



Évolution de l'infection à VIH, du Sida et des MST chez les militaires français, p. 221.
Prévalence des infections nosocomiales dans les hôpitaux des armées en 1996, p. 222.

N° 50/1997

REÇU LE 9 décembre 1997

-5 JAN 1998

Centre Européen

ENQUÊTE

ÉVOLUTION DE L'INFECTION À VIH, DU SIDA ET DES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (MST) CHEZ LES MILITAIRES FRANÇAIS

J. ABGRALL, G. AUZANNEAU, J.P. LOUBOUTIN-CROC, J.L. REY
Direction centrale du service de santé des armées, 00459 Armées

1. INTRODUCTION

Dès l'apparition de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le service de santé des armées a mis en place une surveillance épidémiologique spécifique et une politique de dépistage conforme à la législation française [1] et a mené des actions répétées de prévention. Il nous a paru utile d'exposer la situation de l'infection à VIH et du sida dans les armées, et de la mettre en parallèle avec celle des MST, qui a fait l'objet d'un bilan plus détaillé dans un précédent numéro [2].

2. MÉTHODES

2.1. Population

La population concernée est constituée des seuls militaires soit environ 500 000 personnes, dont 200 000 appelés faisant leur service militaire et 300 000 militaires de carrière, en majorité de sexe masculin (92,5 % chez les engagés et 92 % chez les appelés).

2.2. Le dépistage

Dans l'armée française, le dépistage sérologique d'une infection à VIH n'est pratiqué que dans des circonstances bien précises dont certaines sont légales, d'autres réglementaires et d'autres purement médicales.

Une sérologie du VIH est pratiquée systématiquement à l'occasion d'un don de tout produit biologique (sang).

Une sérologie du VIH est réglementairement pratiquée avant tout départ outre-mer pour éviter qu'un éventuel sujet séropositif ne reçoive des vaccins vivants et ne se trouve exposé à des risques de maladies infectieuses répétées. Ce dépistage reste cependant volontaire et un sujet qui refuse de s'y soumettre est simplement déclaré inapte à servir outre-mer. En pratique, cela n'a jamais été signalé.

Les autres circonstances sont d'ordre médical : le dépistage est fait à la demande d'un sujet inquiet à la suite d'un comportement à risque, ou devant une symptomatologie possiblement en rapport avec le VIH. De plus, un dépistage est également proposé au retour de tout séjour outre-mer.

Dans ces différentes circonstances, le dépistage et la confirmation sont faits dans les laboratoires de biologie des hôpitaux des armées. Tous les sérums positifs sont ensuite adressés au centre de transfusion sanguine des armées (CTSA), qui pratique une nouvelle confirmation.

Pour les MST, il s'agit d'un simple dépistage passif.

2.3. La surveillance épidémiologique

Le suivi de l'incidence annuelle des cas de nouvelles séropositivités VIH constitue un point essentiel du dispositif mis en place dans les armées. Il permet d'évaluer l'impact des politiques de prévention. Actuellement, tous les nouveaux cas de sida, de nouvelle séropositivité et de MST sont notifiés dans le message épidémiologique hebdomadaire par tous les médecins des armées au médecin responsable du secteur épidémiologique concerné (service de médecine des collectivités des hôpitaux d'instruction des armées). Chaque cas notifié fait aussi, en principe, l'objet de la rédaction d'une fiche spécifique de déclaration. Cette fiche est strictement anonyme et comporte des informations sur la nature de l'infection et sur les circonstances de contamination.

Les critères de déclaration des cas de l'infection par VIH et du Sida correspondent à ceux de la définition de 1993.

Les résultats des reconfirmations faites au CTSA permettent de contrôler le nombre absolu des nouvelles séropositivités, mais ne permettent pas de vérifier individuellement les cas à cause de l'anonymat des fiches.

Les MST sous surveillance épidémiologique sont les urétrites aiguës cliniques, la syphilis primaire et les chlamydias aiguës confirmées sérologiquement, ainsi que les lésions nouvelles cliniques d'herpès ou de donovanose.

