Estimation de l'effet de la précarité sur la mortalité selon le statut VIH en France entre 2015 et 2023

Elhadji Leye[1], Pierre Chauvin[1], Valérie Potard[1], Fabienne Caby[1,2], Olivier Robineau[1,3], Dominique Costagliola[1], Sophie Grabar[4]

[1]Sorbonne Université, INSERM, Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique, Paris, France ; [2]Unité VIH-IST, Service d'Immuno-Hématologie, Hôpital Victor Dupouy, Argenteuil, France; [3]EA2694, Univ Lille, Centre Hospitalier de Tourcoing, Tourcoing, France; [4]Sorbonne Université, INSERM, Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique, AP-HP, Hôpital St Antoine, Paris, France

Elhadji Leye : elhadji.leye@inserm.fr

VIH HÉPATITES SANTÉ SEXUELLE INFECTIONS ÉMERGENTES
13E CONFÉRENCE FRANCOPHONE INTERNATIONALE
AFRAVIH 2026
4 AU 7 MAI, LAUSANNE, SUISSE
WWW.AFRAVIH2026.ORG

Introduction

En France, il existe des différences de mortalité importantes en fonction des situations sociales des individus. [1,2] Les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) bénéficient d'un suivi médical spécifique et régulier dont les coûts sont pris en charge par l'assurance maladie

- Consultation de suivie coordonnées entre infectiologue hospitalier et médecin généraliste
- Suivi biologique : Charge virale, CD4, bilan rénal, hépatique et métabolique
- Traitement antirétroviral
- Dépistage et prise en charge des co-infections par les virus des hépatites et les IST
- Surveillance des comorbidités : risque cardiovasculaire, cancers…

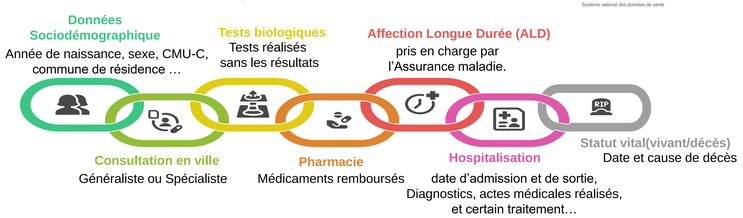
Très peu de données sur le statut socioéconomiques des personnes sont intégrées aux systèmes d'information en santé notamment en France dans le Système Nationale des Données de Santé (SNDS) où ne sont renseignées que :

- Le statut assuranciel, notamment la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C → CSS): sous conditions de ressources (revenus annuels < 50% du revenue médian français)
- La commune de résidence à laquelle on peut rapprocher un indice de défavorisation sociale communale: le FDep2015, analysé en quintiles[1]
  - de 1 : 20% des communes les plus favorisées
  - à 5 : 20% des communes les plus défavorisées

Objectif: comparer l'association entre précarité et mortalité, chez les PVVIH et dans une population non infectée appariée en France métropolitaine entre 2015 et 2023

Méthodes

Source des données : Système National des Données de Santé



Population d'étude : Les PVVIH ont été identifiés dans le SNDS selon les critères suivants :

1-prise en charge du VIH en ALD

2- séjour hospitalier avec un code CIM-10 associé au VIH

3- dispensation de traitements et d'examens biologiques spécifiques au VIH

Appariement : Chaque PVVIH a été appariée à **quatre personnes sans VIH** par appariement exact sur l'année de naissance, le sexe, la première année de CMU-C, la région de résidence et le quintile de l'indice de défavorisation.

