

# Le SIDA dans l'Union européenne de 1985 à 2001 : incidence et mortalité

*Antoni Montserrat et Nassima Hamzaoui*

## Statistiques en bref

### POPULATION ET CONDITIONS SOCIALES

THEME 3 – 18/2002

## Contenu

Incidence par sexe et âge.....4

Maladies indicatives du SIDA...4

Nouveaux diagnostics du VIH..5

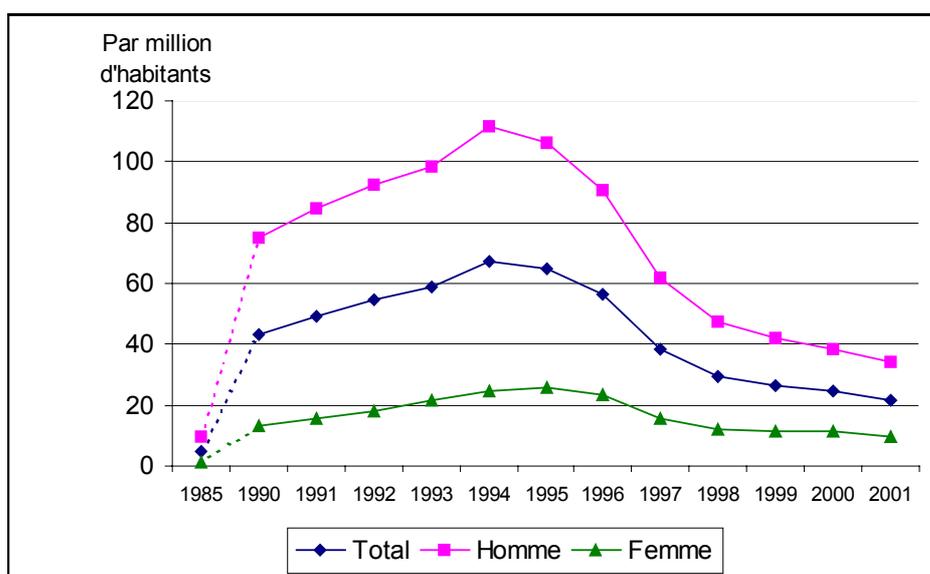
Quelques considérations prospectives .....6

Mortalité due au SIDA .....6

Bien que le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ait été attesté pour la première fois en 1981, c'est en 1983 seulement que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a été découvert et que l'on a pu établir que le SIDA était dû à une infection à un stade avancé occasionnée par ce virus.

En 2001, 8 210 nouveaux cas de SIDA (donnée ajustée des délais de déclaration) ont été déclarés par les pays de l'UE, portant le total cumulé pour l'Union à 232 407 cas (dont 18 avant 1981). Pour la septième année consécutive depuis le début de l'épidémie, le nombre annuel de nouveaux cas déclarés est en diminution (de 11 % entre 2000 et 2001). L'incidence annuelle du SIDA par million d'habitant (données ajustées des délais de déclaration) est estimée à 21,8 en 2001, en baisse de 10,7 % par rapport à l'année précédente. Cela correspond à un nouveau cas pour 40 000 Européens, contre quatre il y a quelques années.

L'année 1994, au cours de laquelle 24 886 nouveaux cas avaient été enregistrés, marque l'inflexion de la tendance annuelle d'apparition des nouveaux cas de SIDA dans l'Union. Entre 1994 et 2001, on a observé une diminution de 66 % de l'incidence du SIDA. Au cours de ces 7 années, la baisse la plus prononcée (31,6 %) est intervenue de 1996 à 1997, coïncidant avec l'introduction à grande échelle du traitement anti-rétroviral hautement actif (HAART). Cette tendance s'est poursuivie au cours des années suivantes, quoique d'après les données ajustées des délais de déclaration, le taux de diminution ait ralenti. Depuis l'introduction du HAART, on a observé une diminution de l'incidence du SIDA pour toutes les catégories de transmission considérées. La thérapeutique HAART consiste à entamer à un stade précoce une combinaison agressive de différents traitements anti-rétroviraux de façon à empêcher au maximum la réplication virale, à préserver les fonctions immunitaires et à réduire le développement de résistances.



Graphique 1: Cas de SIDA déclarés par million d'habitants, par année de diagnostic et par sexe, EU-15 (données ajustées des délais de déclaration)



La régression du nombre de nouveaux cas est un phénomène qui s'observe dans la plupart des États membres. Pour la période 1995-2001, un recul plus marqué est observé en Espagne (-69 %), État membre qui était cependant pendant 10 ans celui connaissant la plus haute incidence, en Italie (-70 %) et en France (-72%), pays qui pendant longtemps ont enregistré la seconde incidence la plus élevée dans l'Union. En 2001, le Portugal a connu une augmentation de 13 % ; depuis 1998, ce pays est celui qui enregistre l'incidence ajustée la plus élevée en raison notamment d'une épidémie relativement récente parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse

(UDVI). 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, suivi par une baisse relative en 1995. À partir de cette année toutefois, les tendances ne devraient plus être affectées que très marginalement. La baisse récente de l'incidence du SIDA s'explique par le recours accru au HAART depuis 1996 et par l'évolution de l'incidence du VIH qui a culminé au milieu des années 80. Les registres des cas de SIDA constituent une source d'informations utile et nécessaire pour pouvoir suivre l'évolution de l'épidémie.

Tableau 1: Cas déclarés de SIDA par année de diagnostic (données ajustées des délais de déclaration). Total cumulé non ajusté.

