



ECDC **CORPORATE**

Résumé des publications clés 2009

ECDC CORPORATE

Résumé des publications clés 2009



Stockholm, janvier 2010

© Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, 2010.

Reproduction autorisée, moyennant mention de la source.

Table des matières

Introduction	1
Rapports techniques	2
1. Orientations en matière d'évaluation des risques de transmission des infections à bord des avions.....	2
2. Surveillance et études lors d'une pandémie en Europe.....	3
3. Guide des mesures de santé publique pour limiter l'impact des pandémies de grippe en Europe: «les propositions de l'ECDC».....	4
4. Collection de rapports sur la santé des migrants: accès à la prévention, au traitement et aux soins contre le VIH pour les migrants présents dans les États membres de l'UE/EEE.....	12
5. Collection de rapports sur la santé des migrants: l'épidémiologie du VIH et du sida dans les communautés de migrants et les minorités ethniques au sein des États membres de l'UE/EEE.....	15
6. Cartographie de la surveillance comportementale du VIH et des IST en Europe	19
7. Le défi bactérien: le temps est venu de réagir (rapport technique conjoint de l'ECDC et de l'EMA).....	21
8. Efficacité des mesures de prévention comportementale et psychosociale adoptées en Europe contre les IST et le VIH liés à des rapports sexuels entre hommes	26
Rapports d'orientation.....	28
9. Contrôle de la Chlamydia en Europe	28
10. Utilisation, par les services de santé publique, d'antiviraux de la grippe lors d'épidémies grippales	31
11. Utilisation de vaccins spécifiques durant la pandémie 2009 de grippe A(H1N1).....	35
Rapports de surveillance	37
12. Surveillance de la tuberculose en Europe – 2007	37
13. Rapport épidémiologique annuel sur les maladies transmissibles en Europe en 2009	40
14. Surveillance du VIH/sida en Europe en 2008	48
Annexe: publications de l'ECDC en 2009.....	50

Introduction

En 2009, le Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ci-après «ECDC» pour *European Centre for Disease Prevention and Control*) a publié, au total, 43 documents scientifiques. Les publications mentionnées ci-après comptent parmi les plus marquantes:

- *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2009* [Rapport épidémiologique annuel sur les maladies transmissibles en Europe – 2009]: cette troisième édition du rapport épidémiologique annuel de l'ECDC propose un résumé complet des données de surveillance collectées en 2007 et des menaces sanitaires surveillées en 2008;
- *Tuberculosis surveillance in Europe 2007* [Surveillance de la tuberculose en Europe – 2007] et *HIV/AIDS surveillance in Europe 2008* [Surveillance du VIH/sida en Europe – 2008]: tous deux produits par le Bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS/Euro), ces rapports couvrent la situation au sein de l'Union européenne (UE) et les pays membres de l'Espace économique européen (EEE), ainsi que dans les 23 autres pays de la région européenne de l'OMS;
- *Migrant health series* [Collection de rapports sur la santé des migrants]: lancée en 2009, cette nouvelle série se compose de publications centrées sur les maladies et présentant des analyses de données, des synthèses d'éléments probants, des orientations en matière de migration et une interprétation des interventions dans ce domaine, eu égard à des maladies infectieuses déterminées. Les deux premiers documents de cette série qui ont été publiés en 2009 étaient consacrés au VIH/sida;
- *The bacterial challenge: time to react* [Le défi bactérien: le temps est venu de réagir]: produit en collaboration entre l'ECDC et l'Agence européenne des médicaments (EMA), ce rapport technique se penche sur le fossé existant entre la charge induite par les infections dues à des bactéries multirésistantes et le développement de nouveaux antibiotiques destinés à les combattre;
- *Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe* [Cartographie de la surveillance comportementale du VIH et des IST en Europe]: ce document analyse en profondeur la situation actuelle concernant les programmes de surveillance comportementale relatifs au VIH et aux infections sexuellement transmissibles (IST) dans l'Union européenne et les pays membres de l'Association européenne de libre-échange (AELE).

Des résumés de documents choisis de l'ECDC, tels que ceux précités, ont été compilés afin de les mettre à la disposition des responsables politiques dans toutes les langues de l'Union européenne, ainsi qu'en islandais et en norvégien. Ceux-ci reflètent l'esprit des publications originales, mais il se peut que certaines nuances importantes aient disparu dans le processus de résumé. Les lecteurs désireux d'avoir une vision plus détaillée sont invités à consulter le texte intégral des documents, disponibles en ligne sur le site: www.ecdc.europa.eu.

Une liste de tous les documents publiés par l'ECDC en 2009 est jointe en annexe. Toutes ces publications sont disponibles par voie électronique à partir du lien ci-dessus, avec une courte description de leur contenu respectif. Certains rapports sont également disponibles en version imprimée. Pour recevoir l'un d'entre eux en version papier, veuillez envoyer un courrier électronique à l'adresse suivante: publications@ecdc.europa.eu.

Rapports techniques

1. Orientations en matière d'évaluation des risques de transmission des infections à bord des avions

(Publié en janvier 2009)

Que ce soit sur les vols nationaux ou internationaux, le trafic commercial aérien a enregistré une progression régulière du nombre de passagers au cours de ces dernières années. Les aéroports internationaux accueillent des millions de passagers chaque jour qui, grâce à l'avion, peuvent voyager à travers le monde en quelques heures. Cependant, les changements qui s'opèrent dans les habitudes de déplacement peuvent donner lieu à de nouvelles menaces: dans l'environnement clos des cabines des avions modernes, les passagers peuvent être exposés aux diverses maladies infectieuses dont leurs voisins sont affligés.

En 2003, l'émergence du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) a montré qu'une nouvelle maladie peut apparaître soudainement et se répandre dans le monde entier par les voyages aériens. La détection précoce des maladies infectieuses à bord d'un avion et l'évaluation opportune des risques sont primordiales pour pouvoir prendre des mesures adéquates de santé publique. Si un risque sanitaire est détecté, il est essentiel de rechercher les passagers qui ont été exposés durant un vol et de prendre contact avec eux, afin d'endiguer la maladie. Or, cette étape cruciale constitue un défi majeur pour les experts en matière de santé publique du monde entier.

Le projet RAGIDA (*Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft* – Lignes directrices en matière d'évaluation des risques liés aux maladies infectieuses transmises à bord des avions) confronte les éléments probants mis en lumière dans la littérature scientifique avec les connaissances des experts, afin de proposer aux décideurs des solutions viables. Ce projet peut fournir une aide précieuse, lorsqu'il s'agit de déterminer quelles sont les données justifiant le déclenchement d'une action et de décider s'il y a lieu ou non de prendre contact avec les passagers connus et le personnel aérien qui ont été exposés à des maladies infectieuses durant un vol.

Les experts du Robert Koch Institute et de l'ECDC sont convenus que le projet RAGIDA couvrira les douze maladies suivantes: tuberculose (TB), grippe, syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), maladie à méningocoques, rougeole, rubéole, diphtérie, fièvre hémorragique Ebola, fièvre hémorragique de Marbourg, fièvre de Lassa, variole et charbon bactérien (anthrax). Les experts ont passé en revue plus de 3 700 articles soumis à un examen collégial et documents provenant de la «littérature grise», afin d'évaluer les circonstances exactes qui ont conduit à la transmission de ces maladies infectieuses à bord des avions. Il a été procédé, en outre, à des recherches systématiques concernant les orientations données par les autorités internationales compétentes dans le domaine de l'aviation ou les agences nationales ou internationales de santé publique, eu égard à l'évaluation et la gestion des risques liés à ces maladies infectieuses. Afin d'obtenir des informations complémentaires, 73 experts provenant de 38 pays différents ont été contactés et consultés.

Il ressort de l'examen systématique de la littérature spécialisée qu'il est assez fréquent que la tuberculose, la grippe, les maladies à méningocoques, la rougeole et le SRAS soient transmis lors de vols aériens. Or, le nombre d'articles faisant état de cas confirmés de transmission de l'une quelconque de ces maladies à bord d'un avion est étonnamment faible, en particulier si l'on considère le nombre élevé de contacts potentiels. À la lumière de ces résultats, on peut s'attendre à ce que le nombre total de cas de transmission à bord soit aussi assez faible. Bien qu'il soit difficile de tirer quelque conclusion que ce soit sur le nombre réel d'infections ayant été transmises à bord d'un avion, il semble probable que le potentiel de propagation des maladies infectieuses à bord ne soit pas supérieur à celui observé au sol.

Somme toute, nous demeurons convaincus que l'évaluation des risques et la décision de rechercher les passagers ayant été en contact avec les personnes infectées doivent faire l'objet d'un examen au cas par cas. Le rapport technique susmentionné suggère, en outre, de prendre en considération divers facteurs, tels que le potentiel de propagation épidémiologique, la contagiosité et la pathogénicité des patients répertoriés, la fonctionnalité des systèmes de ventilation à bord de l'avion et l'intensité des contacts, ainsi que les informations relatives aux places des passagers concernés dans l'avion.

2. Surveillance et études lors d'une pandémie en Europe

(Publié en juin 2009)

La surveillance et les études lors d'une pandémie (*Surveillance and studies in a pandemic*, «SSiaP») sont complexes et comportent quatre phases distinctes:

- 1) détection précoce et enquête;
- 2) évaluation exhaustive précoce;
- 3) contrôle;
- 4) enquête rapide sur l'efficacité et l'impact des contre-mesures (ainsi que sur la sécurité des contre-mesures pharmaceutiques) prises en vue d'atténuer la menace de pandémie.

Quoique les risques de survenance d'une pandémie en Europe soient très faibles et que la phase de détection et d'enquête précoces ait, dès lors, toutes les chances de se dérouler hors de notre continent, l'Europe se devra néanmoins d'entreprendre les trois autres phases. Durant les quatre étapes susmentionnées, il est essentiel de procéder à une surveillance microbiologique en laboratoire; cependant, celle-ci s'effectue généralement dans le cadre de la surveillance épidémiologique et clinique. L'évaluation précoce (phase 2) se révèle cruciale, dans la mesure où il est impossible de prévoir à l'avance le nombre de paramètres qui détermineront la prochaine pandémie. Il n'est toutefois pas nécessaire qu'elle soit menée dans tous les pays. Idéalement, la phase d'évaluation précoce devrait être assurée par les États européens les premiers touchés par la maladie en cause — lesquels recevront, à cette fin, le soutien du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC) et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) — et se limiter à la détermination des «paramètres stratégiques». Les valeurs de ces paramètres permettront d'identifier les mesures cliniques et sanitaires les plus à même de porter leurs fruits. Les quelques États ayant procédé à l'évaluation précoce devront immédiatement communiquer les résultats obtenus à tous les autres pays.

