



Estimation de la létalité par SIDA en France à partir de la surveillance active des décès dans les hôpitaux parisiens (1978 à 1990) : p. 67.
C.N.R. pour les fièvres hémorragiques virales : p. 69.
Vaccinations exigées. Pèlerinage à La Mecque (Hadj) 1991 : p. 69.

N° 17/1991

29 avril 1991

15 MAI 1991

ENQUÊTE

ESTIMATION DE LA LÉTALITÉ PAR SIDA EN FRANCE À PARTIR DE LA SURVEILLANCE ACTIVE DES DÉCÈS DANS LES HÔPITAUX PARISIENS (1978 À 1990)

J. PILLONEL*, F. LOT*, A. LAPORTE*, C. PATRIS*, M. VACARIE**, J. GAMBIER**, J.-B. BRUNET*

INTRODUCTION

Au 31 décembre 1989, sur l'ensemble des cas de SIDA déclarés depuis le début de l'épidémie, 30 % des cas avaient été notifiés comme décédés à la Direction générale de la Santé. Ce pourcentage est très inférieur au taux de létalité (1) observé à la même date aux États-Unis (59,8 %) [1] et au Royaume-Uni (57 %) [2].

Une enquête a été réalisée par la Direction générale de la Santé et par la Direction des Affaires sanitaires et sociales de Paris afin de connaître le statut vital des cas de SIDA adultes déclarés par les hôpitaux parisiens. Le dépouillement des certificats des causes médicales de décès sous la responsabilité du médecin de la D.A.S.S., avant le transfert à l'I.N.S.E.R.M. pour exploitation, a permis d'enregistrer des cas n'ayant jamais été déclarés.

L'objectif de cet article est de faire une estimation du taux de létalité par SIDA chez les adultes de 1978 à 1990, en France, en fonction de leurs caractéristiques socio-démographiques et cliniques. Cette estimation est réalisée à partir de la létalité des cas de SIDA déclarés par les hôpitaux enquêtés.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

L'enquête réalisée a concerné les cas de SIDA adultes déclarés par les principaux hôpitaux parisiens (2) depuis le début de l'épidémie.

La répartition du nombre de décès, selon le semestre de diagnostic des cas de SIDA est présentée dans le tableau 1.

Si on fait l'hypothèse que, par semestre, la létalité par SIDA dans le reste de la France est comparable à celle des hôpitaux parisiens, on peut appliquer les pourcentages de décès observés par semestre dans ces hôpitaux à

Pour les autres variables étudiées, sexe, âge, groupe de transmission et pathologie inaugurale, les pourcentages semestriels de décès, observés dans les hôpitaux parisiens, pour les différentes modalités de ces variables, ont été appliqués aux données nationales classées selon les mêmes critères.

RÉSULTATS

Estimation nationale

Depuis le début de l'épidémie et jusqu'au 31 décembre 1990, parmi les 5 334 cas adultes déclarés par les hôpitaux enquêtés, 3 266 sont décédés. Le taux de létalité sur cette période est donc de 61,2 % (3 266/5 334).

Le taux de létalité par SIDA estimé pour la France entière est de 57,0 % (7 330 décès estimés/12 864 cas de SIDA adultes déclarés au 31-12-1990), taux assez voisin de ceux qui sont observés dans les pays dans lesquels le système de notification des décès est de bonne qualité : 63,6 % aux États-Unis [3] et 54,9 % au Royaume-Uni [4]. Les courbes des pourcentages de décès par semestre de diagnostic dans les hôpitaux enquêtés, aux États-Unis et au Royaume-Uni, sont présentées dans la figure 1.

Le taux de létalité estimé France entière (57,0 %) est plus faible que celui observé dans les hôpitaux parisiens (61,2 %). En effet, le taux de létalité dépend de la répartition des cas par semestre de diagnostic : les hôpitaux parisiens ont déclaré proportionnellement plus de cas au début de l'épidémie de SIDA que les hôpitaux du reste de la France, période pour laquelle les pourcentages de décès par semestre sont les plus élevés.