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
1985	1803	69	38	308	14	175	583	7	198		67	28	29	4	34	247
1990	15752	205	197	1539	143	3909	4319	68	3134	9	419	165	254	15	132	1244
1991	18027	257	210	1757	185	4556	4655	72	3827	12	447	199	299	26	138	1387
1992	19972	250	209	1883	190	5060	5193	72	4261	12	512	193	411	21	127	1578
1993	21793	254	239	1975	171	5465	5521	75	4814	20	480	236	550	25	182	1786
1994	24886	258	236	2044	213	7354	5763	75	5524	13	488	167	670	43	187	1851
1995	24151	248	214	1872	215	7061	5289	53	5662	15	538	206	775	41	195	1767
1996	20952	205	158	1565	233	6548	4008	56	5051	13	458	139	932	24	134	1428
1997	14321	123	109	996	170	4716	2266	30	3370	10	341	98	933	19	76	1064
1998	11057	114	74	821	120	3466	1918	18	2418	9	241	97	918	15	58	770
1999	9962	102	74	743	128	2906	1796	25	2121	5	179	99	973	10	67	729
2000	9197	118	58	685	125	2565	1735	13	1907	10	105	84	922	16	55	793
2001	8210	107	73	558	86	2297	1527	15	1681	4	44	43	1044	17	41	666
Total	234513	2814	2358	21210	2260	63067	54947	713	49713	153	5416	2120	9159	326	1782	18455

Tableau 2: Taux d'incidence du SIDA par million d'habitants, par année de diagnostic (données ajustées des délais de déclaration)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FI	S	UK
1985	5,0	7,0	7,4	4,0	1,4	4,6	10,6	2,0	3,5	5,5	4,6	3,7	2,9	0,8	4,1	4,4
1990	43,3	20,6	38,4	19,5	14,1	100,7	76,3	19,4	55,3	23,7	28,1	21,5	25,6	3,0	15,5	21,7
1991	49,3	25,7	40,8	22,0	18,1	117,2	81,8	20,4	67,4	31,2	29,8	25,6	30,3	5,2	16,1	24,0
1992	54,4	24,9	40,5	23,5	18,5	129,9	90,8	20,3	75,1	30,8	33,8	24,5	41,7	4,2	14,7	27,3
1993	59,1	25,2	46,1	24,4	16,5	139,9	96,0	21,0	84,5	50,6	31,5	29,6	55,7	4,9	20,9	30,7
1994	67,2	25,5	45,4	25,1	20,5	188,0	99,7	20,9	96,7	32,4	31,8	20,8	67,7	8,5	21,4	31,8
1995	65,0	24,5	41,0	23,0	20,6	180,2	91,2	14,7	98,9	36,9	34,9	25,6	78,2	8,0	22,1	30,2
1996	56,2	20,2	30,1	19,1	22,3	166,9	68,8	15,5	88,1	31,5	29,6	17,3	93,9	4,7	15,2	24,3
1997	38,3	12,1	20,7	12,1	16,2	120,0	38,7	8,2	58,6	23,9	21,9	12,1	93,9	3,7	8,6	18,1
1998	29,5	11,2	14,0	10,0	11,4	88,1	32,7	4,9	42,0	21,2	15,4	12,0	92,2	2,9	6,6	13,0
1999	26,5	10,0	14,1	9,1	12,2	73,8	30,5	6,7	36,8	11,6	11,4	12,3	97,5	1,9	7,6	12,3
2000	24,4	11,5	11,0	8,3	11,9	65,0	29,3	3,5	33,1	23,2	6,7	10,5	92,3	3,1	6,3	13,3
2001	21,8	10,5	13,9	6,8	8,1	58,0	25,0	4,2	29,4	9,5	2,8	5,3	105,8	3,3	4,7	11,3

### Catégories de transmission

Les données cumulées à la fin 2001 montrent que dans l'UE, 40,6 % des cas de SIDA concernent des usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI), 30,4 % des contacts homosexuels ou bisexuels et 19,2 % des contacts hétérosexuels. Ces pourcentages varient fortement d'un État membre à l'autre. C'est ainsi qu'en Espagne et en Italie, la proportion de contacts homosexuels/bisexuels se situent largement en-dessous des 15 %, tandis que la proportion des UDVI dépassent les 60 %. À l'opposé, les contacts homosexuels/bisexuels représentent autour de 60 % au Danemark, en Finlande, au Pays-Bas et au Royaume-Uni, alors que la proportion d'UDVI est relativement faible dans ces pays. Avec 36 % pour les contacts

homosexuels/bisexuels, 6 % pour les UDVI mais 45 % pour les contacts hétérosexuels, la Belgique connaît une structure particulière, de même que l'Allemagne, où l'on relève moins de 9 % pour les contacts hétérosexuels, 64 % pour les contacts homosexuels/bisexuels et 14 % pour les UDVI. Depuis le début de l'épidémie, on a assisté à une évolution des caractéristiques des cas de SIDA. En 1985, l'incidence la plus élevée du SIDA était observée pour la catégorie des hommes homosexuels/bisexuels ; depuis 1990, toutefois, on assiste à une diminution continue de la proportion de cas de SIDA observés pour cette catégorie.

Tableau 3: Pourcentage des cas de SIDA par catégorie de transmission sur le total cumulé (données non ajustées), EU-15

	Usager de drogues par voie intraveineuse (UDVI)	Contact hétérosexuel	Mâle homo/bisexuel	Mère à l'enfant	Mâle homo/bisexuel et UDVI	Hémophilie et trouble de la coagulation sanguine	Transfusion sanguine
1985	15,0	8,9	61,0	2,5	3,3	4,8	2,8
1990	40,0	11,0	38,6	1,5	1,9	1,9	2,2
1991	40,4	12,1	36,7	1,5	1,6	1,9	2,0
1992	40,5	13,9	35,7	1,3	1,4	1,5	1,7
1993	41,1	15,7	33,4	1,3	1,3	1,4	1,5
1994	42,9	17,2	31,0	1,1	1,4	1,3	1,1
1995	42,9	19,0	29,3	1,3	1,3	1,0	1,0
1996	43,7	21,4	26,5	0,9	1,1	0,9	0,7
1997	42,4	23,7	23,7	1,1	1,0	0,5	0,7
1998	39,0	27,1	23,2	0,9	0,8	0,4	0,5
1999	36,7	29,8	22,7	0,8	0,7	0,4	0,6
2000	33,5	33,1	22,3	0,9	0,7	0,4	0,5
2001	33,2	36,5	19,6	0,5	0,7	0,4	0,5
Total	40,6	19,2	30,4	1,2	1,3	1,2	1,2