Cette évaluation devra inclure une estimation de la gravité de la pandémie. Aussi difficile soit-elle, cette estimation est indispensable car les plans nationaux de certains États européens prévoient le déclenchement de mesures d'intervention nettement plus conséquentes en cas de grave pandémie. Bien qu'il soit prévu que cette estimation se déroule sous la houlette de l'OMS, l'Europe doit pouvoir exprimer son point de vue sur les données détaillées, en relation avec l'évaluation des risques, car la notion de gravité est d'une complexité telle qu'elle ne peut se résumer à une seule et unique mesure. Tous les pays européens devront adopter des mesures de contrôle (phase 3), afin de garantir une gestion adéquate de leurs systèmes de santé et autres services sanitaires. Les informations que les autorités centrales des divers États aimeraient obtenir pour assurer ce contrôle sont sans doute très nombreuses. Pourtant, il importe que celles-ci se limitent aux seules données essentielles pour arrêter des décisions et élaborer les communications stratégiques. S'il y a lieu de tester les mesures de contrôle envisagées durant les périodes de grippe saisonnière, de manière à déterminer leur faisabilité, la manière dont les systèmes de surveillance routinière pourront évoluer en cas de pandémie et le risque que ceux-ci ne se révèlent inefficaces doivent aussi être examinés. Il importe, en outre, de veiller à ce que le contrôle international (comptes rendus à l'OMS et aux autorités européennes) reste simple car il est à craindre que de nombreux États éprouvent des difficultés à fournir des informations régulières aux organismes internationaux et à entreprendre des procédures internes. De plus, tous ne seront pas en mesure de donner des renseignements aussi détaillés que les autorités européennes le souhaiteraient.

La phase 4, concernant les enquêtes sur l'impact des mesures de santé publique et sur le degré de sécurité des contre-mesures pharmaceutiques, ne doit pas être menée dans tous les États mais uniquement dans ceux concernés par la pandémie. Il est cependant peu probable que ces derniers puissent établir clairement si les mesures de santé publique adoptées (et quelles mesures parmi celles-ci) ont été efficaces au cours de la pandémie.

S'agissant de l'évaluation précoce (phase 2), l'OMS et l'ECDC ont œuvré de concert avec les États membres de l'Union européenne pour élaborer des procédures et des «protocoles de validation» (*mock-up protocols*), et ont prévu de tester leur acceptabilité dans le cadre d'exercices et d'essais sur le terrain durant la période de grippe saisonnière 2009-2010. Compte tenu de l'émergence de la nouvelle grippe A(H1N1), ces procédures et protocoles seront testés au regard d'une souche pandémique réelle. Des expériences pilotes sont actuellement conduites en Europe concernant les méthodes d'évaluation de l'efficacité du vaccin de la grippe (qui s'inscrivent dans le cadre de la phase 4). Au niveau national, il est important que les autorités planifient l'exécution des phases 2 à 4 (de même que la nécessaire collaboration avec les chercheurs et instituts universitaires) et qu'elles fassent preuve de réalisme quant aux ressources requises durant la pandémie.

3. Guide des mesures de santé publique pour limiter l'impact des pandémies de grippe en Europe: «les propositions de l'ECDC»

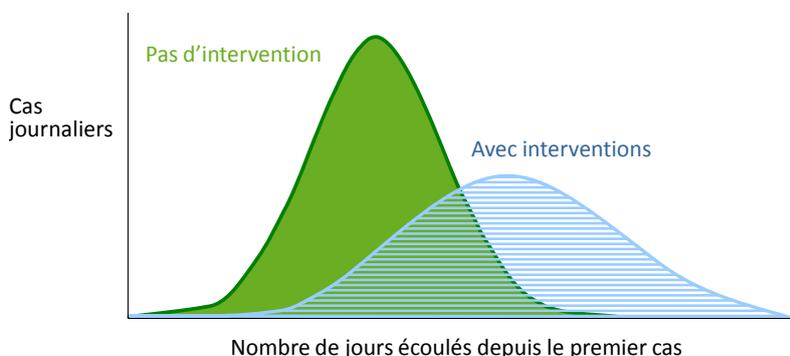
(Publié en juin 2009, mis à jour en octobre 2009)

Lors d'un épisode de grippe pandémique, l'application de mesures de santé publique (voir tableaux récapitulatifs présentés à la page 7) permet, dans une certaine mesure, de réduire le nombre de personnes infectées et nécessitant des soins médicaux ainsi que le nombre de décès dus à cette infection. En outre, pareilles mesures contribuent probablement à limiter le nombre de personnes affectées par de graves épidémies de grippe saisonnière. En abaissant, voire en retardant, le pic d'une courbe pandémique (figure 3.1), elles pourraient aussi atténuer les conséquences connexes d'une pandémie qui se font sentir lorsque de nombreuses personnes tombent malades en même temps, c'est-à-dire l'impact d'un absentéisme de masse sur des fonctions vitales pour l'économie et la société, telles que la fourniture des soins de santé, l'approvisionnement en denrées alimentaires, la distribution de carburant, les services publics, etc. La mise en œuvre de mesures de santé publique peut même différer l'apparition du pic de la courbe de l'épidémie de grippe pandémique, jusqu'à ce qu'un vaccin soit disponible ou sur le point de l'être, et permettre ainsi de réduire également le nombre total de personnes infectées. En théorie, les mesures susmentionnées peuvent retarder l'apparition de ce pic jusqu'à ce que la transmission de la grippe décline naturellement au cours des mois d'été.

Figure 3.1: objectifs visés par la mise en œuvre de mesures de santé publique durant une pandémie

Objectifs de réduction de la transmission de la grippe au niveau communautaire

- Différer et aplanir le pic de l'épidémie
- Atténuer la menace et la charge pour le système de santé publique
- Réduire quelque peu le nombre total de cas
- Gagner un peu de temps



Diverses mesures ont été proposées (voir tableaux récapitulatifs), parmi lesquelles figurent des actions personnelles (comme le lavage des mains et le port d'un masque) et des interventions pharmaceutiques (telles que les antiviraux, les vaccins contre la grippe aviaire sous sa forme humaine (également appelés vaccins pré-pandémiques) et, à un stade ultérieur de la pandémie, des vaccins spécifiques), de même que des mesures de distanciation sociale par rapport à la communauté. Nombreux sont ceux qui estiment que la combinaison de ces mesures (*defence in depth* [défense en profondeur]) se révélera plus efficace que des mesures isolées (*layered interventions* [interventions étagées]). Tant le travail de modélisation que le bon sens nous induisent à penser qu'il est plus judicieux d'adopter des mesures d'intervention précoce plutôt que d'attendre que la pandémie en arrive à un stade avancé.

Tout porte à croire, en effet, que des mesures telles que celles consistant à prendre des précautions de distanciation sociale ne peuvent qu'avoir un effet positif sur la réduction de la transmission et de la propagation d'une infection respiratoire d'homme à homme via des gouttelettes de salive et par contact indirect. Toutefois,

nous manquons souvent d'éléments probants de nature à démontrer l'efficacité de chaque mesure individuelle. De même, la manière dont ces mesures peuvent interagir demeure mal connue. En particulier, les effets induits par les mesures de distanciation sociale peuvent-ils se cumuler? Si ce manque de clarté est dû, dans certains cas, à des recherches insuffisantes, il s'explique le plus souvent par la difficulté à évaluer ces mesures à l'aide d'une quelconque approche expérimentale et par le fait que, lorsque celles-ci sont mises en œuvre en situation réelle, elles sont utilisées en combinaison. Il est, dès lors, extrêmement difficile d'apprécier l'effet positif absolu et l'atout relatif de chacune des différentes mesures. Par ailleurs, il semble raisonnable de penser que l'intensité de l'impact positif d'une mesure peut varier en fonction des caractéristiques d'une pandémie. Prenons un exemple: il est probable que des interventions ciblant des enfants auraient pu se révéler assez efficaces durant la pandémie de 1957, au cours de laquelle la transmission de la maladie parmi les enfants en bas âge semble avoir été particulièrement importante; en revanche, elles auraient sans doute été moins utiles durant les pandémies observées en 1918 et 1919 ainsi qu'en 1968. Par conséquent, il n'est pas possible d'établir, une fois pour toutes, un plan qui soit adapté à n'importe quelle pandémie. Nous pouvons présumer, de surcroît, que l'efficacité, la faisabilité et les coûts des mesures de distanciation sociale varient selon les pays européens, voire au sein même d'un pays (des distinctions pourraient, par exemple, être observées entre les zones densément peuplées et les zones rurales).

L'expérience acquise lors de pandémies antérieures et autres événements connexes, tels que le SRAS, montre que les mesures de santé publique sont, dans une certaine mesure, appliquées en fonction des coutumes et pratiques locales. C'est ainsi que les mesures adoptées aux États-Unis durant la pandémie de 1918-1919 ont été dûment organisées et souvent proactives, tandis que celles mises en œuvre en Europe lors de pandémies et durant les épisodes de SRAS ont été, le plus souvent, réactives.

Divers arguments plaident donc en faveur de l'existence de «plans par défaut», c'est-à-dire de plans testés dans le cadre d'exercices et devant être exécutés en l'absence d'autres informations. L'OMS a publié des orientations en ce sens et nombre d'États européens procèdent actuellement à l'élaboration de tels plans. Compte tenu des considérations exposées ci-dessus, il importe néanmoins de veiller à ce que ces plans présentent une très grande flexibilité et de prévoir des structures de contrôle et de commande qui permettent d'effectuer rapidement les changements jugés nécessaires à la lumière de données et expériences nouvelles.

