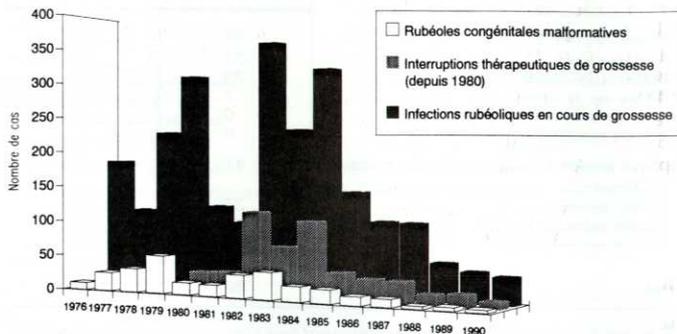


La figure 4 présente la synthèse, de 1976 à 1990, des cas recensés par le réseau RENARUB.

Figure 4. — Nombre de cas de rubéole congénitale, d'infection rubéolique en cours de grossesse et d'interruption thérapeutique de grossesse France 1976-1990



Source : Réseau RENARUB. L.N.S.

Il est à noter que la majorité des primo-infections sont survenues chez des femmes ayant déjà connu au moins 1 grossesse (16/21 cas). La plus grande vigilance vaccinale s'impose donc chez la femme en âge de procréer dont la sérologie est négative chaque fois qu'elle est en contact avec une structure de soins ou de prévention. Ainsi, lors du séjour à la maternité, l'équipe soignante peut jouer un rôle primordial en informant les jeunes mères sur leurs résultats sérologiques et en proposant la vaccination à celles non immunisées, avant leur sortie de la maternité.

Au vu de ces résultats, 1990 est une année de très faible incidence. Sans doute, doit-on y voir l'impact de la politique actuelle de vaccination contre la rubéole. Cette politique recommande la vaccination des nourrissons des 2 sexes à laquelle doit, bien entendu, être associée celle des filles de 11-13 ans et des femmes en âge de procréer qui ont échappé à la vaccination. Pour protéger les femmes n'ayant jamais été vaccinées et empêcher la survenue des réinfections après vaccination, il est indispensable d'atteindre un taux de couverture vaccinale suffisant chez les enfants afin de stopper la circulation du virus.

La rubéole évoluant de façon cyclique, une surveillance étroite doit être maintenue. Le réseau « RENARUB » est l'un des outils de cette surveillance et permettra de mesurer l'efficacité des mesures prophylactiques prises à l'égard de la rubéole.

