

ENQUÊTE

SURVEILLANCE HOSPITALIÈRE DE L'INFECTION PAR LE VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE BORDEAUX, 1983-1989

Groupe d'épidémiologie clinique du SIDA en Aquitaine (G.E.C.S.A.)

INTRODUCTION

Au 31 décembre 1989, 8 883 cas de syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ont été déclarés en France, dont 331 (3,7 %) dans la région Aquitaine [1]. Le taux d'incidence cumulée du SIDA dans cette région du sud-ouest de la France est ainsi à cette date de 121,2 par million d'habitants, ce qui permet de la situer en troisième position en France métropolitaine.

Depuis octobre 1987, un système de surveillance de l'infection par le V.I.H. a été mis en place par neuf services de médecine interne et spécialités médicales du centre hospitalier régional universitaire (C.H.R.U.) de Bordeaux (soit 12,6 % des lits de court séjour) et le département d'informatique médicale de l'université de Bordeaux II. Le groupe d'épidémiologie clinique du SIDA en Aquitaine (G.E.C.S.A.) ainsi constitué réalise un recueil systématique des informations cliniques, biologiques et épidémiologiques concernant les sujets infectés par le V.I.H. et suivis dans ces services hospitaliers.

Les objectifs sont, mis à part l'étude des tendances épidémiologiques observées parmi les sujets infectés, l'étude de l'histoire de l'infection à partir de cette cohorte de patients suivis et en particulier l'analyse des facteurs pronostiques.

POPULATION ET MÉTHODES

Les critères d'inclusion dans le système de surveillance sont les suivants :

- 1° Infection par le V.I.H. confirmée par un test Western-Blot, symptomatique ou pas ;
- 2° Chez un patient âgé de plus de 13 ans au moment de l'inclusion ;
- 3° Suivi en consultation ou en hospitalisation dans l'un des services du C.H.R.U. participant au G.E.C.S.A. ;
- 4° Consentant à participer à l'étude.

L'inclusion dans ce système de surveillance s'est faite de façon rétrospective du 1^{er} janvier 1983 au 30 septembre 1987, puis prospective à partir du 1^{er} octobre 1987. Pour chaque patient, les données sont recueillies sur un questionnaire standardisé et anonyme par le médecin clinicien. Lors de l'inclusion, les renseignements socio-démographiques et épidémiologiques suivants sont consignés : sexe, âge actuel, date, lieu et modalités du diagnostic de l'infection par le V.I.H., comportement(s) à risque et mode de contamination le plus probable. Le rythme des consultations est ensuite laissé au choix du médecin clinicien en accord avec le patient. Lors de l'inclusion et de chaque suivi ultérieur, un deuxième questionnaire permet de recueillir les données nécessaires à la détermination du groupe clinique de l'infection selon la classification proposée par les Centers for disease control (C.D.C.) [2], ainsi qu'un éventuel passage au stade de SIDA avéré [3].

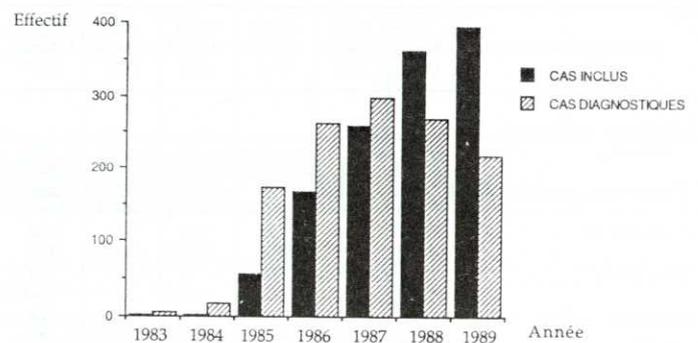
RÉSULTATS

Au 31 décembre 1989, 1 294 sujets adultes ont été inclus par le G.E.C.S.A. Le premier diagnostic d'infection par le V.I.H. a été posé chez un patient vu

pour la première fois en janvier 1983. L'analyse porte sur les 1 242 sujets dont la date de diagnostic sérologique est connue, soit 96 % du total des sujets inclus.