Toutes les mesures de santé publique ont un coût et beaucoup ont aussi des effets secondaires. Pour la plupart d'entre elles, ces effets secondaires peuvent être considérables et nécessiteront d'être pris attentivement en considération. Les mesures sociétales les plus draconiennes qui ont été suggérées (telles que la fermeture préventive d'écoles et l'adoption de mesures de restriction des voyages) engendrent des coûts très élevés et ont des conséquences qui peuvent elles-mêmes varier en fonction du contexte géographique. Le maintien de ces mesures pose, en outre, problème. En cas de grippe saisonnière ordinaire ou de pandémie légère, l'application de pareilles mesures — et, en particulier, leur application précoce — pourrait se révéler plus dommageable que l'attitude consistant à laisser l'infection se développer et à traiter les patients sévèrement atteints.

Certaines mesures sont relativement simples à mettre en œuvre et sont déjà recommandées, y compris en cas de grippe saisonnière peu dangereuse (ex.: se laver les mains régulièrement et s'isoler dès les premiers symptômes de la maladie associés à l'apparition de fièvre). Elles présentent aussi l'avantage de permettre aux individus de se prendre en charge et de leur dispenser des conseils utiles à un moment où ils sont confrontés à une situation difficile et inquiétante. D'autres mesures risquent, par contre, d'être difficiles à appliquer ou trop coûteuses (c'est le cas, notamment, de l'utilisation massive et au moment opportun d'antiviraux par les personnes qui commencent à présenter les signes de la maladie); d'autres encore peuvent fortement perturber le fonctionnement de la société (comme la fermeture des frontières ou les restrictions des transports à l'intérieur d'un État) et ne pourront pas aisément être maintenues. Il s'ensuit que toutes les mesures nécessitent au préalable d'être planifiées, préparées et testées en pratique.

Le problème soulevé par des mesures coûteuses et perturbantes est crucial. Lors d'une pandémie de moindre gravité et touchant un nombre moindre de personnes (comme ce fut le cas des pandémies survenues en 1957 et 1968), l'adoption éventuelle de certaines mesures communautaires (fermetures préventives d'écoles, télétravail, etc.) pourrait probablement limiter les risques de transmission, mais risquerait aussi de se révéler plus coûteuse et de générer plus de perturbations dans la société que les effets de la pandémie eux-mêmes. Pareilles mesures ne peuvent, dès lors, se solder par un bénéfice net que si elles sont appliquées à l'occasion de maladies pandémiques graves, entraînant, par exemple, des taux élevés d'hospitalisation ou un taux de létalité comparable à celui enregistré lors de la grippe espagnole de 1918 et 1919.

Les raisons exposées ci-dessus montrent que l'évaluation précoce de la gravité clinique d'une pandémie, tant à l'échelon mondial qu'européen, est cruciale. Bien qu'il soit logique de mettre rapidement en œuvre des mesures, l'application d'interventions plus perturbantes à un stade trop précoce engendrera des coûts élevés qui risquent d'entraver le maintien de ces mesures.

Plusieurs pays européens examinent actuellement les mesures possibles et les options politiques qui se présentent à eux. L'Europe présente une trop grande diversité pour qu'il soit possible de déterminer une combinaison unique de mesures susceptible de convenir à chacun des États: il n'existe, dans ce domaine, aucune solution universelle. Cela n'empêche pas pour autant d'engager des discussions communes sur ce sujet car celles-ci contribueront à rendre le processus de prise de décision plus efficace. De plus, divers États ont d'ores et déjà entrepris des travaux scientifiques très conséquents, dont certains servent de fondement au présent document. Chacun des États européens pourrait tirer profit de ces travaux et entamer une réflexion en s'inspirant de ce qui se fait dans les autres États.

Finalité

À la lumière des observations formulées *supra* et étant donné que l'ECDC a pour mission de donner des avis scientifiques et non de prescrire des actions, le guide publié par l'ECDC vise à exposer une palette de mesures possibles, en fournissant pour chacune d'elles des informations de santé publique et des données scientifiques qui font le point sur ce que l'on sait ou ce qui peut être dit sur leur efficacité probable, leurs coûts (directs et indirects) et leur acceptabilité, de même que sur les attentes du public et sur d'autres considérations plus pratiques. Ce document entend ainsi aider les États membres et les institutions de l'UE, individuellement et collectivement, à décider des mesures qu'ils appliqueront. Cela étant, certaines mesures sont tellement évidentes ou inefficaces qu'en les énonçant, les décisions politiques s'avèrent ensuite simples à prendre. -.

Public visé

Ce document est destiné principalement aux personnes chargées d'élaborer les politiques et de prendre des décisions en matière de santé publique; toutefois, il s'adresse aussi, à titre secondaire, à l'ensemble des personnes concernées par la grippe, qu'il s'agisse du grand public ou des médias. En effet, il est déterminant, pour la réussite de l'application des mesures en cas de pandémie, que les médias les appréhendent correctement et connaissent bien leurs limites.

Portée

Ce guide s'applique dès lors qu'une pandémie atteint, en Europe, les phases 5 ou 6 sur l'échelle définie par l'OMS, de même qu'en cas d'épidémie de grippe saisonnière. En revanche, il ne prend pas en considération les différentes circonstances déterminant la phase 4, les besoins uniques liés à la première émergence d'une souche pandémique présumée (correspondant à la stratégie d'endiguement rapide de l'OMS), pas plus qu'il ne traite du délicat problème de la planification des mesures à prendre pour continuer d'assurer les principaux services publics durant un épisode de pandémie (communément désignées par l'expression «plan de continuité des opérations en cas de pandémie») et des questions politiques y afférentes. Ce dernier point ne relève pas, en tout état de cause, de la compétence de l'ECDC.

Il est conseillé de lire ce guide conjointement à celui publié précédemment par l'ECDC au sujet des mesures de protection individuelle, dont un résumé est fourni dans le texte et les tableaux. Le guide fait également référence aux orientations scientifiques importantes qui ont été publiées concernant les vaccins pré-pandémiques produits sur la base de la souche H5N1 de la grippe aviaire sous sa forme humaine. Ces orientations doivent être mises en parallèle avec celles formulées par l'OMS en 2005, de même qu'avec les nouvelles lignes directrices de l'OMS publiées en 2009 sur les contre-mesures.

Veuillez noter qu'il s'agit d'orientations provisoires car des recherches complémentaires doivent être menées et il est possible que leurs résultats conduisent à l'élaboration de nouvelles contre-mesures. C'est pourquoi les options proposées continueront à être régulièrement actualisées.

Tableaux récapitulatifs Caractéristiques des interventions potentielles pour réduire la transmission durant la phase 6 d'une pandémie/d'une grave épidémie de grippe saisonnière

Voyages internationaux (fermetures des frontières, restrictions d'accès, consignes aux voyageurs)

Intervention	Qualité des éléments probants ¹	Efficacité (avantages)	Coûts directs	Coûts indirects et risques ²	Acceptabilité en Europe	Problèmes pratiques et autres aspects
--------------	--	------------------------	---------------	---	-------------------------	---------------------------------------

¹ Éléments de nature à établir l'efficacité de la mesure: les lettres A, B et C se réfèrent à des recommandations établies sur la base d'éléments de preuve considérés comme solides (A), raisonnables (B) ou insuffisants (C).

1. Consignes aux voyageurs	B	Minimale	Faibles	Très élevés	Bonne	Un déclin massif des voyages internationaux est, dans tous les cas, probable
2. Filtrage des entrées sur le territoire	B, Bm	Minimale	Élevés	Élevés	Probable auprès de la population résidente	Un déclin des voyages internationaux est, dans tous les cas, probable
3. Fermetures des frontières ou restrictions strictes des voyages	B, Bm	Minimale à moins que ces mesures ne soient quasi intégrales.	Très élevés	Très élevés	Variable, mais probable de la part de certains au sein des populations résidentes	Un déclin des voyages internationaux est, dans tous les cas, probable

Mesures de protection individuelle

Intervention	Qualité des éléments probants	Efficacité (avantages)	Coûts directs	Coûts indirects et risques	Acceptabilité en Europe	Problèmes pratiques et autres aspects
4. Lavage régulier des mains	B	Contribue probablement à réduire la transmission	Faibles	Nuls	Bonne, mais le respect de cette mesure est inconnu	Modérés ³
5. Bonne hygiène respiratoire (utilisation et élimination de mouchoirs en papier)	B	Inconnue mais présumée	Faibles	Faibles	Bonne, mais le respect de cette mesure est inconnu	Faibles
6. Port généralisé du masque hors de la maison	C, Cm	Inconnue	Très élevés	Faibles	Inconnue mais, dans la plupart des États, il n'entre pas dans les habitudes de porter un masque	Importants: difficultés liées à la formation, à l'approvisionnement et aux types de masques, à l'élimination des masques et au traitement des déchets. Des effets pervers peuvent être induits en cas de mauvaise utilisation ou de réutilisation
7. Port du masque dans les environnements de soins⁴	C	Inconnue	Modérés	Faibles	Déjà largement répandu, en général	Modérés: difficultés liées à la formation, à la définition des situations à haut risque, à l'approvisionnement et aux types de masques et, notamment, des respirateurs

Grade A: examens systématiques pouvant s'appuyer sur différentes études fondamentales (ne se limitant pas, pour l'essentiel, à une modélisation), des études épidémiologiques correctement conçues et, en particulier, des études expérimentales (essais contrôlés aléatoires).

Grade B: est attribué aux éléments probants fondés sur des études épidémiologiques correctement conçues, des études d'observation sérieuses, des études expérimentales menées sur 5 à 50 sujets ou des études expérimentales pour lesquelles d'autres limites ont été fixées (n'ayant pas la grippe comme critère final, par exemple). Le code Bm désigne le travail de modélisation et met l'accent sur les études qui disposent de données primaires de bonne qualité. La qualité peut donc être à la fois Bm et C.

Grade C: est attribué aux éléments probants fondés sur des exposés de cas, des études d'observation de faible ampleur et mal contrôlées ou des études de plus grande ampleur mais insuffisamment étayées ainsi que sur l'application des connaissances sur le mode de transmission, la période de contagiosité, etc. Cm se réfère à des travaux de modélisation établis sur la base de données primaires insuffisantes ou de piètre qualité.