La catégorie des hommes homosexuels/bisexuels, qui dépassaient les 60 % au cours des premières années de l'épidémie, est tombée à 19,6 % en 2001. À l'inverse, la proportion de cas de SIDA relevant de la catégorie transmission hétérosexuelle a crû progressivement, passant de 9 % en 1985 à 36,5 % en 2001. Le pourcentage de cas de SIDA dans la catégorie de transmission UDVI a diminué au cours des dernières années, passant de 43,7 % en 1996 à 33,2 % en 2001 ; cette catégorie de transmission reste toutefois la plus importante dans l'UE (40,6 % du total cumulé des cas). Au sein de cette catégorie, il y a trois fois plus d'hommes que de femmes. La proportion de cas de SIDA imputable à une transmission de mère à enfant a diminué de 80 % entre 1985 et 2001 ; cette forte baisse s'expliquerait par la recommandation de traiter les femmes enceintes infectées par le VIH avec la zidovudine de façon à prévenir la transmission verticale. Toutefois, le recours à des

médicaments anti-rétroviraux pendant la grossesse pose un certain nombre de questions quant aux possibles inconvénients à court ou à long terme sur les fœtus et les nouveau-nés. Depuis 1985, le nombre de cas observés chez les hémophiles et les transfusés a diminué de 88 %. Dès que l'on a constaté que l'agent infectieux responsable du SIDA pouvait être transmis par le sang, il a été demandé aux membres des groupes reconnus à haut risque de ne plus donner de sang. Depuis octobre 1985, date à laquelle des tests fiables ont été disponibles, tous les dons de sang doivent faire l'objet d'un test de dépistage des anti-corps VIH. Finalement, 4,9 % du total cumulé des cas correspondent à un groupe au sein duquel on trouve quelques cas d'infection nosocomiale, quelques cas d'infection professionnelle de personnes travaillant dans le secteur de la santé et des cas pour lesquels l'absence ou la quasi absence d'informations ne permet pas le classement.

Tableau 4: Pourcentage de cas de SIDA par catégorie de transmission sur le total cumulé des cas (données non ajustées), par pays

	Usager de drogues par voie intraveineuse (UDVI)	Contact hétérosexuel	Mâle homo/bisexuel	Mère à l'enfant	Mâle homo/bisexuel et UDVI	Hémophilie et trouble de la coagulation sanguine	Transfusion sanguine
EU-15	39,4	17,6	32,6	1,3	1,4	1,5	1,6
B	6,5	45,4	36,3	3,8	0,5	0,5	4,4
DK	8,1	18,7	64,2	0,8	0,8	1,8	1,3
D	14,1	8,6	63,5	0,5	1,4	2,8	1,5
EL	3,8	18,1	56,5	0,9	0,8	5,2	2,7
E	63,4	13,3	13,7	1,4	1,5	1,2	0,6
F	22,6	21,8	42,9	1,2	1,1	1,1	3,4
IRL	39,4	14,0	34,8	3,5	1,4	4,6	0,4
I	59,2	17,6	15,6	1,4	1,8	0,7	0,9
L	16,7	19,2	50,6	0,6	0,6	2,6	3,2
NL	10,8	16,1	67,4	0,7	0,8	1,3	1,0
A	24,6	15,3	37,2	1,2	0,9	3,8	2,1
P	49,9	27,8	15,6	0,8	1,0	0,7	1,4
FIN	3,9	26,2	62,7	0,9	:	0,3	2,4
S	11,2	25,2	55,8	0,9	:	2,3	3,0
UK	6,2	20,7	63,4	2,3	1,7	3,7	0,9

## Incidence par sexe et âge

Tableau 5: Cas de SIDA (données non ajustées) par tranche d'âge (en pourcent du total cumulé)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<1	0,6	1,4	0,3	0,1	0,4	0,6	0,5	0,6	0,5	0	0,3	0,6	0,5	0,6	0,4	1
1-4	0,5	1,6	0,3	0,2	0,6	0,6	0,5	1,8	0,5	0,6	0,3	0,7	0,3	0	0,5	0,9
5-14	0,5	1,4	0,2	0,3	0,8	0,4	0,4	1,7	0,4	0,6	0,4	0,5	0,4	0,3	0,3	0,8
15-24	5,5	3,8	3,6	3,4	5	7,6	4,2	7,2	4,8	3,8	2,8	5,9	11,6	2,4	9,8	4,3
25-29	19,1	12,7	12,1	12,6	13,7	23,8	16,8	24,3	21,2	10,9	12,1	16,7	22,1	9	16,8	15,8
30-34	26,6	21,3	20,1	22	20	29,9	24,3	26,4	31	21,2	21,1	23,9	21,6	25	20,4	23
35-39	18,9	20,2	17,9	19,5	17,7	17,8	19,1	17,7	19,9	19,9	21,3	18	16,1	16,9	17,2	19,7
40-49	17,8	23,1	28,4	25,4	21,4	12,4	20,7	14,6	14	23,1	29	21,9	16	28,9	20,7	23,4
50-59	7,1	9,5	12,6	12,9	10,6	4,1	8,6	4,9	5,2	15,4	9,9	7,7	7	11,4	9,1	8,3
>60	3,4	4,9	4,6	3,6	8,3	2,5	4,8	0,6	2,4	4,5	2,8	4,1	4,4	5,4	4,7	2,9

