



L'infection VIH chez les femmes enceintes en France métropolitaine : p. 167.
Évaluation de la couverture vaccinale en milieu scolaire p. : 168.

ENQUÊTE

L'INFECTION VIH CHEZ LES FEMMES ENCEINTES EN FRANCE MÉTROPOLITAINE DANS LE RÉSEAU SENTINELLE DE MATERNITÉS, 1987-1993

MANDELBROT L., PARIS-LLADO J., DU MAZAUBRUN C., HENRION-GÉANT E., BRÉART G., HENRION R.
(INSERM U 149 et service de Gynécologie-obstétrique, Port-Royal, Paris)

INTRODUCTION

La séroprévalence de l'infection VIH chez les femmes enceintes est connue pour les régions Île-de-France et PACA, grâce aux enquêtes anonymes et non corrélées PREVAGEST [1, 2, 3], menées entre 1991 et 1994. Le réseau *Sentinelles* de maternités a été constitué à partir de 1987 pour suivre les tendances épidémiologiques sur l'ensemble du pays. La présente étude compare les données du réseau *Sentinelles* dans 128 maternités pour les périodes 1987-1989 et 1992-1993 en termes de nombre de grossesses VIH+, répartition géographique, mode de contamination, et issue de grossesse.

MÉTHODE

Actuellement, 151 maternités volontaires représentant toutes des régions de France métropolitaine participent au réseau. Ce réseau, coordonné par l'INSERM U 149, fait suite à l'enquête menée par le professeur Henrion de 1987 à 1989 [4]. Pour la comparaison des 2 périodes (1987-1989 et 1992-1993), n'ont été retenus que les 128 services participant pendant l'ensemble des années.

Les données sur les grossesses VIH+, ainsi que le nombre total de grossesses dans chaque centre sont recueillies trimestriellement par le chef de service, ou son responsable désigné, sur un questionnaire écrit anonyme, qui est traité par le centre coordinateur. En cas de retard, d'incohérence des données, ou de changement brutal du recrutement d'une maternité, le responsable est contacté par téléphone. Pendant les 2 périodes de l'enquête, les données suivantes ont été recueillies : nombre de femmes dépistées VIH+, mode supposé de contamination, origine géographique et issue de grossesse. Des données plus détaillées sont recueillies depuis 1992.

RESULTATS

L'activité des services du réseau représentait 200 335 grossesses en 1993, soit 22,7 % des grossesses en France (23,5 % des accouchements et 19,7 % des interruptions de grossesse) pour la même période. Ce taux de couverture est stable pour l'ensemble de la période de 1987 à 1993. Le réseau intéresse essentiellement les maternités publiques; il ne couvre que 3,5 % des grossesses dans le secteur privé, contre 37,4 % des grossesses dans le secteur public. Le taux de couverture varie peu selon les régions : le réseau représente 28,1 % des grossesses en Île-de-France, 22,7 % en PACA et 20,9 % dans le reste du pays.

Fréquence des grossesses VIH+

Le nombre total de grossesses VIH+ est relativement stable dans les 128 maternités, soit 549 en 1993 (tabl. 1). Dans ces centres, la proportion de grossesses VIH+ pour mille est de : 6,2 à Paris et sa petite couronne, 5,4 en PACA, 2,1 dans la grande couronne parisienne et 1,1 pour mille dans le reste de la France. La répartition géographique est stable, Paris et la petite couronne concentrant 46,1 % des cas pour 1992-1993 (43,6 % pour 1987-1989) et PACA 20,4 % pour 1992-1993 (22,5 % pour 1987-1989).