² Appelés parfois effets de deuxième ou troisième ordre (exemple: la fermeture des frontières perturbe le déroulement des échanges commerciaux et le transport des approvisionnements essentiels et des voyageurs).

³ Nécessité d'améliorer considérablement les possibilités de se laver régulièrement les mains dans les environnements journaliers, tels que les lieux publics, les établissements de restauration rapide, etc.

⁴ Personnes ayant des contacts directs avec de nombreux membres du public.

Intervention	Qualité des éléments probants	Efficacité (avantages)	Coûts directs	Coûts indirects et risques	Acceptabilité en Europe	Problèmes pratiques et autres aspects
8. Port du masque dans d'autres situations à haut risque⁵	C	Inconnue	Modérés	Faibles	Inconnue mais semble logique	Modérés: difficultés liées à la formation, à la définition des situations à haut risque, à l'approvisionnement et aux types de masques
9. Port du masque pour les personnes souffrant d'infections respiratoires	C	Inconnue mais présumée	Modérés	Les personnes malades et contagieuses risquent de continuer à circuler et d'infecter d'autres personnes	Inconnue mais semble logique Permet d'étendre les consignes mises en place dans les hôpitaux aux lieux privés et publics.	Difficultés liées à la détermination du public tenu de respecter cette mesure, à la fourniture des masques, de même qu'à l'observation de cette règle par les personnes ayant du mal à respirer en raison d'une infection pulmonaire
10. Isolement précoce des malades⁶	C	Inconnue mais présumée	Modérés	Modérés ⁷ . Risque accru pour le personnel de santé d'être infecté et de ne pas pouvoir travailler	De nombreux pays appliquent déjà des consignes standard	Nécessité de former et d'équiper les infirmier(ère)s à domicile qui seront exposé(e)s à des risques. Problème de l'indemnisation des salaires perdus et accord avec les employeurs
11. Quarantaine⁸	C	Inconnue	Très élevés	Très élevés en raison des pertes de productivité	Pas de précision	Difficultés majeures pour garantir que le travail soit assuré de façon équitable et problème lié à l'indemnisation des salaires perdus

Mesures de distanciation sociale

Intervention	Qualité des éléments probants	Efficacité (avantages)	Coûts directs	Coûts indirects et risques	Acceptabilité en Europe	Problèmes pratiques
12. Restrictions des voyages intérieurs	Cm, C	Devrait avoir un effet mineur de retardement de la pandémie	Importants	Très élevés et risques de désorganisation de la vie sociale ⁹	Inconnue	Fonctions clés menacées. Problème de la responsabilité et du fondement juridique ¹⁰

⁵ Personnes ayant des contacts directs avec beaucoup d'autres personnes dans des lieux très fréquentés, liés aux déplacements et voyages.

⁶ Généralement au domicile de la personne qui commence à se sentir mal et fiévreuse.

⁷ Les personnes requièrent des soins à domicile et ne peuvent travailler, de même que le personnel qui devrait leur dispenser des soins.

⁸ Isolement à la maison durant quelques jours des personnes apparemment en bonne santé mais considérées comme ayant été exposées à une infection.

⁹ Un des avantages liés à cette mesure (de même qu'à certaines autres interventions) tient au fait qu'elle permet d'anticiper de façon planifiée des événements qui, de toute façon, ont toutes les chances de se produire avec le temps.

¹⁰ Question de savoir qui paiera des indemnités en cas de pertes économiques résultant des mesures publiques prises par le gouvernement.

Intervention	Qualité des éléments probants	Efficacité (avantages)	Coûts directs	Coûts indirects et risques	Acceptabilité en Europe	Problèmes pratiques
13. Fermetures réactives d'écoles	Bm, C	Peut avoir plus d'impact que d'autres mesures de distanciation sociale	Modérés	Très élevés en raison de la nécessité de garder les enfants à la maison ¹¹	Inconnue car cette mesure est rarement prise en Europe	Les enfants qui ne peuvent pas aller à l'école doivent être éloignés des autres enfants. Problèmes de la responsabilité et du fondement juridique ¹⁰ de cette mesure ¹² . Difficultés pour déterminer quand il y a lieu de fermer et pour combien de temps, et quand il est possible de réouvrir l'école
14. Fermetures proactives d'écoles	Bm, C	Peut avoir plus d'impact que d'autres mesures de distanciation sociale et se révéler plus efficace que les fermetures réactives d'écoles	Modérés	Identiques à ceux indiqués ci-dessus ¹¹	Identique à celle indiquée ci-dessus	Identiques à ceux indiqués ci-dessus, mais difficultés accrues pour déterminer le moment opportun de fermeture (risque de fermeture prématurée), la durabilité de la mesure et la réouverture ^{10,12}
15. Fermetures réactives des lieux de travail	Cm	Inconnue ⁹	Importants	Importants	Inconnue; le problème de l'indemnisation est crucial ¹⁰	Problèmes de la responsabilité, de l'indemnisation et du fondement juridique, mais aussi de la durabilité de la mesure et de la réouverture des lieux de travail. Impossibilité d'appliquer cette mesure aux fonctions fondamentales ¹³
16. Télétravail et réduction du nombre de réunions	Cm,C	Inconnue	Modérés	Modérés	Probablement acceptable	Peu applicable aux fonctions fondamentales ¹³
17. Annulation des rassemblements publics, des événements internationaux, etc.	C	Inconnue	Très élevés ¹⁰	Très élevés ¹⁰	Dépend probablement des indemnités prévues et de la question de savoir si les assurances couvrent ou non ces annulations ⁹ . Peut être escomptée de la part du grand public	Problème de la responsabilité et du soutien juridique. Difficulté à définir ce qu'est un rassemblement public ou une réunion internationale, et à déterminer quand l'interdiction peut être levée

Utilisation d'antiviraux: traitement précoce

Intervention	Qualité des éléments probants	Efficacité (avantages)	Coûts directs	Coûts indirects et risques	Acceptabilité en Europe	Problèmes pratiques
--------------	-------------------------------	------------------------	---------------	----------------------------	-------------------------	---------------------

¹¹ Les enfants doivent rester à la maison et les personnes qui doivent les garder ne peuvent pas aller travailler.

¹² Dans le cadre des interventions visant des enfants, on considère souvent que ces derniers jouent un rôle tout à fait déterminant dans la transmission de la maladie, alors que ce n'est pas systématiquement le cas pour toutes les pandémies.

¹³ Il existe un processus complexe pour distinguer les fonctions «fondamentales» des fonctions «non fondamentales». Quoique celui-ci soit important, il sort du champ d'application du guide publié par l'ECDC.

18. Pour toutes les personnes présentant des symptômes	A (transmission et durée de la maladie uniquement), Bm	Supposée modérée, mais manque d'éléments probants pour étayer cette hypothèse ¹⁴	Très élevés	Modérés	Escomptée de la part du grand public dans la plupart des pays	Coûts logistiques considérables et difficultés pour déterminer qui est atteint de la grippe, fournir les antiviraux à toutes les personnes concernées dans des délais adéquats (dans les 24 ou 48 heures) et gérer les stocks équitablement ¹⁵
19. Professionnels de la santé et des services sociaux, ou travailleurs-clés exposés	A	Faible ¹⁵	Importants	Faibles	Considérée comme faisant partie des mesures de protection du personnel; importante pour les membres du personnel qui doivent rester chez eux	Difficultés à définir qui sont les professionnels de la santé ou les travailleurs-clés qui sont exposés ¹⁵

Utilisation d'antiviraux: prophylaxie à la suite d'un cas

Intervention	Qualité des éléments probants	Efficacité (avantages)	Coûts directs	Coûts indirects et risques	Acceptabilité en Europe	Problèmes pratiques
20. Famille	B, Bm	Modérés	Très élevés	Modérés	Probablement acceptable	Difficultés concernant le dépistage, la définition de la notion de «famille», la rapidité d'acheminement, la sécurité et le traitement des réserves ¹⁶
21. Famille et contacts sociaux	B, Bm	Modérés	Extrêmement élevés	Modérés	Inconnue mais problème du refus apparent du traitement par certaines personnes	Identiques à ceux indiqués ci-dessus, auxquels s'ajoutent des difficultés à cerner les limites des groupes familiaux et sociaux
22. Famille et contacts géographiques	B, Bm	Modérés	Extrêmement élevés	Modérés	Inconnue mais problème du refus apparent du traitement par certaines personnes	Identiques à ceux indiqués ci-dessus, mais difficultés plus grandes encore pour cerner les limites des groupes

Utilisation d'antiviraux: prophylaxie permanente

Intervention	Qualité des éléments probants	Efficacité (avantages)	Coûts directs	Coûts indirects et risques	Acceptabilité en Europe	Problèmes pratiques
23. Personnels de la santé ou des services sociaux, ou travailleurs-clés	C	Modérés	Très élevés	Modérés	Incertaine: il se peut que le personnel de santé refuse toute prophylaxie ou ne s'y tienne pas	Difficultés à définir qui sont les professionnels de la santé ou les travailleurs-clés. Question de savoir combien de temps il est possible de proposer des antiviraux

¹⁴ Les données probantes obtenues à l'issue d'essais cliniques montrent que, dans le cas de la grippe saisonnière, un traitement précoce réduit la durée de la maladie d'un ou deux jours, de même que le potentiel de transmission. Cependant, les estimations concernant l'effet positif de cette mesure sur le taux d'hospitalisation et la mortalité se fondent uniquement sur des observations et se révèlent limitées et nettement plus faibles.

¹⁵ Cette mesure pose plusieurs problèmes pratiques importants: comment déterminer qui est réellement atteint de la grippe? Comment assurer la distribution d'antiviraux? etc.

¹⁶ Il convient de s'interroger sur la manière la plus adéquate d'étudier rapidement et efficacement les premiers rapports sur les effets secondaires plausibles.

