

# SITUATION EN FRANCE...

## ACTIVITÉ LIÉE AU VIH DANS 24 SITES HOSPITALIERS DE FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 1995-1996

S. TCHAKAMIAN<sup>1</sup>, F. BOURDILLON<sup>1</sup>, J.-M.NADAL<sup>1</sup>, L. CAVAINAC<sup>1</sup>, P.-Y.GEOFFARD<sup>1,2</sup>, S. COURTIAL-DESTEMBERT<sup>1</sup>

### INTRODUCTION

L'année 1996 est considérée par beaucoup comme une année charnière en matière de prise en charge des personnes atteintes par le VIH. Les traitements proposés aux patients se sont considérablement modifiés depuis l'annonce des résultats des essais thérapeutiques « Delta » et « ACTG 175 » montrant une plus grande efficacité des combinaisons thérapeutiques et depuis la mise à disposition de molécules d'une nouvelle classe thérapeutique : les inhibiteurs de protéases. La part dans la file active hospitalière des patients traités a augmenté, en un an, de 15 %, pour atteindre 75 % au dernier trimestre 1996. Parmi les patients traités, la part des patients recevant une association thérapeutique est passée de 31 % en juin 1995 à 96 % fin 1996 [1]. Depuis septembre 1996, de nombreux CISIH notent une diminution de leur activité d'hospitalisation complète. Afin d'apprécier l'évolution de la prise en charge hospitalière des patients atteints par le VIH, une étude sur l'activité hospitalière 1995-1996 a été réalisée.

### MATÉRIEL ET MÉTHODE

Les Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) disposent d'un logiciel médical, le DMI 2, qui permet de recueillir des informations concernant les caractéristiques des personnes atteintes d'infection par le VIH et de leur prise en charge hospitalière. Pour cette étude, n'ont pas été retenus les centres qui ont spontanément déclaré un recueil de données irrégulier sur la période étudiée. 27 sites hospitaliers qui disposaient de l'ensemble des données relatives à l'étude pour les années 1995 et 1996 ont été sollicités. Dans un premier temps, les centres ont reçu des données extraites de la base nationale du DMI2 qui est mise à jour semestriellement. Les centres ont validé et complété ces données à partir de leur base locale où la saisie est effectuée en continu. Les données ont été arrêtées au 31 mai 1997. 24 sites hospitaliers<sup>3</sup> (appartenant à 18 CISIH) sur les 27 interrogés ont renvoyé des données exhaustives sur l'ensemble de l'étude.

Parmi ces centres, 7 sont situés en Île-de-France et 4 en région Provence - Alpes - Côte d'Azur. Les départements d'outre-mer n'ont pas été inclus dans l'étude. Ce sont ces données qui sont présentées et analysées dans le présent article.

Les données recueillies étaient trimestrielles (du 1<sup>er</sup> trimestre 1995 au 4<sup>e</sup> trimestre 1996) et portaient sur les différents types de recours (hospitalisation complète, hospitalisation de jour et consultation) comptabilisés sur le dernier recours du trimestre, la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète, le nombre de patients suivis (c'est-à-dire vus au moins une fois dans le trimestre) au stade Sida et non Sida, le nombre de décès et de nouveaux cas de Sida diagnostiqués.

Le quatrième trimestre de l'année 1995 a été comparé au même trimestre de l'année 1996 pour éliminer les problèmes des variations saisonnières dans la prise en charge de la pathologie VIH. Un taux de recours moyen (en hospitalisation complète, en hospitalisation de jour et en consultation), pondéré par le nombre de patients suivis dans chaque centre, a été calculé pour chacun des 2 trimestres. De même, le nombre de décès a été rapporté au nombre de patients suivis et le nombre de nouveaux cas de Sida au nombre de patients non Sida. La différence entre les moyennes observées (non pondérées) pour les différents taux de recours, la durée moyenne de séjour, le taux de décès et le taux de nouveaux cas de Sida, entre ces 2 trimestres, a été testée au risque  $\alpha$  de 5 %. Seule la variabilité entre les sites a été prise en compte.