De 1985 à 1989, on observe une augmentation régulière du nombre de nouveaux sujets séropositifs pris en charge chaque année par les services hospitaliers du C.H.R.U. de Bordeaux participant au G.E.C.S.A. (graph. 1) : cette augmentation est de 178 % entre la période 1983-1985 ($n = 60$) et l'année 1986 ($n = 167$), de 55 % entre 1986 et 1987 ($n = 258$), de 40 % entre 1987 et 1988 ($n = 362$) et de 9 % entre 1988 et 1989 ($n = 395$). La répartition des sujets selon l'année du diagnostic sérologique (graph. 1) montre qu'il existe parallèlement, entre 1985 et 1987, une augmentation régulière du nombre de sujets diagnostiqués chaque année, puis une diminution en 1988 qui se confirme au cours de l'année 1989.

Graphique 1. — Surveillance hospitalière de l'infection par le V.I.H. Incidence par année d'inclusion et par année de diagnostic G.E.C.S.A., Bordeaux, 1983-1989 ($n = 1242$)



Pour ces 1 242 patients, 3 376 consultations et 1 270 hospitalisations ont été réalisées, soit en moyenne 3,7 contacts par patient. Le nombre de consultations réalisées au C.H.R.U. pour des patients infectés par le V.I.H. et suivis dans le cadre du G.E.C.S.A. a augmenté d'année en année (graph. 2) ; ceci est vrai également en ce qui concerne le nombre d'hospitalisations (graph. 2).

Caractéristiques socio-démographiques selon l'année du diagnostic

Le rapport hommes/femmes (H/F) est globalement de 2,5/1. La distribution par sexe selon l'année du diagnostic sérologique montre une augmentation progressive et statistiquement significative de la part relative des femmes : leur proportion est passée de 26,7 % en 1985 à 32,6 % en 1989 ($p = 0,03$). L'âge moyen (m) au moment du diagnostic sérologique est de 31,3 ans

Graphique 2. — Surveillance hospitalière de l'infection par le V.I.H.
Évolution du nombre de consultations ($n = 3376$)
et d'hospitalisations ($n = 1270$) par semestre
G.E.C.S.A., Bordeaux, 1983-1989

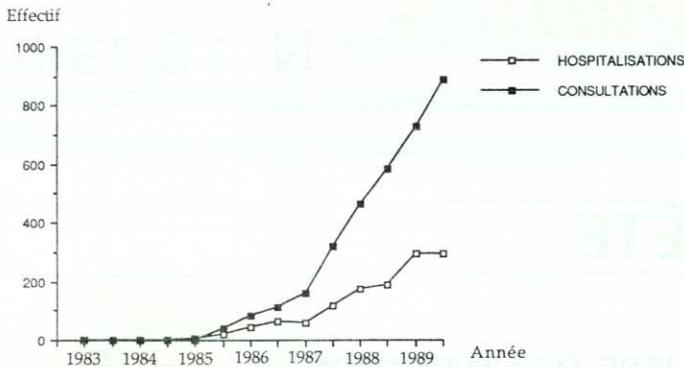


Tableau 2. — Surveillance de l'infection par le V.I.H.
Répartition des femmes par groupe à risque ($n = 350$)
G.E.C.S.A., Bordeaux, 1983-1989

Année de diagnostic	≤ 1985	1986	1987	1988	1989	Total
	Effectif (%)					
Toxicomanes	35 (79,5)	52 (72,2)	33 (45,2)	25 (27,8)	28 (39,4)	173 (49,4)
Hémophiles	1 (2,3)	—	—	1 (1,1)	—	2 (0,6)
Transfusées	3 (6,8)	10 (13,9)	13 (17,8)	18 (20)	12 (16,9)	56 (16)
Hétérosexuelles *	5 (11,4)	10 (13,9)	23 (31,5)	37 (41,1)	24 (33,8)	99 (28,3)
Groupe à risque indéterminé	—	—	4 (5,5)	9 (10)	7 (9,9)	20 (5,7)
Total	44 (100)	72 (100)	73 (100)	90 (100)	71 (100)	350 (100)

* Partenaires sexuelles d'un sujet de sexe masculin séropositif ou d'un sujet faisant partie d'un groupe à risque.