Vaccins: vaccin contre la forme humaine de la grippe aviaire ¹⁶

Intervention	Qualité des éléments probants	Efficacité (avantages)	Coûts directs	Coûts indirects et risques	Acceptabilité en Europe	Problèmes pratiques
24. Ensemble de la population	B, Bm	Imprécise. Dépend de la formule antigénique de la souche pandémique ¹⁷	Très élevés	Majeurs ^{16,18}	Inconnue ¹⁹	Difficultés liées à la détermination des groupes prioritaires
25. Professionnels de la santé ou des services sociaux, ou travailleurs-clés	B, Bm	Comme indiqué ci-dessus	Très élevés	Comme indiqué ci-dessus	Comme indiqué ci-dessus, plus incertitude quant à l'acceptation de ces groupes	Difficultés à définir qui sont les professionnels de la santé ou les travailleurs-clés
26. Vaccination des enfants en premier lieu	B, Bm	Comme indiqué ci-dessus	Très élevés	Comme indiqué ci-dessus	Incertain quant à l'acceptation des parents, en particulier si la maladie est plus bénigne chez les enfants et si les avantages du vaccin sont supérieurs pour d'autres tranches de la population. Profil d'innocuité imprécis ²⁰	Nécessité d'une planification préliminaire

Vaccins: vaccin pandémique spécifique

Intervention	Qualité des éléments probants	Efficacité (avantages)	Coûts directs	Coûts indirects et risques	Acceptabilité en Europe	Problèmes pratiques
27. Vaccin pandémique	B, Bm	Minime lors de la première vague	Très élevés. Nécessite des investissements préalables	Faibles	Probablement tout à fait acceptable ²⁰	Difficulté à déterminer les groupes initialement prioritaires ¹⁶

¹⁷ L'hypothèse considérée est que la prochaine pandémie se basera sur un antigène H5. Quoique des avantages puissent être déduits des réponses sérologiques expérimentales, il n'est pas possible de recueillir des données d'observation et de procéder à des essais cliniques avant le début de la transmission et de la phase 3. De plus, pareils essais peuvent être considérés comme contraires à l'éthique.

¹⁸ Le risque financier est lié à la possibilité que la prochaine pandémie implique une souche antigénique différente de celle de la grippe aviaire hautement pathogène qui est actuellement connue (A/H5).

¹⁹ Aucun pays, à ce jour, n'a jamais fait l'essai de proposer à la population de se faire vacciner, en sachant que le vaccin n'a que peu de chances d'être efficace. Cela risque donc de poser de sérieux problèmes de communication.

²⁰ Il convient de s'interroger sur la manière la plus adéquate d'étudier rapidement et efficacement les premiers rapports sur les effets secondaires plausibles.

4. Collection de rapports sur la santé des migrants: accès à la prévention, au traitement et aux soins contre le VIH pour les migrants présents dans les États membres de l'UE/EEE

(Publié en juillet 2009)

Ce rapport offre une synthèse des résultats d'une étude, menée entre mai et septembre 2008, sur l'accès des migrants présents dans l'Union européenne (UE) à la prévention, au traitement et aux soins contre le VIH/sida. L'étude a été commanditée par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), en vue d'être intégrée à une plus vaste série de rapports sur l'immigration et les maladies infectieuses dans l'UE.

Sur la base des informations recueillies lors d'une enquête auprès de personnes interrogées dans les 27 États membres de l'Union européenne et dans trois pays de l'Espace économique européen (EEE) ainsi qu'à l'issue d'un examen de la littérature spécialisée, le rapport entend fournir une vue d'ensemble de la situation actuelle et du matériel existant, aux fins des politiques futures ou des recherches et services visant à améliorer l'accès des migrants aux services spécialisés dans la lutte contre le VIH/sida. Environ deux tiers des répondants parlaient au nom d'organisations non gouvernementales (ONG), tandis que le tiers restant était composé de représentants d'organisations gouvernementales. Par conséquent, les résultats exposés dans le rapport et les actions suggérées ne reflètent pas nécessairement les points de vue des gouvernements nationaux des États membres de l'Union européenne.

La section 1 décrit brièvement le contexte dans lequel cette étude s'inscrit et la méthodologie utilisée. La section 2 expose les principales constatations en ce qui concerne les migrants et le VIH; elle se concentre sur les facteurs qui les rendent plus vulnérables à ce virus ainsi que sur ceux qui les empêchent d'avoir accès aux services de prévention, de traitement et de soins. Elle se penche aussi sur la façon dont l'Union européenne et les États membres répondent aux besoins des migrants en la matière. La section 3 examine la voie à suivre, fait le bilan des défis qui se posent et présente les actions suggérées par les personnes interrogées pour améliorer l'accès aux services de lutte contre le VIH pour les migrants, au sein de l'Union européenne. Voici ci-après un résumé des principales constatations, des problèmes observés et des mesures envisagées.

Principales constatations

- L'Union européenne a pris des mesures importantes pour faire face aux problèmes concernant la migration et la santé en général, et la migration et le VIH en particulier. La *déclaration de Dublin sur un partenariat pour lutter contre le VIH/sida en Europe et en Asie centrale*, qui a été adoptée en 2004, a contribué — au même titre que les autres déclarations qui ont suivi — à rehausser la place accordée au problème du VIH/sida parmi les préoccupations européennes. En 2007, la conférence de Lisbonne, les réunions de suivi et les rapports ultérieurs ont attiré l'attention sur les questions conjointes de la migration, de la santé et du VIH. Tant la déclaration de Dublin que la conférence de Lisbonne ont influé sur l'engagement politique de l'Union européenne, lequel se reflète aujourd'hui dans les instruments politiques et juridiques mis en place afin de garantir aux migrants l'accès aux soins de santé, y compris aux services de prévention, de traitement et de soins contre le VIH. Des divergences notables sont néanmoins constatées entre les différents États membres de l'UE, en matière de cadres politique et juridique, mais aussi de prévention, de traitement et de soins pour les migrants.
- Les migrants les plus touchés par le VIH proviennent d'Afrique subsaharienne, d'Europe orientale, d'Asie, de certains États européens, d'Amérique latine et des Caraïbes. D'importants sous-groupes peuvent être distingués au sein de ces populations: les réfugiés et demandeurs d'asile; les migrants sans-papiers, les travailleurs du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. La barrière de la langue, la marginalisation, l'exclusion sociale et les obstacles juridiques figurent parmi les facteurs les plus courants qui rendent les migrants d'autant plus vulnérables au VIH. Les autres facteurs également cités sont les comportements culturels, la religion, la crainte de la discrimination et une connaissance insuffisante du VIH de la part des communautés de migrants.
- L'accès des migrants aux services spécialisés est entravé par des problèmes liés aux politiques et à la législation en vigueur, à la fourniture des services, de même qu'aux communautés de migrants elles-mêmes et à la société au sens large. Certains sont d'avis que les politiques de dispersion des migrants sur le territoire des États ont pour effet de limiter l'accès aux services de prévention et de traitement. Le statut juridique — absence de statut de résident et d'assurance maladie — est perçu, le plus souvent, comme une

entrave au traitement contre le VIH; c'est l'avis notamment des répondants établis dans les nouveaux États membres de l'Union européenne. Le manque d'informations adaptées à la culture des différentes populations et traduites dans leur langue respective, de professionnels dûment formés et de services répondant aux besoins spécifiques des migrants constituent aussi des barrières à l'accès aux services de prévention, de traitement et de soins. Au sein des communautés de migrants, la culture, la religion, la peur de la discrimination et une connaissance limitée des services disponibles sont autant d'écueils qui freinent l'accès à ces services. Qui plus est, la société dans son ensemble a tendance à stigmatiser les migrants et à faire preuve de discrimination à leur égard, accentuant ainsi les obstacles qu'ils doivent surmonter pour accéder, notamment, aux services de prévention et de soins; selon certaines personnes interrogées, les circonstances sociales des migrants constituent un handicap sérieux pour l'accès au traitement.

- Presque tous les États disent avoir adopté des mesures ciblant les communautés de migrants et les sous-groupes susmentionnés. Certains États — notamment ceux ayant une plus longue expérience en matière de migration — proposent une large gamme de services via des agences gouvernementales, des ONG et des associations locales. Dans d'autres, en revanche, les services sont rares, voire inexistants. Dans la plupart des États, les communautés de migrants sont impliquées dans la mise en œuvre des mesures adoptées mais leur participation à l'élaboration des politiques demeure limitée, à quelques exceptions notables près. Toutefois, dans la grande majorité des 30 États couverts par l'étude, le degré de priorité accordée à la question de la migration et du VIH est considéré comme insuffisant. Ce thème suscite, par contre, davantage d'attention dans les pays où la prévalence du VIH parmi les migrants est relativement élevée.

Principaux défis

- Un des premiers défis à relever consiste à établir des cadres politique et juridique concordants en matière de fourniture de services de lutte contre le VIH aux migrants. Le manque de cohérence entre les politiques de santé et celles de l'immigration peut être préjudiciable pour la santé publique. Parmi les principaux sujets de préoccupation, figure l'accès des migrants sans-papiers et non assurés au traitement du VIH. Ce problème est lié à l'absence de législation homogène définissant clairement les droits des migrants eu égard aux soins de santé.
- Le déficit d'information constitue aussi un enjeu de taille: les données collectées dans les divers États n'étant pas normalisées, il se révèle difficile de comparer la situation des migrants au sein de l'Union européenne. Malgré l'ampleur considérable des recherches menées, les informations obtenues demeurent lacunaires, notamment en ce qui concerne: la relation «migration/VIH» dans les nouveaux États membres de l'UE; les comportements à risque en matière de VIH; les besoins de santé des migrants eu égard au VIH; l'impact de la culture et de la religion sur les croyances en matière de santé ainsi que les attitudes et comportements favorisant la santé, au sein des communautés de migrants.
- Pour ce qui est de la fourniture des services aux migrants, certains États doivent encore consentir des efforts pour lever les barrières juridiques, administratives et culturelles qui entravent l'accès à ces services. Il y a lieu, en outre, de veiller à ce que les interventions locales de prévention et de soins menées par des agences gouvernementales et des ONG reçoivent un financement adéquat et durable.
- Enfin, il importe de mener des actions de grande ampleur pour combattre les attitudes sociales négatives à l'égard des migrants (lesquelles sont encore exacerbées par les informations inutiles relatées dans les médias) et de prendre des initiatives pour répondre, plus généralement, aux besoins sociaux, économiques et juridiques des migrants. Il s'agit là d'un défi de taille qui nécessite des efforts conjoints de la part des responsables politiques, des professionnels de la santé et de l'aide sociale, et de la société civile.

