qui peuvent être notifiés plus tard). Néanmoins, à la date de réalisation de l'étude, la saisie des données exploitées est à jour jusqu'au 2<sup>e</sup> trimestre 1999.

D'autres variations de champ de saisie sont possibles sur l'ensemble de la période étudiée. L'éventuelle modification, au cours du temps, de la capacité d'accueil des différents services (création de lits ou de nouvelles structures...) a pu entraîner une augmentation du nombre de patients suivis au cours de la période étudiée ainsi que du nombre de recours liés à la pathologie VIH. De telles modifications n'ont pas été signalées.

Les vingt-quatre hôpitaux qui ont permis le suivi de l'activité hospitalière liée au VIH sont majoritairement des CHU (20 sites sur 24). Les avancées thérapeutiques sont plus précocement appliquées dans les hôpitaux universitaires que dans les autres établissements, ce qui peut constituer un biais de surestimation de la diffusion des multithérapies ou des traitements les plus récents et donc de la diminution observée de l'activité liée à l'hospitalisation complète. Ceci peut également entraîner une concentration du suivi des patients dans les 24 hôpitaux de l'enquête qui sont des établissements de soins très spécialisés. De ce fait, la file active a pu artificiellement augmenter. Cependant, il faut savoir que les CHU réalisent 64% de l'activité hospitalière totale liée au VIH au niveau national (enquête « un jour donné » de la DH/DREES/AP-HP).

Enfin, l'hétérogénéité constatée entre les hôpitaux peut être en partie expliquée par les caractéristiques épidémiologiques régionales différentes des populations suivies : dans certains hôpitaux, les personnes se sont majoritairement infectées par toxicomanie alors que dans d'autres il s'agit essentiellement de contaminations par voies sexuelles, par exemple. Ainsi, l'ancienneté de la contamination, la plus ou moins grande précarité de ces personnes et d'autres facteurs peuvent influencer sur la chronologie et l'évolution de l'épidémie ainsi que sur le suivi hospitalier de ces patients.

### CONCLUSION

Les résultats de l'enquête trimestrielle auprès de ces 24 hôpitaux montre que la baisse du nombre de journées en hospitalisation complète constatée en 1996 et 1997 a été suivie d'une stabilisation à partir de 1998.

Après une augmentation entre 1995 et 1996, le nombre d'hospitalisations de jour a diminué en 1997, puis tend également à se stabiliser depuis la mi-année 1998.

Le nombre de consultations enregistrées dans la base DMI2 est en hausse mais cette augmentation ne reflète pas exclusivement une hausse d'activité, elle est également liée à la saisie plus fréquente de ce type de recours du fait des consignés spécifiques de recueil. Elle traduit néanmoins l'évolution du mode de suivi des patients avec une modification des examens réalisés régulièrement et du relevé des informations correspondantes (CD4, charge virale...) et une augmentation du nombre de patients suivis.

L'augmentation de 46% de la file active entre 1995 et 1999, simultanément à la baisse de l'activité hospitalière, est probablement due à la baisse du nombre de décès, à l'attraction des nouveaux traitements sur des patients déjà dépistés mais non traités auparavant et au dépistage de nouveaux patients. La diminution de la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète s'explique également par la baisse du nombre de décès car les séjours hospitaliers les plus longs sont les séjours en fin de vie.

Si, globalement, la situation des personnes infectées par le VIH s'est considérablement améliorée depuis 1995, il convient néanmoins de garder à l'esprit que 5,6% des patients traités sont en échappement thérapeutique (moins de 200 CD4 et plus de 30 000 copies à plus de 6 mois de traitement), comme l'a montré une étude spécifique réalisée sur la base DMI2 [1].

### RÉFÉRENCES

- [1] Direction des hôpitaux - Le point sur l'activité hospitalière en matière de prise en charge des personnes infectées par le VIH, la mesure de la charge virale et les prescriptions d'antirétroviraux - Note aux CISH DH/E02/SCD/GL/n°262 du 11 octobre 1999.
- [2] Tchakamian S, Bourdillon F, Nadal JM, Cavaignac I, Geoffard PY, Coutial-Destembert S. - Activité liée au VIH dans 24 sites hospitaliers de France métropolitaine en 1995-1996 - *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 1997 ; 37-38 : 173-175.
- [3] Leblanc G, Guin E, Coutial-Destembert S, Tortay I, Nadal JM, Bourdillon F. - Activité liée au VIH dans 24 sites hospitaliers de France métropolitaine entre 1995 et 1997 - *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 1998 ; 44 : 192-193.
- [4] Nadal JM, Bourdillon F, Haury B, Antoine G. - Les principales caractéristiques de la file active hospitalière des personnes atteintes d'infection à VIH en France en 1996 - *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 1997 ; 23 : 107-108.
- [5] Enquête « un jour donné » sur la prise en charge hospitalière des personnes infectées par le VIH réalisée par la Direction des hôpitaux, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et par l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris - *Données non publiées*.
- [6] Réseau National de Santé Publique - Surveillance du sida en France, Situation au 30 juin 1998 - *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 1998 ; 37 : 157-163.

### REMERCIEMENTS

Nous remercions les CISH qui participent à cette étude tous les trimestres et plus particulièrement les techniciens d'études cliniques qui réalisent le recueil de ces données ainsi que ces exploitations.

Directeur de la publication : P<sup>r</sup> J. DRUCKER - Rédactrice en chef : D<sup>r</sup> Corinne LE GOASTER - Présidente du comité de lecture : P<sup>r</sup> Elisabeth BOUVET - Rédaction : D<sup>r</sup> Rosemary ANCELLE-PARK, Ellen IMBERNON, Martine LE QUELLEC-NATHAN, Daniel LEVY-BRUHL, Florence LOT, Véronique VAILLANT.

Secrétariat de rédaction : Sonia ORTIZ - Institut de Veille Sanitaire 12, rue de Val d'Osne, 94415 Saint-Maurice Cedex Tél. : 01 41 79 67 18 - Fax : 01 41 79 68 40 - e-mail : s.ortiz@invs.sante.fr - N° CPP : 2015 AD - N° INPI : 00 300 1836 - ISSN 0245-7466

Diffusion : LA DOCUMENTATION FRANÇAISE - Service abonnements  
124, rue Henri-Barbusse, 93308 AUBERVILLIERS CEDEX (France)  
Tél. : 01 40 15 70 00 - Télécopie : 01 40 15 68 00

Tarif 2000 - France : 46,50 € - 305,02 FF TTC, Europe : 52,00 € - 341,10 FF TTC  
DOM/TOM et Pays R.P. (Régime Particulier : Pays de la Zone francophone de l'Afrique [hors Maghreb] et de l'Océan Indien), avion économique : 50,50 € - 331,26 FF HT  
Autres pays, avion économique : 53,50 € - 350,94 FF HT ; suppl. par avion rapide : 3,90 € - 25,58 FF HT.