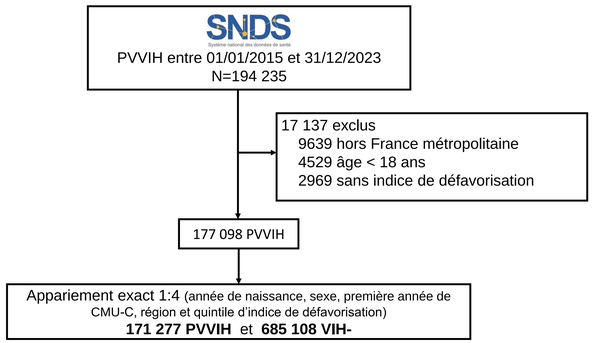
Méthodes statistiques : Les associations entre la précarité sociale des personnes (mesurée par les proxys CMU-C et FDep2015) et leur mortalité ont été étudiées à l'aide de modèles de Poisson, permettant d'estimer les **ratios standardisés de mortalité** (SMR) et leurs intervalles de confiance à 95% selon le statut VIH et le sexe.

Standardisation indirecte sur l'âge : Population de référence : $PVVIH_{2015}$.

Classe d'âge : 18-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69 et ≥70 ans.

Résultats

Flow chart de la population étudiée

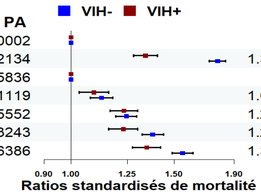


Caractéristiques des PVVIH appariées

PVVIH	Femme 54 856 (32 %)	Homme 116 421 (68 %)	Total 171 277 (100 %)
Age médiane [IQ1, IQ3]	45.0 [37.0-53.0]	48.0 [38.0-55.0]	47.0 [37.0-55.0]
CMU C N (%)	25 050 (45.7)	28 768 (24.7)	53 818 (31.4)
FDEP2015 N (%)			
1 : 20% des communes les moins défavorisées	13 790 (25.1)	34 888 (30.0)	48 678 (28.4)
2	10 637 (19.4)	21 679 (18.6)	32 316 (18.9)
3	10 439 (19.0)	21 885 (18.8)	32 324 (18.9)
4	9 321 (17.0)	18 398 (15.8)	27 719 (16.2)
5 : 20% des communes les plus défavorisées	10 669 (19.5)	19 571 (16.8)	30 240 (17.7)
Région de résidence : île de France	23 835 (43.5)	45 177 (38.8)	69 012 (40.3)

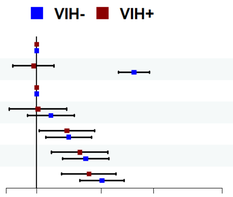
SMR selon les indicateurs de précarité sociale (CMU-C, FDep2015) et le statut VIH

		VIH+ O/A	VIH+ PA	VIH- O/A	VIH- PA	SMR VIH+	SMR VIH-
CMU-C	Non	9049/10471	680116	16028/41744	2670002	Référence	Référence
	Oui	2064/1765	160688	4838/7095	642134	1.34 [1.28-1.40]	1.78 [1.72-1.84]
Quintile FDep2015	1	2763/3538	251257	4806/13819	965836	Référence	Référence
	2	1899/2221	156316	3493/8938	621119	1.09 [1.03-1.16]	1.13 [1.08-1.18]
	3	2299/2376	159064	4167/9633	635552	1.23 [1.17-1.30]	1.24 [1.19-1.30]
	4	1931/2000	133614	3874/8074	533243	1.23 [1.16-1.30]	1.38 [1.32-1.44]
	5	2221/2090	140553	4526/8359	556386	1.35 [1.28-1.42]	1.55 [1.49-1.62]



- Le fait de bénéficier de la CMU-C était associé à un **surrisque de décès** de 34 % chez les hommes vivant avec le VIH (HVVIH) et de 78 % chez les hommes non infectés
- **Existence d'un gradient** social associé au décès: le risque de décès augmentait avec le niveau de défavorisation de la commune de résidence dans les 2 populations VIH et non infectée
- Ce **gradient social** apparaissait **plus marqué** chez les hommes non infectés

