

ENQUÊTE

INFECTION À V.I.H. CHEZ LA FEMME ENCEINTE RÉSULTATS D'UNE ENQUÊTE MULTICENTRIQUE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

R. HENRION, E. HENRION-GÉANT, L. MANDELBROT (Clinique universitaire Port-Royal)

INTRODUCTION

Une enquête multicentrique nationale a été entreprise depuis 1987. Elle vise à apprécier sur le territoire métropolitain l'importance même approximative de l'épidémie de l'infection à V.I.H. chez les femmes enceintes. Notre intention était, en comparant les réponses obtenues dans les mêmes services de gynécologie-obstétrique, pendant trois années consécutives, de juger d'une éventuelle extension de l'infection, de préciser les régions contaminées, de connaître les modes de contamination et leur évolution, mais aussi d'évaluer la proportion de services proposant systématiquement une recherche d'anticorps anti-V.I.H. aux femmes enceintes.

POPULATION ET MÉTHODES

L'enquête a été conduite dans 216 services de gynécologie-obstétrique (191 publiques et 25 privés) en 1987, 1988 et 1989. 4 services supplémentaires ont été inclus en 1988 et 1989.

Cette enquête a consisté à adresser par la poste un questionnaire trimestriel comportant la notion de test de dépistage des anticorps anti-V.I.H. systématiquement proposé ou non, le nombre de femmes séropositives qui avaient eu un accouchement, une interruption de grossesse médicale dite thérapeutique en raison de la séropositivité, une interruption volontaire de grossesse (I.V.G.), un avortement spontané et à partir de 1988 une grossesse extra-utérine.

Tout résultat qui n'était pas envoyé ou semblait insolite faisait l'objet d'un appel téléphonique dans les services correspondants.

RÉSULTATS

Le nombre d'accouchements dans les services ayant répondu à l'enquête représente environ 38 % des accouchements faits en France (37,8 % en 1987, 38,8 % en 1988, 38,7 % en 1989).

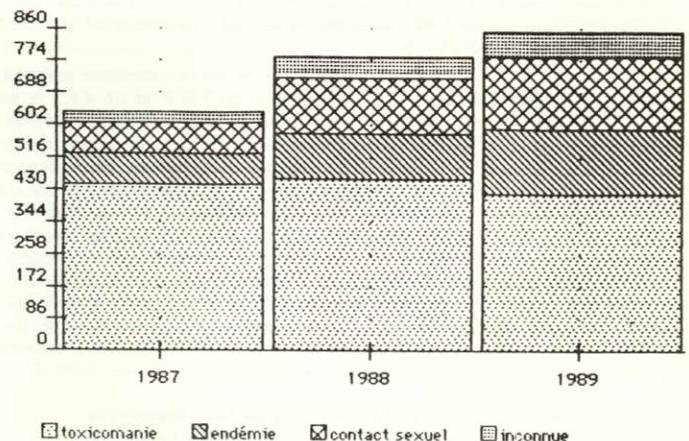
Le nombre d'accouchements effectués dans les services contactés par rapport au nombre total d'accouchements dans la région considérée (statistique I.N.S.E.E. 1985) varie de 9 % dans le Poitou-Charentes à 55 % en Île-de-France (76 % à Paris) en 1987.

Le nombre de cas de femmes séropositives ayant accouché ou ayant eu une interruption dite thérapeutique de grossesse, une interruption volontaire, un avortement spontané ou une grossesse extra-utérine dans ces maternités, a été de 710 en 1987, 816 en 1988 et 871 en 1989. On peut noter de grandes différences régionales. Les régions où sont signalés le plus de cas sont l'Île-de-France, la Provence-Côte d'Azur, le Midi-Pyrénées et l'Aquitaine; celles où sont rapportés le moins de cas étant l'Alsace, la Champagne, la Picardie et la Franche-Comté. En Île-de-France, le nombre de cas diminue nettement dès qu'on s'éloigne de Paris intra-muros. Si l'on rapporte le nombre de femmes séropositives signalées dans cette région en 1989 au nombre d'accouchements, la différence est nette : 0,95 % à Paris, 0,43 % dans les départements de la petite couronne, 0,25 % dans le reste de l'Île-de-France.