Tableau 1. — Répartition des cas de SIDA et des décès selon le semestre de diagnostic dans les hôpitaux enquêtés au 31 décembre 1990

	Semestre de diagnostic															
	Avant 1984	1984-1	1984-2	1985-1	1985-2	1986-1	1986-2	1987-1	1987-2	1988-1	1988-2	1989-1	1989-2	1990-1	1990-2	Total
Nombre de cas de SIDA adultes (1)	89	64	93	160	179	269	347	503	490	584	554	556	608	519	319	5 334
Nombre de décès par SIDA (2)	76	59	78	138	150	232	291	405	368	419	344	285	248	129	44	3 266
% de décès (2)/(1)	85,4	92,2	83,9	86,3	83,8	86,2	83,9	80,5	75,1	71,7	62,1	51,3	40,8	24,9	13,8	61,2

l'ensemble des cas classés par semestre de diagnostic. On obtient ainsi un nombre de décès par semestre de diagnostic; la somme de ces décès rapportée au nombre total de cas donne une estimation nationale du taux de létalité de 1978 à 1990.

Pour estimer le taux de létalité par région de domicile, ces mêmes pourcentages ont été appliqués, pour chaque région, aux cas domiciliés classés par semestre de diagnostic.

* Direction générale de la Santé.

** Direction des Affaires sanitaires et sociales de Paris.

(1) Le taux de létalité est le nombre de décès rapporté à la population des malades. Ce taux est différent du taux de mortalité qui est le nombre de décès rapporté à la population générale.

(2) Bichat, Broussais, Claude-Bernard, Cochin, Hôtel-Dieu, Laënnec, Necker, Pasteur, Pitié-Salpêtrière, Rothschild, Saint-Antoine, Saint-Joseph, Saint-Louis, Tarnier, Tenon.

Estimation par sexe, âge, groupe de transmission et pathologie inaugurale

On observe, pour les hôpitaux parisiens comme pour la France entière, les résultats suivants :

- Le taux de létalité chez les hommes n'est pas significativement différent de celui des femmes;
Le sexe ratio des décès par SIDA (6,2) pour France entière est donc proche du sexe ratio des cas de SIDA déclarés (6,1).
 - Le taux de létalité augmente significativement avec l'âge;
 - Les taux de létalité sont significativement différents selon le groupe de transmission.
- Les transfusés présentent le taux de létalité le plus fort (68,7 %), du fait notamment de leur âge plus élevé;
Les toxicomanes présentent le taux de létalité le plus faible (48,8 %), du fait notamment de leur apparition plus récente dans l'histoire de l'épidémie et de leur âge moins élevé;

Figure 1. — Comparaison des pourcentages de décès par semestre de diagnostic des cas de SIDA aux États-Unis, au Royaume-Uni et à Paris (hôpitaux enquêtés) au 31 décembre 1990

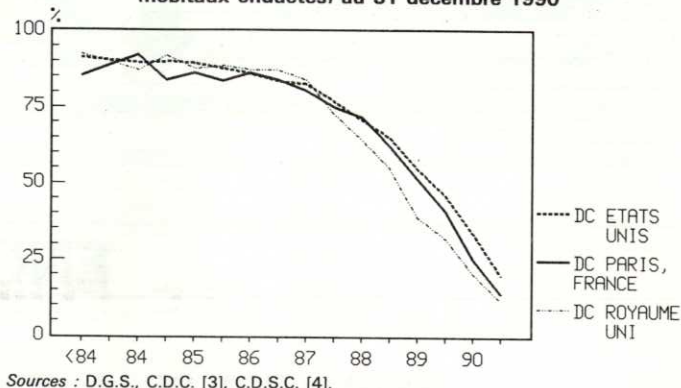


Tableau 2. — Létalité par SIDA observée dans les hôpitaux parisiens et estimée pour la France entière par sexe, par âge, par groupe de transmission et par pathologie inaugurale (1978-1990)

	Cas de SIDA et décès déclarés par les hôpitaux parisiens au 31-12-1990			Cas de SIDA France entière et estimation des décès au 31-12-1990		
	Nombre de cas de SIDA (1)	Nombre de décès (2)	Taux de létalité (2)/(1)	Nombre de cas de SIDA (3)	Nombre de décès estimé (4)	Taux de létalité estimé (4)/(3)
Sexe :						
Hommes	4 881	2 995	61,4	11 042	6 319	57,2
Femmes	453	271	59,8	1 822	1 020	56,0
Âge :						
15-29 ans.	1 285	707	55,0	3 783	1 885	49,8
30-39 ans.	2 209	1 345	60,9	4 918	2 762	56,2
40-49 ans.	1 167	749	64,2	2 378	1 447	60,8
≥ 50 ans.	673	465	69,1	1 785	1 194	66,9
Groupe de transmission :						
1. Homosexuels.	3 837	2 397	62,5	6 924	4 108	59,3
2. Toxicomanes.	530	272	51,3	2 568	1 252	48,8
3. (1 et 2)	91	61	67,0	246	160	65,0
4. Hémophiles.	40	28	70,0	173	111	64,2
5. Hétérosexuels.	449	247	55,0	1 441	709	49,2
6. Transfusés.	170	120	70,6	766	526	68,7
7. Indéterminés.	217	141	65,0	746	447	59,9
Pathologie isolée :						
Toxoplasmose cérébrale.	509	318	62,5	1 226	725	59,1
Pneumonie à <i>Pneumocystis carinii</i>	1 394	829	59,5	3 230	1 708	52,9
Sarcome de Kaposi.	1 330	730	54,9	2 100	1 087	51,8
Candidose œsophagienne.	281	142	50,5	1 255	610	48,6

- Les taux de létalité sont significativement différents selon la pathologie inaugurale du SIDA.

