

ENQUÊTE

LA FRÉQUENTATION HOSPITALIÈRE LIÉE AU V.I.H. ENQUÊTE DU 8 JUIN 1988

C. JESTIN, J.-M. NADAL (S.E.S.I.), J. CHEVALIER, G. VIDAL-TRÉCAN, S. QUESNOT
(A.P. de Paris, Direction du Plan)

OBJECTIF ET MÉTHODE

La dernière enquête transversale semestrielle « un jour donné » sur la fréquentation hospitalière liée à l'infection par le V.I.H. a été réalisée par le S.E.S.I. et l'Assistance publique de Paris le 8 juin 1988.

L'objectif de ces enquêtes nationales 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 et d'en mesurer l'évolution dans le temps. La première enquête a été réalisée le 9 décembre 1987 (B.E.H., n° 15/1988).

Les résultats présentés portent sur celle du 8 juin 1988 et sur l'évolution entre les deux enquêtes.

La méthodologie est la même que celle utilisée lors de l'enquête du 9 décembre 1988 (voir B.E.H., n° 15/1988).

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE DU 8 JUIN 1988

Champ de l'enquête

95 départements sur 96 et les 4 départements d'outre-mer ont effectué l'enquête. 16 départements* n'ont recensé aucun malade le 8 juin. 7 d'entre eux n'en avait recensé aucun en décembre.

Depuis le début de l'épidémie, les déclarations de SIDA faites par ces 16 départements à la direction générale de la Santé correspondent à 2,1 % du total des déclarations au 30 juin 1988. Les 10 départements non concernés en juin, mais concernés en décembre, ne représentaient que 0,7 % du total des patients recensés lors de cette première enquête. Les départements qui n'ont pas recensé de malades le 8 juin sont donc ceux qui sont peu concernés par cette pathologie.

1 871 sujets infectés par le V.I.H. ont été recensés le 8 juin 1988 dans 546 services de court séjour au sein de 169 entités juridiques sur 773 enquêtées.

110 entités juridiques ont recensé au moins un cas aux deux enquêtes. Ces 110 entités recensaient 90 % des sujets V.I.H.+ le 9 décembre et 93 % le 8 juin 1988; cela signifie que le champ des établissements où sont présents les malades varie peu et que ceux-ci ont peu tendance à s'adresser à d'autres établissements.

Répartition en fonction du stade de la maladie (tabl. 1 et 2).

1 871 sujets infectés par le V.I.H. sont recensés dans les services de court séjour des établissements enquêtés le 8 juin 1988 (5 % d'augmentation par rapport à décembre) [tabl. 1].

Les cas se divisent en fonction du stade : 874 SIDA confirmés (47 %); 636 formes mineures (34 %); 361 porteurs V.I.H.+ (19 %).

On relève une progression des cas de SIDA (+ 23,8 %) dans le nombre de patients recensés alors que les formes mineures stagnent et les porteurs sains diminuent (- 12,6 %) [figure 2]. Le pourcentage des cas de SIDA représente 58 %

des malades hospitalisés (50 % en décembre); cette progression se fait aux dépens des formes mineures et des porteurs sains. L'Assistance publique de Paris (A.P. de Paris) dénombre 711 cas (38 % du total national contre 38,6 % en décembre 1987) répartis dans 132 services (tabl. 2).

La progression de l'activité liée au V.I.H. est de 3,3 % à l'A.P. de Paris contre 6,2 % sur le reste de la France

La ventilation des malades classés en formes mineures en 3 groupes a été faite seulement (comme à la première enquête) pour les patients vus en dehors de l'A.P. de Paris : 492 malades sont atteints de formes mineures dont 33 % présentant des signes biologiques seuls, 37,8 % un syndrome lymphadénopathique, 29 % étant classés dans le groupe autres infections liées au V.I.H. Il est difficile d'interpréter l'évolution observée dans la répartition des formes mineures.

Stade de la maladie et type de recours aux soins : une progression de l'hôpital de jour.

Près de 2 patients V.I.H.+ sur 3 présents le 8 juin (63,2 %) étaient hospitalisés.

On observe un faible accroissement du poids des hospitalisations par rapport aux consultations externes. Cette augmentation est liée essentiellement à celle des cas de SIDA, ceux-ci étant plus souvent hospitalisés que les autres malades. Près de 4 malades sur 5 atteints de SIDA sont hospitalisés en hospitalisation complète ou de jour. Il y a peu de modifications dans la répartition du type de recours aux soins quel que soit le stade en dehors d'une faible augmentation des formes mineures en consultation.