Pendant le même temps, le pourcentage de services dans lesquels a été proposé un dépistage systématique a nettement augmenté, puisqu'il est passé de 19,9 % en 1987 à 41,4 % en 1988 et 65 % en 1989. Les principaux

groupes de transmission sont la toxicomanie et les contacts sexuels. Mais alors qu'on note une certaine stabilité des grossesses chez des femmes contaminées par la toxicomanie (442 en 1987, 461 en 1988, 420 en 1989), on constate une augmentation nette des grossesses survenant chez des femmes contaminées par voie sexuelle (86 en 1987, 150 en 1988, 193 en 1989), ainsi qu'une augmentation du nombre des femmes enceintes africaines contaminées (80 en 1987, 119 en 1988, 171 en 1989) [fig. 1].

Figure 1. — Répartition des cas de séropositivité chez la femme enceinte par groupe de transmission et par année
Nombre de cas



On observe une diminution relative, progressive et continue, de la part de la toxicomanie qui représentait 66,4 % en 1987, 57 % en 1988, 48,2 % en 1989 dans l'ensemble des causes de contamination. Elle coïncide avec une augmentation du pourcentage des cas de séropositivité découverts chez les migrantes africaines : 12 % en 1987, 14,7 % en 1988 et 19,6 % en 1989, ainsi qu'avec une augmentation des contaminations par voie sexuelle qui a presque doublé en 3 ans, s'élevant de 12,9 % en 1987 à 18,5 % en 1988 et 22,2 % en 1989 (tabl. 1 et 2).

Tableau 1. — Répartition des cas de toxicomanie en Île-de-France et dans les autres provinces chez les femmes enceintes séropositives

	Île-de-France		Province	
	n	%	n	%
1987.....	225/350	64,3	217/316	68,7
1988.....	220/412	53,4	241/397	60,7
1989.....	187/471	39,7	233/400	58,2

Tableau 2. — Répartition des femmes enceintes africaines séropositives en Île-de-France et dans les autres provinces

	Île-de-France		Province	
	n	%	n	%
1987.....	60/350	17,1	20/316	6,3
1988.....	92/412	22,3	27/397	6,8
1989.....	135/471	28,7	36/400	9

Une analyse plus détaillée fait apparaître des tendances évolutives différentes entre l'Île-de-France et les autres provinces. La part de la toxicomanie diminue en Île-de-France, alors qu'elle est stable en province. Le nombre de femmes africaines infectées augmente beaucoup plus rapidement en Île-de-France qu'en province. La contamination sexuelle augmente parallèlement en Île-de-France et en province (tabl. 3). En définitive, la toxicomanie reste la cause d'infection par le virus V.I.H. la plus fréquente en province : 58,2 % en 1989, particulièrement dans la région Provence-Côte d'Azur, alors que la contamination sexuelle (endémie et sexe) est devenue dominante en Île-de-France : 51,6 %.

Tableau 3. — Répartition des cas de contamination sexuelle en Île-de-France et dans les autres provinces chez les femmes enceintes séropositives

	Île-de-France		Province	
	n	%	n	%
1987.....	43/350	12,3	43/316	13,6
1988.....	67/412	16,3	83/397	20,9
1989.....	108/471	22,9	85/400	21,3

En revanche, le pourcentage des cas transfusionnels a diminué tant en valeur absolue (28 cas en 1987, 27 en 1988, 20 en 1989) qu'en valeur relative (4,2 % en 1987, 3,3 % en 1988 et 2,3 % en 1989). Aucune contamination professionnelle ou insolite n'a été signalée. Quant au pourcentage des cas dans lesquels la cause de la contamination est inconnue, il s'est élevé progressivement, puisqu'il est passé de 30 en 1987 (4,5 %) à 52 en 1988 (6,4 %) et 67 en 1989 (7,7 %).

