



Statistiques de la santé

Atlas de la mortalité dans l'Union européenne

Chapitre 21 Le sida

Données 1994-1996



COMMISSION
EUROPÉENNE

Inserm

CépiDC — Centre d'épidémiologie
sur les causes médicales de décès



UNIVERSITÉ PARIS X NANTERRE



THÈME 3
Population
et conditions
sociales

3

Europe Direct est un service destiné à vous aider à trouver des réponses aux questions que vous vous posez sur l'Union européenne.

**Un nouveau numéro unique gratuit:
00 800 6 7 8 9 10 11**

De nombreuses autres informations sur l'Union européenne sont disponibles sur l'internet via le serveur Europa (<http://europa.eu.int>).

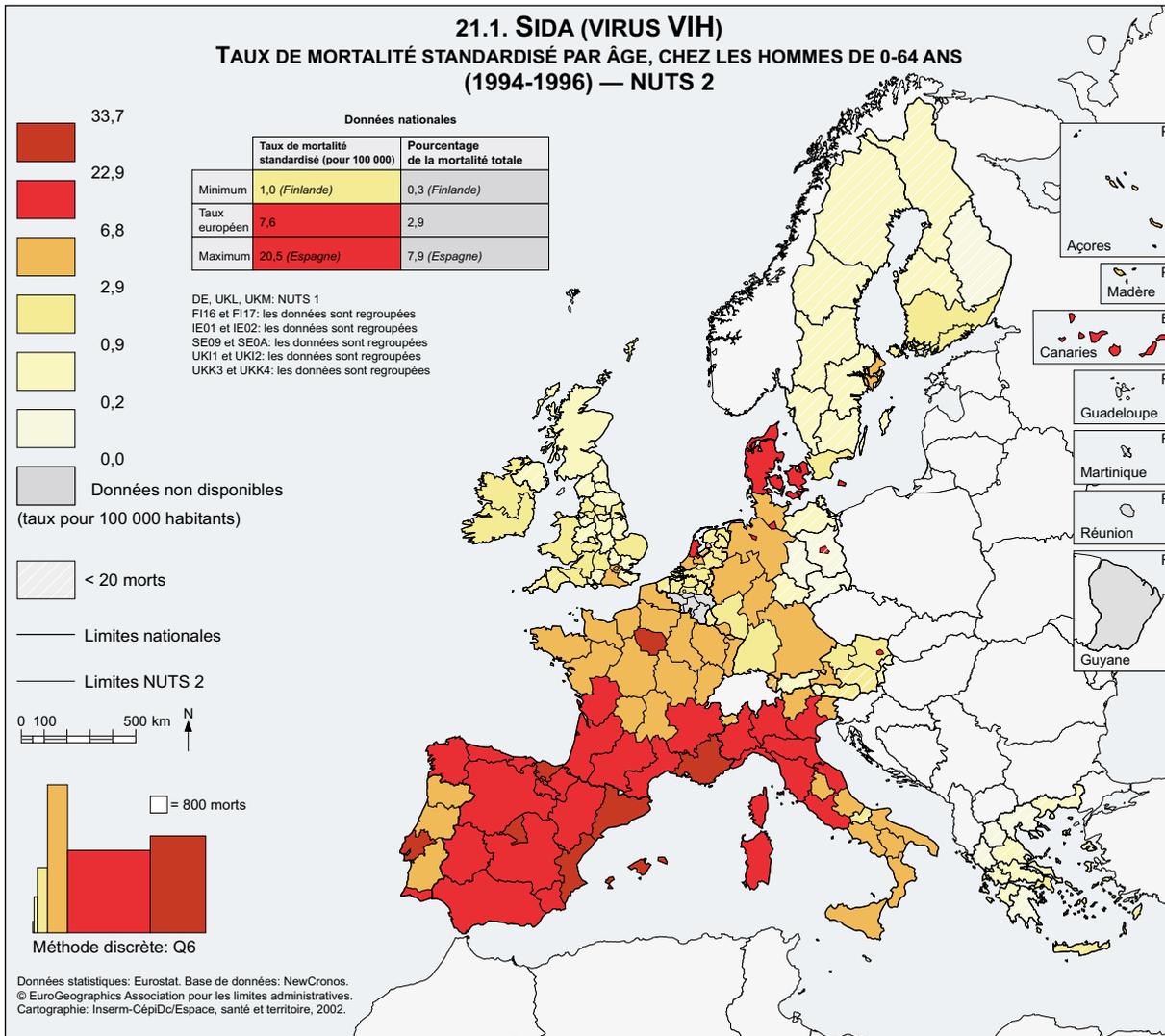
Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 2002