Principales mesures suggérées

- Tous les États membres de l'UE doivent adopter une définition commune de la notion de «migrant», afin que les données de surveillance collectées soient à la fois précises et comparables, et que des politiques cohérentes et appropriées puissent être élaborées. Les personnes interrogées suggèrent aussi d'entreprendre des actions spécifiques, tant au niveau européen qu'au niveau national, dans les domaines de la politique générale, des financements, de la recherche, de l'établissement de réseaux et des services.
- Les répondants estiment, par ailleurs, qu'une des priorités de l'Union européenne et des autorités nationales doit être de définir des cadres politique et juridique clairs pour protéger les droits des migrants — et, en particulier, de ceux qui n'ont ni papier ni assurance maladie — aux soins en matière de VIH. D'autres soulignent la nécessité de remédier au manque de cohérence des politiques, de sensibiliser les décideurs politiques aux problèmes liés au VIH et aux migrants, et de renforcer la participation des communautés de migrants aux processus d'élaboration des politiques. Le financement des réseaux et projets européens en faveur des migrants et de la lutte contre le VIH, ainsi que des ONG qui assurent aux migrants des services en matière de VIH, est également mis en exergue en tant qu'action prioritaire.
- Plusieurs domaines de recherche sont proposés. Au niveau européen, il est suggéré, entre autres, de mener des études en vue de mieux comprendre les schémas migratoires et l'impact des législations et politiques européennes sur l'accès au traitement, et de pouvoir évaluer les coûts et avantages de l'accès universel au traitement ainsi que les incidences des interventions. Au niveau national, les actions envisagées visent à accroître les informations épidémiologiques, améliorer la compréhension des communautés de migrants (y compris en ce qui concerne les connaissances relatives au VIH, les attitudes et comportements, et le rôle de la culture et de la religion) et à analyser l'impact des réglementations et l'efficacité des interventions en faveur des migrants.
- Eu égard à l'établissement de réseaux, les répondants avancent diverses actions prioritaires, dont un soutien de l'Union européenne à un réseau européen d'organisations œuvrant dans le domaine de la migration et du VIH. Ils proposent aussi des mécanismes de partage des ressources, expériences et bonnes pratiques, de même qu'un renforcement des liens et de la coopération — tant au niveau de l'UE que des différents États membres — entre les associations de professionnels de la santé et des services sociaux, les organisations de migrants et les associations de défense des droits de l'homme.
- S'agissant de la fourniture des services, la plupart des personnes interrogées ont mis l'accent sur la nécessité d'interventions et de matériels appropriés du point de vue culturel, d'une formation adéquate des professionnels de la santé et des animateurs socioculturels, et d'un engagement accru des communautés de migrants dans la fourniture des services. Afin d'améliorer la couverture et l'utilisation des services, il est conseillé de développer des approches communautaires (telles que des actions de sensibilisation) en matière de tests de dépistage du VIH ainsi que des approches globales concernant les traitements et soins existants, tout en renforçant les efforts d'information des communautés de migrants sur les services disponibles.

5. Collection de rapports sur la santé des migrants: l'épidémiologie du VIH et du sida dans les communautés de migrants et les minorités ethniques au sein des États membres de l'UE/EEE

(Publié en juillet 2009)

Contexte, justification et objectif

La pandémie de VIH/sida reflète les inégalités criantes qui existent, sur le plan socio-économique et en matière de santé, entre les pays industrialisés et non industrialisés. Le programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (Onusida) estime que 33 millions de personnes vivaient avec le VIH/sida en 2007. Or, plus de 96 % des nouveaux cas d'infection à VIH sont enregistrés dans les pays à faibles et moyens revenus. Sur l'ensemble des personnes atteintes du VIH/sida, 22,5 millions vivent en Afrique subsaharienne, où la prévalence du VIH chez les adultes est de 5 %, soit un chiffre nettement supérieur à l'estimation mondiale de 0,8 %. Avec une prévalence de 1 %, les Caraïbes est la deuxième zone la plus affectée au monde, tandis que l'Europe orientale se classe troisième, avec une prévalence de 0,9 %.

Selon l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), le nombre de migrants internationaux s'élevait à environ 192 millions (soit 3 % de la population mondiale) en 2006, dont 95 millions étaient des femmes. Selon la définition des Nations unies, l'expression «migrant international» désigne «Toute personne qui change de pays de résidence habituelle». La migration s'explique, le plus souvent, par la volonté des personnes d'améliorer leur situation économique; dès lors, la majorité des migrants quittent un pays en voie de développement pour se rendre dans un pays développé. En 2006, les principaux pays d'origine des migrants étaient la Chine, l'Inde et les Philippines, alors que les États-Unis, la Russie, l'Allemagne, l'Ukraine et la France se classaient parmi les cinq premiers pays d'accueil des migrants. Durant cette même année, l'Union européenne — une des zones les plus prospères au monde — a reçu 64 millions (8,8 %) de migrants venant de pays très divers; elle peut aussi s'enorgueillir d'être une des régions du globe détenant la plus longue tradition de respect des droits de l'homme. Cependant, les migrants qui vivent dans l'Union européenne connaissent, comme en de nombreuses autres régions du monde, de sérieux problèmes d'intégration. Les phénomènes conjugués de l'immigration et de l'exclusion sociale dont ils sont victimes rendent les migrants très vulnérables au VIH/sida et aux complications qui en découlent.

Au sein de l'Union européenne, l'épidémie de VIH constitue un problème de santé publique majeur car le nombre de personnes infectées par ce virus n'a jamais cessé d'augmenter depuis que des mécanismes de déclaration des cas de VIH ont été mis en place en 1999 environ. Le virus se transmet essentiellement par des rapports hétérosexuels (53 % des nouveaux cas d'infection rapportés en 2006), les autres voies de transmission étant les rapports sexuels entre hommes (37 %) et la consommation de drogue par injection (9 %). Il convient aussi de souligner que l'Union européenne a recensé 204 cas d'infection à VIH par transmission de la mère à l'enfant en 2006. Afin d'apporter des réponses appropriées à ce problème, les inégalités de santé, y compris celles résultant du statut de migrant, doivent faire l'objet d'un contrôle rigoureux. De 2000 à 2007 (date de fin de ses activités), le Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida, baptisé EuroHIV, a collecté des informations sur l'origine géographique des cas d'infection rapportés. Parmi les personnes infectées par le VIH/sida lors de rapports hétérosexuels, la proportion de personnes provenant d'un pays différent de l'État déclarant est considérable et ne cesse de croître. Une grande majorité d'entre elles sont originaires d'Afrique subsaharienne. Il se peut néanmoins que d'autres groupes de migrants soient aussi affectés de façon disproportionnée par le VIH/sida, mais que nous manquions de données à leur sujet. La contribution absolue et relative des migrants aux épidémies nationales de VIH se révèle assez hétérogène dans l'Union européenne et dépend des schémas migratoires, de l'histoire coloniale des États, de l'évolution de l'épidémie de VIH dans les pays d'origine et de destination, ainsi que des mesures sanitaires et sociales qui sont prises pour y faire face. Depuis les débuts de l'épidémie, il est clair qu'un des enjeux majeurs consiste à garantir les droits des personnes vivant avec le VIH/sida; or, la science, les droits de l'homme et une approche globale de santé publique constituent, indéniablement, les trois éléments clés à prendre en compte pour y parvenir.

En 2007, l'un des thèmes prioritaires de la présidence portugaise de l'Union européenne portait sur «la migration et la santé». Dans ses conclusions adoptées en décembre 2007, le Conseil européen a invité l'ECDC à produire un rapport sur la migration et les maladies infectieuses. Répondant à cette demande, l'ECDC a entamé une série de rapports qui constitueront par la suite le rapport final de l'ECDC sur la migration et les maladies infectieuses dans

l'Union européenne. Le rapport présenté ici, qui se focalise sur l'épidémiologie du VIH et du sida dans les communautés de migrants et les minorités ethniques, a pour finalité de déterminer la charge que représente l'infection à VIH au sein des communautés de migrants et sa contribution à l'épidémiologie du VIH durant la période 1999-2006.

Méthodologie

Les données collectées par l'ECDC et l'ancien EuroHIV ont été exploitées à la fois sur une base mondiale et sur une base nationale. Il a ensuite été procédé à l'examen des chiffres absolus et des pourcentages de cas d'infection à VIH/sida par origine géographique et par année (1999-2006), après stratification par sexe et par catégorie de transmission. Lorsque l'ECDC manquait de données, le Centre a pris directement contact avec les principaux informateurs sur le terrain. Le nombre de migrants enregistrés, stratifié par sexe et par année, a été établi d'après les informations recueillies auprès des bases de données publiques de l'Union européenne, d'Eurostat et des instituts nationaux de statistique dans chacun des pays participants, soit en consultant leurs pages web ou en leur écrivant directement.

Résultats

En 2006, 6 746 cas de sida ont été signalés sur l'ensemble du territoire couvrant les 27 États membres de l'UE (UE-27), la Norvège et l'Islande. Le nombre le plus élevé de migrants a été enregistré parmi les cas d'infection transmise lors de rapports hétérosexuels; parmi ceux dont l'origine géographique est connue, 1 373 (50 %) provenaient d'un pays différent du pays déclarant et 77 % étaient originaires d'Afrique subsaharienne. Sur 57 cas de sida dus à une transmission de la mère à l'enfant et dont l'origine géographique est connue, 23 % concernaient des personnes provenant d'Afrique subsaharienne. De plus, près de 20 % des cas de sida résultant de rapports sexuels entre hommes concernaient des migrants, dont les origines géographiques les plus courantes sont l'Amérique latine (106) et d'autres pays d'Europe occidentale (52). Sur les 1 545 cas de sida attribuables à la consommation de drogue par injection, les migrants comptaient pour 7 % et provenaient en majeure partie d'Europe occidentale, d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient. Le nombre de cas de sida dans la région couverte par l'étude a diminué de 42 % entre 1999 et 2006 parmi les autochtones et les migrants provenant d'Europe occidentale. En revanche, une augmentation notable des cas de sida a été enregistrée durant cette même période en ce qui concerne les migrants issus d'Europe orientale (+200 %), d'Afrique subsaharienne (+ 89 %) et d'Amérique latine (+50 %). Dans l'Union européenne, les cas de sida concernent beaucoup plus fréquemment des hommes que des femmes, quoique le ratio hommes/femmes soit en train de s'amenuiser. Cette évolution explique le fait que les proportions d'hommes et de femmes provenant d'Afrique subsaharienne et atteints du sida atteignaient respectivement 12 % et 33 % en 2006, bien que les nombres absolus déclarés s'élevaient à 602 hommes et 623 femmes.