Le pourcentage d'accouchements paraît d'une assez remarquable stabilité, puisqu'il était de 44,4 % en 1987, de 41,3 % en 1988 et de 41,7 % en 1989. Si on élimine les interruptions volontaires de grossesse, les avortements spontanés et les grossesses extra-utérines, on peut considérer que le pourcentage d'accouchements par rapport aux interruptions de grossesse faites pour séropositivité reflète assez fidèlement les décisions prises par les femmes. Il est de 52,9 % en 1987, 48,8 % en 1988 et 49,2 % en 1989. On peut donc dire qu'une femme séropositive sur deux poursuit actuellement sa grossesse en France métropolitaine. En réalité, on remarque que la tendance est très différente en Île-de-France et dans les autres provinces. Le pourcentage des femmes qui ont accouché a toujours été un peu plus élevé en Île-de-France que dans les autres régions. Cette tendance s'est nettement accrue en 1989, puisque 58,9 % des femmes allaient au terme de leur grossesse en Île-de-France, alors qu'elles n'étaient que 38,2 % en province (tabl. 4).

Tableau 4. — Proportion de femmes enceintes séropositives poursuivant leur grossesse par rapport à celles qui l'interrompent en Île-de-France et dans les autres provinces

	1987	1988	1989
	%	%	%
Île-de-France.....	55,9	53,5	58,9
Province.....	49,2	43,3	38,2

DISCUSSION

L'augmentation du nombre de cas de femmes enceintes séropositives

Elle est lente et progressive. Son interprétation peut susciter quelques réserves. Elle peut être plus apparente que réelle. En effet, nous ne méconnaissons aucun des biais qui peuvent fausser les résultats de cette étude. L'un des principaux est la représentation prédominante des services hospitalo-universitaires ou généraux vers lesquels sont plus volontiers dirigées les femmes séropositives. Leur proportion par rapport aux cliniques privées a été de 87 % en 1987 et 87,2 % en 1988 et 1989. Ceci est aisément explicable lorsqu'on connaît l'organisation des cliniques où les résultats sont plus difficiles à colliger, chaque obstétricien étant indépendant. Un autre biais peut être la variabilité de la répartition des services selon les régions.

Ces biais peuvent être à l'origine d'une surestimation, de même que peut l'être l'extension des pratiques de dépistage dans les centres hospitaliers.

À l'opposé, un certain nombre d'arguments sont en faveur d'une sous-estimation. Parmi les services contactés, certains répondaient avec célérité et précision, d'autres avec retard et approximation en fonction de la perception de la gravité de l'épidémie par le chef de service et de son intérêt pour l'enquête. Dans ces derniers services, on peut imaginer que la recherche des groupes à risque n'était pas une préoccupation majeure. Dans l'enquête effectuée sous l'égide du Collège royal, des gynécologues et obstétriciens anglais portant sur 294 services, le test n'a pas été proposé dans 14 cas où les femmes se savaient déjà séropositives [1]. Par ailleurs un certain nombre de femmes toxicomanes ou mariées à des toxicomanes et se sachant séropositives ont volontairement retardé la survenue d'une grossesse au cours des dernières années, dans l'espoir de voir apparaître un traitement efficace. Il est difficile d'apprécier l'importance de cette auto-exclusion mais on sait qu'elle est l'une des explications de la baisse du taux de la séropositivité chez les donneurs de sang. Enfin, le dépistage n'étant pas obligatoire, les femmes qui estiment n'avoir aucun risque ou ne veulent pas le révéler n'ont pas été identifiées. Il est donc certain que tous les cas de séropositivité sont loin d'avoir été dépistés ou recensés.

Malgré ces imperfections, cette enquête apporte des renseignements de valeur et donne une idée assez exacte de la situation métropolitaine. Enfin, ces données sont surtout intéressantes en donnant une image des tendances évolutives car la répartition des femmes enceintes séropositives par région correspond assez exactement à celle des cas cumulés de SIDA déclarés à la Direction générale de la Santé [2].

