

VIH et SIDA dans l'Union européenne

Statistiques en bref

POPULATION ET CONDITIONS SOCIALES

18/2004

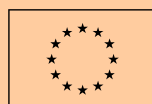
Auteurs
Sabine Gagel,
Elodie Niederlaender

Contenu

Cas de SIDA nouvellement diagnostiqués..... 2

Catégories de transmission du SIDA..... 4

Mortalité due au SIDA..... 5



Fin de rédaction: 29.09.2004
ISSN 1024-4360
Numéro de catalogue: KS-NK-04-018-FR-N
© Communautés européennes, 2004

Alors que le nombre de cas de SIDA nouvellement diagnostiqués continue de diminuer dans l'UE, une tendance à la hausse peut être observée en ce qui concerne le nombre d'infections à VIH nouvellement déclarées, d'après les données communiquées par EuroHIV. S'agissant des 17 pays de l'UE pour lesquels des données sont disponibles pour 1996 et 2003 sur les infections VIH comme sur les cas de SIDA, le nombre d'infections à VIH nouvellement notifiées a augmenté de presque 75% entre 1996 (7 641 nouvelles infections signalées) et 2003 (13 257 infections), les progressions les plus importantes du nombre de nouveaux diagnostics du VIH étant relevées dans les pays Baltes (Estonie, Lettonie, Lituanie). Au cours de la même période, le nombre de cas de SIDA nouvellement diagnostiqués a chuté de plus de 55% (1996 : 4 085 cas, 2003 : 1 772 cas). Ce recul des cas de SIDA s'explique en grande partie par le traitement anti-rétroviral hautement actif (HAART).

Selon EuroHIV, le nombre cumulé de toutes les infections par le VIH déclarées à la fin 2003 dans l'UE atteint presque 180 000 – un chiffre qui sous-estime toutefois considérablement le nombre réel des infections. La déclaration des infections par le VIH demeure incomplète : certains des pays les plus fortement touchés par l'épidémie de VIH/SIDA (France, Italie et Espagne) ne possèdent pas encore de système national de déclaration, et même lorsqu'un tel système est présent, toutes les infections prévalentes au VIH n'ont pas été diagnostiquées ni signalées. En outre, les pays ont mis en œuvre la déclaration du VIH à des dates différentes et la déclaration rétrospective ne se fait pas systématiquement. Par conséquent, les données existantes sous-estiment considérablement la situation réelle. Tous les chiffres sur les infections à VIH doivent donc être interprétés avec prudence. Le tableau 1 fournit une comparaison entre les nouvelles infections par le VIH diagnostiquées et les nouveaux cas de SIDA diagnostiqués en 1996 et 2003 afin de brosser un tableau plus complet de l'épidémie en Europe.

Tableau 1: VIH et SIDA dans l'UE, 1996 et 2003

Pays	Année de début de déclaration du VIH	Nombre d'infections par le VIH nouvellement diagnostiquées par année de déclaration		Nombre de cas de SIDA nouvellement diagnostiqués par année de diagnostic, corrigé des retards de déclaration		Ratio VIH/SIDA	
		1996	2003	1996	2003	1996	2003
Belgique	1986	719	1032	209	87	3,4	11,9
République tchèque	1985	50	61	19	9	2,6	6,8
Danemark	1990	269	241	159	41	1,7	5,9
Allemagne	1993	1967	1823	1618	353	1,2	5,2
Estonie	1988	8	541	7	10	1,1	54,1
Grèce	1999 ¹⁾	449	431	234	72	1,9	6,0
Espagne	1999 ²⁾	n/a	n/a	6628	1363	n/a	n/a
France	2003	n/a	1714 ³⁾	4018	686	n/a	n/a
Irlande	1985	98	399	55	8	1,8	49,9
Italie	1985 ²⁾	n/a	n/a	5047	1759	n/a	n/a
Lettonie	1987	32	403	5	58	6,4	6,9
Lituanie	1988	12	110	5	9	2,4	12,2
Luxembourg	1999 ¹⁾	25	47	13	8	1,9	5,9
Hongrie	1985	62	63	46	26	1,3	2,4
Pays-Bas	2002	n/a	834	458	44 ⁴⁾	n/a	n/a
Autriche	1998	n/a	423	138	43	n/a	9,8
Pologne	1985	551	610	112	167	4,9	3,7
Portugal	1983	n/a	2298	968	818	n/a	2,8
Slovénie	1986	9	14	8	6	1,1	2,3
Slovaquie	1985	4	13	0	2	n/a	6,5
Finlande	1986	69	134	24	26	2,9	5,2
Suède	1985	224	382	135	52	1,7	7,3
Royaume-Uni	1984	3093	6953	1436	838	2,2	8,3

1) Déclaration rétrospective 2) La déclaration du VIH n'existe que pour certaines régions; données non indiquées 3) Données de mars à décembre 2003 4) Pays-Bas: 2001