Le taux de létalité le plus élevé concerne des patients ayant présenté une toxoplasmose cérébrale isolée (59,1 %).

Ceux présentant une candidose œsophagienne inaugurale, non associée à d'autres pathologies, ont le taux le plus faible (48,6 %).

Ces résultats sont cohérents avec un travail en cours sur la survie des cas de SIDA déclarés, en fonction des caractéristiques sus-citées. Les résultats seront présentés dans un prochain B.E.H.

La différence constatée plus haut entre le taux de létalité observé dans les hôpitaux enquêtés et celui estimé pour la France entière, du fait de l'antériorité de l'épidémie de SIDA à Paris, est retrouvée pour chacune des variables étudiées.

Estimation par région de domicile

Les taux de létalité estimés par région sont présentés dans le tableau 3.

Les différences constatées entre ces taux peuvent être expliquées en partie par l'apparition plus ou moins récente de l'épidémie dans les régions. Des répartitions différentes des cas de SIDA par groupe de transmission peuvent aussi expliquer ces écarts.

CONCLUSION

Les résultats présentés ici constituent des indicateurs globaux de la létalité par SIDA en France. Ce travail a été réalisé pour pallier au défaut de notification des décès. La publication de ces taux bruts ne remplace pas une analyse fine des facteurs liés à la mortalité par SIDA à partir des données de

Tableau 3. — Létalité par SIDA chez les adultes, estimée par région de domicile (1978-1990)

Région de domicile	Nombre de cas de SIDA au 31-12-1990	Nombre de décès estimé	Taux de létalité estimé
Alsace	115	64	55,7
Aquitaine	502	274	54,6
Auvergne	90	49	54,4
Bourgogne	110	65	59,1
Bretagne	172	92	53,5
Centre	137	82	59,9
Champagne - Ardenne.	105	60	57,1
Corse.	27	13	48,1
Franche-Comté	71	39	54,9
Île-de-France	6 668	3 899	58,5
Languedoc - Roussillon.	340	188	55,3
Limousin	62	30	48,4
Lorraine	162	95	58,6
Midi-Pyrénées.	329	195	59,3
Nord - Pas-de-Calais.	162	90	55,6
Haute-Normandie	151	89	58,9
Basse-Normandie	97	57	58,8
Pays de la Loire	195	103	52,8
Picardie	125	64	51,2
Poitou - Charentes.	129	72	55,8
Provence - Alpes - Côte d'Azur.	1 753	944	53,9
Rhône - Alpes	531	275	51,8
D.O.M.	520	293	56,3
Inconnu ou résidant à l'étranger.	311	198	63,7
France entière.	12 864	7 330	57,0

surveillance active des décès dans les hôpitaux parisiens. Cette analyse sera publiée dans un prochain *B.E.H.*

La surveillance active des décès dans les hôpitaux parisiens a toutefois permis, en partie, de corriger le taux de létalité sur les données nationales de 30 % au 31 décembre 1989 à 49,6 % au 31 décembre 1990.

La comparaison entre le taux de létalité estimé (57,0 %) et le taux observé (49,6 %) montre qu'il existe encore une sous-déclaration importante des décès.

La surveillance active des décès a été mise en place en 1990 dans quelques régions et sera généralisée à l'ensemble des régions d'ici fin 1992.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] H.I.V./A.I.D.S. Surveillance, C.D.C., January 1990.
- [2] Acquired Immune Deficiency Syndrome, United Kingdom : 1982. December 1989, C.D.R., 5th January 1990.
- [3] H.I.V./A.I.D.S. Surveillance, C.D.C., March 1991.
- [4] Base de données européenne sur la surveillance du SIDA, Centre européen de surveillance du SIDA à Paris. Données communiquées par le C.D.S.C. (Communicable Disease Surveillance Centre), Londres, 31 décembre 1990.

LE POINT SUR...