En analysant plus finement l'hospitalisation et en séparant l'hospitalisation complète et l'hospitalisation de jour, on observe des modifications. Globalement, le recours à l'hospitalisation de jour progresse (de 12 à 15,4 %), pour tous les stades de la maladie, particulièrement pour les formes mineures aux dépens de l'hospitalisation complète.

L'hospitalisation de jour représente 22,4 % des hospitalisations (19 % en décembre). Pour les formes mineures cette forme d'hospitalisation est utilisée pour près de 4 malades sur 10 (39 %). À l'A.P. de Paris, le 8 juin, près d'1 malade hospitalisé sur 5 l'est dans une unité de jour, et pour près d'un malade sur 2 s'il s'agit d'une forme mineure.

Une remarquable évolution s'est faite en alternative à l'hospitalisation classique vers l'hospitalisation de jour et les consultations pour les formes mineures.

Par contre, si les porteurs V.I.H.+ diminuent, ils restent encore très présents en hospitalisation, sans doute parce qu'ils sont hospitalisés pour un autre motif (grossesse...).

Répartition régionale (fig. 1)

Île-de-France et Provence - Alpes - Côte d'Azur concentrent plus de 2 malades sur 3, pour le quart de la population nationale.

● Le poids de l'Île-de-France dans la prise en charge hospitalière des malades semble augmenter légèrement (50,5 à 51,7 %), l'activité de l'Assistance publique de Paris représentant 73 %.

La concentration plus forte des malades en Île-de-France correspond surtout à une augmentation de la prise en charge des malades atteints de SIDA dans les hôpitaux en dehors de l'A.P. de Paris; cependant l'augmentation des porteurs V.I.H.+ est attribuable à l'A.P. de Paris qui en accueille beaucoup. Les formes mineures diminuent dans cette région.

● Le poids de la région Provence - Alpes - Côte d'Azur reste constant avec une augmentation du nombre de malades dans tous les stades superposable à celle observée sur le plan national. Si on compare cette région à l'Île-de-France, la baisse des porteurs sains contraste avec l'augmentation enregistrée en Région parisienne. Au contraire les formes mineures, plus importantes, représentent 20 % du total national.

Tableau 1. — Répartition de la fréquentation hospitalière liée au V.I.H. en fonction du stade de la maladie et du type de recours aux soins

France métropolitaine (8 juin 1988)

En %

Stade de la maladie	Hospitalisation	Consultations externes	Total
Porteurs V.I.H.+	163 (13,8)	198 (28,7)	361 (19,3)
Formes mineures	334 (28,3)	302 (43,8)	636 (34,0)
SIDA avéré	685 (58,0)	189 (27,4)	874 (46,7)
Total	1 182 (100)	689 (100)	1 871 (100)

Tableau 2. — Distinction France (hors A.P.P. et A.P.P.)

(8 juin 1988)

En %

Stade de la maladie	France (hors A.P.)	A.P. de Paris	Total France métropolitaine
Porteurs V.I.H.+	191 (52,9)	170 (47,1)	361 (100)
Formes mineures	492 (77,4)	144 (22,6)	636 (100)
SIDA avéré	477 (54,6)	397 (45,4)	874 (100)
Total	1 160 (62,0)	711 (38,0)	1 871 (100)

* Alpes-de-Haute-Provence, Ariège, Aveyron, Charente-Maritime, Corrèze, Gers, Loir-et-Cher, Lot, Lozère, Manche, Mayenne, Meuse, Nièvre, Haute-Saône, Tarn-et-Garonne, Vendée, Vosges.

● La région **Aquitaine** apparaît désormais comme la troisième région touchée par la maladie si on rapporte le nombre de cas à la population (4 % du poids total des malades pour 4 % de la population nationale). L'augmentation enregistrée est de l'ordre de 30 %. Cependant il ne s'agit que d'un sondage et les effectifs sont faibles; cette évolution demande à être confirmée. Tous les stades de la maladie augmentent avec accroissement maximum pour les malades atteints de SIDA.