3. RÉSULTATS

3.1. Les nouvelles séropositivités

Les données sont rapportées dans le tableau 1. Après une période de stabilité, voire de progression de 1987 à 1990, une diminution est ensuite enregistrée avec un taux d'incidence qui passe de 0,43 ‰ en 1990 à 0,14 ‰ (71/500 000) en 1996, soit une décroissance de plus de 60 %.

Tableau 1. - Incidence annuelle des nouvelles séropositivités

	Années										
	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Cas	109	214	205	206	238	175	155	130	96	97	71
Taux (‰) . . .	0,2	0,38	0,36	0,36	0,43	0,33	0,29	0,26	0,19	0,16	0,14

En 1996, sur les 71 fiches reçues, 10 concernent des appelés, 29 contaminations sont liées à un séjour outre-mer (42 contaminations en métropole). Sur l'ensemble des nouvelles séropositivités, 64 infections sont dues à VIH-1, 2 à VIH-2 et une est une double séropositivité (4 non renseignés). L'effectif outre-mer étant en moyenne de 40 000 personnes, le taux d'incidence annuelle peut être estimé à 0,72 ‰ pour les sujets contaminés outre-mer versus, 0,09 ‰ pour les sujets contaminés en métropole (42/460 000).

3.2. Les nouveaux cas de Sida (tabl. 2)

De 1986 à 1996, l'incidence annuelle, pour l'ensemble des militaires, évolue irrégulièrement, mais les taux restent voisins de 0,42 ‰ (21/500 000 en 1996).

Tableau 2. - Incidence annuelle des cas de Sida

	Années										
	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Cas	13	15	27	31	29	15	16	31	12	24	21
Taux (‰) . . .	0,2	0,3	0,5	0,6	0,5	0,3	0,3	0,6	0,2	0,5	0,4

Pour l'année 1996, sur les 21 fiches de malades sidéens, il y a 3 appelés.

3.3. Les MST

Comme cela a été relaté récemment [2], le nombre de MST dans les armées diminue sur la même période, avec une diminution d'un facteur 10, tant du nombre de cas déclarés qui passent de 4086 en 1986 à 414 en 1995 que du taux d'incidence qui chute de 7,3 ‰ en 1986 à 0,8 ‰ en 1995. Cette évolution visible sur le tableau 3 s'est poursuivie en 1996 avec 381 cas et un taux d'incidence de 0,76 ‰ (381/500 000).

Tableau 3. - Incidence annuelle des MST dans les armées
(ensemble des MST sous surveillance épidémiologique)

	Années										
	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Cas	4086	2888	2257	1445	1084	937	989	776	459	414	381
Taux (‰) . . .	7,3	5,1	4,0	2,6	2,0	1,7	1,8	1,4	0,9	0,8	0,76

4. COMMENTAIRES

Les variations du nombre de malades sidéens sont difficilement explicables, elles sont le reflet des contaminations antérieures.

La baisse des cas de nouvelles séropositivités, parallèle à celles des MST semble par contre réelle. Il n'y a pas de sélection sérologique des appelés et les conduites à risques ont toujours conduit à des exemptions (toxicomanie intraveineuse avérée, homosexualité affirmée). Quant aux militaires de carrière, les critères de sélection n'ont pas varié depuis plusieurs années et il est difficile d'imaginer que les critères de sélection des candidats à l'engagement vis-à-vis du statut VIH aient évolué « subjectivement » vers plus de sévérité depuis 1986.

La fréquence de la contamination outre-mer est évidente, mais il est difficile de la chiffrer exactement, la sérologie au retour étant seulement proposée et souvent non faite. La sérologie au départ est un reflet partiel de cette contamination outre-mer car ce sont souvent les mêmes sujets qui partent. Il peut exister un autre biais de sous-estimation, lié au fait que les sujets se sachant séropositifs refusent le test ou ne soient pas candidats pour partir. Ce biais doit exister mais son importance est faible, car les refus sont exceptionnels. Il est néanmoins envisagé de quantifier le risque de contamination en fonction de la répétition des départs et de la durée des séjours.