ISBN 92-894-3728-6

© Communautés européennes, 2002

Atlas — Sommaire

1. Introduction	9
2. Méthodologie.....	11
3. La mortalité générale.....	15
4. La mortalité «prématurée»	23
5. La mortalité par groupe d'âge	27
6. Typologies de la mortalité par âge.....	43
7. Typologies de mortalité par causes.....	49
8. Les maladies cardio-vasculaires	53
9. Les maladies respiratoires.....	59
10. Les cancers des voies respiratoires.....	65
11. Les cancers de l'intestin (côlon, rectum, anus).....	71
12. Les cancers de l'estomac.....	75
13. Les cancers du sein	79
14. Les cancers de l'utérus.....	81
15. Les cancers de la prostate	83
16. Les cancers du pancréas	85
17. Les cancers de la vessie.....	89
18. Le mélanome malin de la peau	93
19. La mortalité liée à l'alcoolisme	97
20. Les morts violentes	101
21. Le sida	111
Annexe 1 — Population standard européenne	115
Annexe 2 — Causes de décès et codes dans la «Liste européenne succincte»	116
Annexe 3 — Union européenne — Liste des régions au niveau NUTS 2.....	118



21. Le sida

Le sida touche essentiellement les hommes jeunes, jusqu'à devenir la troisième cause de décès entre 25 et 44 ans (voir «La mortalité par groupe d'âge», section 5). La transmission homosexuelle du virus est la plus fréquente. L'usage commun par les toxicomanes de seringues infectées constitue l'autre facteur important de contamination.

La population féminine est moins touchée, mais les contaminations lors de rapports hétérosexuels et par transmission verticale augmentent.

Les déterminants de la durée de survie des malades sont fonction de plusieurs facteurs, notamment l'âge au diagnostic, l'année du diagnostic, l'introduction de nouvelles associations thérapeutiques, le type de pathologies inaugurales lié au niveau immunitaire du patient. Les progrès thérapeutiques récents donnent cependant actuellement aux ma-

lades une meilleure espérance de vie que celle que connaissaient les premières victimes de l'épidémie.

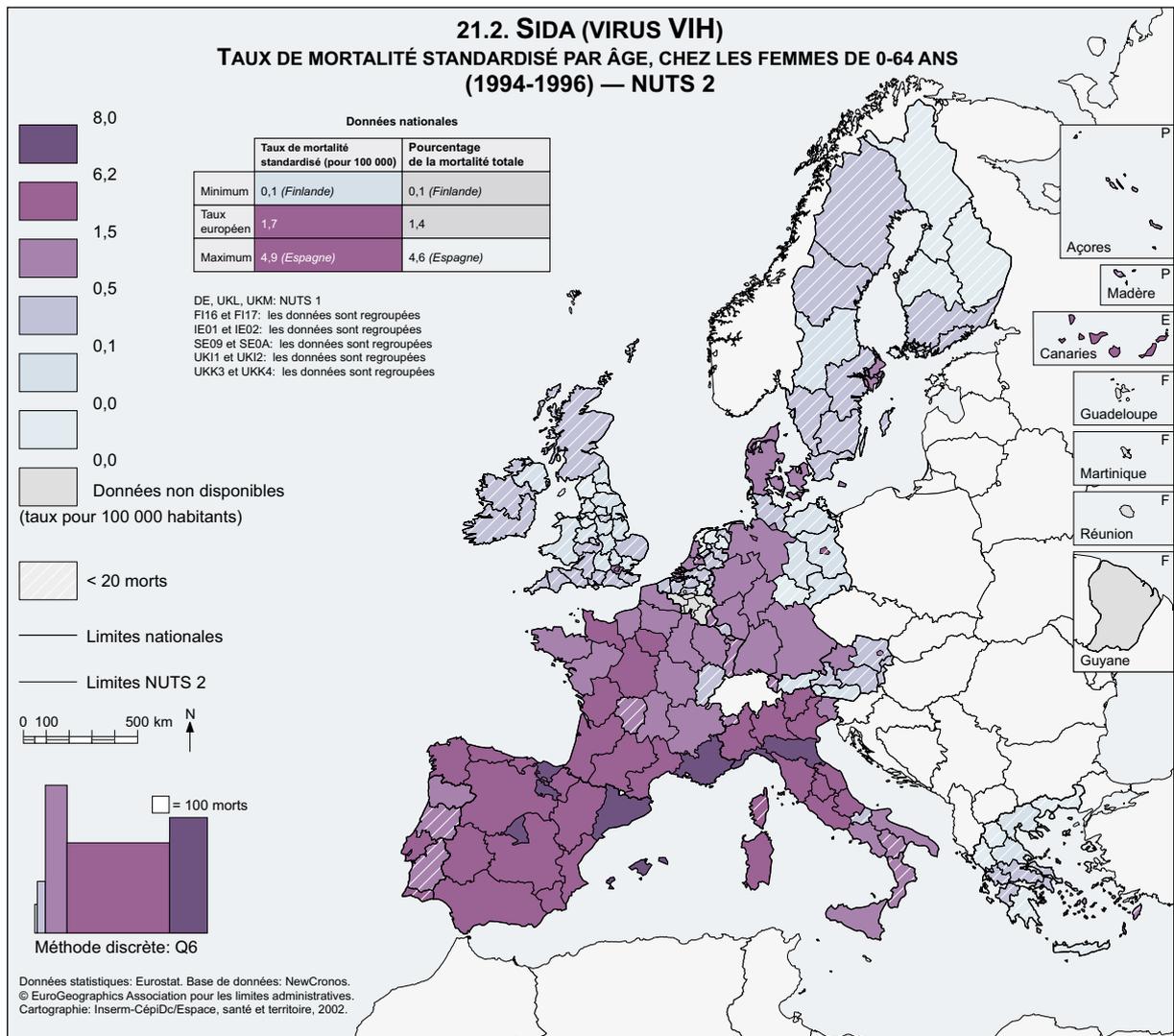
Des inégalités de mortalité fortement marquées