(écart type [s] = 10 ans, étendue = 10-86 ans). Les tranches d'âge les plus représentées sont celles des 25-34 ans (48,5 %), 15-24 ans (24,6 %) et 35-44 ans (16 %). L'âge au moment du diagnostic sérologique est plus élevé chez les hommes ($m = 31,9$ ans ; $s = 9,9$ ans) que chez les femmes ($m = 29,9$ ans, $s = 10,7$ ans) ($p < 0,001$). On observe une augmentation significative de l'âge au moment du diagnostic dans les deux sexes au cours de la période 1983-1989.

Groupes de comportements à risques selon l'année du diagnostic

Pour l'ensemble des sujets notifiés, les comportements à risque identifiés sont les suivants : toxicomanes utilisateurs de drogues parentérales : 40,5 %, homosexuels/bisexuels : 30,3 % (1,9 % sont également toxicomanes), transfusés : 11,4 % (2,6 % sont hémophiles), hétérosexuels partenaires de sujets séropositifs ou faisant partie d'un groupe à risque : 11,8 %. Pour 5,9 % des sujets, le groupe de comportement à risque n'a pu être déterminé. Chez les hommes (tabl. 1), les homosexuels/bisexuels représentent la part relative la plus importante du recrutement (42,3 %, dont 2,6 % d'homosexuels/bisexuels toxicomanes I.V.), suivis des toxicomanes (37 %), des transfusés (6 %), des hétérosexuels (5,3 %), et des hémophiles (3,4 %). Pour 6 % des hommes, le groupe de comportements à risque n'a pu être identifié.

Tableau 1. — Surveillance hospitalière de l'infection par le V.I.H.
Répartition des hommes par groupe à risque ($n = 892$)
G.E.C.S.A., Bordeaux, 1983-1989

Année de diagnostic	≤ 1985	1986	1987	1988	1989	Total
	Effectif (%)					
Homosexuels/bisexuels toxicomanes	8 (5,2)	7 (3,7)	6 (2,7)	1 (0,6)	1 (0,7)	23 (2,6)
Homosexuels/bisexuels	51 (33,3)	80 (42,1)	78 (34,7)	74 (41,8)	71 (48,3)	354 (39,7)
Toxicomanes	66 (43,1)	80 (42,1)	90 (40)	58 (32,7)	36 (24,5)	330 (37)
Hémophiles	20 (13,1)	4 (2,1)	5 (2,2)	1 (0,6)	—	30 (3,4)
Transfusés	4 (2,6)	7 (3,7)	18 (8)	17 (9,6)	8 (5,4)	54 (6)
Hétérosexuels *	1 (0,7)	4 (2,1)	12 (5,3)	12 (6,8)	18 (12,2)	47 (5,3)
Groupe à risque indéterminé	3 (2)	8 (4,2)	16 (7,1)	14 (7,9)	13 (8,9)	54 (6)
Total	153 (100)	190 (100)	225 (100)	177 (100)	147 (100)	892 (100)

* Partenaires sexuels d'un sujet de sexe féminin séropositif ou faisant partie d'un groupe à risque.

Chez les femmes (tabl. 2), les toxicomanes représentent la part relative la plus importante du recrutement (49,4 %), suivies par les hétérosexuelles (28,3 %) et les transfusées (16 %). Deux hémophiles représentent 0,6 % des cas féminins. De plus, pour 5,7 % des femmes, le groupe de comportement à risque n'a pu être identifié.