En raison de l'importance croissante prise par la transmission hétérosexuelle, on a observé une augmentation de la proportion de femmes atteintes du SIDA entre 1986 (11,0 %) et 2000 (22,9 %). En 2000, en Europe occidentale, en moyenne 14 % des femmes infectées par la voie hétérosexuelle avait un partenaire à «haut risque» (UDVI, bisexuel, etc.), tandis que 36 % avait un partenaire originaire d'un pays où l'épidémie est généralisée. Dans l'UE, les tranches d'âge 25-29 ans et 30-34 ans représentent respectivement 19,1 % et 26,6 % des cas de SIDA. La distribution par tranches d'âge est très similaire dans les États membres de l'UE, les cas de SIDA sont concentrés dans les tranches d'âge 30-34 ans et 40-49 ans (à l'exception du Portugal 25-29 ans). Dans la tranche d'âge 15-24 ans le Portugal (11,6 %) enregistre un taux double de la moyenne communautaire (5,5 %) et pour la tranche d'âge 50-59 ans le Luxembourg (15,4 %) et l'Allemagne (12,9 %) se situent également aux alentours

du double de la moyenne de l'UE (7,1 %). L'âge moyen auquel est établi le diagnostic du SIDA est plus élevé pour les hommes homosexuels/bisexuels que dans le cas de la transmission hétérosexuelle; l'âge moyen du diagnostic pour ces deux groupes est plus élevé que pour le groupe des UDVI. L'âge moyen de diagnostic du SIDA a augmenté avec le temps, passant de moins de 30 ans jusqu'en 1988 à 38,7 ans en 2001. Cet accroissement est particulièrement marqué pour le groupe des UDVI, puisqu'il était de 26 ans au milieu des années 80 et est de 36 ans en 2001. Dans les autres catégories, on observe la même tendance d'accroissement de l'âge auquel le SIDA est diagnostiqué, quoique de manière moins prononcée. Les données disponibles montrent une incidence moindre dans les nouvelles cohortes ; l'incidence dans les cohortes plus âgées pourraient s'expliquer par une différence de mode de vie.

## Maladies indicatives du SIDA

Tableau 6: Maladies indicatives du SIDA (données non ajustées) diagnostiquées en 2001 chez les hommes et femmes adultes/adolescents (en%), EU-15

	Hommes	Femmes	Total
Pneumocystis carinii	22.2	21.0	21.9
Candidose oesophagienne	13.0	14.9	13.4
Tuberculose pulmonaire	11.9	12.1	11.9
Tuberculose extrapulmonaire	9.9	9.0	9.7
Toxoplasmose	6.4	8.8	6.9
Cachexie busulfanique	5.8	4.8	5.6
Sarcome de Kaposi	6.5	2.3	5.5
Pneumopathie récidivante	2.7	3.5	2.9
Granulome cryptococcique	2.8	2.2	2.6
Leucoencéphalopathie du VIH	2.8	2.2	2.6
Leucoencéphalopathie multifocale progressive	2.6	2.0	2.5
Virus de l'herpès simplex	1.0	1.7	1.1

Le diagnostic du SIDA suppose la présence d'au moins une des maladies dites opportunistes qui sont indicatives de l'existence du SIDA chez une personne infectée par le VIH. Le traitement HAART a amélioré la situation immunitaire des personnes infectées par le VIH et a contribué à la réduction de la fréquence de l'ensemble de ces maladies. En 2001, la pneumonie causée par *Pneumocystis carinii* était la maladie opportuniste la plus fréquente (et aussi la plus dangereuse), constatée chez 22,2 % des hommes et 21,0 % des femmes atteints du SIDA dans l'UE. La candidose œsophagienne (provoquée par *Candida albicans*, l'infection fongique liée au VIH la plus fréquente) était la seconde maladie opportuniste la plus souvent rencontrée en 2001 (13 % des hommes et

14,9 % des femmes). Pour les deux sexes ensemble, la tuberculose (en considérant à la fois la tuberculose pulmonaire et la tuberculose extrapulmonaire) vient en seconde position. En 1994, la tuberculose était observée dans 41 % des cas de SIDA. Ce pourcentage a baissé à 21,6 % en 2001. Cette évolution est probablement due au développement des mesures prophylactiques pour les séropositifs. Une autre maladie opportuniste bien connue est le sarcome de Kaposi, signe extérieur le plus visible du SIDA puisqu'il se caractérise par l'apparition de tâches et de lésions sur la peau. Le nombre de cas de sarcomes de Kaposi a également diminué de façon significative depuis l'introduction du HAART (de 21 % dans les années 90 à 5,5 % en 2001).

### Nouveaux diagnostics du VIH

La baisse actuelle de l'incidence du SIDA ne signifie cependant pas que l'incidence du VIH soit également en régression. En 1999, un système de déclaration des cas de VIH a été mis en place à l'échelle nationale ou régionale dans 12 des 15 États membres de l'UE. Neuf pays ont commencé à fournir des données antérieures à 1991, l'Allemagne a commencé à l'année 1993, tandis que l'Espagne, la Grèce et le Luxembourg commençaient en 1999. En Autriche et en France, le système n'a pas encore été mis en place. En Italie, aux Pays-Bas et en Espagne, le système de déclaration des cas de VIH n'ayant été mis en œuvre jusqu'à présent que dans certaines régions, les données reçues n'ont pas été incluses dans le tableau 7. Les cas d'infection par le VIH sont rapportés par les laboratoires dans 4 pays, par les médecins dans 2 et par une combinaison des 2 systèmes dans 9 États membres. À la fin 2001, le total cumulé des cas de VIH déclarés dans l'UE (seulement 10 États membres) s'élève à 119 710. Pour les 10 pays en question, 10 632 cas de VIH et 2 616 cas de SIDA ont été rapportés en 2001. Tous les pays ont déclaré davantage de cas de VIH que de cas de SIDA, les ratios variant, en 2001, de 2,4 au Portugal et 2,5 en Allemagne à 10,0 au Luxembourg et 9,0 en Belgique. Les déclarations de cas d'infection par le VIH doivent être interprétées avec prudence car elles ne fournissent pas

une mesure précise de l'incidence et de la prévalence des infections par le VIH. Les proportions d'individus infectés par le VIH qui font l'objet d'un diagnostic et qui sont repris dans les déclarations varient en fonction du stade de l'épidémie, des structures de test et des caractéristiques des systèmes de détection. Les chiffres annuels des infections par le VIH déclarés dans les années 90 apparaissent relativement stables dans certains pays et en diminution dans d'autres. La comparaison des données SIDA et VIH déclarés semble indiquer que le niveau de transmission du VIH est resté relativement stable dans l'UE au cours des dernières années et que la diminution soudaine de l'incidence du SIDA est due essentiellement à l'effet du HAART.

