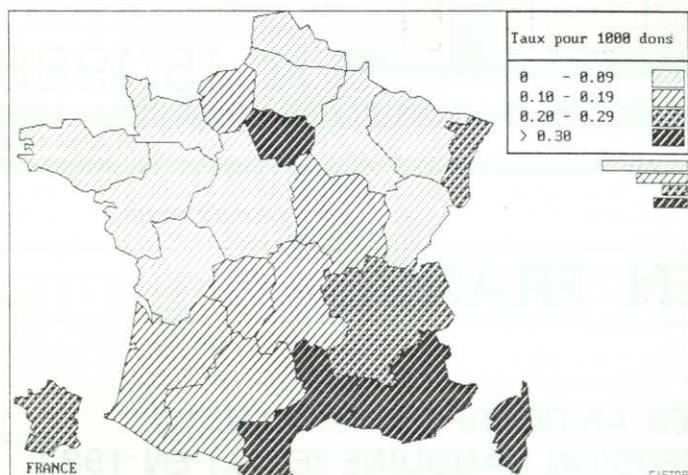


Figure 2
Taux de dons positifs pour 1 000 donneurs
(4^e trimestre 1987)



	Taux pour 1 000 dons	Nombre de dons
Île-de-France	0,58	199 130
Champagne - Ardenne	0,08	24 563
Picardie	0,08	24 415
Haute-Normandie	0,11	27 379
Centre	0,05	44 445
Basse-Normandie	0,04	23 773
Bourgogne	0,13	31 249
Nord - Pas-de-Calais	0,07	80 020
Lorraine	0,09	64 149
Alsace	0,20	45 501
Franche-Comté	0,00	16 790
Pays de la Loire	0,06	48 866
Bretagne	0,06	50 189
Poitou - Charentes	0,03	32 388
Aquitaine	0,19	52 608
Midi - Pyrénées	0,14	48 751
Limousin	0,15	13 659
Rhône - Alpes	0,21	104 747
Auvergne	0,16	25 190
Languedoc - Roussillon	0,38	34 154
Provence - Alpes - Côte d'Azur	0,47	59 745
Corse	0,43	2 321
D.O.M. - T.O.M.	0,72	11 182

En Région parisienne, par exemple, parmi les 31 E.T.S. ayant fourni les résultats du 4^e trimestre 1987, 11 n'ont retrouvé aucun don séropositif, 13 ont retrouvé des taux inférieurs à 1 ‰, et 7 ont retrouvé des taux compris entre 1 et 1,9 ‰. Ces 7 derniers centres, qui représentent 15 % de la collecte globale de sang effectuée dans la région, recensent 42 % des dons séropositifs retrouvés en Île-de-France pendant cette période. La proportion de dons provenant de nouveaux donneurs pour ces 7 établissements atteint 40 %, 56 % pour l'un d'entre eux. Pour les 24 autres établissements, cette proportion est de 14,7 %. Des situations identiques se retrouvent dans d'autres régions.

L'effort réalisé par les E.T.S. a permis d'accroître considérablement la sécurité des transfusions. Depuis août 1985, près de 4 000 unités de sang potentiellement contaminantes ont pu être détectées et éliminées. Cependant, comme pour tout autre acte médical utilisant des produits d'origine humaine et des tests biologiques, cette sécurité ne peut être considérée comme absolue.

Des erreurs humaines dans la manipulation des produits, l'absence d'anticorps détectables pendant la période de latence qui précède la séroconversion, expliquent que des contaminations puissent encore se produire. Ce risque, extrêmement faible comparé à celui qu'il y aurait à refuser une transfusion indispensable peut encore être réduit à condition d'appliquer strictement l'ensemble des stratégies nécessaires :

- Cependant la sensibilité des techniques de laboratoire peut être encore améliorée. La diminution du risque qui peut être obtenue par l'utilisation de nouvelles méthodes ne peut être que limitée, compte tenu de la sensibilité déjà excellente de ces techniques, et des erreurs de manipulation toujours possibles, sur lesquelles elles ne peuvent jouer ;