### RÉSULTATS (cf. tableau)

#### I. Nombre de patients suivis

Après une certaine stabilité du nombre de patients suivis au cours de l'année 1995, une augmentation de 15 % est observée entre le 4<sup>e</sup> trimestre 1995 et le 4<sup>e</sup> trimestre 1996. Sur cette période, le nombre de patients suivis est passé de 11 175 à 12 887.

Tableau - Évolution trimestrielle de l'activité hospitalière, du nombre de décès et de nouveaux cas de Sida (1995-1996)

	1 <sup>er</sup> trimestre 1995	2 <sup>e</sup> trimestre 1995	3 <sup>e</sup> trimestre 1995	4 <sup>e</sup> trimestre 1995	1 <sup>er</sup> trimestre 1996	2 <sup>e</sup> trimestre 1996	3 <sup>e</sup> trimestre 1996	4 <sup>e</sup> trimestre 1996
Hospitalisation complète (HC).....	2 821	2 617	2 578	2 594	2 716	2 622	2 378	1 987
Journée en HC.....	32 869	29 379	28 006	28 933	32 552	29 355	24 326	19 120
DMS en HC (pondérée).....	12,5	11,7	11,4	11,8	12,8	11,7	10,9	9,8
Hospitalisations de jour.....	12 659	12 527	12 408	12 534	13 529	13 676	13 706	13 658
Consultations.....	13 115	13 149	11 414	13 698	14 849	16 239	15 858	16 609
<b>Nombre total de recours.....</b>	<b>28 595</b>	<b>28 293</b>	<b>26 400</b>	<b>28 826</b>	<b>31 094</b>	<b>32 537</b>	<b>31 942</b>	<b>32 254</b>
Décès.....	290	360	411	365	333	285	242	149
Nouveaux cas de Sida.....	482	478	464	451	461	397	340	242
Patients suivis stade Sida.....	3 135	3 024	3 042	3 121	3 272	3 306	3 279	3 234
Patients suivis non Sida.....	7 685	7 697	7 402	8 055	8 630	8 859	8 995	9 653
<b>Nombre total de patients suivis ..</b>	<b>10 820</b>	<b>10 721</b>	<b>10 444</b>	<b>11 176</b>	<b>11 902</b>	<b>12 165</b>	<b>12 274</b>	<b>12 887</b>

### II. Évolution du type de recours hospitalier

#### 1. Hospitalisation classique et durée moyenne de séjour

Le nombre d'admissions en hospitalisation complète a diminué de 2594 au 4<sup>e</sup> trimestre 1995 à 1987 au 4<sup>e</sup> trimestre 1996, soit une diminution de 23 %. Le taux de recours pondéré de ce type de prise en charge a diminué de 232 à 154 pour 1000 patients suivis, soit une baisse de 29 % (cf. fig. 1). La différence de 71 [28-115] pour 1000 est statistiquement significative ( $p = 0,0019$ ). Sur cette même période, la durée moyenne de séjour (DMS) pondérée est passée de 11,8 [5-18,6] à 9,8 jours [4,8-14,9]. La différence de -2,5 jours [-3,54 ; -1,36] est statistiquement significative ( $p < 0,001$ ). La

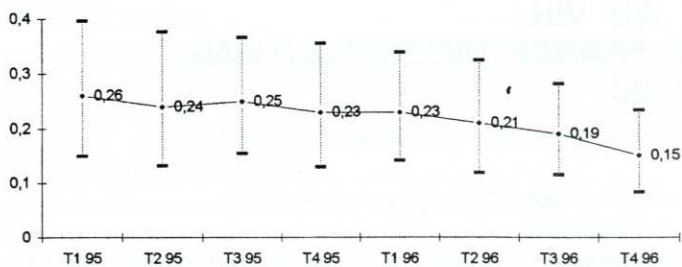
diminution du nombre d'admissions et la baisse de la DMS ont eu pour conséquence une chute de 34 % du nombre de journées en hospitalisation classique entre les quatrièmes trimestres 1995 et 1996.