Évolution des pratiques de dépistage

L'utilité de la recherche des anticorps anti-V.I.H. chez les femmes enceintes n'est plus discutée. Le fait de connaître la séropositivité donne la possibilité aux femmes de choisir d'interrompre ou de poursuivre leur grossesse, aux médecins de savoir s'il existe un déficit immunitaire sévère nécessitant un traitement par azidothymidine ou la prévention d'une pneumopathie à *Pneumocystis carinii*, aux pédiatres de faire un diagnostic précoce et éventuellement de traiter les enfants. Les gynécologues-accoucheurs l'ont compris puisque le pourcentage des services dans lesquels étaient proposé systématiquement un dépistage aux femmes s'est élevé de 19,9 % à 65 % en 3 ans. Il atteint même 78,1 % en Île-de-France. La prochaine étape sera d'encourager ce dépistage avant la grossesse chez toutes les femmes désirant être enceintes.

Évolution des causes de contamination

Plusieurs constatations s'imposent :

- 1° La toxicomanie reste la cause la plus fréquente de contamination en province (tabl. 1);
- 2° La contamination sexuelle augmente tant en Île-de-France qu'en province (tabl. 2);
- 3° Le nombre des femmes africaines infectées augmente aussi bien en province qu'en Île-de-France, mais cette augmentation est plus rapide en Île-de-France (tabl. 3);
- 4° La contamination sexuelle devient préoccupante si l'on ajoute à celle-ci celle des femmes africaines, généralement confondues dans les statistiques : 41,8 % en 1989, spécialement en Île-de-France : 51,6 %;
- 5° L'augmentation de la contamination sexuelle apparaît plus nettement chez les femmes séropositives que chez celles ayant un SIDA : 29 % en 1986 et 35 % en 1989 [3], ce qui peut s'expliquer par un décalage dans le temps.

Certains biais peuvent expliquer l'importance de cette progression. La femme préfère parfois dire qu'elle a été contaminée par voie sexuelle plutôt que de reconnaître sa toxicomanie. Un autre biais peut être dû à l'extension des tests de dépistage permettant de découvrir un plus grand nombre de femmes séropositives qui n'avaient pas conscience d'appartenir à un groupe à risque. Enfin, les femmes toxicomanes font plus volontiers l'objet d'un dépistage en dehors de la grossesse et peuvent éviter d'être enceintes.

Cependant, l'extension de la contamination par voie sexuelle n'est pas limitée à la France. On la retrouve également dans la statistique des cas observés dans 32 pays européens et colligés par le centre collaborateur O.M.S. sur le SIDA (25,7 % au 31 décembre 1988 [4] et 26,6 % au 30 septembre 1990 [5]). On note une proportion encore supérieure chez les mères des 746 enfants atteints de SIDA et contaminés par leur mère en Europe puisque 254 d'entre elles l'avaient été par voie sexuelle, soit 34 % [1].

À l'opposé, les cas de contamination sanguine ont diminué depuis la mise en place du dépistage obligatoire ce qui est normal et satisfaisant.

L'accroissement des cas de contamination dite « inconnue » peut traduire une certaine lassitude des gynécologues-accoucheurs moins attentifs dans le recueil des données ou, ce qui est plus vraisemblable, une véritable élévation du nombre de femmes infectées par voie sexuelle, qui ignorent par qui et comment elle l'ont été.