La répartition des groupes de comportements à risque selon le sexe et l'année du diagnostic sérologique permet de dégager les tendances suivantes : chez les patients de sexe masculin (tabl. 1), la part relative des homosexuels-bisexuels est passée de 38,5 % en 1983-1985 à 49 % en 1989. De même, on observe un accroissement de la proportion des hétérosexuels passant de 0,7 % à 12,2 % au cours de la même période. La proportion de transfusés a augmenté de 2,6 % en 1983-1985 à 9,6 % en 1988, avec une tendance à la diminution en 1989 (5,4 %). La proportion des toxicomanes a diminué de 43,1 % en 1985 à 24,5 % en 1989. Parallèlement, la proportion d'hommes pour lesquels aucun comportement à risque n'a pu être déterminé est passée de 2 % à 8,9 %. Chez les femmes (tabl. 2), on observe de même entre 1983-1985 et 1989 une diminution de la part relative des toxicomanes, de 79,5 % à 39,4 %, une augmentation de la part relative des transfusées de 6,8 % à 16,9 %, et de celle des hétérosexuelles passant de 11,4 % à 33,8 %. Quant à la proportion des femmes pour lesquelles aucun comportement à risque n'a pu être déterminé, elle est passée de 0 à 9,9 % au cours de la même période de sept ans.

Les femmes contaminées par voie hétérosexuelle s'infectent le plus fréquemment au contact d'hommes toxicomanes (41,4 %) et les hommes au contact de femmes provenant d'une zone géographique à haut risque — Afrique noire et Caraïbes — (25,5 %), de prostituées (21,3 %) ou de toxicomanes (12,8 %). Aucun cas de contamination professionnelle n'a été mis en évidence.

Circonstances du diagnostic

Près de la moitié des sujets (49 %) ont été inclus au moment du diagnostic sérologique. Dans 44,9 % des cas, un médecin hospitalier a été à l'origine de la demande du test sérologique qui a conduit au diagnostic. Il s'agit d'un médecin libéral dans 32 % des cas et dans 13,8 % des cas du patient lui-même. La part relative des médecins hospitaliers dans la prescription du test diminue progressivement, de 53,8 % en 1985 à 35,3 % en 1989, au profit des médecins libéraux ; ceux-ci deviennent les premiers prescripteurs du test en 1989, avec 43,6 % des nouveaux cas diagnostiqués par rapport à 15,7 % seulement en 1985. Les trois principaux motifs de prescription de la sérologie V.I.H. retrouvés sont, par ordre décroissant : l'appartenance à un groupe à risque (60 %), une symptomatologie évocatrice de l'infection par le V.I.H. (18,8 %) et le don du sang (11,8 %).

Caractéristiques cliniques à l'inclusion

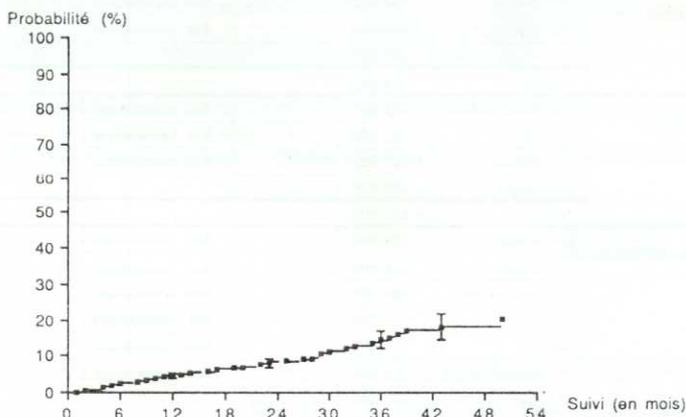
La proportion relative de chaque groupe clinique de l'infection reste stable au cours du temps. Lors du premier contact avec les médecins cliniciens du C.H.R.U. participant au G.E.C.S.A., 65,9 % des patients appartiennent aux groupes II et III (1) de la classification des C.D.C. Les patients inclus au stade SIDA ($n = 235$) représentent 18,9 % de l'ensemble des sujets inclus au 31 décembre 1989.