Répercussions du traitement anti-rétroviral hautement actif – HAART

Le SIDA, syndrome d'immunodéficience acquise, a pour la première fois été reconnu en 1981 alors que le virus d'immunodéficience humaine (VIH) n'a été découvert qu'en 1983. C'est à cette époque que le SIDA a également été identifié comme étant le résultat d'une infection avancée par le VIH. Durant les quinze premières années de déclaration, le nombre des nouveaux cas de SIDA n'a cessé d'augmenter. Le renversement de cette tendance au milieu des années 1990 coïncide avec l'utilisation accrue du traitement anti-rétroviral actif (HAART), qui vise à supprimer de façon agressive la réplication virale et la progression de la maladie du VIH et a permis d'allonger la durée de survie sans SIDA¹. L'introduction du HAART a eu des répercussions majeures sur l'incidence du SIDA. Toutefois, les données provenant de la déclaration des cas de VIH dépendent des modèles d'essai et de notification nationaux et ne sont pas encore pleinement comparables entre pays. Par conséquent, les analyses suivantes portent sur les données les plus comparables sur les cas de SIDA nouvellement diagnostiqués. Il convient néanmoins de garder à l'esprit que les tendances en matière d'incidence du SIDA reflètent à la fois l'incidence sous-jacente du VIH et l'utilisation du HAART.

Cas de SIDA nouvellement diagnostiqués

50% en Italie et en Espagne en 2003

En 2003, 6 441 cas de SIDA nouvellement diagnostiqués ont été déclarés pour l'UE-25², d'après les données communiquées par EuroHIV. Le nombre de cas n'a cessé de diminuer depuis le pic atteint en 1994³ où plus de 25 000 nouveaux cas de SIDA avaient été diagnostiqués dans les 25 pays qui composent aujourd'hui l'UE. Pour 2003, l'Italie (27%) et l'Espagne (21%) représentent environ 50% de tous les nouveaux cas diagnostiqués dans l'UE-25. Parallèlement, ces deux pays représentent uniquement 22% de la population de l'UE-25. Depuis le milieu des années 1990, on observe que ces deux pays continuent de déclarer approximativement la moitié de tous les nouveaux cas de SIDA dans l'UE-25, tout en suivant la tendance communautaire à la baisse du nombre des cas de SIDA.

Certaines différences d'évolution peuvent être constatées entre l'UE-15 et les nouveaux États membres. Pour presque tous les pays de l'UE-15, le pic des cas nouvellement diagnostiqués a pu être observé vers 1994, et depuis lors des diminutions importantes ont été signalées. Si au Luxembourg et en Finlande, le nombre de nouveaux cas n'a reculé que de 40% entre 1994 et 2000, six pays de l'UE-15 annoncent une baisse considérable de plus de 80%, à savoir le Danemark, la France, l'Allemagne, l'Irlande, les Pays-bas⁴ et l'Espagne. Seul le

Tableau 2: Cas de SIDA nouvellement diagnostiqués par pays et année de diagnostic

	Nombre total								Taux d'incidence (par million d'habitants)	
	1985	1990	1994	1995	2000	2001	2002	2003	1994	2003
UE-25	1811	15835	25096	24483	9661	8813	8449	6441	56,3	14,2
Belgique	69	206	259	249	130	130	102	87	25,6	8,4
République tchèque	-	5	12	13	14	7	8	9	1,2	0,8
Danemark	38	197	236	213	58	72	44	41	45,4	7,6
Allemagne	311	1549	2068	1927	736	693	655	353	25,4	4,3
Estonie	-	-	1	3	3	2	5	10	0,7	7,4
Grèce	14	149	216	216	127	89	90	72	20,5	6,5
Espagne	178	3926	7390	7125	2743	2314	2009	1363	188,4	32,8
France	584	4321	5765	5302	1707	1656	1578	686	100,1	11,5
Irlande	7	68	75	53	13	27	32	8	20,9	2,1
Italie	198	3134	5505	5651	1936	1794	1741	1759	96,3	30,6
Lettonie	-	2	2	3	23	40	55	58	0,8	25,0
Lituanie	-	1	2	1	7	10	9	9	0,5	2,6
Luxembourg	2	9	13	15	10	4	1	8	32,5	17,8
Hongrie	-	19	23	31	27	20	26	26	2,2	2,6
Pays-Bas	67	419	488	538	105	44	n/a	n/a	31,8	n/a
Autriche	28	164	169	207	83	50	66	43	21,3	5,3
Pologne	-	21	100	115	120	130	123	167	2,6	4,4
Portugal	29	259	680	798	919	941	960	818	68,1	78,6
Slovénie	-	2	6	16	7	5	3	6	3,0	3,0
Slovaquie	1	1	3	2	4	5	2	2	0,6	0,4
Finlande	4	15	43	41	17	17	21	26	8,5	4,9
Suède	34	132	187	195	59	47	58	52	21,4	5,8
Royaume-Uni	247	1243	1853	1769	813	716	861	838	31,8	14,1
Islande	1	3	6	4	1	1	-	1	22,6	3,5
Norvège	15	59	74	67	38	28	33	39	17,1	8,6
Suisse	120	613	691	616	205	219	200	222	99,2	30,4
Roumanie	5	1169	562	716	601	355	247	201	24,7	9,2
Croatie	-	9	17	15	19	7	20	12	3,6	n/a

Les chiffres sont corrigés des retards de déclaration.