La sérologie nécessaire pour évaluer l'aptitude au départ outre-mer peut poser quelques problèmes de confidentialité car il faut expliquer à l'entourage l'inaptitude, mais ce problème se pose aussi pour d'autres pathologies et pour d'autres inaptitudes. De plus, la séronégativité est un argument fort pour inciter à des conduites de prévention chez des militaires qui en majorité souhaitent effectuer des séjours outre-mer.

Par rapport à ces résultats, il est difficile de faire la part respective des progrès constatés entre les actions menées par les armées dans la prévention

du Sida et celles menées par les différents acteurs en France. Néanmoins le service de santé des armées a très tôt engagé une politique de prévention qui s'articule sur trois volets : l'éducation pour la santé, la formation des formateurs et le préservatif. Parmi les actions spécifiques dirigées plus particulièrement vers les appelés et les militaires partant en mission outre-mer, il faut citer :

- la distribution dès 1986 de préservatifs pour les militaires partant outre mer (cent mille distribués en 1987, un million par an actuellement) et à partir de 1995 la distribution de 10 préservatifs à chaque appelé incorporé avec une notice d'emploi et un dépliant d'informations « Réveillez-vous », ainsi que la généralisation des distributeurs de préservatifs dans tous les établissements militaires;
- la réalisation de documents audiovisuels (*Attention Sida* en 1988, *Soucis d'amour* en 1991, *Sida propos* en 1996-1997);
- la mise en place de stages de formation à la communication sur le thème des MST/Sida. Mais le risque que constitue un séjour en pays tropical pose un problème d'adaptation des mesures de prévention à cette population.

CONCLUSION

Malgré les résultats encourageants obtenus, la vigilance doit rester de rigueur. Il importe donc de poursuivre les actions de prévention actuelles et d'en proposer de nouvelles. Pour cet objectif il faut définir des populations cibles plus spécifiques (candidats au départ outre-mer par exemple) et adapter les actions de prévention à leur intention.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] ABGRALL J. AUZANNEAU G., REY J.L., EONO Ph. - **Données épidémiologiques sur l'infection à VIH chez le personnel militaire français.** - Congrès Intern. Méd. milit., Pékin 1996
- [2] REY J.L., EONO P., MORLAIN B., LEGUÉNÉDAL R., MÉROUZE F., LE MOAL J.J., BOUTIN J.P., LAMARQUE D., LEMARDELEY P., GERMANETTO P., SPIEGEL A., PORTRON J.M., DELOLME H.G., AUZANNEAU G. - **Évolution des maladies sexuellement transmissibles (MST) dans les armées.** - BEH n° 14/1996, 65-66.

Remerciements : Les auteurs remercient tous les acteurs de la surveillance épidémiologique dans les armées.

LE POINT SUR...

PRÉVALENCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES* DANS LES HÔPITAUX DES ARMÉES EN 1996**

R. MIGLIANI (1), J.-D. CAVALLO (1), A. SPIEGEL (1), F. SCUOTTO (1),
H. DELOLME (2), J. ABGRALL (3), Y. BUISSON (4)

INTRODUCTION

En 1996, pour la deuxième année consécutive, une enquête de prévalence des infections nosocomiales (IN) a été organisée dans les 9 hôpitaux d'instruction des armées (HIA), hôpitaux dotés de plus de 250 lits et d'un plateau technique étendu, et les 11 centres hospitaliers des armées (CHA), dotés de moins de 250 lits. Deux de ces CHA sont situés outre-mer (Tahiti et Djibouti). L'objectif de cette enquête était d'évaluer la prévalence des IN pour en déduire des actions prioritaires de lutte et vérifier l'impact des mesures déjà mises en œuvre.