En 2006, 26 712 cas d'infections à VIH ont été signalés sur le territoire couvrant l'UE-27, la Norvège et l'Islande; pour 29 % d'entre eux, l'origine géographique n'est pas connue. Le nombre le plus élevé de migrants, tant en termes absolus qu'en termes relatifs, a été observé parmi les cas de transmission par rapports hétérosexuels. Sur les 8 354 personnes infectées par le VIH et dont l'origine géographique est connue, 65 % provenaient d'un pays différent du pays déclarant et la grande majorité (5 046) était issue d'Afrique subsaharienne. Sur 169 cas d'infection à VIH à la suite d'une transmission de la mère à l'enfant et dont l'origine géographique est connue, 41 % concernaient des personnes provenant d'Afrique subsaharienne. Par ailleurs, sur les 5 048 cas d'infection à VIH dus à des rapports sexuels entre hommes et ayant une origine géographique connue, 18 % étaient des migrants et les régions d'origine les plus fréquentes étaient l'Amérique latine (215) et l'Europe occidentale (247). Sur les 1 590 cas d'infection à VIH attribuables à la consommation de drogue par injection et dont on connaît l'origine géographique, 86 % étaient des autochtones et 14 % des migrants, provenant principalement d'Europe occidentale (63) et d'Europe orientale (64). Le nombre de cas d'infection à VIH déclarés en Europe a connu une hausse sensible durant la période 1999-2006, tant auprès des autochtones que des migrants. Cette augmentation doit être interprétée dans le contexte de la mise en œuvre du système de déclaration des cas de VIH dans l'Union européenne, qui n'est pas encore totalement achevée.

Au sein de l'Union européenne, les cas d'infections sont, dans l'ensemble, beaucoup plus courants chez les hommes que chez les femmes, bien que l'on observe une diminution du ratio hommes/femmes. Les nombres absolus d'hommes et de femmes provenant d'Afrique subsaharienne parmi les cas d'infections à VIH déclarés en 2006 s'élevaient respectivement à 1 764 et 2 989. Considérant que, parmi les autochtones infectés par le VIH, le nombre total d'hommes était de 7 891 et celui des femmes de 2 028, le ratio entre les hommes originaires d'Afrique subsaharienne et les hommes autochtones était de 0,1, tandis que ce ratio atteignait 1,5 pour les femmes. Près de 1 000 cas supplémentaires d'infection à VIH ont été déclarés chez les femmes issues d'Afrique subsaharienne par rapport au nombre de cas enregistrés chez les femmes autochtones. Cependant, dans 2 910 cas d'infection à VIH chez des femmes, l'origine géographique de ces dernières est inconnue. Par ailleurs, le nombre de femmes infectées et provenant d'Afrique subsaharienne excède de plus de 1 000 le nombre d'hommes

également atteints et ayant la même origine géographique. Après l'Afrique subsaharienne, la région dont proviennent le plus grand nombre d'hommes infectés est l'Europe occidentale (539), suivie de l'Amérique latine (456). Hormis l'Afrique subsaharienne, les pays d'origine les plus fréquents des femmes migrantes atteintes par le VIH diffèrent de ceux des hommes, puisque les femmes originaires d'Asie du Sud-Est et des Caraïbes comptaient, respectivement, pour 179 et 161 infections, alors que 85 cas d'infection étaient rapportés chez les femmes provenant d'Europe occidentale et orientale, et 111 cas chez celles provenant d'Amérique latine.

S'agissant de la proportion de migrants parmi les cas d'infection à VIH, une très grande hétérogénéité est observée entre les pays. Parmi les pays où l'incidence du VIH est inférieure à 20 cas par million (ce qui est le cas principalement de l'Europe centrale), la contribution des migrants à l'épidémie est faible. Pour les pays où l'incidence du VIH oscille entre 21 et 49 cas par million (à l'exception de la Lituanie), la proportion de migrants parmi les cas déclarés de VIH en 2006 est supérieure à 40 %. Compte tenu des différences existantes dans la taille de la population des divers pays, le nombre d'infections à VIH diagnostiquées chez les migrants varie de 24 cas à Chypre à 258 cas en Suède. Pour les pays où l'incidence du VIH atteint 50 à 99 cas par million (à l'exception de la Grèce), la proportion de migrants parmi les cas déclarés d'infection à VIH est de 40 % aux Pays-Bas et en Allemagne, proche de 60 % en Norvège, d'environ 65 % en Irlande et en France, et de 70 % en Belgique. Dans les pays où l'incidence du VIH est de l'ordre de 100 à 199 cas par million, la proportion de migrants parmi les infections déclarées est proche de 30 % en Autriche et de 71 % au Royaume-Uni, et s'élève à pas moins de 80 % au Luxembourg. Au Portugal, l'État de l'Union européenne où l'incidence du VIH est la plus élevée, la proportion de migrants parmi les cas déclarés avoisine les 20 %.

Au cours de la période 1999-2006, 16 222 cas de tuberculose (TB) ont été déclarés comme pathologies inaugurales de sida (PIS): 8 028 ont été diagnostiqués chez des migrants, dont 3 883 provenaient d'Afrique subsaharienne; dans 2 684 cas, l'origine des migrants n'était pas connue. Parmi les cas de TB reconnus comme PIS, l'origine géographique des personnes atteintes est très diversifiée: les proportions les plus faibles sont observées chez les Nord-Américains (8 %) et les autochtones (16 %), tandis que les pourcentages les plus élevés sont enregistrés chez les migrants provenant d'Afrique subsaharienne (40 %), d'Europe orientale (40 %), de l'Asie du Sud-Est (32 %) et d'Amérique latine (30 %).

Sur environ 495 millions de personnes enregistrées auprès des offices nationaux de la population des 27 États membres de l'UE, de la Norvège, de l'Islande et du Liechtenstein, quelque 32,5 millions (6,5 %) sont inscrits comme non-nationaux. Des informations sur la nationalité de ces personnes sont disponibles pour l'ensemble des 30 pays couverts par l'étude, à l'exception cependant de la Bulgarie, de l'Estonie, de la France et du Luxembourg. Sur les 32,5 millions de personnes enregistrées en tant que migrants, la moitié provient d'Europe (6,5 millions sont originaires d'Europe occidentale, 7,4 millions d'Europe centrale et 2,3 millions d'Europe orientale), suivie de l'Amérique latine (2,31 millions) et les Caraïbes (261 000), l'Asie du Sud et du Sud-Est (2,25 millions), l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient (2,19 millions), et enfin l'Afrique subsaharienne (1,32 million).

Discussion et limites

Les migrants — et, en particulier, ceux provenant d'Afrique subsaharienne — compte pour une part considérable et croissante des cas d'infection à VIH/sida qui ont été déclarés dans l'UE-27 ainsi qu'en Norvège et en Islande durant la période 1999-2006. Bien que la proportion de migrants issus d'Afrique subsaharienne soit très élevée parmi les cas déclarés d'infection par rapports hétérosexuels et par transmission de la mère à l'enfant, il y a lieu de relever également un pourcentage notable de migrants (provenant, pour une large part, d'Europe occidentale, d'Amérique latine et des Caraïbes) ayant contracté le VIH ou le sida à la suite de rapports sexuels entre hommes. Ces données mettent en lumière la nécessité de reconnaître la diversité sexuelle des migrants vivant avec le VIH/sida. Eu égard à la contribution des migrants à l'épidémie de sida et de VIH, il est à noter que la part des femmes infectées se révèle nettement supérieure à celle des cas d'infection chez les hommes, ce qui traduit à l'évidence une féminisation de l'épidémie de VIH/sida dans la population de migrants présente dans l'Union européenne. Les raisons de cette vulnérabilité féminine à l'infection à VIH ont des fondements à la fois sociaux et biologiques. Les données collectées à cet égard doivent inciter les autorités nationales à prendre des mesures et à élaborer des politiques de prévention et de traitement contre le VIH spécifiques à chaque sexe. La proportion très élevée de migrants issus d'Afrique subsaharienne parmi les cas d'infection à VIH enregistrés dans l'Union européenne et dus à une transmission de la mère à l'enfant est étroitement liée au fait qu'un nombre considérable de femmes originaires de cette région d'Afrique sont infectées par ce virus. Bien que la diminution du nombre d'infections périnatales par le VIH au sein de l'Union européenne représente un progrès important en matière de santé publique, des problèmes importants demeurent, notamment parmi les mères immigrées.

La proportion de migrants infectés par le VIH diffère considérablement selon les pays: en Europe orientale et dans certains pays d'Europe centrale, cette proportion est inférieure à 10 %, alors qu'elle excède 40 % dans la majorité des pays du Nord. Pour la plupart des pays d'Europe occidentale, la proportion de migrants parmi les cas d'infection à VIH est comprise entre 20 % et 40 %. Ces chiffres concordent avec les tendances migratoires car les pays où la proportion de migrants parmi les cas d'infection à VIH est plus élevée sont aussi ceux où la proportion

de migrants au sein de la population globale se révèle supérieure, en raison essentiellement de l'histoire coloniale de ces pays ou de récents déséquilibres socio-économiques et démographiques. Dans certains États (dont le Royaume-Uni, la France, la Belgique et l'Allemagne, notamment), la proportion importante de migrants infectés dont on ignore l'origine géographique est préoccupante.

