

## SITUATION EN FRANCE

27 AVRIL 1998

### MORTALITÉ PAR SIDA EN FRANCE TENDANCES ÉVOLUTIVES ET SITUATION EN 1996

Éliane MICHEL\*, Éric JOUGLA\*

#### INTRODUCTION

La mortalité par Sida diminue en France. Après la faible diminution observée en 1995, on enregistre une baisse importante en 1996. L'objectif de cette étude est de présenter les tendances évolutives de la mortalité par Sida depuis l'enregistrement des premiers décès (1983) jusqu'en 1996. Les caractéristiques socio-démographiques des sujets décédés en 1996 seront étudiées précisément. Une comparaison entre les années 1995 et 1996 est réalisée afin d'identifier les sous-groupes de populations les plus concernés par la forte baisse de la mortalité.

#### MÉTHODES

Les données analysées sont issues des statistiques exhaustives nationales des causes médicales de décès élaborées annuellement par le Service d'information sur les causes médicales de décès (SC8 de l'INSERM).

La codification du Sida réalisée à partir des certificats de décès a débuté au cours du deuxième trimestre 1983. Entre 1983 et 1986, le Sida a été codé dans le chapitre « Troubles immunitaires » (code CIM9 : 279.1). Depuis 1987, le Sida est codé dans le chapitre « Maladies infectieuses et parasitaires » (codes 042-044). Sont retenus pour cette étude, les décès où le Sida a été déclaré par le médecin certificateur en tant que cause principale du décès.

L'analyse porte sur les statistiques définitives des causes médicales de décès sauf pour l'année 1996, année pour laquelle on ne disposait au moment de l'étude que des statistiques provisoires, très proches toutefois des données définitives.

L'étude est réalisée sur la base d'indicateurs fréquemment utilisés en mortalité : effectif, taux brut, taux spécifiques, taux standardisés par âge (taux comparatifs), poids du Sida dans la mortalité générale. Les résultats sont présentés selon les principales caractéristiques socio-démographiques disponibles dans les fichiers nationaux de mortalité : sexe, âge, état matrimonial, catégorie socio-professionnelle (hommes actifs de 25 à 54 ans) et région de domicile.

#### RÉSULTATS

##### Tendances évolutives 1983-1996

Les premiers décès par Sida ont été enregistrés en 1983 (32 décès) [1]. Le nombre annuel de décès a ensuite fortement augmenté chaque année jusqu'en 1994 : 2 785 en 1990 et 4 860 en 1994. Une première baisse a été observée en 1995 avec 4 733 décès. Mais c'est en 1996 qu'on observe une diminution très significative avec 3 472 décès enregistrés (tabl. 1).

On peut isoler quatre phases dans l'évolution des taux de décès : accroissement exponentiel jusqu'en 1986, stabilisation entre 1987 et 1989 (+ 50 % par an), ralentissement régulier du taux d'accroissement jusqu'en 1995 puis nette décroissance en 1996 (moins 26 %). Ces tendances sont proches pour les deux sexes. Toutefois, la baisse s'est produite un peu plus tôt chez les hommes (fig. 1).

Les taux masculins sont toujours nettement plus élevés que les taux féminins. La surmortalité masculine a cependant fortement diminué avec le temps. Les hommes mouraient 10 fois plus du Sida que les femmes en 1985, 6 fois plus en 1990 et 4 fois plus en 1996.

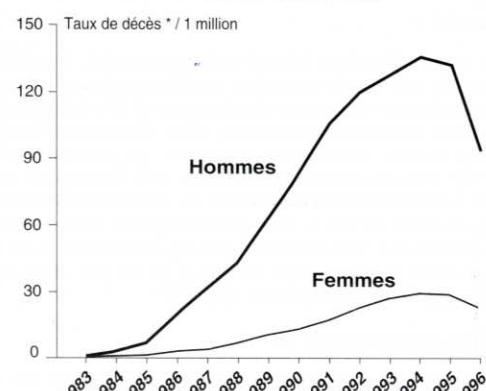
\* Service d'information sur les causes médicales de décès (SC8-INSERM), 44, chemin de Ronde, 78116 Le Vésinet Cedex.