C.N.R. POUR LES FIÈVRES HÉMORRAGIQUES VIRALES

P. ROLLIN, J.-P. SALUZZO, P. SUREAU

LA FIÈVRE HÉMORRAGIQUE AVEC SYNDROME RÉNAL (F.H.S.R.) EN FRANCE

Au cours de l'année 1990, 2 souches de virus ont été isolées (à partir d'un cas humain et d'un rat) et 90 cas de F.H.S.R. ont été confirmés sérologiquement.

Isolements de virus

Pour la première fois en France, il a été possible d'isoler le virus responsable de la F.H.S.R. à partir d'un sérum prélevé à la phase aiguë (souche virale I.P.H.). L'isolement a été effectué sur des cellules Vero E 6 et a nécessité plusieurs passages à l'aveugle (ce qui est décrit classiquement dans la littérature). Ce virus a été typé à l'aide d'une batterie d'anticorps monoclonaux (fournis par les docteurs Le Duc et Dalrymple de l'U.S.A.M.R.I.I.D.). Il présente les mêmes caractéristiques antigéniques que le virus *Puumala* qui est la souche type responsable de la forme clinique européenne de F.H.S.R. Tous les sérums trouvés positifs depuis le début de l'année ont été retestés vis-à-vis de ce nouvel antigène. Les titres obtenus sont plus importants en particulier sur les prélèvements précoces.

Un patient présentant une F.H.S.R. et hospitalisé à Paris nous a signalé un nombre important de rats dans la périphérie de son habitation. À partir des poumons de 2 animaux capturés, il a été possible d'isoler 2 souches de virus indifférentiables antigéniquement du virus isolé à partir du cas humain signalé antérieurement et du virus *Puumala*. Les titres sérologiques observés en utilisant cet antigène ne diffèrent pas de ceux observés avec la souche dite I.P.H.

Diagnostics sérologiques

Le laboratoire a confirmé sérologiquement 90 cas de F.H.S.R. en 1990. Pour chacun d'entre eux un questionnaire clinique et épidémiologique a été adressé au clinicien. L'analyse préliminaire des questionnaires déjà renvoyés permet de dégager certains faits marquants :

- la distribution géographique des cas de F.H.S.R. reste limité au quart nord-est de la France avec des départements particulièrement touchés : Nord, Ardennes, Doubs. La carte en annexe montre la répartition des hospitalisations pour F.H.S.R.;
- les hommes sont plus touchés que les femmes (74/11). L'âge des patients va de 16 à 62 ans;
- les signes d'appel cliniques sont peu spécifiques au début de la maladie (fièvre, lombalgies, céphalées);
- les principaux signes biologiques sont une thrombopénie (dans 32 cas sur 48, les numérations plaquettaires vont de 53 000 à 270 000/ml), une créatininémie pratiquement toujours élevée (pouvant atteindre 3 000 moles/l), une hématurie (22 cas sur 45), une protéinurie (37 cas sur 47);
- une dialyse a été nécessaire dans 4 cas sur 50.

FIÈVRES HÉMORRAGIQUES VIRALES D'ORIGINE AFRICAINE

Nous avons reçu une cinquantaine de sérums pour suspicion de fièvre hémorragique virale chez des sujets revenant d'un séjour outre-mer. Les sérums sont systématiquement testés vis-à-vis des virus suivants : Ebola, Marburg, Lassa, fièvre de la vallée du Rift, virus Crimée-Congo. Tous se sont avérés être négatifs pour ces antigènes.

NOTE

VACCINATIONS EXIGÉES (O.M.S.) Pèlerinage à La Mecque (Hadj) 1991

Arabie saoudite. Les conditions exigées pour la prochaine période du Hadj sont les suivantes :

1. Tous les *voyageurs* en provenance d'un pays où existe une région infestée par la fièvre jaune sont tenus de présenter un certificat de vaccination contre la fièvre jaune en cours de validité, conformément à la réglementation en vigueur dans le pays. Les voyageurs arrivant en Arabie saoudite sans le certificat exigé seront vaccinés à leur arrivée et placés sous stricte surveillance pendant 6 jours à compter du jour de la vaccination, mais garderont leur liberté de mouvement.
2. Les *pèlerins et participants à l'« Umra »* sont tenus de présenter un certificat de vaccination contre la méningite méningococcique délivré 2 ans au plus et 10 jours au moins avant leur arrivée en Arabie saoudite. Les pèlerins en provenance de pays où sévissent les maladies soumises au Règlement sanitaire international et de pays où la méningite est endémique, seront examinés. Les cas suspects seront isolés et leurs contacts placés en observation.