(1) Direction des Hôpitaux, Mission Sida.

(2) CNRS, Delta.

(3) Sites hospitaliers concernés : Avicenne (93), Besançon, Paul-Brousse (94), Caen, Clermont-Ferrand, Cochin (75), Dijon, Grenoble, Lyon Croix-Rousse, Lyon Hôtel-Dieu, Lyon Edouard-Herriot, Marseille (hôpital Sainte-Marguerite, institut Paoli-Calmette), Henri-Mondor (94), Nancy, Nice, Rennes, Rothschild (75), Rouen, Saint-Denis (93), Saint-Louis (75), Strasbourg, Toulon, Toulouse, Tours.

Figure 1. - Taux de recours en hospitalisation complète (1995-1996)



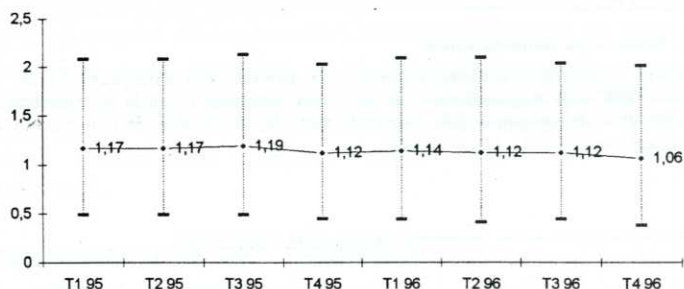
Toutefois, on observe une hétérogénéité de l'évolution de ce type de prise en charge selon les centres. Le taux de recours en hospitalisation complète varie de - 54 % à + 15 % (l'évolution étant positive pour 3 centres) avec une évolution de la DMS de - 49 % à + 13 % (la DMS est en augmentation dans 5 centres).

### 2. Hospitalisation de jour

Le nombre d'hospitalisations de jour augmente de 9 %, passant de 12 534 journées au 4<sup>e</sup> trimestre 1995 à 13 658 au 4<sup>e</sup> trimestre 1996. Rapporté au nombre de patients suivis, le taux pondéré d'hospitalisations de jour a diminué de 1122 à 1 060 pour 1000 patients suivis, soit une baisse de 5,5 % en un an. La différence est statistiquement non significative (cf. fig. 2).

La même hétérogénéité qu'en hospitalisation classique est observée pour ce type de recours : 11 centres enregistrent une évolution positive ; 13 centres une évolution négative.

Figure 2. - Taux de recours en hospitalisation de jour (1995-1996)

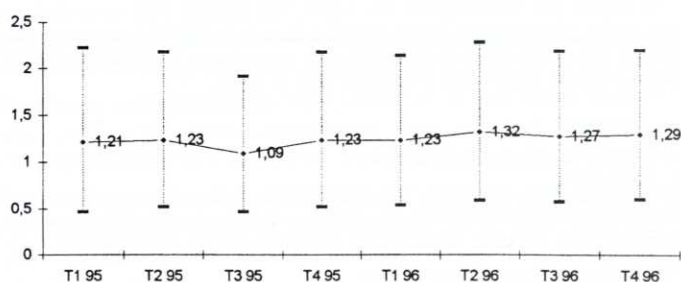


### 3. Consultation

Enfin, si le nombre de consultations augmente de 21 % entre les 4<sup>e</sup> trimestres 1995 et 1996, passant de 13 698 à 16 609, le taux de recours en consultation pour 1000 patients suivis n'augmente que de 5 % (1226 en 1996 versus 1289 en 1995 pour cette même période) et la différence est non significative (cf. fig. 3).

Là encore, l'évolution diffère selon les centres : 14 d'entre eux enregistrent une évolution positive, 9 une évolution négative et, pour 1 centre, le taux de recours en consultation est stable.

