

**ENQUETE MORTALITE 2005
(ANRS)
en collaboration avec MORTAVIC**

INI 2005

Prs Th. MAY, D. SALMON et le Comité de Pilotage

Objectifs ⁽¹⁾

- Décrire la distribution des causes initiales de décès des patients VIH+ en 2005
- Décrire l'évolution de la répartition des causes initiales de décès entre 2000 et 2005 :
 - IO, cancer, hépatites, cardiovasculaire, iatrogénie...
 - Morbidité émergente ?
- Décrire les causes associées de décès :
 - Tabac, alcool, triglycérides, toxicomanie...
 - Echec ou succès immunovirologique
 - Revenus, couverture sociale, nationalité
- Évaluer la qualité de remplissage des certificats de décès

Objectifs (2)

- Se comparer à 2000 (participation, exhaustivité)
 - 185 services, file active 64 000
 - 964 décès, 47 % sida



Enquête 2005

Actuellement

- 4202 personnes contactées
- **217 services** participants
 - 176 orientation VIH
 - 8 orientation hépato
 - 33 autres
- **100 services** impliqués dans VIH en attente de participation

- 145 services n'ont pas déclaré de décès au 1^{er} trimestre
- **176 cas** de décès signalés par **72** centres

Circuit des données

Centre de
Méthodologie
et de Gestion



signalement



documentation

Marsite 2005 (18 S) en collaboration avec: Réseau
Enquête sur les causes de décès en France en 2005 des adultes infectés par le VIH

Bioché
Service(s)
Chef de service
Adresse
Ville
Téléphone
Adresse email
Date de saisie: 11/11/2005

Adresse complète de destination: 0001 0000 0000
Nom du patient: 0001 0000 0000
Nom du médecin prescripteur: 0001 0000 0000
Date de décès: 0001 0000 0000
Cause immédiate de décès: 0001 0000 0000
Cause sous-jacente de décès: 0001 0000 0000

Code de cause	Code de décès	Code de cause	Code de décès

Retour à l'accueil pour site collaboration.

Marsite 2005 en collaboration avec: Réseau
Enquête sur les causes de décès en France en 2005 des adultes infectés par le VIH

Marsite 2005 (18 S) en collaboration avec: Réseau
Enquête sur les causes de décès en France en 2005 des adultes infectés par le VIH

Adresse complète de destination: 0001 0000 0000
Nom du patient: 0001 0000 0000
Nom du médecin prescripteur: 0001 0000 0000
Date de décès: 0001 0000 0000
Cause immédiate de décès: 0001 0000 0000
Cause sous-jacente de décès: 0001 0000 0000

INFORMATIONS DE LA MALADIE VIH

Marsite 2005 (18 S) en collaboration avec: Réseau
Enquête sur les causes de décès en France en 2005 des adultes infectés par le VIH

Adresse complète de destination: 0001 0000 0000
Nom du patient: 0001 0000 0000
Nom du médecin prescripteur: 0001 0000 0000
Date de décès: 0001 0000 0000
Cause immédiate de décès: 0001 0000 0000
Cause sous-jacente de décès: 0001 0000 0000

TERRAIN

Marsite 2005 (18 S) en collaboration avec: Réseau
Enquête sur les causes de décès en France en 2005 des adultes infectés par le VIH

Adresse complète de destination: 0001 0000 0000
Nom du patient: 0001 0000 0000
Nom du médecin prescripteur: 0001 0000 0000
Date de décès: 0001 0000 0000
Cause immédiate de décès: 0001 0000 0000
Cause sous-jacente de décès: 0001 0000 0000

CépiDc - IFR69

Ch. Burty



Fiche de signalement trimestrielle

Avez-vous connaissance de décès d'adultes infectés par le VIH ?

OUI NON

Si oui, merci de compléter le tableau ci-dessous

Recueil des décès d'avril à juin 2005

Date de décès	Sexe	Date de naissance	Cause(s) résumée	Patient inclus dans une cohorte ou un essai ANRS ? (si oui, préciser)
----------------------	-------------	--------------------------	-------------------------	--

Fiche de documentation

(ne rien inscrire dans les parties grises) Fiche Doc1

**Mortalité 2005 en collaboration avec Mortavic (ANRS)
Enquête sur les causes de décès en France en 2005 des adultes infectés par le VIH**

service / centre n° patient sexe masculin féminin

date de décès 2005 lieu* de décès

date de naissance lieu* de naissance

si non originaire de France, année d'arrivée en France * commune et département, ou pays si hors de France

localisation du décès service de médecine court séjour unité de soins palliatifs service de réanimation
 domicile autre

• précarité socio-économique[§] oui[§] non
[§] au moins un des items suivants :
absence de couverture sociale, sans emploi, sans logement, revenu du foyer < 535 €/mois, étranger en situation irrégulière

I – HISTOIRE DE LA MALADIE VIH

• date de 1^{er} sérologie VIH-1 positive

• groupe de transmission homo-bisexualité hétérosexualité toxicomanie IV
 transmission mère-enfant hémophilie transfusion indéterminé ou autre

• stade CDC au moment du décès A B C date de diagnostic du SIDA

• antécédents de traitements antirétroviraux (ARV) oui non
si non, pourquoi prise en charge récente suivi irrégulier autre, préciser :

si oui, date du début du 1^{er} traitement date de 1^{er} HAART

date de dernière interruption

• dernier taux connu de CD4+ /mm³ date

• dernière charge virale connue indétectable oui non soul de la technique copies/ml
si détectable copies/ml date