L'UE-25 englobe tous les pays pour lesquels des données sont disponibles (c'est-à-dire 1985-2001 UE-25 sans Chypre et Malte, à partir de 2002 UE-25 sans Chypre, Malte et les Pays-Bas).

Portugal, touché plus tardivement par l'épidémie du VIH, s'écarte de cette tendance, avec une hausse globale d'environ 20% du nombre de nouveaux cas diagnostiqués entre 1994 et 2003, suivie d'une stabilisation des chiffres à un niveau élevé depuis la fin des années 1990. Les nouveaux États membres⁵ représentaient moins de 5% des cas de SIDA nouvellement diagnostiqués en 2003 alors qu'ils comptaient environ 16% de la population de l'UE-25. Toutefois, dans plusieurs de ces pays, le nombre des nouveaux cas de SIDA diagnostiqués n'a cessé de croître, avec des chiffres importants dans les pays Baltes et en Pologne, compte tenu essentiellement du commencement plus tardif de l'épidémie.

UE-25 – 14,2 nouveaux cas par million d'habitants en 2003

Dans l'UE-25, le taux d'incidence estimé pour 2003 était de 14,2 cas par million d'habitants, soit un taux relativement faible par rapport au chiffre de 56,3 cas en 1994. Le Portugal enregistrait l'incidence la plus forte en 2003, avec 78,6 cas par million d'habitants, suivi de l'Espagne (32,8) et de l'Italie (30,6). Tout au long de la période de déclaration, les pics d'incidence suivants ont été signalés : Espagne (188,4 en 1994), Suisse (104,5 en 1992), Portugal (100,7 en 1999), France (100,1 en 1994) et Italie (98,7 en 1995).

En raison du nombre beaucoup plus faible des cas de SIDA nouvellement diagnostiqués chez les femmes, les taux

d'incidence pour ces dernières se situent au-dessous de 8 cas par million dans 16 pays de l'UE en 2003. Le Portugal se distingue, avec un taux élevé de 31,9 cas par million de femmes. Chez les hommes, les taux d'incidence sont beaucoup plus hauts, les chiffres les plus considérables étant déclarés pour le Portugal (128,5), l'Espagne (53,4), la Lettonie (38,2) et la Suisse (39,5).

Royaume-Uni – la plus forte augmentation de la part des femmes dans les nouveaux cas de SIDA

Avec une part de 73,4% dans l'ensemble des nouveaux cas diagnostiqués, les hommes demeurent beaucoup plus touchés que les femmes. Toutefois, la part des femmes dans les nouveaux cas de SIDA n'a cessé de progresser tout au long de la période de déclaration (1985-2003). En 1985, seuls 10% environ des nouveaux cas diagnostiqués concernaient des femmes. En 1995, ce chiffre atteignait 20% et en 2003, 26,6%. Alors que dans l'ensemble des pays européens, les hommes sont plus affectés que les femmes, on note des écarts considérables entre les pays. En 2003, la part des hommes dans les nouveaux cas allait de 60% en Belgique, en Autriche, au Royaume-Uni et en Roumanie à plus de 85% en République tchèque, en Allemagne, en Lituanie, en Hongrie et en Slovaquie⁶. L'évolution la plus importante a été relevée au Royaume-Uni où, en 1994, 88% de tous les nouveaux cas diagnostiqués étaient des hommes alors qu'en 2003, cette part était descendue à 56%.

Tableau 3: Part des hommes dans les cas de SIDA nouvellement diagnostiqués par pays et année de diagnostic, en %

	1990	1994	1995	2000	2001	2002	2003
UE-25	84,5	81,1	79,9	76,4	76,3	75,1	73,4
Belgique	81,6	73,7	71,9	59,2	60,0	50,0	55,2
République tchèque	100,0	83,3	100,0	85,7	71,4	87,5	88,9
Danemark	91,4	83,9	86,4	69,0	63,9	70,5	73,2
Allemagne	89,7	87,7	86,0	82,9	76,5	79,5	85,3
Estonie	-	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	70,0
Grèce	88,1	85,2	87,0	86,6	75,3	84,4	81,9
Espagne	82,3	80,2	79,8	77,4	79,8	78,2	79,8
France	83,5	79,9	79,5	72,5	73,6	70,1	72,6
Irlande	72,1	86,7	88,7	76,9	77,8	78,1	75,0
Italie	81,4	77,7	75,7	75,9	75,0	76,2	73,8
Lettonie	100,0	100,0	100,0	73,9	72,5	74,5	70,7
Lituanie	100,0	100,0	100,0	85,7	90,0	88,9	88,9
Luxembourg	100,0	84,6	93,3	90,0	100,0	100,0	62,5
Hongrie	89,5	95,7	90,3	92,6	85,0	73,1	84,6
Pays-Bas	91,4	88,3	83,8	85,7	97,7	n/a	n/a
Autriche	81,7	79,9	74,4	63,9	82,0	68,2	60,5
Pologne	100,0	86,0	83,5	76,7	76,2	82,9	67,1
Portugal	88,4	82,8	83,1	82,5	83,8	83,3	79,0
Slovénie	100,0	83,3	81,3	85,7	100,0	100,0	83,3
Slovaquie	100,0	66,7	50,0	75,0	80,0	100,0	100,0
Finlande	93,3	90,7	90,2	52,9	70,6	66,7	73,1
Suède	90,2	80,7	82,6	76,3	68,1	72,4	63,5
Royaume-Uni	92,2	87,9	84,1	70,5	67,0	63,4	55,6
Islande	100,0	83,3	100,0	100,0	100,0	-	100,0
Norvège	86,4	82,4	83,6	65,8	64,3	54,5	69,2
Suisse	79,1	75,3	73,2	73,2	62,1	70,5	63,5
Roumanie	58,0	61,0	55,2	57,2	61,7	55,5	55,2
Croatie	100,0	76,5	80,0	100,0	100,0	80,0	83,3