Figure 3. - Taux de recours en consultation (1995-1996)



### III. Évolution du nombre de nouveaux cas de Sida et du nombre de décès

Le nombre de nouveaux cas de Sida déclarés est passé de 451 à 242 entre les 4<sup>e</sup>s trimestres des années 1995 et 1996, soit une diminution de 46 %. Le taux de nouveaux cas de Sida rapporté au nombre de patients non Sida et pondéré est passé de 5,7 % au cours du 4<sup>e</sup> trimestre 1995 à 2,6 % en 1996, soit une diminution de 56 % en un an. La différence (3,5 % [2,3-4,6]) est statistiquement significative ( $p < 0,0001$ ).

Si l'on compare les 2 semestres de l'année 1996, le nombre de nouveaux cas de Sida diminue de 32 % (858 au 1<sup>er</sup> semestre 1996 vs 582 au second semestre 1996) et le taux de cas de sida diminue de 36 % (3,72 au premier semestre 1995 vs 2,38 au 2<sup>e</sup> semestre 1996).

Entre le 4<sup>e</sup> trimestre 1995 et le 4<sup>e</sup> trimestre 1996, le nombre de décès a également diminué de façon importante, passant de 365 à 149, soit une diminution de 59 %. Rapporté au nombre de patients suivis, 1,2 % des patients sont décédés au cours du 4<sup>e</sup> trimestre 1996 contre 3,3 % en 1995, soit une diminution en un an de 64 %. La différence de 2,1% [1,62-2,65] est statistiquement significative ( $p < 0,0001$ ).

Si l'on compare l'année 1995 à l'année 1996, le nombre de décès et le taux de décès diminuent respectivement de 29 % et de 38 %.

### DISCUSSION - CONCLUSION

Ces données ne sont pas représentatives à l'échelon national mais elles reflètent l'évolution de l'activité hospitalière au sein de centres parmi les plus impliqués dans la prise en charge de la pathologie VIH. Les résultats confirment la baisse du nombre de journées en hospitalisation complète ressentie par les médecins hospitaliers (- 34 % entre les derniers trimestres des années 1995 et 1996). La diminution en terme de taux est plus accentuée (- 43 %). Le nombre d'hospitalisation de jour et de consultation est à la hausse (respectivement de 9 et 21 %), bien que la différence (tant sur les chiffres absolus que sur les taux) ne soit pas statistiquement significative. L'analyse des résultats en terme de taux doit tenir compte, sur la période considérée, de l'arrivée de nouveaux patients probablement à un stade peu évolué de l'infection VIH. Ce phénomène accentue les diminutions observées sur les taux de recours en hospitalisation classique et les taux de cas de Sida et de décès.

L'analyse des résultats doit également tenir compte de biais éventuels. Tout d'abord, un retard de saisie des données a pu minimiser le nombre de recours au 4<sup>e</sup> trimestre 1996, la durée moyenne de séjour (en particulier pour les séjours débutés dans les derniers jours de décembre 1996) et surtout le nombre de décès (qui peuvent être notifiés plus tard). Toutefois, les centres qui avaient spontanément déclaré des données incomplètes ont été écartés de l'analyse, le délai moyen de saisie est estimé par les techniciens d'études cliniques à 1 ou 2 mois selon les centres et le recul actuel est de 5 mois, ce qui tend à réduire l'importance de ce biais.

D'autres variations de champ de saisie sont possibles. L'éventuelle modification, au cours du temps, de la capacité d'accueil des différentes structures (création de lits ou de nouvelles structures...) a pu entraîner une augmentation du nombre de patients suivis au cours de la période étudiée ainsi que du nombre de recours liés à la pathologie VIH. À l'inverse, le mouvement de grève de novembre-décembre 1995 a pu entraîner une baisse temporaire de l'activité hospitalière réduisant l'ampleur des évolutions mesurées. Le recueil des consultations n'est pas exhaustif : sont privilégiées les consultations pour lesquelles un changement thérapeutique est effectué. Ainsi, avec l'arrivée des trithérapies, le recueil de ce type de recours a pu artificiellement augmenter.