Liste des laboratoires

Centre hospitalier, Belley. Laboratoire Gambetta, Cannes. Centre hospitalier Lénval, Nice. UER médecine, Nice. Hôpital La Timone, Marseille. Laboratoire Nguyen-Trong-Thu, Caen. C.H.U., Caen. SCP Lajoinie-Caubel, Aurillac. Centre hospitalier, La Rochelle. Centre hospitalier, Ajaccio. Centre hospitalier, Paimpol. C.H.U., Besançon. Laboratoire Boudet, Pacy-sur-Eure. Centre hospitalier, Chartres. C.H.R., Brest. Centre hospitalier, Bagnols-sur-Cèze. C.H.U. Gaston-Doumergue, Nîmes. C.H.U. Ranguel, Toulouse. C.H.U. Purpan, Toulouse. Laboratoire Laspougeas, Mauvezin. Laboratoire A.R.A.Q., Bordeaux. Laboratoire R.V.M.R.D.C.B.L.C., Bordeaux. Hôpital Pellegrin, Bordeaux. Centre hospitalier, Béziers. Hôpital Saint-Charles, Montpellier. C.H.U. Pontchaillou, Rennes. Laboratoire Origet, Tours. C.H.U. Bretonneau, Tours. C.H.U. A.-Michallon, Grenoble. Laboratoire Plantier, Bourgoin-Jallieu. Laboratoire Carrère, Saint-Paul-lès-Dax. Bureau d'hygiène, Saint-Étienne. Laboratoire Puech, Saint-Étienne. C.H.U., Saint-Priest-en-Jarez. Laboratoire Luitaud-Achard, Brioude. C.H.U. Hôtel-Dieu, Nantes. Laboratoire Trichereau, Nantes. Centre hospitalier, Gien. C.H.R., Orléans. Laboratoire Olivot-Mariotti, Agen. Centre hospitalier, Avranches. Centre hospitalier, Cherbourg. Hôpital Robert-Debré, Reims. Laboratoire médico-biologique, Nancy. Maternité A.-Pinard, Nancy. Laboratoire Valentin, Frouard. C.H.U. Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy. S.C.P. Laboratoire Rouper, Lazare-et-Scheppeler, Metz. C.H.R., Thionville. Laboratoire Artus-Goudaert-Douchy, Cambrai. Laboratoire Dron-Lavieville, Gravelines. Laboratoire Houriez-Momal-Brauge, Valenciennes. C.H.R., Lille. Hôtel-Dieu, Valenciennes. Centre hospitalier, Compiègne. Centre hospitalier, Alençon. Laboratoire Valtille, Bruay-en-Artois. Hôpital Saint-Jacques, Clermont-Ferrand. Laboratoire Fayet-Kasselis, Pau. Centre hospitalier, Pau. Faculté de médecine, Strasbourg. C.H.R. Louis-Pasteur, Colmar. C.H.U. Debrousse, Lyon. Institut Pasteur, Lyon. Fondation Marcel-Mérieux, Lyon. Université Claude-Bernard, Lyon. Laboratoire Sayssat, Echenoz-la-Méline. Centre hospitalier Paul-Morel, Vesoul. Hôtel-Dieu, Paris. Hôpital des armées Val-de-Grâce, Paris. Hôpital Saint-Louis, Paris. Hôpital Trousseau, Paris. G. H. Pitié-Salpêtrière, Paris. Institut Alfred-Fournier, Paris. Sainte-Anne, Paris. Institut Pasteur, Paris. Hôpital Lariboisière, Paris. Institut de puériculture, Paris. Hôpital Saint-Vincent-de-Paul, Paris. Hôpital Notre-Dame-de-Bon-Secours, Paris. Hôpital Boucicaut, Paris. Hôpital Claude-Bernard, Paris. Hôpital Robert-Debré, Paris. Laboratoire du Châtelet, Rouen. Hôpital Charles-Nicolle, Rouen. Centre hospitalier, Nemours. Laboratoire de la Noue-de-Bussy, Meaux-Beauval. Centre hospitalier, Versailles. Centre hospitalier, Abbeville. Hôpital Sud, Amiens. Centre hospitalier, Albi. Laboratoire A.-et-C.-Carayon, Mazamet. Laboratoire Couston-Bleuven, Albi. Laboratoire Odent-Fourcade, Gaillac. Laboratoire Meire-Aimon-Meire, Châtelleraut. Cité hospitalière, Poitiers. Hôpital Dupuytren, Limoges. Laboratoire Raby-Cheyroux, Limoges. Laboratoire Loiseau-Dehenry, Sens. Hôpital Ambroise-Paré, Boulogne. Hôpital Antoine-Béclère, Clamart. Hôpital Américain, Neuilly-sur-Seine. Centre hospitalier, Aulnay-sous-Bois. Hôpital Avicenne, Bobigny. C.H.L., Montreuil-sous-Bois. C.H.U., Le Kremlin-Bicêtre. Hôpital Saint-Camille, Bry-sur-Marne. Hôpital intercommunal, Créteil. C.H. Victor-Dupouy, Argenteuil. Laboratoire Cerba, Cergy-Pontoise. Hôpital René-Dubois, Pontoise. Centre hospitalier, Pointe-à-Pitre. Centre hospitalier, Saint-Denis-de-la-Réunion. Centre hospitalier, Saint-Laurent-du-Maroni. C.H.T. de Mamao, Papeete.

ENQUÊTE

POLITIQUE DE SÉRODÉPISTAGE DU V.I.H. CHEZ LA FEMME ENCEINTE

C. DU MAZABRUN *, J. PARIS-LLADO *, E. COUTURIER **, Y. BROSSARD ***,
C. LARSEN **, J.-B. BRUNET **, G. BREART *

1. INTRODUCTION

Depuis 1988, les responsables de Santé publique ont incité les médecins à proposer un dépistage du V.I.H. dans certaines circonstances de la vie : le mariage, la grossesse et l'hospitalisation. Ce test doit être soumis à l'accord préalable des patients selon les recommandations du Conseil national d'éthique et du Conseil de l'Ordre des médecins.