Les chiffres sont corrigés des retards de déclaration,

L'UE-25 englobe tous les pays pour lesquels des données sont disponibles (c'est-à-dire 1985-2001 UE-25 sans Chypre et Malte, à partir de 2002 UE-25 sans Chypre, Malte et les Pays-Bas).

Ce net recul des hommes et la hausse parallèle des femmes dans les nouveaux cas de SIDA au Royaume-Uni diffèrent de la tendance plus modérée observée en Italie, en Espagne, au Portugal et en France. Ces quatre pays représentent plus de deux tiers de tous les cas nouvellement diagnostiqués dans l'UE-25 et ont donc un fort impact sur la moyenne de l'UE-25 où la part des hommes n'a que peu diminué, passant de 81% en 1994 à 73% en 2003.

Catégories de transmission du SIDA

La transmission par rapports hétérosexuels représente 40% des cas de SIDA nouvellement diagnostiqués dans l'UE-25.

En 2003, un peu plus de 40% de tous les cas de SIDA nouvellement diagnostiqués dans l'UE-25 étaient imputables à des relations hétérosexuelles. Environ 30% des nouveaux cas résultaient de l'usage de drogue par voie intraveineuse (UDVI) et un peu moins de 20% de tous les cas de relations homo/bisexuelles. Ces trois catégories de transmission regroupaient donc plus de 90% de l'ensemble des nouveaux cas.

Toutefois, la part relative de ces trois principales catégories de transmission a considérablement évolué entre 1985 et 2003 dans l'UE-25. En 1985, avec environ 60% de tous les nouveaux cas, la transmission due à des rapports entre hommes homosexuels ou bisexuels était de loin le mode de transmission le plus fréquent. La part de ce mode de transmission dans l'ensemble des nouveaux cas a chuté entre 1985 et 1997. Depuis la fin des années 1990, cette part est demeurée relativement stable à 20% approximativement. Parallèlement, la transmission par rapports hétérosexuels n'a cessé d'augmenter, passant de son point le plus bas en 1986, où seulement 7,6% de tous les nouveaux cas entraient dans cette catégorie, à presque 42% en 2003. Cette progression de la transmission par le biais de relations hétérosexuelles se

reflète également dans la part grandissante des femmes parmi les cas nouvellement diagnostiqués.

La part des nouveaux cas imputables à l'usage de drogue par voie intraveineuse a évolué différemment, mais de façon similaire chez les femmes et les hommes. Dans la seconde moitié des années 1980, on a pu observer une progression sensible de ce mode de transmission. Cette part est ensuite demeurée relativement stable, autour de 40%, tout au long des années 1990. Les données les plus récentes révèlent une tendance à la baisse. Toutefois, seules les données futures montreront s'il s'agit d'une tendance durable.

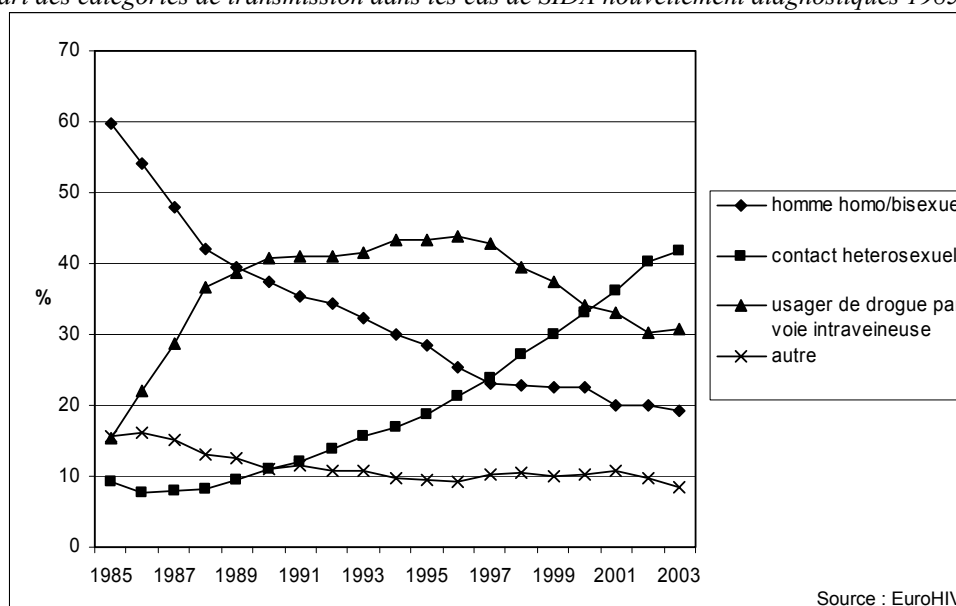
La transmission par relation hétérosexuelle en hausse – chez les femmes comme chez les hommes

Ce n'est qu'en 2001 que les relations hétérosexuelles sont devenues le mode de transmission le plus fréquent parmi les cas de SIDA de l'UE-25 (hommes et femmes confondus). En 2003, la part de la transmission hétérosexuelle⁷ était de plus de 65% au Royaume-Uni, en Belgique et en Suède alors qu'en Allemagne, en Lettonie et en Pologne, les cas de transmission par ce biais étaient inférieurs à 16%.