Tableau 1. – Évolution de la mortalité par Sida en France de 1983 à 1996

Année de décès	Effectif de décès	Taux comparatif <sup>1</sup> pour 1 million	Taux d'accroissement annuel
1983	32	0,6	—
1984	75	1,4	125
1985	214	3,9	181
1986	607	11,4	188
1987	964	17,6	54
1988	1384	25,0	43
1989	2060	37,0	48
1990	2785	49,2	33
1991	3551	62,1	26
1992	4140	72,0	16
1993	4549	78,5	9
1994	4860	83,2	6
1995	4733	80,9	— 3
1996	3472	59,5	— 26

1. Standardisés par âge (réf. population française en 1990, deux sexes).

Figure 1. – Évolution de la mortalité par Sida en France selon le sexe de 1983 à 1996



\* Taux comparatifs (standardisés par âge) réf : population française 2 sexes - 1990

SC8 INSERM

#### Situation en 1996

Au cours de l'année 1996, 3 472 décès directement dus au Sida ont été enregistrés<sup>1</sup> ce qui correspond à un taux de mortalité de 60 par million d'habitants. Pour l'ensemble de la population, la part du Sida dans la mortalité générale reste relativement faible par rapport à la mortalité générale (0,6 %). Cependant le Sida ne touche pas toutes les catégories de population avec la même intensité.

1. Ne sont pas inclus dans cet effectif 336 décès pour lesquels la mention de Sida ou de VIH a été déclarée par le médecin certificateur en tant que cause associée. Pour la majorité de ces décès, une hépatite virale ou une mort violente (accident, suicide...) a été mentionnée en tant que cause principale de la mort.

## Sexe et âge

La répartition et les taux de décès par Sida selon le sexe et l'âge en 1996 sont présentés au tableau 2. On observe 2758 décès masculins et 714 féminins et une atteinte particulièrement marquée chez les adultes de 25-44 ans (70 % du total des décès par Sida). On compte très peu de décès avant 5 ans. La mortalité est maximale chez les hommes de 35 à 44 ans et chez les femmes de 25 à 34 ans. La sur-représentation masculine s'observe à tous les âges à l'exception des 5-14 ans. C'est entre 45 et 64 ans que cette surmortalité est maximale : le risque de décès est alors 7 fois plus élevé chez les hommes. La part globale que représente le Sida dans la mortalité générale est de 1,0 % pour le sexe masculin et de 0,3 % pour le sexe féminin. Cette part est nettement plus élevée pour les sujets jeunes : un décès sur 10 est dû au Sida chez les hommes entre 25 et 44 ans et chez les femmes entre 25 et 34 ans (tabl. 3).

Tableau 2. – Mortalité par Sida selon le sexe et l'âge en 1996

Groupe d'âge	Hommes			Femmes		
	Effectif	%	Taux/1 million <sup>1</sup>	Effectif	%	Taux/1 million <sup>1</sup>
< 5 ans .....	11	0,4	6,0	2	0,3	1,1
5-14 ans .....	14	0,5	3,7	20	2,8	5,6
15-24 ans .....	20	0,7	4,9	17	2,4	4,3
25-34 ans .....	739	26,8	170,4	284	39,8	65,8
35-44 ans .....	1162	42,1	272,6	257	36,0	59,7
45-64 ans .....	715	25,9	112,1	105	14,7	16,1
65 ans et +.....	97	3,5	26,6	29	4,1	5,4
<b>Tous âges.....</b>	<b>2758</b>	<b>100,0</b>	<b>97,4</b>	<b>714</b>	<b>100,0</b>	<b>23,9</b>

1. Population utilisée : population moyenne en 1995 (INSEE).

Tableau 3. – Part (en %) des décès dus au Sida dans la mortalité générale selon le sexe et l'âge en 1996

Groupe d'âge	Hommes		Femmes	
	%	%	%	%
< 5 ans .....	0,4	0,1		
5-14 ans .....	2,0	4,5		
15-24 ans .....	0,5	1,3		
25-34 ans .....	11,4	11,2		
35-44 ans .....	10,0	5,1		
45-64 ans .....	1,3	0,5		
65 ans et +.....	0,0	0,0		
<b>Tous âges .....</b>	<b>1,0</b>	<b>0,3</b>		

Lecture : 11,4 % du total des décès toutes causes chez les hommes de 25-34 ans sont dus au Sida.