		VIH+ O/A	VIH+ PA	VIH- O/A	VIH- PA	SMR VIH+	SMR VIH-
CMU-C	Non	2471/2432	247826	3530/10001	993520	Référence	Référence
	Oui	979/974	156944	1945/3963	634137	0.99 [0.92-1.06]	1.40 [1.33-1.48]
Quintile FDep2015	1	788/859	101934	1215/3445	401123	Référence	Référence
	2	607/660	78893	984/2681	316748	1.00 [0.91-1.11]	1.05 [0.97-1.14]
	3	679/658	76821	1063/2707	311899	1.11 [1.01-1.22]	1.12 [1.03-1.21]
	4	634/583	68778	1005/2414	280227	1.16 [1.05-1.28]	1.18 [1.09-1.28]
	5	742/659	78344	1208/2712	317660	1.20 [1.09-1.32]	1.25 [1.16-1.35]



FDep2015 = 1 : 20% des individus résidant dans les communes les moins défavorisées

FDep2015 = 5 : 20% des individus résidant dans les communes les plus défavorisées

O/A : décès observés / décès attendus ; PA : Personnes-années

- La CMU-C n'était **pas associée** à un surrisque de décès chez les femmes vivant avec le VIH (**FVVIH**), alors que chez les **femmes non infectées**, le surrisque était de **40 %**.
- Un surrisque de décès significatif apparaissait à partir du 3e quintile de défavorisation, par rapport aux communes les moins défavorisées,
- Le **gradient social du lieu de résidence (Fdep)** associé à la mortalité est **similaire entre les FVVIH et femmes non infectées**

Discussion et Conclusion

- Limites des proxys de la précarité utilisés :
  - La CMU-C permet surtout d'identifier la population la plus modeste, mais elle est trop peu fine pour distinguer les catégories intermédiaires.[3]
  - Le FDep2015 de la commune de résidence n'est pas un indicateur individuel (erreur écologique)
- La **précarité est associée à un excès de mortalité dans les 2 sexes et quel que soit le statut VIH**.
  - Cet effet est **plus marqué chez les hommes** (cf. les inégalités sociales et la mortalité selon le genre[2,4,5])
  - Chez les hommes, **l'impact de la précarité** sur la mortalité est **moins marqué chez les HVVIH que chez les non infectés** suggérant que le suivi spécifique des hommes vivant avec le VIH en France contribue à atténuer l'impact de la précarité sur la mortalité.
    - Un effet qui semble propre au VIH, en effet dans le diabète de type 1, la précarité est associée à un gradient de mortalité plus marqué que dans la population sans diabète de type 1. [6]
- Pour le VIH, la « gratuité des soins » ne permet pas de réduire complètement les inégalités sociales de mortalité
- La **précarité** – et d'une façon générale, les déterminants sociaux de la santé et des recours aux soins – sont des **facteurs sociaux majeurs à prendre en compte dans le suivi clinique des PVVIH**, même en l'absence (théorique) d'obstacles financiers aux soins.

Référence

1. Rey G, Jougla E, Fouillet A, Hémon D. Ecological association between a deprivation index and mortality in France over the period 1997 - 2001: variations with spatial scale, degree of urbanicity, age, gender and cause of death. *BMC Public Health* 2009; **9**: 33.
2. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, et al. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1·7 million men and women. Lancet 2017; 389: 1229–37.
3. Publication du rapport annuel de la C2S 2025 | Complémentaire santé solidaire. https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/actualites/rapports/publication-du-rapport-annuel-de-la-c2s-2025
4. Mustard CA, Etches J. Gender differences in socioeconomic inequality in mortality. *J Epidemiol Community Health* 2003; **57**: 974–80.
5. Brown D, Allik M, Dundas R, Leyland AH. All-cause and cause-specific mortality in Scotland 1981-2011 by age, sex and deprivation: a population-based study. Eur J Public Health 2019; 29: 647–55.
6. Campbell R a. S, Colhoun HM, Kennon B, *et al.* Socio-economic status and mortality in people with type 1 diabetes in Scotland 2006-2015: a retrospective cohort study. *Diabet Med J Br Diabet Assoc* 2020; **37**: 2081–8.