Les modes de transmission par rapports sexuels diffèrent évidemment pour les femmes et les hommes. Pour les femmes de l'UE-25, les relations hétérosexuelles constituaient le mode de transmission le plus probable, avec environ 70% des nouveaux cas en 2003. Pour les hommes, cette part était uniquement de 32% alors que 26% des nouveaux cas étaient dus à des rapports homo- et bisexuels. Toutefois, chez les femmes comme chez les hommes, la transmission par le biais de relations hétérosexuelles n'a cessé de progresser : en 1985, seuls 6% des nouveaux cas pour les hommes et 34% pour les femmes entraient dans cette catégorie.

Dans presque tous les pays, l'importance de ce mode de transmission s'est accrue chez les femmes. En 2003, les parts

Graphique 1: Part des catégories de transmission dans les cas de SIDA nouvellement diagnostiqués 1985-2003, UE-25



Sans Chypre et Malte, 2002 et 2003 : sans les Pays Bas

les plus élevées - plus de 90% - ont été relevées en Belgique et au Royaume-Uni, alors que les rapports hétérosexuels ont joué un rôle moins significatif dans la transmission en Pologne, en Lettonie, en Allemagne et en Espagne, avec moins de 50% des cas entrant dans cette catégorie pour les femmes.

Pour les hommes, le poids de la transmission par le bais de rapports hétérosexuels a également augmenté. Les relations homo- et bisexuelles ont nettement prédominé dans la transmission globale par rapports sexuels jusqu'au début des années 1990, avec plus de 80% des cas de transmission par rapports sexuels résultant de relations homo- ou bisexuelles dans 11 des 15 pays⁸ étudiés. Toutefois, en 2003, dans 12 des 15 pays, la part de la transmission imputable aux rapports homo- ou bisexuels a été inférieure à 50%. Il n'y a qu'en Allemagne où les relations homo- ou bisexuelles ont continué de représenter plus de 80% de tous les cas de transmission par voie sexuelle pendant l'ensemble de la période de déclaration. Dans le même temps, l'Allemagne est le seul pays où les rapports homo- ou bisexuels sont demeurés le mode de transmission le plus important pour tous les cas nouvellement diagnostiqués et pour toutes les années pour lesquelles des données sont disponibles.

En Espagne, 49% des cas de SIDA nouvellement diagnostiqués sont imputables à l'UDVI

Les chiffres concernant la transmission par usage de drogue en intraveineuse (UDVI) en 2003⁹ révèlent qu'en Espagne (49%) et au Portugal (41%), la part déclarée des nouveaux cas imputables à l'UDVI est largement supérieure à la moyenne de 31% de l'UE-25. Des pourcentages encore plus importants ont été relevés en Pologne (65%) et en Lettonie (76%), deux pays caractérisés par un nombre absolu

relativement faible de cas nouvellement diagnostiqués. Le Royaume-Uni se place au troisième rang en termes de chiffres absolus avec 838 nouveaux cas en 2003 mais dont seulement 20 (ou 2%) sont imputables à l'UDVI. Les autres pays dans lesquels ce mode de transmission est inférieur à 10% sont la Belgique, la Grèce et la Suède.

En ce qui concerne l'évolution de la part de l'UDVI dans l'ensemble des nouveaux cas, un certain nombre de pays tels que l'Italie, l'Espagne, la France et – dans une moindre mesure – la Suède et l'Allemagne (et également la Suisse) suivent la tendance susmentionnée de l'UE-25 : hausse dans les années 1980, stabilité durant les années 1990 et signes d'une tendance à la baisse dans les dernières années. Toutefois, si la part de l'UDVI a dépassé 65% en Italie et en Espagne au début des années 1990, le chiffre le plus élevé enregistré par la France pour ce mode de transmission n'est que de 27%. L'évolution au Portugal a été différente, avec une forte progression au début des années 1990 puis une tendance à la baisse de la part de l'UDVI depuis la fin des années 1990.

Mortalité due au SIDA

Selon les statistiques sur les causes de décès collectées par Eurostat, au moins 6 017 personnes sont décédées du SIDA dans l'UE-25¹⁰ en 1999 (4 850 hommes et 1 167 femmes). Le nombre global de décès (toutes causes confondues) avoisinait les 4,5 millions. Par conséquent, la part des décès liés au SIDA était faible: 0,14% (0,22% pour les hommes et 0,05% pour les femmes). En termes de chiffres absolus, ce sont l'Espagne, l'Italie, le Portugal et la France qui accusent les valeurs les plus élevées pour les années les plus récentes.