Par ailleurs, les données proviennent de sites hospitaliers (centres hospitaliers universitaires pour la plupart) au sein desquels l'application des avancées thérapeutiques a pu être plus précoce.

Plusieurs études montrent des tendances similaires :

- l'enquête nationale « Un jour donné » (DH/SESI/AP-HP)<sup>4</sup> réalisée en décembre 1995 et décembre 1996 montre une diminution de 23 % du nombre de patients présents un jour donné en hospitalisation classique sur la même période. Il augmente respectivement de 14 % et de 12 % en hospitalisation de jour et en consultation ;

- la déclaration obligatoire (DO) des cas de Sida fait apparaître une diminution de 29 % du nombre de nouveaux cas de Sida diagnostiqués au cours du 2<sup>e</sup> semestre 1996 par rapport au 1<sup>er</sup> semestre 1996 (sur les mêmes périodes, la diminution est de 32 % pour les données issues de la présente étude).
- par ailleurs, toujours dans le cadre de la DO, les notifications des cas de décès font apparaître une diminution de 34 % du nombre de décès chez les patients Sida sur l'ensemble de l'année 1996 par rapport à 1995. Dans la présente étude, la diminution du nombre de décès (que les patients soient au stade Sida ou non) est de 29 % sur les mêmes périodes.

4. Données non publiées.

Ces résultats peuvent être rapprochés des modifications thérapeutiques intervenues au cours de l'année 1996 (combinaisons thérapeutiques, inhibiteurs de protéases) [1]. La diminution du nombre d'hospitalisations complètes, de la durée moyenne de séjour, du nombre de cas de Sida et du nombre de décès témoignent indirectement de l'amélioration de l'état de santé des personnes atteintes d'infection par le VIH. Les différences observées entre centres sont peut être liées à la chronologie de prescription des associations d'anti-rétroviraux. Certains centres ont pu anticiper les recommandations nationales et les effets sur l'activité hospitalière ont pu être plus précoces [2].

Les variations observées mériteraient d'être analysées par stades et niveaux immunitaires des patients suivis afin de juger l'évolution de l'activité hospitalière dans chacun des sous-groupes. Cette analyse permettrait, en particulier, de connaître le stade des nouveaux patients ayant eu recours pour la première fois à l'hôpital pendant les années 1995-1996.

Cette étude sera poursuivie afin d'apprécier les tendances : confirmation de la baisse de l'hospitalisation classique ou évolution à la hausse (effet rebond). Une étude complémentaire permettra d'apprécier les bénéfices en terme de coûts liés aux modifications thérapeutiques observées en 1995-1996.

*Nous remercions les CISIH ayant participé à cette étude et plus particulièrement les techniciens d'études cliniques.*

#### RÉFÉRENCES

- [1] F. BOURDILLON, S. COURTIAL-DESTEMBERT, L. CAVAIGNAC, J.-M. NADAL. – **Les traitements anti rétroviraux : évolution des prescriptions 1993-1996** – *Journal du Sida*, juin 1996.
- [2] Y. MOUTON, F. CARTIER, P. DELLAMONICA. – **Conséquences de l'introduction des inhibiteurs de la protéase sur les journées d'hospitalisation, les effets classant Sida, les décès et le coût chez 7 757 personnes infectées par le VIH.** – Conférence de Washington.

### ERRATUM

Dans le *BEH* n° 34/1997 sur les « caractéristiques des sujets contaminés par le VIH entre janvier 1991 et décembre 1995 en France », 2 paragraphes du chapitre « RÉSULTATS » ont été intervertis : celui intitulé « Prise en compte du biais lié au recours au dépistage » doit se lire *après* celui sur le « Mode de contamination » et non l'inverse.