Tableau 1. - Nombre de femmes enceintes VIH+ dans le réseau *Sentinelle* (128 maternités en France métropolitaine)

	1987	1988	1989	1992	1993
Paris + PC	233	235	255	283	258
Grande Couronne	27	32	42	39	44
PACA	110	138	125	147	92
Autres régions	134	169	160	155	155
Total	504	574	582	624	549

Modes de contamination (tabl. 22)

La transmission par usage de drogue intraveineuse a diminué fortement et régulièrement dans toutes les régions, passant entre 1987 et 1993 de 74,6 à 36,8 % en province et de 53,8 à 16,6 % en Île-de-France. À l'inverse, la contamination par voie sexuelle est devenue prédominante. Si l'on estime que la plupart des femmes africaines VIH+ ne signalant ni transfusion sanguine ni toxicomanie ont été infectées par contact sexuel, la proportion de contaminations sexuelles passe de 19,8 % en 1987 à 62,1 % en 1993. En effet, en Île-de-France, la proportion de femmes originaires d'un pays de forte endémie VIH (Afrique subsaharienne ou Caraïbes) a augmenté de 11,5 % en 1987 à 46,4 % en 1993. En province, et notamment en PACA, où le nombre d'Africaines séropositives est faible, on observe pourtant une augmentation franche du nombre de contaminations sexuelles.

Tableau 2. - Répartition des grossesses VIH+ selon le mode de contamination

	1987		1988		1989		1992		1993	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Île-de-France										
Toxicomanie	140	53,8	127	47,6	113	38,0	59	18,3	50	16,6
Contact sexuel	31	11,9	50	18,7	84	28,3	94	29,2	83	27,5
Zone d'endémie	30	11,5	59	22,1	72	24,2	131	40,7	140	46,4
Autre/Inconnu	59	22,7	31	11,6	28	9,4	38	11,8	29	9,6
Province										
Toxicomanie	182	74,6	198	64,5	181	63,5	114	37,7	91	36,8
Contact sexuel	25	10,2	59	19,2	53	18,6	111	36,8	89	36,0
Zone d'endémie	14	5,7	14	4,6	19	6,7	30	9,9	29	11,7
Autre/Inconnu	23	9,4	36	11,7	32	11,2	47	15,6	38	15,4
Total	504	100	574	100	582	100	624	100	549	100

Issue des grossesses

On observe une tendance à l'augmentation de la proportion d'accouchements et une diminution des interruptions (« volontaires » ou « médicales ») de grossesses, particulièrement à partir de 1992. Cette tendance nette en Île-de-France, où la proportion d'accouchements passe, entre 1987 à 1993, de 45,9 à 61,9 %, est plus discrète en province, où elle passe de 42,2 à 46,2 %.

DISCUSSION

Ces résultats ne montrent pas d'augmentation significative du nombre de femmes enceintes séropositives dans 128 maternités françaises sur une période de 6 ans. Cela traduit vraisemblablement une stabilité de la prévalence de l'infection chez les femmes enceintes, d'autant plus que l'activité de dépistage a augmenté pendant la période. Cette stabilité est peut-être le reflet d'une absence de progression de l'épidémie chez les femmes dans cette tranche d'âge, mais elle peut masquer une progression dans la mesure où des femmes séropositives choisissent de ne pas être enceintes [5].

D'autre part, on ne note pas de diffusion de l'épidémie dans les régions les moins touchées, la distribution des cas par régions étant stable pendant l'ensemble de la période étudiée. Toutefois, Paris-petite couronne et PACA sont sur-représentés dans le réseau.

L'étude confirme l'augmentation de la transmission sexuelle chez les femmes, déjà rapportée pour la période 1987-1989 [4]. Cette progression est nette, même si l'on tient compte du fait que le dépistage devient systématique, plutôt que ciblé, détectant davantage les sujets VIH+ n'appartenant pas à un « groupe à risque ». La contamination sexuelle serait à l'origine de la plupart des cas de séropositivité chez les femmes originaires des zones à très forte prévalence VIH d'Afrique subsaharienne ou des Caraïbes, qui éprurent actuellement près de la moitié des femmes séropositives en Île-de-France. Sur l'ensemble du territoire, on constate une progression constante des contaminations sexuelles chez les européennes. À l'inverse, une diminution du nombre de femmes infectées par toxicomanie a eu lieu d'abord en région parisienne, puis sur l'ensemble du territoire. Elle peut traduire aussi bien une diminution du nombre de grossesses parmi les femmes séropositives usagères ou ex-usagères de drogue qu'une diminution de l'incidence de l'infection VIH chez les jeunes femmes toxicomanes.