## Etat matrimonial

Il existe de nettes disparités selon l'état matrimonial. À structure d'âge égale et quel que soit le sexe, les sujets mariés constituent toujours la catégorie la moins exposée : leur taux de décès est 10 fois inférieur à celui des célibataires. Mais ce sont maintenant les veufs (homme ou femme) et non les célibataires comme au début de l'épidémie qui présentent le risque de décès maximal. L'étude selon le sexe montre qu'il existe pour les hommes une très forte surmortalité chez les veufs et les célibataires. Pour les femmes, les veuves présentent de loin le plus grand risque de décès. Notons cependant que les célibataires (homme ou femme) représentent 65 % de l'ensemble des décès par Sida observés chez les sujets de 25 ans et plus, alors que les veufs et veuves n'en représentent que 4 %.

## Catégorie socio-professionnelle

Il existe également des différences très marquées selon les catégories socio-professionnelles (étudiées chez les hommes actifs entre 25 et 54 ans). Le taux le plus bas est observé chez les agriculteurs exploitants (20/million) et le plus élevé chez les employés (407/million), catégorie regroupant les personnels de service, de l'hôtellerie, les coiffeurs... Le taux de décès des cadres supérieurs et professions libérales est actuellement proche de celui observé pour les ouvriers, alors qu'il était 5 fois plus élevé dix ans plus tôt.

## Région de domicile

Des disparités importantes existent toujours entre les régions. La mortalité par Sida affecte principalement l'Île-de-France et quatre régions situées au sud de la France : Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA), Corse, Aquitaine et Languedoc-Roussillon. Les risques de décès par Sida sont multipliés par 7 entre la Picardie (région la moins touchée) et PACA (région la plus atteinte). Jusqu'en 1994, c'était l'Île-de-France qui présentait le taux le plus élevé.

## Caractéristiques des sujets les plus concernés par la baisse 1995-1996

Entre 1995 et 1996, la mortalité par Sida a fortement diminué (moins 26 %). L'ampleur de cette diminution varie en fonction des caractéristiques socio-démographiques des sujets décédés et de leur région de domicile (tabl. 4). La baisse a été plus marquée chez les hommes que chez les femmes. Elle a concerné toutes les classes d'âge (à l'exception des 5-14 ans). La plus forte diminution a été enregistrée chez les enfants de moins de 5 ans, cependant les décès sont relativement peu nombreux à cet âge. Entre 25 et 34 ans, les effectifs de décès ont diminué de près de 40 %, alors que la diminution a été plus modérée (moins 20 %) entre 35 et 64 ans. L'étude selon l'état matrimonial met en évidence une baisse maximale chez les célibataires, population la plus touchée au début de l'épidémie. En ce qui concerne la catégorie socio-professionnelle, c'est chez les cadres supérieurs et les professions libérales que la mortalité a diminué le plus (moins 38 % contre moins 29 % chez les ouvriers). Toutes les régions ont vu leur effectif de décès baisser excepté le Limousin et le Languedoc-Roussillon. Les régions où la mortalité a le plus diminué sont la Basse-Normandie, la Picardie, l'Auvergne, l'Alsace et le Midi-Pyrénées. On note en revanche une faible évolution du niveau de la mortalité dans les régions Centre, Lorraine, Pays-de-Loire, Bourgogne et Bretagne. Pour l'Île-de-France et PACA (régions les plus touchées par le Sida), la baisse de mortalité a été du même ordre que celle observée au niveau national (moins 30 %).