Dans d'autres parties du monde, le VIH est une catastrophe. Dans de nombreux pays, le SIDA affectera négativement tout le développement de la société pendant des dizaines d'années. Des augmentations importantes du nombre de personnes infectées par le VIH sont observées en Asie (spécialement en Inde), en Afrique (particulièrement en Afrique du Sud) et dans d'autres parties de l'Europe (spécialement dans les pays de l'ex-URSS).

Tableau 7: Comparaison des cas déclarés de VIH et de SIDA en 2001

	Cas de VIH cumulés déclarés fin 2001		Cas de VIH en 2001		Cas de SIDA en 2001		VIH/SIDA
			Nombre	Taux par million	Nombre	Taux par million	ratio 2001
EUR-15	:	119 710	10 632	54,4	2 616	:	4,1
B	1986	14 876	961	94,5	107	10,5	9,0
DK	1990	3 341	301	56,8	74	13,9	4,1
D	1993	18 251	1 377	16,7	558	6,8	2,5
EL	1999	5 859	427	40,1	87	8,1	4,9
E	1999	:	:	:	:	:	:
F	:	:	:	:	:	:	:
IRL	1985	2 645	299	79,6	16	4,2	:
I	1985	:	:	:	:	:	:
L	1999	511	40	92,0	4	9,5	10,0
NL	1989	:	:	:	:	:	:
A	:	:	:	:	:	:	:
P	1983	18 995	2 543	257,5	1 045	105,8	2,4
S	1985	5 645	277	31,0	42	4,7	6,6
FIN	1986	1 361	128	24,7	17	3,3	7,5
UK	1984	48 226	4 279	72,6	666	11,3	6,4

## Quelques considérations prospectives

Au cours des cinq dernières années, l'incidence du SIDA dans l'UE a fortement diminué, quoique restant relativement élevée. La situation actuelle se caractérise par une combinaison de facteurs qui agissent en sens opposés : d'un côté, les campagnes de prévention et le traitement HAART, de l'autre, la persistance d'une forte prévalence d'infection par le VIH dans certains groupes,

une série de circonstances qui limitent l'efficacité du HAART, des problèmes d'accès aux soins et de continuité de traitement, ainsi que le problème du diagnostic tardif de l'infection par le VIH. Ce dernier facteur reste important car plus d'un tiers des personnes qui développent le SIDA ne savaient qu'elles étaient infectées par le VIH.

## Mortalité due au SIDA

*Tableau 8: Taux de mortalité standardisés dus au SIDA pour 100 000 personnes*

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FI	S	UK
	homme															
1994	7,8	:	7,6	4,2	1,2	18,9	13,7	1,3	11,7	5,7	4,9	3,5	11,4	0,8	1,6	1,8
1995	8,2	:	8,3	4,0	1,1	21,9	13,2	2,5	12,4	2,3	4,5	3,4	16,2	1,2	1,5	1,6
1996	7,1	:	5,1	3,0	1,0	21,0	9,5	1,6	11,2	0,9	3,6	2,1	18,3	1,0	1,3	1,6
1997	3,7	:	:	1,5	0,5	11,2	3,5	0,8	5,8	1,7	1,9	1,2	16,0	0,2	0,8	0,8
1998	2,9	:	:	1,1	:	7,1	2,7	0,5	:	1,7	1,2	1,2	14,0	0,2	0,5	0,5
1999	2,0	:	:	1,1	:	7,1	:	0,7	:	1,3	1,4	0,9	15,4	0,2	:	0,5
	Femme															
1994	1,7	:	1,1	0,6	0,3	4,5	2,9	0,4	3,0	0,8	0,5	0,7	1,9	0,2	0,3	0,2
1995	1,8	:	1,0	0,7	0,2	5,0	2,9	0,4	3,5	0,5	0,7	0,6	2,8	0,1	0,5	0,2
1996	1,8	:	0,8	0,5	0,2	5,1	2,4	0,3	3,5	0,4	0,4	0,6	3,7	0,1	0,3	0,3
1997	0,9	:	:	0,3	0,1	2,4	0,8	0,1	1,9	:	0,3	0,2	3,0	0,0	0,2	0,2
1998	0,7	:	:	0,2	:	1,4	0,7	0,2	:	0,5	0,3	0,2	3,2	:	0,1	0,1
1999	0,5	:	:	0,2	:	1,5	:	0,2	:	0,4	0,2	0,3	3,4	0,1	:	0,1
: Non disponible																

D'après les données Eurostat sur les causes de décès basées sur les certificats de décès et provenant des registres généraux de mortalité des États membres de l'UE, au moins 7 259 personnes (5 783 hommes et 1 476 femmes) sont décédées du SIDA dans l'UE en 1998. Cela représente 0,2 % (0,31 % pour les hommes et 0,01 % pour les femmes) du total des décès dans l'Union. Entre 1994 et 1998, 72 024 personnes (58 338 hommes et 13 686 femmes) sont mortes du SIDA dans l'UE. Parmi les différentes causes de mortalité, le SIDA n'occupe pas une place très importante par rapport à d'autres types de maladie (maladies circulatoires, tumeurs malignes) ou aux accidents. Le SIDA est cependant une cause de décès importante pour la tranche d'âge 25-34 ans pour laquelle, d'après les données 1998, les causes de décès les plus fréquentes pour les hommes sont les accidents (27,5 %), les suicides (14,8 %), le SIDA (13,7 %) et les maladies circulatoires (7,6 %). Pour les femmes de la tranche d'âge 25-34 ans, les tumeurs (22,0 %) sont la première cause de décès, devant les accidents (15,6 %), le SIDA (12,1 %), les suicides (10,2 %) et les maladies circulatoires (9,9 %). Pour les autres tranches d'âge, le SIDA est, à l'heure actuelle, une cause mineure de décès.