Évolution des grossesses

La décision que prennent les femmes de poursuivre ou non la grossesse, avec la réserve qu'un certain nombre d'entre elles consulte trop tardivement

pour qu'une interruption puisse être faite, semble stable car le taux d'accouchements varie peu. En fait, on assiste à une évolution divergente en région parisienne et en province. En région parisienne, les femmes conservent de plus en plus souvent leur grossesse alors qu'en province elles semblent recourir de plus en plus souvent à l'avortement. Cette divergence peut avoir deux explications qui ne s'excluent pas. La première est la plus grande concentration de femmes africaines séropositives en région parisienne dont on sait qu'elles refusent habituellement l'interruption de grossesse. La deuxième explication est que les femmes en région parisienne sont contaminées depuis plus longtemps et sont mieux informées. Elles désespèrent de voir apparaître un traitement efficace permettant de diminuer la contamination mère-enfant et considèrent qu'elles sont condamnées à ne jamais avoir d'enfant si elles ne tentent pas leur chance. La situation en province est comparable à celle qui existait en région parisienne en 1987 comme en témoigne l'enquête dite des « 9 maternités » : 35 % des femmes poursuivaient alors leur grossesse en région parisienne contre 51 % en 1989 [6].

Le taux faible et constant des avortements spontanés (3,53 % en 1987, 2,21 % en 1988 et de 3,90 % en 1989), confirme l'impression des gynécologues-accoucheurs. Le virus V.I.H. ne provoque pas d'avortements spontanés en France comme il semble le faire en Haïti ou en Afrique où d'autres facteurs doivent intervenir.

CONCLUSION

L'augmentation de la contamination des femmes par le virus V.I.H. n'est pas explosive. Les gynécologues-accoucheurs ont compris, dans leur ensemble, qu'il est capital de connaître la sérologie des femmes enceintes afin de mieux les informer, les surveiller et éventuellement les traiter. Il serait important que le test de dépistage soit plus souvent proposé avant la grossesse. La toxicomanie par voie intraveineuse reste la grande responsable de l'infection des femmes mais la contamination sexuelle se répand insidieusement, estom-pant peu à peu le contour des groupes à risques.

Nous remercions vivement tous les confrères gynécologues-accoucheurs et leurs collaborateurs qui ont accepté de répondre à notre enquête malgré les charges qui leur incombent et que nous ne méconnaissons pas.

Cette enquête doit se poursuivre. Elle sera désormais prise en charge par l'unité I.N.S.E.R.M. U 149 du Dr G. BRÉART en collaboration avec la Clinique universitaire Port-Royal.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] DAVIDSON C.F., ADES A.E., HUDSON C.N., PECKHAM C.S. — **Antenatal testing for human immunodeficiency virus. Results from the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists' national study of H.I.V. infection in pregnancy.** *Lancet*, 1989, II, 142-144.
- [2] **Surveillance du SIDA en France. Situation au 31 décembre 1989.** *B.E.H.* n° 8/1990.
- [3] **Les femmes et le SIDA.** *B.E.H.* n° 45/1990.
- [4] CENTRE COLLABORATEUR O.M.S. SUR LE SIDA. **Surveillance du SIDA en Europe.** Rapport trimestriel n° 20, 31-12-1988.
- [5] CENTRE COLLABORATEUR O.M.S. SUR LE SIDA. **Surveillance du SIDA en Europe.** Rapport trimestriel n° 27, 30-9-1990.
- [6] ENQUÊTE « 9 MATERNITÉS ». — *Collectif Paris-Tours.* Centre d'hémobiologie périnatale. Paris, Rapport d'étude n° 8/1989.

NOTES

PRÉVENTION DU PALUDISME DU VOYAGEUR À propos d'une conférence de consensus

M. DANIS, F. GAY, M. GENTILINI (C.N.R.M.I.),
J. LE BRAS, P. RINGWALD, G. CHARMAT, J.-P. COULAND, (C.N.R.C.P.)

Les conclusions de la « Conférence de consensus sur la prophylaxie du paludisme chez le voyageur » (*B.E.H.* n° 51/1990, 24-12-1990) constitue un effort de mise à jour sur cet important problème, mais elles peuvent aboutir sur un point à une dérive d'attitude aux conséquences néfastes.