Pour pallier le manque de données sur les pratiques de séroépistage du V.I.H. au moment où se renforçait le débat sur la nécessité de rendre le dépistage obligatoire dans des groupes particuliers, nous souhaitons interroger les responsables médicaux des services d'hospitalisation sur leur politique de séroépistage du V.I.H.

L'opportunité de l'étudier chez la femme enceinte a été donnée à l'occasion de la réalisation de l'enquête PREVAGEST [1] dont l'objectif était de connaître l'étendue et la progression de l'infection à V.I.H. chez les femmes enceintes.

Nous donnons ici les résultats de l'analyse des questionnaires adressés aux responsables médicaux. Ils seront suivis des résultats de la 2^e partie de l'enquête PREVAGEST, destinée à recueillir au moyen d'un autoquestionnaire remis aux femmes des informations sur la connaissance qu'elles avaient des tests de séroépistage qui leur étaient pratiqués et des circonstances dans lesquelles ils avaient été réalisés.

2. MÉTHODE

Les responsables médicaux de tous les services recevant des femmes enceintes terminant une grossesse, (services de gynécologie-obstétrique, centres d'I.V.G. et services de chirurgie faisant des I.V.G.), situés dans 4 départements de la région parisienne, Ville de Paris, Val-de-Marne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis ont été sollicités en juin 1991, pour répondre à un questionnaire postal. En cas de non-retour du questionnaire dans les 15 jours, 2 relances ont été faites.

Le questionnaire comportait 2 parties bien distinctes : la 1^{re} concernait la politique de séroépistage V.I.H. adoptée par les médecins du service en consultation prénatale, la 2^e concernait la politique adoptée pour les femmes venant consulter pour I.V.G. Selon le type de service, le médecin responsable répondait à l'un ou l'autre, ou aux 2 questionnaires. Les questions posées permettaient de connaître :

- 1° Le statut et l'importance de l'établissement, le nombre de médecins, l'activité du service;
- 2° La politique de séroépistage du V.I.H. adoptée, si elle était commune à tous les médecins du service, ou laissée à la libre appréciation de chacun d'eux;
- 3° Le type de séroépistage :
 - systématique,
 - systématiquement proposé,
 - ciblé sur les facteurs de risque,
 - fait à la demande de la femme,
 - ou si aucun séroépistage n'était pratiqué;
- 4° La prise en compte des tests antérieurement effectués;
- 5° L'existence d'une prise en charge spécifique des femmes enceintes séropositives.

* Unité de recherches épidémiologiques sur la santé des femmes et des enfants, U 149-INSERM, 123, boulevard de Port-Royal, 75014 Paris.

** Centre européen pour la surveillance épidémiologique du SIDA, hôpital de Saint-Maurice.

*** Centre d'hémiobiologie périnatale, hôpital Saint-Antoine, 53, boulevard Diderot, 75012 Paris.

3. RÉSULTATS

131 services ont répondu sur un total de 152, soit un taux de participation de 86 %. Ils se répartissent en 13 services qui ont des consultations prénatales mais ne font pas de consultations pour I.V.G., en 42 services qui ont des consultations pour I.V.G. seulement, et 76 services qui reçoivent des patientes en consultations prénatales ou en vue d'une I.V.G.

Globalement dans les 4 départements de l'enquête le pourcentage de non-réponses est le même en secteur public qu'en secteur privé mais leur répartition géographique diffère, les non-réponses du public proviennent toutes d'établissements situés à Paris. Les non-réponses des établissements privés se répartissent selon les mêmes proportions dans les 4 départements d'enquête, mais dans 70 % des cas il s'agissait de services qui pratiquaient des I.V.G. et pas d'accouchement.

Sur l'ensemble des services ayant répondu, le nombre des établissements publics est inférieur à celui des établissements privés. Dans notre échantillon les établissements publics effectuent la moitié des accouchements et environ un tiers des interruptions de grossesses (tabl. 1). Ceci est conforme au rapport public/privé, de l'activité de la totalité des services de ces mêmes départements, connu par les statistiques officielles.

Tableau 1. — Statut des services et poids de leur activité

	Service de consultation prénatale			Service d'I.V.G.		
	n	%	m*	n	%	m**
Public	30	34		36	31	
CHU	17	19	1 788	21	18	342
CHG	9	10	1 326	9	8	286
Autres	4	5	619	6	5	229
Privé	59	66		82	69	
Clinique ouverte	28	31	828	41	35	302
Clinique non ouverte	30	34	875	36	30	225
Non spécifié	1	1	—	5	4	—
Total	89			118		

* Nombre moyen d'accouchements par an.