Le TMS (taux de mortalité standardisé) pour 100 000 hommes a également chuté (de 75 %) dans l'Union, passant de 8,2 en 1994 à 2,0 en 1999. Le Portugal est l'État membre qui enregistre le TMS le plus élevé (15,4) et un des rares pays à connaître une tendance croissante du

nombre de décès dus au SIDA. En Espagne, le TMS le plus élevé a été observé en 1995 (21,9); ce chiffre a entretemps baissé à 7,1. Le nombre de décès dus au SIDA a également diminué de façon significative en Italie et au Danemark. Pour les femmes, le TMS a baissé de 1,8 en 1995 et 1996 à 0,7 en 1998. Le Portugal, l'Italie et l'Espagne continue de présenter les taux de décès féminins dus au SIDA les plus élevés, respectivement 3,4, 1,9 et 1,4. Ainsi donc, en dépit de certaines lacunes constatées au niveau des 2 sources de suivi, on observe un changement réel et significatif tant du nombre de cas déclarés que du nombre de décès.

En termes de TMB (taux de mortalité brut) et conformément aux données régionales d'Eurostat 1994-1996 (moyenne sur les 3 ans) au niveau NUTS 2, les régions qui enregistrent, pour les hommes, les taux de mortalité bruts les plus élevés pour cause de SIDA pour 100 000 habitants sont: Lisboa e Vale do Tejo (35,8), Madrid (31,8), Baléares (30,8), Île-de-France (28,4), Catalogne (27,8), Pays Basque (27,4), Lombardie (25,7), Provence-Alpes-Côte d'Azur (24,6), Comunidad Valenciana (24,5), Ceuta et Melilla (24,4), Ligurie (23,6), Andalousie (23,2), Émilie-Romagne (19,6), Sardaigne (19,2), Lazio (17,7), Berlin (16,5), Hambourg (15,7) et Noord-Holland (15,6). Pour les femmes, la distribution par région est très proche de celle des hommes, le Pays Basque (8,7) enregistrant la valeur la plus élevée.

## ➤ CE QU'IL FAUT SAVOIR – NOTES METHODOLOGIQUES

En collaboration avec l'OMS et ONUSIDA, le Centre européen pour la surveillance épidémiologique du SIDA (EuroHIV) a mis en place un réseau de surveillance couvrant les 51 pays de la zone européenne de l'OMS. Depuis 2000, EuroHIV est installé à l'Institut de veille sanitaire (InVS) à Saint-Maurice, en France. EuroHIV est financé par la DG SANCO de la Commission européenne et a pour mission de concevoir, de mettre en place et de gérer le système européen de surveillance du VIH/SIDA. Cette tâche englobe la collecte, l'analyse et la diffusion de données épidémiologiques (<http://www.eurohiv.org>), les objectifs poursuivis étant de décrire et de mieux comprendre l'épidémie de VIH/SIDA et d'améliorer la prévention et le contrôle.

Dans chaque pays, un organisme unique est responsable de la qualité des données de déclaration, du regroupement des données provenant de différentes sources et de la transmission au Centre européen. Les données sur les cas de VIH et de SIDA sont rapportées à EuroHIV dans un format standardisé. Les chiffres diffusés par Eurostat sont basés sur les données du EuroHIV.

Aux fins de la surveillance, les cas imputables à plus d'un mode de transmission ne sont comptabilisés qu'une seule fois. La définition de la transmission hétérosexuelle varie légèrement d'un pays à l'autre. La catégorie de transmission «autre/indéterminée» inclut les cas d'exposition professionnelle par des travailleurs du secteur de la santé et les cas pour lesquels l'absence ou la quasi absence d'informations empêche tout classement.

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. Les estimations nationales de

sous-déclaration varient entre 0 et 25 % pour les cas de SIDA ; on ne dispose d'aucune estimation pour les cas de VIH.

En raison des délais de déclaration (période entre l'établissement du diagnostic d'un cas de SIDA et la déclaration de ce cas au niveau national), EuroHIV estime que les tendances en matière d'incidence ressortent mieux si on utilise les données par année de diagnostic, en les ajustant pour les délais de déclaration, plutôt que celles par année de déclaration. Les délais de déclaration varient fortement d'un État membre à l'autre et d'un groupe de transmission à l'autre ; dans certains cas, ils peuvent être de plusieurs années. De façon générale, un tiers environ des cas sont déclarés à la fin du trimestre au cours duquel ils ont été diagnostiqués, tandis qu'entre 10 et 15 % des cas sont déclarés plus d'un an après le diagnostic.

Différentes définitions du cas sont utilisées dans différents pays en fonction de facteurs démographiques (enfants, adultes, occurrence relative d'infections opportunistes), de la disponibilité de laboratoires et des qualifications ; cependant, tous les pays participant au programme de surveillance du SIDA en Europe utilise une définition uniforme du cas de SIDA adoptée définitivement en 1993. La définition européenne du SIDA diffère de la définition américaine en ce sens qu'elle n'inclut pas le critère de comptage des lymphocytes T4. La définition OMS du cas clinique est utilisée dans les pays disposant de ressources limitées pour le diagnostic.

Les caractéristiques des systèmes nationaux de déclaration du VIH ont été examinées dans le cadre d'une enquête préliminaire en 1997, enquête dont les résultats ont été mis à jour en 1999. Des données anonymes individuelles (ou, si cela n'est pas possible, agrégées) sur les cas d'infection par le VIH diagnostiqués à n'importe

quel stade clinique sont collectées par les instituts nationaux de surveillance du VIH/SIDA participant au système de déclaration du SIDA.

Eurostat collecte les données sur le nombre absolu de décès (tant au niveau national qu'au niveau régional NUTS2). La codification est basée sur la cause initiale du décès (section B) du certificat du décès. Les causes de décès sont définies sur la base de la classification internationale des maladies (CIM) de l'OMS. Tous les pays de l'UE utilise la neuvième ou la dixième révision de cette classification.