Évolution des patients inclus

Le graphique 3 montre l'évolution vers le stade SIDA des 520 patients classés dans le groupe II ou III lors du diagnostic et ayant été revus au moins une fois. La probabilité cumulée de passage au stade SIDA, calculée par la

(1) Groupe II : infection asymptomatique.
Groupe III : lymphadénopathie généralisée persistante.

Graphique 3. — Surveillance hospitalière de l'infection par le V.I.H.
 Probabilité de passage au stade SIDA pour les patients
 classés groupe II ou III lors du diagnostic (n = 520)
 Méthode de Kaplan-Meier, G.E.C.S.A., Bordeaux, 1983-1989



méthode de Kaplan-Meier, est de 4,5 % à 12 mois (intervalle de confiance [I.C.] à 95 % : 2,9-5,6 %), 8,1 % à 24 mois, 14,3 % à 36 mois et 18 % à 48 mois (I.C. à 95 % : 15-22 %).

L'estimation minimale du taux moyen annuel de la prise en charge hospitalière de l'infection par le V.I.H. en Aquitaine

Ce taux moyen est défini comme le rapport du nombre annuel moyen de nouveaux cas diagnostiqués pendant la période 1988-1989, tous stades cliniques confondus, inclus dans la cohorte du G.E.C.S.A., domiciliés en Aquitaine sur l'effectif de la population au milieu de la période considérée (1^{er} janvier 1989).

Pour 388 (80 %) des 485 patients dont le diagnostic a été effectué en 1988 et en 1989, le domicile de résidence a pu être identifié. 350 habitent en Aquitaine, dont 288 en Gironde.

L'estimation minimale du taux moyen annuel de prise en charge hospitalière de l'infection par le V.I.H. en Aquitaine pendant la période 1988-1989 s'élève à 63,4 cas par million d'habitants. En Gironde, ce taux peut être estimé de la même manière à 121,7 par million d'habitants et par an pour la même période.

CONCLUSION

Les centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (C.I.S.I.H.) représentent le principal réseau de surveillance hospitalière de l'infection par le V.I.H. en France. Ils fournissent essentiellement des données sur la consommation médicale et ne permettent pas encore d'analyser le suivi des patients de ce recueil.

Il permet de constituer une cohorte hospitalière, dont les données se joignent utilement à celles des systèmes déjà en place à l'échelon national et régional, en particulier le système de déclaration obligatoire des cas de SIDA. Le G.E.C.S.A. vient surtout apporter des informations complémentaires à l'échelon régional et départemental à l'enquête permanente auprès des laboratoires d'analyse de biologie médicale réalisée par l'O.R.S.A. [5] au réseau sentinelle pour la surveillance des prescriptions de sérologies V.I.H. par les médecins généralistes [6], à la surveillance de l'évolution de la séropositivité des dons de sang par le centre régional de transfusion sanguine et aux données du centre de dépistage anonyme et gratuit de Bordeaux [7]. Toutes ces sources peuvent être ainsi confrontées afin d'avoir une approche régionale plus juste de la prévalence et de l'incidence de l'infection par le V.I.H. et de leur évolution au cours du temps.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Direction générale de la Santé, situation du SIDA en France au 31 décembre 1989. *B.E.H.* n° 8/1990,
- [2] Centers for Disease Control, classification system for human T lymphotropic virus type III/lymphadenopathy associated virus infections, *M.M.W.R.* n° 35/1986, 334-339.
- [3] Direction générale de la Santé, Définition du SIDA avéré (révision 1987). *B.E.H.* n° 51/1987, 201-203.
- [4] F. BOULAY, G. BEZ. — L'hôpital et la consommation médicale des patients infectés par le V.I.H., in : *Recueil des abrégés de la V^e Conférence internationale sur le SIDA*, Montréal, 1989, M.H.P. 15, p. 1041.
- [5] B. GARROS, L. BRICE. — Premiers résultats du système aquitain d'évaluation de la contamination par le virus de l'immunodéficience humaine (V.I.H.). *B.E.H.* n° 46/1989, 194-195.
- [6] R. SALOMON, F. DABIS, S. MAURICE, C. TOULOUSE, L. PROST, B. TILLY, H.I.V. monitoring via general practice, *Lancet* 1988; ii : 395.
- [7] J.-P. JOST, G. MAMANE, A. CHASLERIE, A.-M. FROSSARD, M. GENIAUX, R. SALAMON. Caractéristiques des consultants d'un centre de dépistage anonyme et gratuit de l'infection par le V.I.H., Bordeaux, 1988, in : *Recueil des abrégés de la V^e Conférence internationale sur le SIDA*, Montréal, 1989, TheP 17, p. 875.