● Dans les régions **Languedoc - Roussillon, Midi - Pyrénées, Rhône - Alpes**, on observe une baisse relative le 8 juin avec respectivement 2,3 %, 2,8 %, 4,7 % du total des malades (3,2 %, 2,9 %, 6,6 % à la première enquête). Ces variations portent surtout sur les formes mineures.

● La **Haute-Normandie** émerge comme région touchée avec une augmentation importante des cas de SIDA (4^e rang régional en taux par habitants).

En réalité, l'évolution d'une région à l'autre n'est pas tranchée, dans certaines régions l'évolution peut être à la hausse pour certains stades et au contraire à la baisse pour un autre stade.

Les régions les moins concernées restent, en définitive, en nombre absolu de malades et en taux par habitants : la Corse, la Picardie, le Poitou - Charentes, la Franche-Comté. La Lorraine et le Nord - Pas-de-Calais sont seulement concernés parce qu'elles représentent à elles deux plus de 11 % de la population nationale. Le poids de cette pathologie reste faible dans ces deux régions.

DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER

Les résultats sont traités séparément des résultats de France métropolitaine. Les 4 départements sont tous concernés à des degrés différents, 51 malades sont recensés : 7 porteurs V.I.H., 23 formes mineures, 21 SIDA.

La même tendance évolutive observée en métropole semble se faire dans les départements d'outre-mer : diminution des porteurs V.I.H.+ et augmentation des cas de SIDA. La distribution géographique des malades reste sensiblement la même qu'en décembre.

La Guadeloupe reste un département où l'activité hospitalière liée au V.I.H. et maintenant au SIDA reste importante et concorde avec le doublement des cas déclarés à la direction générale de la Santé pendant l'intervalle des deux enquêtes.

Dans les établissements de Guyane enquêtés, n'existe qu'une faible activité au regard du nombre important de cas notifiés.

Le département de la Réunion reste à faible activité hospitalière liée au V.I.H., ce qui est confirmé par le très faible nombre de SIDA déclarés.

Une stabilité de l'activité s'observe en Martinique avec tendance à la concentration des malades sur le C.H.R.

Répartition par catégorie d'établissement.

1. Les centres hospitaliers régionaux (C.H.R.).

28 C.H.R. sur 29 enquêtés ont recensé des patients le jour de l'enquête. Les C.H.R. regroupent 2/3 des malades en province. En incluant l'Île-de-France dans l'analyse, on remarque que **plus de 70 % des malades infectés par le V.I.H. se trouvent en C.H.R.** et cette part passe à 3 malades sur 4 pour les malades atteints de SIDA. 21 % des services enquêtés dans les

C.H.R. sont concernés par cette pathologie (17 % en province et 33 % à l'Assistance publique de Paris). On observe un plus fort recours des malades aux C.H.R.; cette tendance s'accroît pour les malades atteints de SIDA.

La répartition des patients selon les stades de la maladie varie entre d'une part, l'A.P. de Paris et les autres C.H.R. et d'autre part, entre les C.H.R. et les établissements non C.H.R. Le ratio C.H.R. Paris/Province est de 2/3 pour les porteurs sains et les SIDA confirmés et 1/3 pour les formes mineures.

2. Les établissements non C.H.R.

Moins de 30 % (29,4 %) de l'activité hospitalière liée au V.I.H. se passe en dehors des C.H.R. : 26,8 % en Île-de-France, 32,6 % en province.

Près de 60 % de cette activité a lieu dans les hôpitaux publics, 30 % (28,9 %) dans les établissements privés P.S.P.H.* et un peu plus de 10 % dans les autres établissements privés.

La proportion des formes mineures est cependant plus grande dans les hôpitaux publics, que dans le privé.

104 **hôpitaux publics** sur 388 enquêtés sont concernés (26,8 %). 190 services y ont recensés des malades (ces chiffres sont très proches de ceux de décembre).

15 **établissements privés P.S.P.H.** sur 69 enquêtés sont concernés (21,7 %). 159 malades y sont présents dans 26 services. Ces établissements ont une forte activité liée au V.I.H. du fait d'une spécialisation (centre de lutte contre le cancer, orientation pneumologique, infectieuse...), ou d'une activité proche de celle d'un établissement de C.H.R.

Les autres établissements privés sont moins sollicités qu'en décembre : 64 malades dans 22 entités juridiques.