On observe une tendance à la poursuite de la grossesse, qui est nette surtout en région parisienne. Toutefois, l'étude ne permet pas de distinguer les interruptions de grossesses qui sont motivées par la connaissance de la séropositivité de celles qui relèvent de l'interruption volontaire de grossesse classique, décidée parfois avant la découverte du statut VIH.

Il n'existe à ce jour aucune estimation fiable du nombre de grossesses chez des femmes séropositives sur l'ensemble de la France métropolitaine. La prévalence étant connue avec précision pour les 2 régions les plus touchées, Paris-petite couronne en 1993 [2] et PACA en 1994 [3], on peut estimer le nombre de grossesses, 755 et 288, respectivement, soit 1043 grossesses en tout. En ce qui concerne les autres régions, les prévalences ne sont pas connues. Si l'on multiplie simplement la fréquence des grossesses VIH+ dans le réseau pour la grande couronne (2,1 pour mille) par le nombre total de grossesses dans cette région ($n = 72\ 691$), on obtient une estimation de 153 grossesses. De même, pour la province (hors PACA), en prenant la fréquence dans le réseau (1,1 pour mille) et le nombre de grossesses ($n = 604\ 620$), on obtient une estimation de 665 grossesses. Soit un total pour 1993 de 1 861 grossesses VIH+ en France.

Étant donné la sous-représentation des établissements privés à faible prévalence dans le réseau, on peut supposer que cette méthode surestime le nombre de grossesses VIH+. Dans l'enquête Prévagest, la séroprévalence dans les centres participant au réseau est de 0,71 % (en 1993) à Paris-petite couronne et de 0,95 % (en 1994) en PACA (données fournies par le Réseau national de Santé publique), alors que la séroprévalence globale est de 0,56 et 0,34 %, respectivement. Ainsi, on peut estimer que le réseau surestime la fréquence d'un facteur 1,27 et 2,78, respectivement. En pondérant ces facteurs par le nombre de grossesses dans les 2 régions (134 898 et 68 660, respectivement), on obtient un facteur de correction de 1,56 correspondant au « biais de recrutement » moyen dans le réseau. En prenant

pour hypothèse que la surestimation est la même dans les régions ne faisant pas partie de Prévagest, on obtient ainsi 528 grossesses, au lieu de 818, soit 1 571 grossesses VIH+ en France pour 1993.

Une autre méthode de vérification consiste à comparer la répartition des grossesses VIH+ à celle des cas de sida féminins. Paris-petite couronne et PACA représentaient 48,2 % du total des cas de sida chez les femmes (statistiques du Réseau national de Santé publique pour 1993 non publiées), proportion stable dans le temps, alors que ces régions totalisaient 63,8 % des grossesses VIH+ dans le réseau pour la même année. Cela pourrait signifier que le réseau surestime les grossesses VIH+ à Paris et en PACA, mais les sous-estime dans les autres régions. En prenant pour hypothèse que les 1 043 grossesses de Paris-petite couronne et PACA représentent 48,2 % des grossesses VIH+ en France, on obtient l'estimation de 2 164 grossesses en 1993.

Ainsi, on obtient 3 estimations du nombre de grossesses en 1993 chez des femmes séropositives 1 571, 1 861 et 2 164. Les estimations basse et haute correspondent à des variations d'environ 16 % par rapport à l'estimation moyenne.

Le réseau *Sentinelles* apporte des données complémentaires aux autres types d'études. Par rapport aux enquêtes de séroprévalence, il offre des données nationales, une évolution à plus long terme, et des caractéristiques épidémiologiques plus détaillées. Contrairement à l'enquête pédiatrique française et la cohorte Sérogest, le réseau concerne toutes les grossesses chez des femmes séropositives dans les centres, sans sélectionner les grossesses menées jusqu'à l'accouchement. À la différence de la cohorte Séroco, le réseau porte sur l'ensemble des femmes enceintes, et non seulement celles qui sont suivies régulièrement avant la grossesse. Le réseau permettra un suivi épidémiologique dans une période où la prise en charge des grossesses chez les femmes séropositives change profondément. Depuis 1994, la zidovudine est utilisée pour diminuer le risque de transmission mère-enfant du VIH, suite aux résultats de l'essai ACTG 076 / ANRS 024. Ce progrès, et d'autres à venir, pourrait encourager les femmes se sachant séropositives à devenir enceintes et à poursuivre leur grossesse. Le réseau *Sentinelles* permettra d'apprécier si ces tendances ont lieu dans les années à venir.