MÉTHODE

Il s'agissait d'une enquête transversale réalisée entre le 22 mai et le 13 juin 1996, sur une durée de un ou deux jours, selon la même méthode qu'en 1995 [1]. Pour chaque patient, dans chaque service, les informations suivantes ont été recueillies par une équipe d'enquêteurs externes : données administratives, score de gravité de l'*American Society of Anesthesiologists* (ASA), présence de dispositifs invasifs le jour de l'enquête et dans les 7 jours précédents, nature des anti-infectieux prescrits le jour de l'enquête, IN(s) éventuellement présente(s) en précisant le site anatomique et le (ou les) agent(s) responsable(s). Les définitions des infections nosocomiales utilisées sont celles du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (juin 1992). Après

confirmation du diagnostic d'infection nosocomiale, les données collectées, sur une fiche standardisée, ont été saisies de façon anonyme et analysées avec le logiciel Epi-Info version 6.03.

RÉSULTATS

Le nombre de patients présents était de 3269, dont 2677 (82 %) présents depuis au moins 48 heures. L'âge moyen était de 43,8 ans, l'âge médian de 37 ans, avec une amplitude de 0 à 99 ans. 76 % des hospitalisés étaient de sexe masculin et 45 % étaient militaires. Les autres caractéristiques des patients selon le type d'hôpital sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1. - Caractéristiques des patients hospitalisés
selon le type d'hôpital en 1996 (CHA < 250 lits et HIA > 250 lits)

Patients	CHA n = 946 (1)	HIA n = 2323 (1)	Total n = 3269 (1)
Âge médian	24 ans	46 ans	37 ans
Sexe masculin	%	%	%
Militaires	84,9	72,8	76,3
Scores ASA > 2	66,7	36,1	44,9
Déficiences immunitaires	7,9	31,5	25,0
Dispositif invasif (2) :	4,7	14,9	11,9
- au moins un dispositif invasif	27,5	45,5	40,3
- cathéter périphérique	24,9	36,9	33,4
- cathéter central	1,9	9,6	7,4
- cathéter intra-artériel	0,5	2,4	1,9
- sondage urinaire	2,9	9,6	7,7
- abord trachéal	2,4	5,5	4,6
Interventions chirurgicales	21,3	30,3	27,6
Interventions classe contamination > II	10,8	14,2	13,4
Sujets avec au moins un anti-infectieux	13,8	19,3	17,9

(1) Nombre d'hospitalisés le jour de l'enquête.

(2) Le jour de l'enquête ou lors des 7 jours précédents.

* Organisation de l'enquête : D. Baudon, J. Bougère, J.-P. Boutin, P. Colbacchini, P. Darodes de Taillay, P. Germanetto, V. Hervé, L. Hugard, J.-A. Husser, D. Larnarque, A. Leguellec, Leguénédal, J.-J. Lemoal, F. Mérouze, Y. Muzellec, E. Nicand, H.-J. Pucheu, B. Ruhe, R. Teyssou, J. Thierry.

** Hôpitaux participants : hôpitaux d'instruction des armées : Bégin (Saint-Mandé), Clermont-Tonnerre (Brest), Desgenettes (Lyon), Legouest (Metz), Percy (Clamart), Laveran (Marseille), Robert-Picqué (Bordeaux), Sainte-Anne (Toulon), Val-de-Grâce (Paris). Centres hospitaliers des armées : Baudens (Bourges), Bayen (Châlons-sur-Marne), Bouffard (Djibouti), Calmette (Lorient), Forge (Lamallou), Jean-Prince (Papeete), Larrey (Toulouse), Le Bas (Cherbourg), Lyautey (Strasbourg), Scribe (Lille), Vincent (Dijon).

(1) HIA Bégin, Saint-Mandé; (2) HIA Desgenettes, Lyon; (3) Direction centrale du service de santé des armées, Paris; (4) HIA du Val-de-Grâce, Paris.