Il y a donc augmentation des malades dans quelques établissements privés P.S.P.H. à activité soutenue, mais peu de diffusion dans les autres établissements du secteur privé.

DISCIPLINES D'ÉQUIPEMENT

La grande majorité des patients sont regroupés, comme en décembre, dans les disciplines de médecine et de spécialités médicales. Les porteurs V.I.H.+ sont moins présents dans les services de médecine, mais continuent à fréquenter les services de spécialités. Pour les formes mineures, le phénomène est inverse : les spécialités médicales et particulièrement les services d'infectieux progressent moins que la médecine générale. La présence de SIDA dans les services de médecine générale s'accroît aux dépens des spécialités médicales : pédiatrie, infectieux (surtout à l'Assistance publique de Paris), un effet de saturation des services jouant probablement. La diminution du recours aux services d'infectieux pour le SIDA se fait plus souvent au profit des services de pneumologie et d'hématologie.

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

Le nombre de patients V.I.H.+ présents en court séjour le 8 juin 1988 représentait 0,4 % des sujets hospitalisés.

Dans les centres hospitaliers régionaux, les sujets V.I.H.+ représentaient 1,5 % des patients hospitalisés.

Pour l'Assistance publique de Paris, les patients V.I.H.+ représentaient 2,3 % des patients en court séjour, 17 % des patients en hôpital de jour et 1,1 % des patients vus en consultation.

La part relative des sujets V.I.H.+ 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.

CONCLUSION

La prise en charge de la pathologie liée au V.I.H. s'est fortement modifiée en six mois. Une meilleure adaptation des structures de soins selon les stades de la maladie semble se faire. Cette modification va obliger à prendre en compte les autres composantes de recours aux soins : moyen séjour, médecine ambulatoire.

* Participant au service public hospitalier.

(Cette enquête détaillée est publiée dans le n° 128 de la revue « Informations rapides » du S.E.S.I.).

Figure 1.

Enquête un jour donné sur la fréquentation hospitalière liée au V.I.H.+

(8 juin 1988)

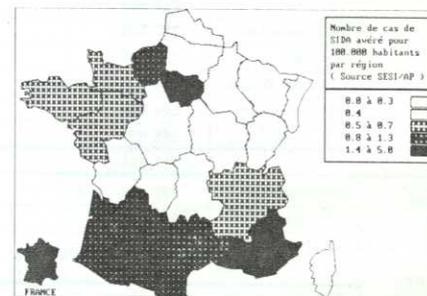
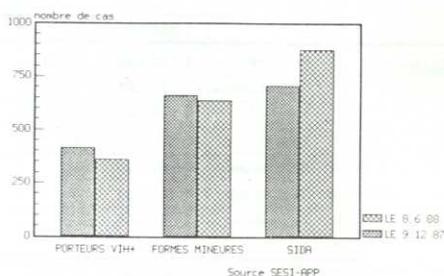


Figure 2.

Évolution de la fréquentation hospitalière liée au V.I.H.+ (France métropolitaine)



SITUATION INTERNATIONALE

Risque d'épidémie de poliomyélite en Israël

Une quinzaine de cas de poliomyélite auraient été déclarés en Israël et pour la grande majorité d'entre eux en Galilée dans le sous-district de Hadera. Une mission d'experts de l'O.M.S. s'est rendue sur place pour évaluer la situation; un virus polio de type 1 a été isolé, le rapport et les recommandations de cette mission seront publiés prochainement dans le Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'O.M.S. À l'heure actuelle l'épidémie semble contrôlée, aucun nouveau cas n'ayant été signalé depuis le 28 septembre 1988, une vaccination de masse de la population des moins de 40 ans a été entreprise en associant le vaccin inactivé et le vaccin vivant.

Pour les voyageurs se rendant très prochainement en Israël il nous est apparu opportun, après avis pris auprès des experts et du Laboratoire National de Santé, de recommander les mesures suivantes : **injection de rappel ou primo-vaccination par le vaccin inactivé**, y compris pour les femmes enceintes; **association vaccin inactivé-vaccin vivant pour les enfants de moins de 15 ans.**

Ces mesures sont en parfaite concordance avec le calendrier vaccinal qui recommande l'utilisation de vaccin polio oral en situation épidémique. Soulignons que l'administration du polio oral est une mesure transitoire qui ne doit pas être étendue aux autres pays d'endémie pour lesquels le polio injectable reste la meilleure indication.