Le taux de mortalité brut (TMB) pour l'ensemble de la population (toutes les tranches d'âge) par sexe et par cause est une moyenne pondérée des taux de mortalité par âge, le facteur de pondération utilisé étant la distribution par âge de la population dont on observe la mortalité. Comparer les taux de mortalité bruts de 2 ou plusieurs populations (pays, régions, ...) revient à comparer une combinaison de différents taux de mortalité par âge et de différentes structures de population. Le taux de mortalité brut ne reflète donc pas la différence de mortalité «réelle» mais inclut également un effet «structure de population» sur le nombre total de décès et sur le taux de mortalité brut.

Le taux de mortalité standardisé (TMS) 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. Pour des raisons de comparabilité internationale, les TMS utilisés ici sont calculés par Eurostat sur la base de la population européenne type telle que définie par l'OMS.

# Pour en savoir plus:

## ➤ Les publications de référence

Titre Chiffres Clés de la Santé 2000  
Numéro de catalogue KS-27-00-766-3A-C Prix EUR 29.50

## ➤ Les bases de données

New Cronos, Domaine Santé et Sécurité

Pour toute information ou commande de publications, bases de données et extractions de bases de données à la demande, contactez le réseau **Data Shops**:

BELGIQUE/BELGIË	DANMARK	DEUTSCHLAND	ESPAÑA	FRANCE	ITALIA – Roma
Eurostat Data Shop Bruxelles/Brussel Planistat Belgique Rue du Commerce 124 Handelsstraat 124 B-1000 BRUXELLES / BRUSSEL Tel. (32-2) 234 67 50 Fax (32-2) 234 67 51 E-mail: <a href="mailto:datashop@planistat.be">datashop@planistat.be</a> URL: <a href="http://www.datashop.org/">http://www.datashop.org/</a>	DANMARKS STATISTIK Bibliotek og Information Eurostat Data Shop Sejroegade 11 DK-2100 KØBENHAVN Ø Tlf. (45) 39 17 30 30 Fax (45) 39 17 30 03 E-mail: <a href="mailto:lib@dst.dk">lib@dst.dk</a> Internet: <a href="http://www.dst.dk/bibliotek">http://www.dst.dk/bibliotek</a>	STATISTISCHES BUNDESAMT Eurostat Data Shop Berlin Otto-Braun-Straße 70-72 (Eingang: Karl-Marx-Allee) D-10178 BERLIN Tel. (49) 1888 644 94 27/28 Fax (49) 1888-644 94 30 E-Mail: <a href="mailto:datashop@destatis.de">datashop@destatis.de</a> URL: <a href="http://www.eu-datashop.de/">http://www.eu-datashop.de/</a>	INE Eurostat Data Shop Paseo de la Castellana, 183 Despacho 011B Entrada por Estébanez Calderón E-28046 MADRID Tel. (34) 91 583 91 67/91 583 95 00 Fax (34) 91 583 03 57 E-Mail: <a href="mailto:datashop@ine.es">datashop@ine.es</a> URL: <a href="http://www.datashop.org/">http://www.datashop.org/</a>	INSEE Info Service Eurostat Data Shop 195, rue de Bercy Tour Gamma A F-75582 PARIS CEDEX 12 Tel. (33) 1 53 17 88 44 Fax (33) 1 53 17 88 22 E-mail: <a href="mailto:datashop@insee.fr">datashop@insee.fr</a>	ISTAT Centro di Informazione Statistica Sede di Roma, Eurostat Data Shop Via Cesare Balbo, 11a I-00184 ROMA Tel. (39) 06 46 73 31 02/06 Fax (39) 06 46 73 31 01/07 E-mail: <a href="mailto:dipdiff@istat.it">dipdiff@istat.it</a>
ITALIA – Milano	LUXEMBOURG	NEDERLAND	NORGE	PORTUGAL	SCHWEIZ/SUISSE/SVIZZERA
ISTAT Ufficio Regionale per la Lombardia Eurostat Data Shop Via Fieno 3 I-20123 MILANO Tel. (39) 02 80 61 32 460 Fax (39) 02 80 61 32 304 E-mail: <a href="mailto:mileuro@tin.it">mileuro@tin.it</a>	Eurostat Data Shop Luxembourg 46A, avenue J.F. Kennedy BP 1452 L-1014 LUXEMBOURG Tél. (352) 43 35-2251 Fax (352) 43 35-22221 E-mail: <a href="mailto:dslux@eurostat.datashop.lu">dslux@eurostat.datashop.lu</a> URL: <a href="http://www.datashop.org/">http://www.datashop.org/</a>	STATISTICS NETHERLANDS Eurostat Data Shop-Voorburg Postbus 4000 2270 JM VOORBURG Nederland Tel. (31-70) 337 49 00 Fax (31-70) 337 59 84 E-mail: <a href="mailto:datashop@cbs.nl">datashop@cbs.nl</a>	Statistics Norway Library and Information Centre Eurostat Data Shop Kongens gate 6 Boks 8131 Dep. N-0033 OSLO Tel. (47) 21 09 46 42/43 Fax (47) 21 09 45 04 E-mail: <a href="mailto:Datashop@ssb.no">Datashop@ssb.no</a>	Eurostat Data Shop Lisboa INE/Serviço de Difusão Av. António José de Almeida, 2 P-1000-043 LISBOA Tel. (351) 21 842 61 00 Fax (351) 21 842 63 64 E-mail: <a href="mailto:data.shop@ine.pt">data.shop@ine.pt</a>	Statistisches Amt des Kantons Zürich, Eurostat Data Shop Bleicherweg 5 CH-8090 Zürich Tel. (41) 1 225 12 12 Fax (41) 1 225 12 99 E-mail: <a href="mailto:datashop@statistik.zh.ch">datashop@statistik.zh.ch</a> Internet: <a href="http://www.statistik.zh.ch">http://www.statistik.zh.ch</a>
SUOMI/FINLAND	SVERIGE	UNITED KINGDOM	UNITED STATES OF AMERICA		
STATISTICS FINLAND Eurostat Data Shop Helsinki Tilastokirjasto PL 2B FIN-00022 Tilastokeskus Työpajakuu 13 B, 2/Kerros, Helsinki P. (358-9) 17 34 22 21 F. (358-9) 17 34 22 79 Sähköposti: <a href="mailto:datashop@stat.fi">datashop@stat.fi</a> URL: <a href="http://www.tilastokeskus.fi/tk/ki/datashop/">http://www.tilastokeskus.fi/tk/ki/datashop/</a>	STATISTICS SWEDEN Information service Eurostat Data Shop Karlavägen 100 - Box 24 300 S-104 51 STOCKHOLM Tfn (46-8) 50 69 48 01 Fax (46-8) 50 69 48 99 E-post: <a href="mailto:infoservice@scb.se">infoservice@scb.se</a> Internet: <a href="http://www.scb.se/info/datashop/eudatashop.asp">http://www.scb.se/info/datashop/eudatashop.asp</a>	Eurostat Data Shop Office for National Statistics Room 1.015 Cardiff Road Newport South Wales NP10 8XG United Kingdom Tel. (44-1633) 81 33 69 Fax (44-1633) 81 33 33 E-mail: <a href="mailto:eurostat.datashop@ons.gov.uk">eurostat.datashop@ons.gov.uk</a>	HAVER ANALYTICS Eurostat Data Shop 60 East 42nd Street Suite 3310 NEW YORK, NY 10165 USA Tel. (1-212) 986 93 00 Fax (1-212) 986 69 81 E-mail: <a href="mailto:eurodata@haver.com">eurodata@haver.com</a>		