Tableau 4: Part des cas de SIDA nouvellement diagnostiqués imputables à des rapports sexuels, pays sélectionnés, en %

	Hommes								Femmes			
	% des cas de SIDA nouvellement diagnostiqués imputables à des rapports homo/bisexuels				% des cas de SIDA nouvellement diagnostiqués imputables à des rapports hétérosexuels				% des cas de SIDA nouvellement diagnostiqués imputables à des rapports hétérosexuels			
	1985	1990	1995	2003	1985	1990	1995	2003	1985	1990	1995	2003
UE-25	66,8	44,3	35,6	26,0	6,2	7,4	12,4	31,8	34,2	30,7	43,8	69,5
Belgique	34,9	60,1	57,5	37,5	51,2	25,0	31,3	52,1	65,4	71,1	80,0	92,1
Danemark	94,4	76,7	65,2	18,2	2,8	7,8	15,2	46,4	*	58,8	75,9	80,6
Allemagne	83,2	74,7	71,3	53,5	1,3	3,2	5,2	9,6	14,3	30,0	36,3	45,4
Grèce	71,4	67,5	75,0	47,1	7,1	10,3	5,3	29,8	*	41,2	78,6	100,0
Espagne	23,3	18,2	16,7	18,6	0,6	5,9	11,3	22,2	10,5	18,1	30,4	49,5
France	74,4	58,7	49,3	37,0	9,3	9,8	16,6	37,2	52,2	37,2	54,2	84,3
Italie	32,1	17,6	16,9	24,4	1,9	4,8	9,8	33,1	7,7	27,4	41,8	68,4
Lettonie	*	*	*	9,7	*	*	*	9,7	*	*	*	29,2
Autriche	48,0	51,5	46,8	18,6	4,0	7,5	9,1	28,4	*	46,7	39,6	59,0
Pologne	*	61,9	28,1	6,2	*	14,3	14,6	16,0	*	*	31,6	16,7
Portugal	60,7	50,0	17,6	11,2	17,9	24,6	22,3	42,5	*	40,0	32,8	64,1
Suède	85,3	71,4	60,2	22,4	5,9	13,4	24,8	63,4	*	76,9	64,7	84,1
Royaume-Uni	85,2	78,5	72,8	38,5	2,1	7,4	12,2	46,0	10,0	56,7	75,9	90,1
Norvège	78,6	58,8	62,5	33,3	0,0	11,8	21,4	48,1	*	75,0	90,9	83,3
Suisse	60,9	46,8	46,1	40,5	7,6	10,5	15,5	31,5	32,1	29,7	43,6	71,0

Par année de diagnostic. Les chiffres sont corrigés des retards de déclaration.

L'UE-25 englobe tous les pays pour lesquels des données sont disponibles (c'est-à-dire 1985-2001 UE-25 sans Chypre et Malte, à partir de 2002 UE-25 sans Chypre, Malte et les Pays-Bas).

Les 15 pays présentés dans le tableau sont ceux qui comptaient plus de 35 cas de SIDA en 2003.

* Moins de 5 cas

Tableau 5: Part des cas de SIDA nouvellement diagnostiqués imputables à l'UDVI, pays sélectionnés, en %

	1985	1990	1994	1995	2000	2001	2002	2003
UE-25	15,5	40,6	43,3	43,3	34,2	33,0	30,2	30,7
Belgique	-	5,3	8,1	6,0	11,5	6,2	4,9	4,6
Danemark	-	8,1	10,2	13,1	12,1	14,1	9,3	28,8
Allemagne	6,4	15,9	15,7	17,4	14,5	13,0	12,9	17,3
Grèce	-	3,5	2,3	1,9	7,9	2,3	2,3	6,7
Espagne	53,9	67,1	66,6	64,8	54,5	51,6	50,8	49,1
France	7,5	25,0	23,9	25,0	14,3	15,5	12,4	11,7
Italie	49,5	65,7	60,8	58,9	37,6	37,9	35,3	34,5
Lettonie	-	-	-	-	69,6	70,0	81,8	75,8
Autriche	25,0	27,4	24,9	17,9	22,9	26,0	15,9	22,1
Pologne	-	23,8	49,0	47,0	50,8	52,4	56,2	65,0
Portugal	3,4	17,1	50,6	53,1	56,4	53,2	47,3	41,1
Suède	0,0	8,3	13,9	12,3	6,8	17,4	10,7	6,9
Royaume-Uni	0,8	6,6	7,6	8,6	4,7	3,4	3,1	2,3
Norvège	6,7	22,0	25,7	11,9	18,4	17,9	9,1	17,9
Suisse	34,2	41,8	38,5	38,6	29,7	29,9	28,0	25,2

Source: EuroHIV

Par année de diagnostic. Les chiffres sont corrigés des retards de déclaration.

L'UE-25 englobe tous les pays pour lesquels des données sont disponibles (c'est-à-dire 1985-2001 UE-25 sans Chypre et Malte, à partir de 2002 UE-25 sans Chypre, Malte et les Pays-Bas).

Les 15 pays présentés dans le tableau sont ceux qui comptaient plus de 35 cas de SIDA en 2003.