Tableau 4. – Évolution (en %) des effectifs de décès par Sida entre 1995 et 1996 selon les caractéristiques socio-démographiques des sujets décédés

	%		%
<b>Sexe :</b>		<b>Région de domicile :</b>	
Hommes .....	- 29	Île-de-France .....	- 31
Femmes .....	- 18	Champagne - Ardennes .....	- 31
<b>Âge :</b>		Picardie .....	- 52
< 5 ans .....	- 54	Haute-Normandie .....	- 27
5-14 ans .....	- 48	Centre .....	- 12
15-24 ans .....	- 31	Basse-Normandie .....	- 55
25-34 ans .....	- 37	Bourgogne .....	- 15
35-44 ans .....	- 20	Nord - Pas-de-Calais .....	- 19
45-64 ans .....	- 24	Lorraine .....	- 10
65 ans et +.....	- 14	Alsace .....	- 37
<b>État matrimonial (25 ans et +) :</b>		France-Comté .....	- 24
Célibataires .....	- 30	Pays-de-Loire .....	- 14
Marié .....	- 22	Bretagne .....	- 13
Veuf .....	- 16	Poitou - Charentes .....	- 31
Divorcé .....	- 17	Aquitaine .....	- 26
<b>Catégorie socio-professionnelle :</b>		Midi - Pyrénées .....	- 37
<b>(hommes actifs 25-54 ans) :</b>		Limousin .....	- 19
Agriculteurs, exploitants .....	- 11	Rhône - Alpes .....	- 20
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise .....	- 32	Auvergne .....	- 41
Cadres supérieurs et professions libérales .....	- 38	Languedoc - Roussillon .....	3
Cadres moyens (intermédiaires) .....	- 31	Provence - Alpes - Côte-d'Azur .....	- 27
Employés (y compris personnel de service) .....	- 33	Corse .....	- 20
Ouvriers .....	- 29		

## DISCUSSION – CONCLUSION

Les résultats de cette étude montrent que le Sida est une cause de mortalité toujours nettement plus importante chez les hommes que les femmes. Cependant la surmortalité masculine diminue avec le temps. La baisse de la mortalité observée entre les années 1995 et 1996 a été plus forte chez les hommes (moins 29 %) que chez les femmes (moins 18 %). Ces résultats rejoignent ceux de la surveillance nationale du Sida [2] qui ont montré que la mortalité par Sida avait, entre 1995 et 1996, plus diminué chez les homosexuels/bisexuels (moins 32 %) que chez les personnes contaminées par voie hétérosexuelle (moins 13 %).

La mortalité par Sida a fortement évolué selon l'état matrimonial. Au début de l'épidémie, les célibataires constituaient de loin la catégorie la plus touchée. Aujourd'hui, le risque de décès par Sida est plus élevé chez les veufs (homme ou femme) que chez les célibataires. Cela vient probablement du fait que les contaminations par voie hétérosexuelle ont augmenté, touchant ainsi des hommes ou des femmes mariés ayant eu probablement un conjoint décédé du Sida. L'analyse de la mortalité selon l'état matrimonial doit cependant être interprétée avec prudence car il s'agit de l'état « légal » (définition INSEE) qui ne permet pas d'isoler les couples non mariés de plus en plus fréquents.

La classe sociale la plus touchée reste en 1996 les employés. Cette catégorie inclut les personnels de services (hôtellerie, coiffure...) chez lesquels la proportion d'homo/bisexuels est probablement plus élevée. La baisse de mortalité la plus importante concerne les cadres supérieurs et les professions libérales qui peuvent avoir eu accès plus précocement que les autres catégories sociales aux nouvelles combinaisons thérapeutiques.

Le facteur déterminant de la diminution importante de la mortalité par Sida observée en 1996 est sans doute la diffusion croissante des nouvelles stratégies thérapeutiques antirétrovirales. Les résultats sont semblables à ceux observés aux États-Unis où l'analyse des registres de décès a mis en évidence une baisse de même ampleur en 1996 [3]. Il faut toutefois rester prudent quant à la poursuite de ces tendances et l'efficacité à long terme du traitement reste à prouver.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] E. JOUGLA, F. HATTON, P. MAGUIN E. MICHEL, A. LE TOULLEC. – Mortalité par Sida en France (1983-1988). – BEH, 1990; 6, 23
  - [2] Réseau national de Santé publique. – Surveillance du Sida en France, situation au 30 juin 1997. – BEH, n° 37/38, année 1997.
  - [3] Trends in AIDS incidence, Deaths, and Prevalence, United States, 1996. – MMWR, 1997; 46, 8.165-173.