Media Support Eurostat (seulement pour journalistes professionnels):

Bâtiment Bech Bureau A4/017 • L-2920 Luxembourg • Tél. (352) 4301 33408 • Fax (352) 4301 35349 • e-mail: [eurostat-mediasupport@cec.eu.int](mailto:eurostat-mediasupport@cec.eu.int)

## Pour toute information méthodologique:

Antoni Montserrat, Eurostat/E3, L-2920 Luxembourg, Tel. (352) 4301 33249, Fax (352) 4301 35399, E-mail: [antoni.montserrat@cec.eu.int](mailto:antoni.montserrat@cec.eu.int)

Nassima Hamzaoui, Eurostat/E3, L-2920 Luxembourg, Tel. (352) 4301 35118, Fax (352) 4301 35399, E-mail: [nassima.hamzaoui@cec.eu.int](mailto:nassima.hamzaoui@cec.eu.int)

Avec le support de Marleen De Smedt et Mary T. Dunne (Eurostat E-3), Anne Gautrais (DG Sanco) et plus particulièrement de Françoise Hamers (EuroHIV) ORIGINAL: Anglais

N'hésitez pas à nous rencontrer sur Internet à l'adresse suivante: [www.europa.eu.int/comm/eurostat/](http://www.europa.eu.int/comm/eurostat/) si vous désirez de plus amples informations!

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  
Tél. (352) 2929 42455 Fax (352) 2929 42758  
URL: <http://publications.eu.int>  
courrier électronique: [info-info-opoce@cec.eu.int](mailto:info-info-opoce@cec.eu.int)

BELGIQUE/BELGIË - DANMARK - DEUTSCHLAND - GREECE/ELLADA - ESPAÑA - FRANCE - IRELAND - ITALIA - LUXEMBOURG - NEDERLAND - ÖSTERREICH  
PORTUGAL - SUOMI/FINLAND - SVERIGE - UNITED KINGDOM - ÍSLAND - NORGE - SCHWEIZ/SUISSE/SVIZZERA - BALGARJIA - ČESKÁ REPUBLIKA - CYPRUS  
EESTI - HRVATSKA - MAGYARORSZÁG - MALTA - POLSKA - ROMÂNIA - RUSSIA - SLOVAKIA - SLOVENIA - TÜRKIYE - AUSTRALIA - CANADA - EGYPT - INDIA  
ISRAËL - JAPAN - MALAYSIA - PHILIPPINES - SOUTH KOREA - THAILAND - UNITED STATES OF AMERICA

## Bon de commande

Je m'abonne à Statistiques en bref pour 1 an (du 1.1.2002 au 31.12.2002):  
(adresses des Data Shops et des bureaux de vente voir plus haut)

**Formule 1:** L'ensemble des 9 thèmes (environ 180 numéros)

Papier: 360 EUR

Langue souhaitée:  DE  EN  FR

**Formule 2:** Un ou plusieurs des 9 thèmes suivants:

Thème 1 «Statistiques générales»

Thème 6 «Commerce extérieur»

Thème 7 «Transport»

Thème 9 «Science et technologie»

Papier : 42 EUR

Thème 2 «Économie et finances»

Thème 3 «Population et conditions sociales»

Thème 4 «Industrie, commerce et services»

Thème 5 «Agriculture et pêche»

Thème 8 «Environnement et énergie»

Papier: 84 EUR

Langue souhaitée:  DE  EN  FR

Les Statistiques en bref (fichier pdf) peuvent être téléchargés gratuitement du site internet Eurostat. Vous devez simplement vous enregistrer. Pour d'autres formules, veuillez contacter votre Data Shop.

Merci de me faire parvenir un exemplaire gratuit du «mini-guide Eurostat» (sélection de produits et services Eurostat)

Langue souhaitée:  DE  EN  FR

Je souhaite m'abonner gratuitement à «Références statistiques», la note d'information sur les produits et services Eurostat

Langue souhaitée:  DE  EN  FR

M.  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>

(SVP écrire en majuscules)

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Société: \_\_\_\_\_ Département: \_\_\_\_\_

Fonction: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Pays: \_\_\_\_\_

Tél.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Paiement à réception de la facture de préférence par:

Virement bancaire

Visa  Eurocard

Carte N°: \_\_\_\_\_ Expiration le: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Merci de confirmer votre numéro de TVA intra-communautaire:**

**A défaut, la TVA sera appliquée automatiquement. Aucune note de crédit ne sera établie a posteriori.**