Le G.E.C.S.A. comprend les services hospitaliers suivants :

Pr J. Aubertin (Pr J.-M. Ragnaud et Dr P. Morlat), Pr J. Beylot (Dr D. Lacoste), Pr C. Conri, Pr J.-Y. Lacut (Dr M. Dupon), Pr B. Leng (Drs J.-L. Pellegrin et G. Brossard), Pr M. Le Bras (Drs A. Schmitt et J.-P. Pivetaud), Pr J. Paccalin, Pr C. Series, Pr M. Geniaux, Pr A. Taytard (Dr M. Domblide). Traitement des données, M^{me} D. Touchard.

Les auteurs remercient le Dr J.-L. Argelies, M. B. Garros et M^{me} L. Brice pour leur assistance dans l'analyse des données.

Cette étude est financée en partie par l'Agence nationale de recherche sur le SIDA (A.N.R.S.), l'Établissement public régional d'Aquitaine (conseil régional) et l'Unité de formation et de recherche (U.F.R.) de Santé publique de l'université de Bordeaux II.

Ce rapport a été rédigé par : G. Chene, P. Parneix, F. Dabis et R. Salamon, I.N.S.E.R.M., unité 330, Département d'informatique médicale, université de Bordeaux II.

INFORMATION ADMINISTRATIVE

La circulaire DGS/DH n° 23 du 3 août 1989 relative à la prévention de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine chez les personnels de santé, donne des recommandations sur les méthodes de stérilisation et de désinfection actives sur le virus.

Le principe de ces recommandations repose sur le fait que le virus V.I.H. est fragile et que les méthodes classiques mises au point pour inactiver le virus de l'hépatite B suffisent. C'est donc dans ce cadre que la chlorhexidine habituellement peu virucide, a été écartée.

Toutefois, le pouvoir d'inactivation de la chlorhexidine sur le virus V.I.H. a été testé par le centre de référence des rétrovirus à l'institut Pasteur. Il ressort que la chlorhexidine inactive totalement l'infectivité du virus V.I.H. en 1, 2 et 5 mn en fonction de la dilution du produit commercial utilisé.

Il n'en reste pas moins que l'on ne peut recommander la chlorhexidine comme désinfectant actif sur les virus, notamment en l'absence d'activité prouvée sur le virus de l'hépatite B.

VACCINATION — VACCIN B.C.G.

Le vaccin B.C.G. dans sa présentation pour scarifications doit être définitivement retiré du marché en juillet 1990.

Aussi, le Comité technique des vaccinations recommande de pratiquer la technique de vaccination par la voie intradermique et pour les enfants de moins de 2 ans la technique par multipuncture. Cette dernière technique utilisant un B.C.G. frais dont la durée de conservation est d'environ 1 mois, il est rappelé de s'assurer tout particulièrement de la validité du vaccin.

Le contrôle sera pratiqué 3 à 12 mois après la vaccination par le B.C.G. par la technique de référence qui demeure l'intradermoréaction à la tuberculine à 10 unités, et pour les enfants de moins de 3 ans par l'application de bague tuberculique.