• prophylaxie des infections opportunistes dans les 3 mois précédant le décès
cotrimoxazole oui non autres oui non
si autres, préciser

II – TERRAIN

• consommation d'alcool > 50g/j (5 verres/j) oui non • toxicomanie active oui non

• tabagisme oui non • toxicomanie substituée oui non

• maladie psychiatrique présente ou ancienne oui non

• diabète oui non • HTA oui non

• dyslipidémie ayant justifié une prise en charge spécifique (arrêt ARV, diététique, hypolipémiant) oui non

• hépatites virales (cocher positif si positif au moins une fois)

Ag HBs <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> non fait	Ac anti VHC <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> non fait
Ag Hbe <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> non fait	ARN VHC <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> non fait
ADN VHB <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> non fait	Génotype VHC <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> autre
Ag Delta <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> non fait	

Traitement des hépatites actuel ou passé :
traitement du VHB oui non traitement du VHC oui non

si oui, préciser

version 15/02/05

III – CAUSES DE DÉCÈS

- Cause(s) immédiate(s) Inconnue
- sepsis coma hémorragie insuffisance hépatique terminale
 - embolie pulmonaire accident vasculaire cérébral infarctus du myocarde insuffisance respiratoire aigüe
 - suicide accident de la voie publique mort subite inexpliquée détresse multiviscérale
 - autre, préciser : _____

CAUSE INITIALE DE DÉCÈS ET PATHOLOGIES ASSOCIÉES A U DÉCÈS

Exemple :
 - sepsis
 - lymphome malin non hodgkinien
 - infection par le VIH

Exemple :
 - hémorragie digestive
 - hypertension portale
 - cirrhose du foie
 - hépatite G

(1) Cause initiale de décès : maladie ou traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès ou circonstances de l'accident ayant entraîné le décès

(une seule cause par pathologie)

La cause initiale est le SIDA / LMN4	Pathologies	Date de début	(une seule cause par pathologie)		
			initiale (1)	ayant contribué	lien indéterminé
Pathologies classant SIDA (infections opportunistes, lymphome, Kaposi,...) (si lymphome : type et stade)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infections non classant SIDA (site et germe en cause)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatites virales chroniques (VHC, VHB) (cirrhose, hépatite fulminante aigüe, hépatocarcinome)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumeurs non classant SIDA (préciser le type anatomopathologique et le stade)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pathologie cardiovasculaire			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toxicité des antirétroviraux : acidose lactique, hépatite, pancréatite, insuffisance rénale...			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toxicités des autres traitements : chimiothérapie, prophylaxies...			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool, tabac, toxicomanie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres pathologies (préciser)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (accident, suicide, ...)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV – HÉPATOPATHIE CHRONIQUE

- Cirrhose oui non décompensée
- Origine de la cirrhose (VHB, delta, VHC, alcool, médicament...)
 préciser : _____
- Cause de la décompensation (infection, médicament...)
 préciser : _____
 si médicament, le quel : _____
- Tableau clinique lors du décès (ascite, hémorragie digestive, encéphalopathie...)
 préciser : _____
- Hépatocarcinome oui non si oui, unifocal multifocal
- Autre (hépatite fulminante...) oui non
 préciser : _____

V – AU TOTAL, le décès vous semble-t-il directement lié (plusieurs items peuvent être cochés)

- à un événement classant SIDA à un événement en rapport avec le VIH, non classant SIDA
- à un cancer non classant SIDA au VHC
- à une affection cardio-vasculaire au VHB
- à un traitement
 si oui, préciser lequel : _____
- à une autre cause : _____

VI – CERTIFICAT DE DECES

L'enquête Mortalité 2005 contribue à la réflexion sur la qualité de remplissage des certificats de décès. Dans l'objectif d'améliorer la qualité de remplissage des certificats de décès, nous vous demandons de bien vouloir, après avoir complété la fiche ci-dessus, remplir le certificat de décès suivant, qui servira de référence par rapport au certificat de décès rempli dans des conditions réelles. Merci par avance.

Malade(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès

Due à ou consécutive à _____

Due à ou consécutive à _____

Due à ou consécutive à _____

Autres états morbides, facteurs ou états physiologiques (grossesses...) ayant contribué au décès

VII – DOCUMENTS DISPONIBLES POUR COMPLÉTER CETTE FICHE

- dossier hospitalier dossier médical autre rapport d'autopsie
- information du médecin généraliste du patient répertoire national d'identification rubrique nécrologique
- information des proches du patient
- autre, préciser : _____

nom de la personne ayant rempli la fiche _____ fonction _____

téléphone _____ fax _____ date _____ signature _____

e-mail _____

Partenariat

- SPILF, CMIT (D. Salmon, Th. May)
- SNFMI, SFLS (Ph. Morlat, F. Bonnet)
- GERMIVIC, FNPRRH, AFEF (P. Cacoub, E. Rosenthal)
- SPLF, SRLF
- INSERM U593, ADELFI (G. Chene, Ch. Lewden)
- INSERM EPI 0214 (D. Costagliola)
- Capi DC INSERM (E. Jouglu)
- ANRS (financement)

et tous les médecins hospitaliers