## INFORMATION

La listériose est à déclaration obligatoire (décret n° 98-169 du 13 mars 1998), le modèle de questionnaire de cette déclaration est reproduit ci-dessous :

Questionnaire à retourner à la DDASS de :	<b>LISTERIOSE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maladie à déclaration obligatoire (décret n° 98-169 du 13 mars 1998 modifiant le décret n° 86-770 du 10 juin 1986)</li> <li>- Droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire du médecin déclarant (loi du 06-01-1978)</li> <li>- Centralisation des informations au Réseau National de Santé Publique</li> </ul>		
<b>CRITERES DE DECLARATION : Isolation de <i>Listeria monocytogenes</i></b>		
<b>CARACTERISTIQUES DU PATIENT (OU DE LA MERE S'IL S'AGIT D'UN NOUVEAU-NE &lt; 1 mois)</b>		
Initiale du nom : ..... Prénom : ..... Profession : .....		
Date de naissance  _____ _____ _____  Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Code postal du domicile : .....		
<b>FORME CLINIQUE</b>		
<p><input type="checkbox"/> <b>Non Materno-néonatale</b>            Adulte (sauf femme enceinte) et enfant &gt; 1 mois</p> <p><input type="checkbox"/> Forme neuroméningée : (présence de signes neurologiques ou culture du LCR positive)</p> <p><input type="checkbox"/> Bactériémie/Septicémie : (hémoculture positive avec culture du LCR négative et absence de signes neurologiques)</p> <p><input type="checkbox"/> Autres, préciser : ..... (absence de signes neurologiques ; hémoculture et culture LCR négatives)</p>		
<p><input type="checkbox"/> <b>Materno-néonatale</b> (femme enceinte et nouveau-né &lt; 1 mois)</p> <p>Terme de la grossesse : ..... (en semaines d'aménorrhée)</p> <p><input type="checkbox"/> Nouveau-né né vivant, date de naissance  _____ _____ _____             Initiale du nom : ..... Prénom : ..... Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p><input type="checkbox"/> Mort in utero, date de l'expulsion  _____ _____ _____             (avortement ou mort-né)</p> <p><input type="checkbox"/> Forme maternelle isolée            (sans atteinte foetale ou néonatale immédiate)</p>		
<b>BACTERIOLOGIE</b>		
Date du premier prélèvement positif à <i>Listeria monocytogenes</i>  _____ _____ _____		
Site(s) de prélèvement(s) positif(s) :		
Forme Non Materno-néonatale : <input type="checkbox"/> Hémoculture <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Autres, préciser .....		
Forme Materno-néonatale :		
Mère : <input type="checkbox"/> Hémoculture <input type="checkbox"/> Placenta <input type="checkbox"/> Autres, préciser .....		
Nouveau-né : <input type="checkbox"/> Hémoculture <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Autres, préciser .....		
Produit d'avortement ou mort-né <input type="checkbox"/>		
<b>PATIENT</b>		
Pathologie sous-jacente, <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS, Si Oui, préciser : .....		
Traitement immunosuppresseur : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS, Si Oui, préciser : .....		
Au moment du diagnostic de listériose, le patient était-il hospitalisé depuis plus de 10 jours ?		
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS Si Oui, préciser le motif : .....		
<b>EVOLUTION DE LA LISTERIOSE AU JOUR DE LA DECLARATION</b> (Sauf mort in utero)		
(En cas de forme materno-néonatale, l'évolution concerne le nouveau-né)		
Décès : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON si OUI, date :  _____ _____ _____		Si NON, évolution : <input type="checkbox"/> favorable <input type="checkbox"/> incertaine
<b>MEDECIN DECLARANT</b> Date de déclaration  _____ _____ _____		Signature et tampon
Nom : .....		
Service : .....		
Nom de l'hôpital : .....		
Adresse : .....		
Tél : .....		

N. B. Un questionnaire alimentaire vous sera adressé par la DDASS, merci de le compléter si possible auprès de votre patient.