** Nombre moyen d'I.V.G. par an.

Les politiques de dépistage du V.I.H. des services ont été analysées séparément pour les 89 services qui ont des consultations prénatales et pour les 118 services qui ont des consultations pour I.V.G.

4. POLITIQUES ADOPTÉES DANS LES 89 SERVICES DE CONSULTATIONS PRÉNATALES

Types de politiques (tabl. 2)

Dans 54 % des services une politique commune à l'ensemble des prescripteurs est adoptée, c'est dans 30 % de ces cas un dépistage systématique, dans 23 % un dépistage systématiquement proposé et dans 1 % le dépistage est ciblé sur des facteurs de risque. Aucun de ces services ne pratique un dépistage « à la demande des femmes » et ils proposent tous un séro-dépistage.

Dans 46 % des cas, il n'y a pas de politique commune au service, chaque prescripteur décidant de sa propre politique, mais dans 26 % de ces services les 2 seules options prises par les prescripteurs sont le dépistage systématique ou le dépistage systématiquement proposé, dans les 20 % des services restant, les prescripteurs pratiquent les différentes options de politique de dépistage, ils font essentiellement un dépistage ciblé sur le risque. Aucun responsable n'a considéré qu'il existait dans son établissement des médecins qui ne pratiquaient pas le séro-dépistage.

Sur l'ensemble des services de consultations prénatales, c'est donc au moins, 79 % des services (ils font 80 % des accouchements), qui pratiquent l'une ou l'autre des 2 politiques, systématique ou systématiquement proposée, les autres faisant un dépistage ciblé sur le risque.

Demande d'accord

Malgré ce que sous-entendent, en terme de demande d'accord, les options de politique de dépistage, systématique ou systématiquement proposé, une question a été posée pour savoir si l'accord de la femme était effectivement demandé.

Globalement, 47 % des services pratiquant le dépistage systématique ou systématiquement proposé, demandent explicitement l'accord de la femme avant de pratiquer le test.

Tableau 2. — Types de politiques de séro-dépistage du V.I.H. adoptées dans les 89 services de consultations prénatales

	Service	
	n	%
Politique commune	48	54
Systématique	27	30
Systématiquement proposée	20	23
Ciblée sur le risque	1	1
À la demande des femmes	0	—
Pas de séro-dépistage	0	—
Politique laissée à l'appréciation des médecins	41	46
Systématique ou systématiquement proposée, seules*	23	26
Toutes autres options**	18	20
Pas de séro-dépistage	0	—
Total	89	100

* Services dans lesquels les médecins pratiquent tous l'une ou l'autre de ces 2 options.

** Services dans lesquels les médecins pratiquent l'une ou l'autre de toutes les options suivantes : soit dépistage systématique, systématiquement proposé, ciblé sur le risque, à la demande des femmes.

Dans les établissements où le dépistage est fait de manière systématique, l'accord est demandé dans 33 % des services et varie selon les prescripteurs dans 26 % des centres.

Si le dépistage est systématiquement proposé, l'accord est demandé dans 80 % des services, et varie selon les prescripteurs dans 15 % des centres.

Dans les établissements où la politique est laissée à l'appréciation de chaque médecin, si le dépistage est systématique ou systématiquement proposé, l'accord est demandé dans 35 % des services et varie selon les prescripteurs dans 39 % des centres.

Dans les autres cas l'accord n'est pas demandé.

Prise en compte des tests déjà réalisés

La possibilité laissée à la femme de consulter pour sa grossesse différents intervenants peut faire craindre une répétition des tests de dépistage. Ce risque existe dans 26 % des services où la politique de dépistage s'applique quels que soient les tests déjà faits.

Politique spécifique liée au « risque » et « haut risque »

On a interrogé les responsables médicaux pour savoir s'ils avaient un questionnaire ou interrogatoire type pour repérer les femmes à « risque », 8 % de l'ensemble des services disent en avoir, mais ce sont tous des services pratiquant un dépistage systématique ou systématiquement proposé.

Si la femme est séronégative à « haut risque », 76 % des services répètent les tests au cours de la grossesse, et 49 % mettent en œuvre des investigations chez le partenaire de la femme.