- Le risque résiduel peut être considéré comme proportionnel au nombre global d'unités de sang positives qui peuvent être collectées. Ce nombre peut être considérablement réduit :

- les personnes souhaitant connaître leur statut sérologique peuvent s'adresser soit à leurs médecins, soit aux centres de dépistage anonymes et gratuits mis en place dans les départements,
- le recours aux collectes de sang sur la voie publique peut être diminué et doit être abandonné dans les zones où le taux de dons positifs est élevé,
- la sélection des dons, sur la base de l'entretien médical approfondi qui doit le précéder, en particulier avec les nouveaux donneurs, doit permettre d'exclure les dons provenant de personnes appartenant aux groupes exposés. Ceux-ci peuvent être réservés à un usage de laboratoire ou de recherche. Cette mesure, précisée par une circulaire d'août 1983, rappelée par une seconde circulaire en janvier 1985, est un élément essentiel de la sécurité des transfusions sanguines, que le dépistage ne remplace pas.

La diminution du nombre d'unités de sang collectées qui peut se produire du fait de l'application stricte des deux dernières mesures peut être compensée par une meilleure utilisation des quantités disponibles, domaine dans lequel des progrès ont déjà été réalisés. Le recours aux donneurs de sang réguliers peut être accru, grâce à la sensibilisation du public, sensibilisation facilitée par l'effort exemplaire des associations de donneurs de sang bénévoles.

ENQUÊTE

FRÉQUENTATION HOSPITALIÈRE ET VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE

Résumé de l'enquête nationale du S.E.S.I.

OBJECTIF ET ORGANISATION DE L'ENQUÊTE

Une enquête transversale « un jour donné » sur la fréquentation hospitalière liée à l'infection V.I.H. a eu lieu le 9 décembre 1987.

Cette enquête nationale a été organisée par le Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI) du ministère des Affaires sociales et de l'Emploi à l'initiative de la direction des Hôpitaux. Elle s'est appuyée dans les départements sur les médecins inspecteurs de la

santé, déjà chargés de l'organisation des soins, de la surveillance épidémiologique des infections par le V.I.H. Dans chaque entité juridique, la direction a assuré la coordination de la collecte auprès des services de soins.

L'objectif de l'enquête qui doit être répétée semestriellement est de recenser « un jour donné » dans les services de court séjour des établissements de soins le nombre de patients déjà connus comme infectés par le V.I.H. en fonction

du stade de leur maladie et du type de recours aux soins. Il ne s'agit donc pas d'une enquête de prévalence de cette pathologie.

Ce type d'enquête est déjà conduit chaque trimestre à l'Assistance publique de Paris par le Service d'épidémiologie de la direction du Plan du Pr Chevallier depuis mars 1986. L'adoption de la même méthodologie, sur le plan national, a permis d'agréger les résultats pour l'ensemble de la France.

LE CHAMP DE L'ENQUÊTE

Au sein de l'Assistance publique de Paris, tous les services de court séjour sont enquêtés (y compris l'hospitalisation à domicile), ainsi que les services de psychiatrie.

Sur le plan national, les médecins inspecteurs de la santé ont été chargés dans chaque département de sélectionner et interroger les établissements susceptibles d'accueillir les malades infectés par le V.I.H.

L'exploitation nationale a exclu du champ de l'enquête les établissements et services de moyen et long séjour, les établissements et services spécialisés en psychiatrie ainsi que les laboratoires et services d'explorations fonctionnelles, l'hospitalisation à domicile - y compris à l'Assistance publique de Paris.

LES QUESTIONNAIRES

Les patients infectés par le V.I.H. sont recensés :

1. En fonction du stade de la maladie en 3 catégories : sujets séropositifs « porteurs sains », formes mineures, SIDA confirmé.
2. En fonction du type de recours à l'établissement de soins : hospitalisation complète, hospitalisation de jour, consultations externes.

LES RÉSULTATS

L'enquête a été effectuée dans 94 départements métropolitains sur 96 et les 4 départements d'outre-mer.