Le sida est la cause de décès pour laquelle l'amplitude de variation des taux régionaux de mortalité est la plus importante dans l'UE.

La cartographie des taux de mortalité révèle une géographie tranchée, peu différente pour les hommes et les femmes, bien que les effectifs soient beaucoup plus faibles pour les femmes.

Une vaste zone continue de surmortalité recouvre l'ensemble des provinces espagnoles, le sud de la France et le nord de l'Italie, ainsi que l'Algarve au Portugal et les îles méditerranéennes: Balears, Corse, Sardagna.

Au sein de cet ensemble de surmortalité, certaines régions affichent des taux particulièrement élevés:



la Catalogne, la Comunidad Valenciana, le País Vasco (Espagne), la Provence-Alpes-Côtes d'Azur (France). La Comunidad de Madrid est également nettement plus touchée. Cette situation défavorable d'une grande région abritant la capitale se retrouve dans la plupart des pays européens confirmant que l'épidémie du sida est fortement urbaine. Au Portugal, le Lisboa e Vale do Tejo affiche des taux très élevés par rapport aux autres provinces portugaises. Un même contraste apparaît entre l'Île-de-France et les régions de la moitié nord française. Dans l'ouest de l'Allemagne, le sida a un impact plus important dans les Länder urbains de Bremen et de Hamburg.