REMERCIEMENTS

Nous remercions vivement tous les services qui participent activement au réseau, ainsi que J. Pillonel et le Réseau national de Santé publique pour les données de Prévagest spécifiques aux centres du réseau.

REFERENCES

- [1] COUTURIER E., BROSSARD Y., LARSEN C., LARSEN M., DU MAZAU-BRUN C., PARIS-LLADO J., GILLOT R., HENRION R., BRÉART G., BRUNET J.-B. – **HIV infection at outcome of pregnancy in the Paris area, France.** – *Lancet* 1992; 340 :707-09.
- [2] COUTURIER E., BROSSARD Y., SIX C., LARSEN M., DU MAZAU-BRUN C., GILLOT R., HENRION R., PARIS J., BRÉART G., BRUNET J.-B. – **Prévalence de l'infection VIH chez les femmes enceintes de la région parisienne, une enquête anonyme non corrélée.** *PREVAGEST* (2^e année : 1992-1993). – *BEH* 1993; 38 : 175-77.
- [3] REY D., PRADIER C., OBADIA Y., ROTILY M., GILLET J.-Y., GALLAIS H., GASTAUT J.-A., BROSSARD Y., COUTURIER E., BRUNET J.-B. – **Prévalence de l'infection VIH chez les femmes enceintes de la région PACA, une enquête anonyme non corrélée.** *PREVAGEST* (2^e année : 1994). – *BEH* 1995; 16 : 69-70.
- [4] HENRION R., HENRION-GÉANT E., MANDELROT L., DU MAZAU-BRUN C., PARIS-LLADO J., BRÉART G. – **Trends in HIV transmission in pregnancy.** – *Lancet* 1990; ii : 1401.
- [5] COUTURIER E., JADAND C., ZAGURY P., BRUNET J.-B., GALLAIS H., GASTAUT J.-A., GOJJARD C., DEVEAU C., MEYER L., DE VINCENZI I. et le groupe SÉROCO. – **Incidence des grossesses dans une cohorte de femmes infectées par le VIH.** – *BEH* 1995; 21 : 93-94.

ENQUÊTE

ÉVALUATION DE LA COUVERTURE VACCINALE EN MILIEU SCOLAIRE : EXPÉRIENCE DE LA ZEP DES ULIS (ESSONNE)

M. VALANCE*, D. LÉVY-BRUHL**, M.T. CARTIER*, M. GILLET*, N. GUÉRIN*

À la demande du groupe de travail « Prévention Santé-Sécurité » de la ZEP des Ulis, une évaluation de la couverture vaccinale des élèves de cette ZEP a été effectuée lors de l'année scolaire 1993-1994 par le Service de santé scolaire.

MÉTHODE

Elle a porté sur l'ensemble des antigènes du calendrier de vaccination et a été réalisée auprès des élèves de 3 niveaux scolaires, CE2, 6^e et 3^e. Tous les élèves de ces 3 niveaux, répartis en 8 classes de CE2, 8 classes de 6^e

et 7 classes de 3^e ont été inclus dans l'étude. Les informations ont été relevées à partir du livret médico-scolaire et complétées par l'examen du carnet de santé ou de vaccinations. Les enfants sans document de vaccination ont été inclus dans l'étude. L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel Reflex® de Borland grâce à l'application ANACOV développée par l'OCCEG¹ et le CIE, adaptée au calendrier français.

L'effectif total enquêté a été de 491 élèves, dont 137 en CE2, 184 en 6^e et 170 en 3^e. Les moyennes d'âge étaient respectivement de 9 ans, 12 ans et 2 mois et 15 ans et 4 mois. L'échantillon était composé de 216 garçons et 273 filles (sex-ratio H/F = 0,79).