Quinze départements n'ont recensé dans les établissements enquêtés aucun malade infecté par le V.I.H. le 9 décembre 1987 : Alpes-de-Haute-Provence, Ardèche, Ariège, Corrèze, Creuse, Indre, Jura, Lozère, Mayenne, Meuse, Orne, Hautes-Pyrénées, Haute-Saône, Vosges, Territoire de Belfort. Les déclarations obligatoires de cas de SIDA effectuées par ces départements ne représentent que 1 % du total des SIDA déclarés à la direction générale de la Santé au 31 décembre 1987.

France métropolitaine

Au total 1 780 patients atteints par le V.I.H. étaient présents dans les services de court séjour des établissements enquêtés le 9 décembre 1987.

Ces malades ont été recensés dans 566 services au sein de 191 entités juridiques sur 773 enquêtées. Sur ce total l'Assistance publique de Paris regroupe 688 cas soit (38 % du total) répartis dans 143 services.

RÉPARTITION EN FONCTION DU STADE DE LA MALADIE

Les cas se répartissent en fonction du stade en 706 SIDA confirmés (40 %), 661 formes mineures (37 %) et 413 porteurs sains (23 %). Si l'on ne retient que les malades hospitalisés, la part des « porteurs sains » est réduite à 17 %, celle des formes mineures à 33 % alors que les cas de SIDA représentent 50 % des hospitalisations.

STADE DE LA MALADIE ET TYPE DE RECOURS AUX SOINS

62 % des patients présents ce jour-là étaient en hospitalisation, les autres (38 %) venant pour une consultation externe.

La part des hospitalisations augmente avec l'aggravation de la maladie : elle passe de 45 % parmi les porteurs sains à 55 % pour les malades atteints de formes mineures et à 78 % pour les cas de SIDA (tabl. 3).

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Deux régions, l'Île-de-France et Provence-Alpes - Côte d'Azur, concentrent à elles seules

70 % des malades alors qu'elles ne représentent que 25 % de la population française.

Dans les établissements de la région Île-de-France on trouve plus de 50 % des malades pour moins de 20 % de la population nationale. L'Assistance publique de Paris y rassemble plus de 76 % du total des patients de la région quel que soit le stade de la maladie, et 82 % des seuls cas de SIDA confirmé. Dans cette région sont traités plus de 57 % des cas de SIDA de la France métropolitaine; pour les formes mineures cette part est moins importante (40 %) de même, qu'au sein de l'Île-de-France, la place de l'Assistance publique de Paris (70 %).

En dehors de l'Assistance publique de Paris, et au sein des 8 départements de la région, les 211 malades sont répartis dans 97 services.

La région Provence - Alpes - Côte d'Azur représente plus de 15 % des malades recensés pour une population de 7,9 % de la population française : cette part est particulièrement élevée pour les malades atteints de formes mineures (20 %) au lieu de 13 % pour les cas de SIDA confirmé, ce qui pourrait correspondre à un retard de l'épidémie par rapport à la région parisienne.

Deux départements, Bouches-du-Rhône et Alpes-Maritimes, sont plus concernés avec une dispersion des malades dans de nombreux hôpitaux. Rapporté à la population, le département des Alpes-Maritimes a le taux le plus élevé de malades. Dans les Bouches-du-Rhône sont soignés 50 % des malades de la région, près de 50 % des cas de SIDA. La proportion des formes mineures et des porteurs sains y est plus élevée que dans les Alpes-Maritimes, respectivement 53 % et 36 % pour les formes mineures, 50 % et 27 % pour les porteurs sains.

Quatre régions déclarent également de nombreux cas :

Rhône - Alpes

6,6 % du total des cas de France métropolitaine, 8,6 % des formes mineures et 4,2 % des cas de SIDA.

Aquitaine

3,6 % du total des cas, 4,8 % des formes mineures, 3,1 % des cas de SIDA.

Languedoc - Roussillon

3,2 % du total des cas, 4,5 % des formes mineures et 3,1 % des cas de SIDA.

Midi - Pyrénées

2,9 % du total des cas, 4,1 % des formes mineures, 2,1 % des cas de SIDA.