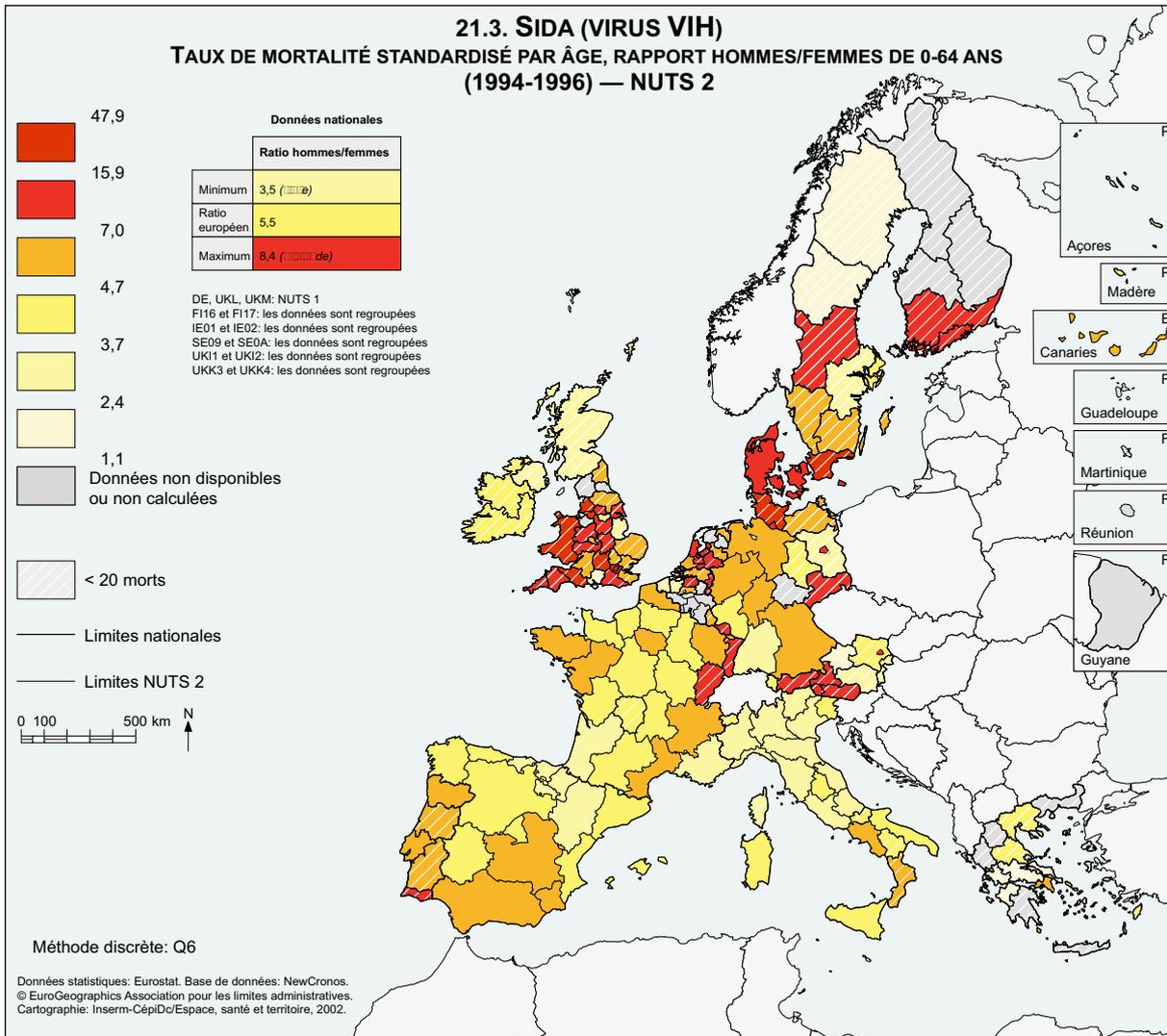
La mauvaise position des grandes régions urbaines est plus flagrante encore dans des États membres où, par ailleurs, l'impact du sida est faible, aux Pays-Bas (Noord-Holland et Zuid-Holland) et en Autriche (Wien) par exemple. Mais c'est dans l'est de l'Allemagne que l'opposition entre la situation de Berlin et du reste du

territoire, où les taux sont particulièrement bas, apparaît le plus nettement.

Dans certains États membres ces contrastes sont moins flagrants. En Grèce, l'impact de l'épidémie est très faible sur l'ensemble du territoire, y compris en Attiki, région abritant Athènes. Ce pays fait dans le sud de l'UE figure d'exception. Il se retrouve dans la même situation que les pays nordiques: îles britanniques, Suède, Finlande, Belgique où l'impact du sida est globalement modéré. On note cependant que, à Stockholm et dans la région londonienne, les taux sont plus élevés. Au nord de l'UE, seul le Danemark apparaît fortement touché.

Ces contrastes importants peuvent s'expliquer par l'antériorité de l'épidémie dans certaines régions, mais peuvent également traduire l'efficacité des politiques de prévention dans les différents pays européens.

La question de la prévention se pose cependant très différemment selon les États membres. La ré-



partition des cas de sida, selon le mode de contamination, varie en effet sensiblement d'un État membre à l'autre. Dans le nord de l'UE, notamment au Danemark, en Allemagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, les homosexuels seraient les plus

touchés par la maladie, alors que dans les pays du sud, en particulier en Italie et en Espagne, les toxicomanes recourant à une administration intraveineuse constitueraient le groupe de contamination prédominant.