Communication du résultat des tests

La majorité des établissements (75 %) donne à la femme le résultat de son test, qu'il soit positif ou négatif, 17 % des services disent ne communiquer le résultat qu'en cas de séropositivité, dans les autres établissements les résultats sont donnés ou non, en fonction des médecins.

Information et suivi des grossesses des femmes séropositives

74 % des services disent avoir découvert des séropositivités chez leurs patientes, ils sont 71 % à assurer la surveillance de la grossesse des femmes séropositives et seulement 54 % à organiser une information spécifique pour renseigner les femmes séropositives sur leur infection, 49 % assurant à la fois la surveillance spécifique et l'information.

5. POLITIQUES ADOPTÉES DANS LES 118 SERVICES FAISANT DES I.V.G.

Sur les 118 services qui font des I.V.G., 2 n'ont pas dit quelle était leur politique de séro-dépistage du V.I.H., 31 % ont une politique commune, c'est dans 14 % des cas un dépistage systématique, dans 11 % un dépistage systématiquement proposé, dans 3 % un dépistage ciblé sur les facteurs de risque, dans 1 % des cas le dépistage est fait à la demande des femmes, 2 % des services disent ne pas pratiquer de séro-dépistage (tabl. 3).

Tableau 3. — Types de politiques de sérodepistage du V.I.H. adoptées dans les 118 services faisant des I.V.G.

	Service	
	n	%
Politique commune	36	31
Systématique	17	14
Systématiquement proposée	13	11
Ciblée sur le risque	3	3
À la demande des femmes	1	1
Pas de sérodepistage	2	2
Politique laissée à l'appréciation des médecins	80	67
Systématique ou systématiquement proposée, seules *	14	12
Toutes autres options **	55	46
Pas de sérodepistage	1	9
Non spécifié	2	2
Total	118	100

* Services dans lesquels les médecins pratiquent tous l'une ou l'autre de ces 2 options.
 ** Services dans lesquels les médecins pratiquent l'une ou l'autre de toutes les options suivantes : soit dépistage systématique, systématiquement proposé, ciblé sur le risque, à la demande des femmes.

Dans 67 % des cas il n'y a pas de politique commune au service, 12 % d'entre eux pratiquent pour seules options, le dépistage systématique ou systématiquement proposé, et 46 % appliquent les différentes options de politique de dépistage, ils font essentiellement un dépistage ciblé sur le risque (presque 50 % de ces services précisent qu'ils ont un questionnaire type); 9 % des services disent ne pratiquer aucun sérodepistage du V.I.H.

C'est donc au moins 37 % de l'ensemble des services faisant des I.V.G. qui pratiquent l'une ou l'autre des 2 politiques, systématique ou systématiquement proposée, l'autre alternative étant essentiellement un dépistage ciblé sur le risque.

Demande d'accord

Globalement, 43 % des services qui pratiquent le dépistage systématique ou systématiquement proposé demandent explicitement l'accord de la femme avant de faire le test.

Dans les établissements où la politique est commune, en cas de dépistage systématique, l'accord est demandé dans 29 % des services et varie selon les prescripteurs dans la même proportion.

En cas de dépistage systématiquement proposé, l'accord est demandé dans 69 % des centres et varie selon les prescripteurs dans 23 % des centres.

Dans les établissements où le dépistage est laissé à l'appréciation des médecins, si le dépistage est systématique ou systématiquement proposé l'accord est demandé dans 36 % des cas et varie selon les prescripteurs dans 43 % des centres.

Dans tous les autres cas l'accord n'est pas demandé.

Prise en compte des tests déjà réalisés

26 % des services appliquent leur politique de dépistage quels que soient les tests déjà faits pour cette même grossesse, ce pourcentage est identique à celui observé pour les services de consultations prénatales.

Communication des résultats des tests

Dans 60 % des services le résultat des tests est communiqué à la femme quel que soit son statut sérologique, dans 22 % des services le résultat n'est donné qu'en cas de séropositivité, dans les autres services la décision d'informer ou non est laissée à l'appréciation des médecins.