Les régions les moins concernées sont le Limousin, la Corse, la Picardie, le Poitou - Charentes et la Franche-Comté, ce qui est conforme aux données des déclarations obligatoires faites à la direction générale de la Santé.

DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER

Les résultats sont traités séparément des résultats de France métropolitaine.

Les 4 départements d'outre-mer sont tous concernés à des degrés différents.

48 malades sont recensés :

- 13 porteurs sains;
- 23 formes mineures;
- 12 SIDA.

Le département de la Guadeloupe enregistre le plus de malades (26 au total dont 6 SIDA).

La Martinique recense 12 cas (4 SIDA) et la Guyane 6 cas (1 SIDA).

Le département de la Réunion est faiblement atteint avec 4 malades (aucun cas de SIDA).

LES CENTRES HOSPITALIERS RÉGIONAUX

Tous les centres hospitaliers régionaux ont été interrogés et ont recensé des patients le jour de l'enquête. 20 % des services enquêtés au sein des C.H.R. ont déclaré au moins un patient.

Ils regroupent 68 % de l'ensemble des cas dans 53 % des services en ayant déclaré. Cette part est plus forte pour les cas de SIDA et les malades hospitalisés atteints de formes mineures.

La répartition des patients selon le stade de la maladie varie entre l'Assistance publique de Paris et les autres C.H.R. : la proportion de « porteurs sains » et de SIDA confirmés est plus importante à l'Assistance publique de Paris, alors que ce sont les formes mineures qui sont majoritaires dans les autres C.H.R. (tabl. 9). Il est difficile d'interpréter ce résultat car il peut provenir d'une variation de la prévalence de la maladie et de ses stades, ou bien de pratiques de soins différentes d'une région à une autre : plus ou moins de dépistage, fréquence variable de consultations et d'hospitalisations, durée moyenne d'hospitalisation...

LES DISCIPLINES D'ÉQUIPEMENT

Les services de médecine générale et de spécialités médicales regroupent la grande majorité des patients (84 %). Les services de « maladies infectieuses » occupent la première place dans le recrutement des SIDA confirmés.

En chirurgie et en obstétrique, les patients sont essentiellement composés de porteurs sains et de formes mineures. Pour un nombre important de ces patients, l'infection à V.I.H. n'est sans doute pas le motif de consultation ou d'hospitalisation.

PLACE DE L'INFECTION V.I.H. DANS L'OCCUPATION DES LITS

Le nombre de patients présents en court séjour (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) le 31-12-1986 s'élève à 143.833 pour le secteur public et à 58.308 pour le secteur privé participant au service public, soit, au total 202.000 malades. Les sujets porteurs de l'infection recensés le 9-12-1987 (1.100) représentaient 0,5 % des sujets hospitalisés.

Les centres hospitaliers régionaux totalisent 70 % des sujets hospitaliers V.I.H. positifs (770). Au 31-12-1986 54.061 sujets sont recensés, l'occupation des lits par des sujets V.I.H. positifs est de 1,4 % dans les CHR.

L'Assistance publique de Paris comptait le 9-12-1987 442 sujets V.I.H. positifs, soit 2,8 % des 15.477 patients hospitalisés un jour donné.

Les nombres absolus de patients recensés doivent être interprétés avec précaution. Certains malades hospitalisés peuvent être vus en consultation par un service différent le même jour et comptés deux fois, par ailleurs la distinction SIDA - formes mineures n'est pas validée.

D'autre part, la part relative des sujets V.I.H. positifs parmi l'ensemble des sujets hospitalisés un jour donné, ne reflète qu'imparfaitement l'activité directement liée à l'infection par le V.I.H. Pour certains patients, ce n'est pas l'infection V.I.H. qui a motivé l'hospitalisation.

La répétition semestrielle de cette enquête fournit cependant un outil excellent pour étudier l'évolution de l'activité hospitalière, liée au V.I.H.

(Cette enquête sera publiée dans le n° 115 de la revue « Informations rapides » du S.E.S.I.)