À Eurostat, les séries chronologiques pour les statistiques des causes de décès sont uniquement disponibles à partir de 1994 (1999 pour les nouveaux États membres). Toutefois, par rapport au chiffre absolu important des décès liés au SIDA au milieu des années 1990 - environ 20 000 décès (ou 0,53% de tous les décès) - un recul considérable peut être observé. Seul le Portugal accuse une hausse du nombre des décès dus au SIDA.

En 1999, le taux de mortalité standardisé le plus élevé (pour 100 000 habitants, voir notes méthodologiques) chez les hommes a été relevé au Portugal (15,3) et en Espagne (7,1). Si l'Espagne a connu une baisse significative de son taux de mortalité standardisé depuis 1995, date à laquelle le chiffre de 21,9 a été atteint, le taux du Portugal est demeuré quasiment stable au cours de la période de déclaration. Le taux de mortalité standardisé pour les femmes a suivi à peu près la même évolution mais à un niveau inférieur (Portugal: 3,4, Espagne: 1,5).

Pour une analyse plus détaillée des schémas de mortalité en Europe, veuillez consulter "[Statistiques de la santé - Atlas de la mortalité dans l'Union européenne](#)", Eurostat 2002 (disponible en PDF sur le site web d'Eurostat: <http://europa.eu.int/comm/eurostat/>).

¹ Parallèlement, le traitement complexe affecte le corps tout entier, et les différents médicaments peuvent provoquer des réactions contraires dans presque tous les organes et systèmes. Une longue liste des effets secondaires peut être trouvée dans de nombreuses études cliniques.

² Cas de SIDA corrigés des retards de déclaration. Aucune donnée disponible pour les Pays-Bas, Malte et Chypre.

³ Les tendances observées en matière d'incidence du SIDA ont été influencées par la mise en œuvre progressive de la nouvelle définition européenne adoptée en 1993, qui a conduit à un accroissement exceptionnellement élevé en 1994. À partir de 1995 toutefois, les tendances ne devraient plus être affectées que marginalement.

⁴ De 1994 à 2001.

⁵ Aucune donnée disponible pour Chypre et Malte.

⁶ Veuillez noter la faiblesse des chiffres absolus dans certains de ces pays.

⁷ Seuls les 15 pays ayant enregistré plus de 35 cas de SIDA en 2003 sont pris en considération.

⁸ Seuls les 15 pays ayant enregistré plus de 35 cas de SIDA en 2003 sont pris en considération.

⁹ Seuls les 15 pays ayant enregistré plus de 35 cas de SIDA en 2003 sont pris en considération.

¹⁰ Aucune donnée pour la Belgique et Malte.

➤ CE QU'IL FAUT SAVOIR – NOTES METHODOLOGIQUES

Infection par le VIH

Un cas d'infection par le VIH, tel que déclaré à EuroHIV, correspond à une infection par le VIH chez un individu, confirmée par un laboratoire conformément aux définitions et exigences du pays, diagnostiquée à tout stade clinique, y compris celui du SIDA, et non précédemment déclarée dans ce pays. Les informations sur le VIH fournies dans la présente publication se réfèrent aux données déclarées au 31 décembre 2003. Le total cumulatif est le total depuis le début de la période de déclaration. Les données sur l'infection par le VIH sont tirées de Surveillance du VIH/Sida en Europe, Rapport du deuxième semestre 2003, n° 70, EuroHIV.

Cas de SIDA

Les données sur les cas de SIDA sont fournies à Eurostat par le Centre européen pour la surveillance épidémiologique du SIDA – EuroHIV. Depuis 1984, ce centre coordonne la surveillance du VIH/SIDA dans les 52 pays de la région Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le réseau de surveillance du VIH/SIDA est soutenu par la Commission européenne. EuroHIV est également un Centre Collaborateur de l'OMS et de l'ONUSIDA. Pour de plus amples informations sur les travaux d'EuroHIV, veuillez consulter <http://www.eurohiv.org>.

Les données sur lesquelles repose cette publication proviennent du document *European Non-Aggregate AIDS Data Set – ENAADS* (publication AIDS0312.txt) élaboré par EuroHIV. L'établissement de ce fichier de données a pu être réalisé grâce à la participation continue des cliniciens aux systèmes nationaux obligatoires et volontaires de déclaration du SIDA.

Pour chaque pays, une seule institution transmet les données nationales à EuroHIV et est responsable de la qualité des données communiquées. Les données étant envoyées à EuroHIV sans identifiants personnels, il n'est pas possible d'éliminer la double comptabilisation au niveau européen.

Définition du cas de SIDA

Les pays participant au programme de surveillance du SIDA en Europe utilisent une définition uniforme du cas de SIDA, publiée originalement en 1982 puis adoptée en 1993, après plusieurs révisions. Cette définition européenne du SIDA n'inclut pas les critères de comptabilisation des lymphocytes T CD4 et diffère donc de la définition utilisée aux Etats-Unis. En ce qui concerne les enfants (moins de 13 ans), la définition du cas utilisée en Europe est à peu près similaire à celle utilisée aux Etats-Unis.