6. DISCUSSION. CONCLUSION

Aucun service de consultations prénatales dit ne pas pratiquer de dépistage, 79 % de ces services font un dépistage systématique ou systématiquement proposé; dans les autres services, ce dépistage est essentiellement basé sur la recherche de facteurs de risque. L'enquête « 9 maternités » [2] a montré que les femmes séropositives jamais dépistées à l'arrivée dans le service

pouvaient être repérées en quasi-totalité par un questionnaire sur les facteurs de risque. En effet, près de 75 % d'entre elles présentent un des facteurs de risque repéré par l'autoquestionnaire rempli avant la consultation. Ainsi, on peut considérer que l'ensemble des femmes faisant suivre leur grossesse est en situation d'avoir un dépistage.

Il n'en est pas de même dans les services où les femmes consultent en vue d'une I.V.G., 9 % des services qui feront l'intervention disent ne pas pratiquer de dépistage mais le questionnaire ne permettait pas de savoir si ces praticiens avaient cette attitude parce qu'ils déléguaient le dépistage au médecin traitant. L'enquête PRÉVAGEST [1] a montré que la séroprevalence des femmes venues pour I.V.G. est de 7,0 %, alors qu'elle est de 2,8 % chez les femmes qui ont accouché, ceci montre que c'est auprès de la première population plus exposée que les efforts doivent être faits afin que tous les cas de séropositivité puissent être dépistés.

L'objectif de la demande de consentement est de responsabiliser la femme et le médecin face à la prévention de la maladie. Globalement la demande d'accord n'est habituelle que dans moins de la moitié des services où les femmes consultent pendant leur grossesse. Cette demande ne suit pas rigoureusement la logique attendue du dépistage systématique ou systématiquement proposé traduisant le flou de ces notions; toutefois, les résultats montrent l'intérêt d'inciter au dépistage systématiquement proposé plutôt que systématique ou obligatoire puisqu'ils s'accompagnent d'une demande d'accord dans, au minimum, 80 % des cas pour les consultations prénatales, et dans 69 % des cas pour les consultations d'I.V.G.

Le risque de voir les tests se répéter pendant la grossesse est le même quels que soient les services et varie très peu selon leur appartenance; on peut considérer qu'il existe dans 1/4 des services. Donner le résultat du test peut être le moment privilégié pour parler sans angoisse de la contamination et de sa prévention en dehors des cas dramatiques de séropositivité. Prendre en considération les tests antérieurs pratiqués parfois à l'extérieur de l'établissement pourrait éviter les retestages inutiles en l'absence de haut risque. Dans 1/4 des cas en consultation prénatale et dans 1/3 des cas en services faisant des I.V.G., les résultats ne sont pas donnés.

Cette étude montre que pour la quasi-totalité des femmes enceintes une politique de sérodepistage est appliquée; par conséquent, le passage au caractère obligatoire permettrait vraisemblablement d'augmenter très peu le nombre de cas dépistés. Une évaluation pourrait en être faite par la connaissance du nombre d'enfants nés à partir de 1991 découverts séropositifs alors que la séropositivité de la mère était inconnue.

Cette étude montre également que le passage au caractère obligatoire risquerait de modifier la pratique en ce qui concerne les explications et les résultats fournis; on voit en effet qu'une politique de dépistage systématique s'accompagne moins souvent de demande d'accord et moins souvent de communication de résultats. Ceci conduit à penser que, en cas d'examen obligatoire, la réalisation du test se ferait sans explication particulière, ce qui est l'élément important de la politique de dépistage préconisée.

Pour les I.V.G., la situation est différente dans la mesure où le dépistage ne couvre pas toute la population; il pourrait être fait des recommandations au dépistage dans ces centres.

Remerciements

Cette étude a été réalisée dans le cadre de l'enquête PRÉVAGEST financée par l'ANRS.

Nous remercions les responsables médicaux de tous les services ayant participé à l'enquête PRÉVAGEST pour l'intérêt qu'ils ont aussi porté à « l'enquête établissement » en remplissant le questionnaire.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] E. COUTURIER, Y. BROSSARD, C. LARSEN, M. LARSEN, C. DU MAZAUBRUN, J. PARIS-LLADO, R. GILLOT, J. HUCHET, R. HENRION, G. BREART, J.-B. BRUNET. — **Prévalence de l'infection V.I.H. chez les femmes enceintes de la région parisienne**. Une enquête anonyme non corrélée : *PREVAGEST. B.E.H.* n° 33/1991.
 [2] Enquête « 9 Maternités ». Collectif Paris-Tours. — **L'infection V.I.H. chez la femme enceinte en région parisienne**. Centre d'hémodiologie périnatale. Paris, rapport d'étude n° 9/1990.