Il est dit, à juste titre, que le paludisme à *P. Falciparum* doit être « traité précocement... le retard thérapeutique étant à l'origine de toute évolution pernicieuse », mais ensuite les mentions « d'autotraitement », de « traitement présomptif », « l'importance du traitement précoce », de « traiter aussitôt », « d'exiger un traitement présomptif », « la promotion du traitement présomptif » reviennent sept fois dans le texte, donnant un poids excessif à cette notion, sans préciser qu'elle ne s'applique qu'au voyageur malade isolé en brousse, sans possibilité de consulter un médecin dans les 12 heures.

Ces « conclusions » sont destinées aux médecins, pharmaciens, biologistes et para-médicaux exerçant en France métropolitaine. Il est aisé d'obtenir partout en France un frottis sanguin, une goutte épaisse et un hémogramme avec numération plaquettaire. Le frottis-goutte épaisse reste en 1991 l'examen biologique de base du diagnostic de paludisme et la majorité des laboratoires d'analyses sont capables de le réaliser en urgence*. La numération donne des arguments d'orientation pour la paludisme en révélant en particulier une thrombopénie. Quoi qu'il en soit, à la moindre suspicion clinique d'accès grave, le traitement antipaludique peut être administré sans attendre le résultat de ces examens.

Or la nécessité « d'exiger un diagnostic biologique » n'est mentionnée qu'une fois dans ce texte, et encore dans une phrase où cette exigence viendrait du malade et non du médecin! Insister sur la recherche d'une « amélioration du diagnostic biologique du paludisme » comme il est dit à la fin de ces « conclusions » est certes louable, mais ne rien dire d'un examen simple qui assure la réalité de l'infection palustre dans la majorité des cas, alors qu'il ne permettra plus de trancher après le traitement présomptif, est pour le moins maladroit.

Cette promotion excessive du traitement présomptif, sans précision sur la situation où il s'applique (voyageur sans recours médical possible) et sans mention, ou presque, de l'importance du diagnostic biologique préalable, risque d'aboutir à une augmentation considérable du nombre de traitements antipaludiques injustifiés, pour n'importe quel trouble, quel que soit le pays où a voyagé le malade, et quelle que soit l'ancienneté du voyage. Le risque d'observer des effets secondaires parfois graves, imputables au traitement antipaludique, alors que le patient a une affection banale, se multipliera, indépendamment du retard apporté au diagnostic d'une éventuelle infection bactérienne.

* Sur 1100 laboratoires ayant participé en 1989 et 1990 au Contrôle national de qualité de parasitologie, le taux d'erreur diagnostique de paludisme était de 0,9 % par défaut et 3,7 % par excès.

INFORMATION ADMINISTRATIVE

La loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 dans son article 1^{er} a modifié l'article L. 10 du Code de la santé publique, qui est ainsi rédigé :

« Art. L. 10. — Toute personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite.

« En outre, les personnes qui exercent une activité professionnelle dans un laboratoire d'analyses de biologie médicale doivent être immunisées contre la fièvre typhoïde.

« Un arrêté conjoint du ministre chargé de la Santé et du ministre chargé du Travail, pris après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, détermine les catégories d'établissements et organismes concernés.

« Tout élève ou étudiant d'un établissement préparant à l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé dont la liste est déterminée par arrêté du ministre chargé de la Santé, qui est soumis à l'obligation d'effec-

tuer une part des ses études dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, doit être immunisé contre les maladies visées à l'alinéa premier du présent article.

« Les établissements ou organismes employeurs ou, pour les élèves et étudiants, les établissements ayant reçu leur inscription, prennent à leur charge les dépenses entraînées par ces vaccinations.

« Les conditions de l'immunisation prévue au présent article sont fixées par arrêté du ministre chargé de la Santé pris après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France et compte tenu, en particulier, des contre-indications médicales. »

Il est important de souligner que la vaccination contre l'hépatite B qui était recommandée d'après la circulaire DGS/PGE/IC n° 368 du 15 juin 1982 est maintenant obligatoire et que par contre la vaccination contre la typhoïde est obligatoire seulement pour les personnels des laboratoires de biologie médicale.