Délais de déclaration

Le temps qui s'écoule entre le diagnostic du SIDA et la déclaration au niveau national génère des retards. Ces retards de déclaration varient considérablement d'un pays à l'autre et d'un groupe de transmission à l'autre et peuvent, dans certains cas, atteindre plusieurs années. EuroHIV estime que les tendances en matière d'incidence ressortent mieux si on utilise les données par année de diagnostic, en les corrigeant des retards de déclaration, plutôt que celles par année de déclaration. EuroHIV corrige les données uniquement pour les pays ayant au moins 50 cas de SIDA cumulés, en tablant sur un retard maximal de 3 ans (Suisse: 5 ans puisque les cas peuvent être déclarés par le biais des certificats de décès, ce qui entraîne des retards plus importants). Les dernières données concernant la Belgique et l'Espagne n'ont pas été corrigées, compte tenu du manque de régularité de la déclaration.

Sous-déclaration et sous-diagnostic

Aucun ajustement n'est opéré pour sous-déclaration ou sous-diagnostic. Les données présentées ne tiennent dès lors pas compte des cas qui ne seront jamais déclarés ou diagnostiqués. Selon les informations recueillies par EuroHIV, les estimations nationales de la sous-déclaration des cas de SIDA varient entre 0 et 25%.

Catégories de transmission

À des fins de surveillance, les cas imputables à plus d'un mode de transmission sont comptabilisés une seule fois, d'après le vecteur de transmission le plus probable. Toutefois, ce vecteur varie selon les pays. La définition de la transmission hétérosexuelle varie également quelque peu selon les pays. Ce groupe inclut les personnes chez qui des facteurs de risque majeurs d'infection par le VIH autres qu'hétérosexuels n'ont pas été identifiés.

Données sur la mortalité

Eurostat collecte les données sur le nombre absolu de décès (tant au niveau national qu'au niveau régional NUTS2). Les conditions de morbidité indiquées sur le certificat de décès (y compris les causes antérieures) sont codifiées dans le but de déterminer la cause initiale de décès. Dans la plupart des pays, cette opération est effectuée centralement au sein de l'Institut national de statistique ou de l'Institut national de santé publique. La codification des causes de décès est définie sur la base de la classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Tous les pays de l'UE utilisent la neuvième ou dixième révision de la classification.

Taux de mortalité standardisé

Le taux brut de mortalité décrit la mortalité par rapport à la population totale. Toutefois, cet indicateur est fortement influencé par la structure d'âge d'une population donnée. Le taux de mortalité standardisé correspond au taux de mortalité d'une population pour une distribution d'âge type. La plupart des causes de décès variant de façon significative en fonction de l'âge et du sexe, le recours à des taux de mortalité standardisés améliore la comparabilité dans le temps et entre pays puisqu'ils ont pour but de mesurer la mortalité indépendamment des différences dans les structures d'âges des populations. Eurostat utilise la population européenne type telle que définie par les Nations unies.

Pour en savoir plus:

➤ **Les publications de référence**

Titre Atlas de la mortalité dans l'Union européenne
Numéro de catalogue KS-08-02-001-FR-C Prix EUR 30

➤ **Les bases de données**

[Site web EUROSTAT/population et conditions sociales/santé publique](http://ec.europa.eu/eurostat/population-et-conditions-sociales/sante-publique)

Les journalistes peuvent contacter le service média support :

Bâtiment BECH, Bureau A4/017 • L-2920 Luxembourg • Tel. (352) 4301 33408 • Fax (352) 4301 35349 •

E-mail: eurostat-mediasupport@cec.eu.int

European Statistical Data Support:

Eurostat a mis en place, conjointement avec les membres du "Système statistique européen", un réseau de centres d'appui, qui couvrira presque tous les États membres et certains pays de l'AELE.

La mission de ces centres sera d'aider et d'orienter les utilisateurs qui se procureront des données statistiques européennes sur l'internet.

Vous trouverez sur notre site internet des informations précises sur ce réseau de centres d'appui:

www.europa.eu.int/comm/eurostat/

Une liste des bureaux de vente dans le monde est disponible à :

l'Office des publications officielles des Communautés européennes.

2, rue Mercier – L-2985 Luxembourg

URL: <http://publications.eu.int>

E-mail: info-info-opoce@cec.eu.int

BELGIEN/BELGIQUE/BELGIË - DANMARK - DEUTSCHLAND - EESTI – ELLÁDA - ESPAÑA - FRANCE - IRELAND - ITALIA - KYPROS/KIBRIS – LUXEMBOURG - MAGYARORSZÁG – MALTA - NEDERLAND - ÖSTERREICH - POLSKA - PORTUGAL - SLOVENIJA - SLOVENSKO - SUOMI/FINLAND - SVERIGE - UNITED KINGDOM - BALGARIJA - HRVATSKA - ÍSLAND – NORGE - SCHWEIZ/SUISSE/SVIZZERA - AUSTRALIA - BRASIL - CANADA - EGYPT - MALAYSIA - MÉXICO - SOUTH KOREA - SRI LANKA - T'AI-WAN -UNITED STATES OF AMERICA

Marleen De Smedt (Eurostat/D6), Didier Dupré (Eurostat/D6), Gunter Brückner (Eurostat/D6), Antoni Montserrat (DG Sanco), et tout particulièrement Françoise Hamers et Jane Alix (EuroHIV) ont apporté leur contribution à la présente publication.

TEXTE ORIGINAL: Anglais