Les données actuelles ne permettent pas de distinguer, parmi les personnes infectées par le VIH, celles qui ont été contaminées dans l'UE et celles qui l'ont été hors de l'UE. Se fondant sur une comparaison entre la durée moyenne du séjour en Europe et la mesure du nombre de cellules CD4 établie lors du diagnostic d'infection à VIH, d'autres rapports suggèrent que, pour ce qui est des migrants originaires d'Afrique subsaharienne, la plupart des infections se sont produites dans les pays d'origine. Toutefois, il existe aussi des éléments probants tendant à montrer que les personnes issues d'Afrique subsaharienne sont contaminées par le VIH dans les États membres de l'UE. S'agissant des autres origines géographiques des migrants, les données sont insuffisantes pour que le lieu de l'infection puisse être déterminé, même s'il y a tout lieu de penser que les migrants contaminés à la suite d'une injection de drogue ont contracté le virus sur le territoire de l'UE. Alors que le débat sur le pays probable de contamination suscite beaucoup de controverses (en raison des réactions ouvertement racistes auxquelles il a malheureusement donné lieu), la détermination du lieu où l'infection à VIH et le développement du sida se sont produits peut avoir des implications notables en termes de santé publique, en ce sens qu'elle permet de mettre en lumière des défaillances dans la prévention primaire et/ou secondaire du VIH.

Si le diagnostic tardif du VIH constitue un véritable problème dans l'Union européenne et aux États-Unis, les données recueillies montrent que celui-ci est plus crucial encore pour les migrants séropositifs non occidentaux. La plupart des États membres de l'Union européenne enregistrent une nette diminution du nombre de cas de sida déclarés depuis le milieu des années 90, qui peut être attribuée essentiellement à l'impact sur la population de l'accès au traitement antirétroviral hautement actif (communément désigné par l'abréviation anglaise «HAART» pour *highly active antiretroviral treatment*). En revanche, aucun déclin n'est observé pour la majeure partie des migrants, en raison sans doute des problèmes liés au diagnostic tardif du VIH chez ces personnes ainsi que des difficultés qu'elles rencontrent pour accéder au HAART ou suivre ce traitement. Or, ces facteurs peuvent avoir une incidence négative sur le taux de mortalité des migrants séropositifs dans l'Union européenne. Par ailleurs, un traitement adéquat contre le VIH est aussi une stratégie utile pour prévenir la transmission de ce virus, étant donné que les patients sous HAART risquent moins d'infecter d'autres personnes. Le traitement d'approche et la prévention s'appliquent aussi à la tuberculose car un dépistage précoce du VIH permettrait, sans nul doute, de réduire le nombre de cas de tuberculose associés au VIH. Il a été dûment établi que le traitement contre la tuberculose contribue à empêcher la transmission de cette maladie et, partant, l'apparition de cas secondaires.

L'interprétation de la contribution des migrants à l'épidémiologie du VIH dans l'Union européenne connaît des limites, compte tenu des divergences observées dans la mise en œuvre des systèmes de déclaration des cas d'infection à VIH dans les États membres de l'UE et de l'absence fréquente d'indication concernant l'origine géographique des migrants infectés. En réalité, la proportion très élevée de valeurs manquantes dans cette catégorie constitue une mise en garde en matière d'interprétation des données, qui doit nous inciter à renforcer la surveillance du VIH dans l'Union européenne pour que les normes de qualité requises soient respectées.

Soulignons, pour conclure, que les chiffres présentés dans le rapport n'étonnent nullement les personnes qui travaillent sur le terrain, en particulier lorsqu'ils sont examinés au regard de l'épidémiologie du VIH et des tendances migratoires à l'échelon planétaire — deux domaines où les inégalités mondiales sont criantes. Le contrôle de l'épidémie de VIH/sida doit abattre les barrières existantes en matière de prévention de traitement contre le VIH pour les migrants présents sur le territoire de l'Union européenne. Les données fournies et analysées dans le rapport confirment l'échec tant de la prévention primaire que de la prévention secondaire du VIH, ainsi que la nécessité de mettre en œuvre des actions décisives.

6. Cartographie de la surveillance comportementale du VIH et des IST en Europe

(Publié en septembre 2009)

Contexte général

Les épidémies attribuables au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et à d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) demeurent un problème de santé publique important en Europe. Le Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC) a été établi en 2005 avec pour mission de renforcer la capacité de l'Union européenne à prévenir et à contrôler les maladies infectieuses, le VIH et autres IST figurant parmi les maladies prioritaires. À cet égard, la surveillance constitue une tâche primordiale et l'ECDC dispose de compétences élevées pour maintenir et coordonner les bases de données permettant de surveiller les maladies transmissibles sur l'ensemble du territoire de l'Union européenne. La surveillance de seconde génération (communément désignée par l'abréviation anglaise «SGS» pour *second generation surveillance*) combine le contrôle des indicateurs biologiques (nouveaux cas de VIH/sida et d'IST) et celui des indicateurs comportementaux (ex.: comportement sexuel, usage de moyens de protection, ...). Cette approche se révèle importante à double titre: d'une part, elle permet de recueillir des informations précieuses pour l'élaboration des politiques; d'autre part, elle facilite l'évaluation des résultats.

En 2008, l'ECDC a chargé une équipe internationale d'experts de produire une analyse approfondie de l'état d'avancement actuel des programmes de surveillance comportementale relatifs au VIH et aux IST dans les pays européens, puis de soumettre une proposition visant à établir un cadre pour l'application, en Europe, d'une série fondamentale d'indicateurs comportementaux liés au VIH et aux IST. Le rapport intitulé *Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe* passe en revue les systèmes mis en place dans les États membres de l'UE et dans les pays de l'Association européenne de libre-échange (AELE) pour surveiller l'évolution des comportements eu égard au VIH et aux IST. La surveillance est examinée vis-à-vis des publics cibles suivants: ensemble de la population, jeunes, usagers de drogue par injection, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes vivant avec le VIH/sida, travailleurs du sexe, patients traités pour des IST dans des centres de soins spécialisés, migrants et minorités ethniques.

Méthodes

Un jeu de questionnaires a été transmis à tous les États membres de l'UE et pays de l'AELE. Celui-ci comportait neuf questionnaires distincts: un sur le système national de surveillance comportementale de seconde génération dans son ensemble, et un questionnaire pour chacun des huit publics cibles. Dans le questionnaire relatif au système de surveillance considéré dans sa globalité, il était demandé de fournir des informations sur:

- l'existence d'un système national ou régional de surveillance comportementale et la manière dont celui-ci est défini;
- le fonctionnement du système de seconde génération au niveau national ou régional;
- les obstacles potentiels ou réels à l'établissement de systèmes durables de surveillance de seconde génération.

Les questionnaires spécifiques à chaque public cible demandaient, tout d'abord, si un système de surveillance avait été mis en place pour le public cible en question. Les répondants étaient ensuite invités à fournir des informations sur l'existence d'enquêtes comportementales (ou d'autres types de collecte de données) menées, depuis 1985, au sein des populations concernées, au sujet:

- de la méthodologie utilisée pour chaque étude ou système de collecte de données;
- des principaux indicateurs faisant l'objet d'un suivi;
- des publications y afférentes.

Le jeu de questionnaires a été envoyé par courrier électronique aux points de contact désignés pour la surveillance du VIH dans chaque État et ces derniers avaient ensuite la possibilité de transmettre chacun des neuf questionnaires spécifiques aux spécialistes compétents dans leur pays afin qu'ils les complètent. Les personnes responsables ont ensuite collecté les questionnaires et les ont renvoyés pour qu'ils soient examinés par l'équipe d'experts. Un projet de rapport a été soumis à discussion lors d'une réunion d'experts en matière de surveillance comportementale qui a eu lieu à Montreux (Suisse) en février 2009, et également envoyé pour

validation aux points de contact chargés de la surveillance du VIH dans chaque État, qui avaient auparavant rassemblé les questionnaires pour leur pays.

Résultats

Sur les 31 pays couverts par l'analyse, 28 ont complété et retourné le jeu de questionnaires. Les pays n'ayant pas répondu sont la Bulgarie, la Roumanie et le Portugal. La cartographie des activités de surveillance comportementale dans l'UE/AELE révèle une diversité considérable selon les pays, en ce qui concerne l'état d'avancement de cette surveillance: 15 États déclarent avoir établi un système de surveillance comportementale concernant le VIH et les IST (Allemagne, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Lettonie, Lituanie, Pologne, Royaume-Uni, Slovaquie, Suède et Suisse); les Pays-Bas, quant à eux, indiquent avoir établi des mesures de surveillance concernant plusieurs groupes de population spécifiques, mais aucun système formel de surveillance comportementale au niveau national.

Le degré de formalisation de la surveillance comportementale en un «système» dûment établi est très inégal dans les différents pays. Parmi les 16 pays qui disent procéder à pareille surveillance, huit seulement font état de l'existence d'un document décrivant ce système ou formalisant son existence. Dans beaucoup d'États déclarant disposer d'un système de surveillance comportementale, celui-ci a été mis en place progressivement, de nouveaux publics cibles venant s'ajouter au fil du temps à ceux déjà surveillés, sans que cette évolution poursuive un objectif de surveillance clairement défini. Qui plus est, l'analyse montre que, dans de nombreux pays (y compris dans ceux procédant à une surveillance comportementale formalisée, il n'existe aucune régularité ou routine de planification et d'échelonnement dans le temps de cette surveillance auprès des différents publics cibles. Des divergences sont aussi observées en ce qui concerne son organisation: dans les États disposant d'un système formel de surveillance comportementale, l'organisation et la coordination sont confiées au ministère de la santé, à une agence sanitaire nationale ou à une université. En revanche, dans les pays dont les systèmes sont moins formalisés, la coordination est exercée de façon informelle via un réseau d'institutions: agences gouvernementales, universités, organisations non gouvernementales (ONG), etc. S'agissant de l'adéquation du système (c'est-à-dire le type de population faisant l'objet de la surveillance), l'identification et la surveillance des groupes à risque sont, dans de nombreux cas, inexistantes ou incomplètes. Les publics cibles les plus surveillés sont le grand public, les jeunes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les usagers de drogue par injection. Seuls quelques États exercent une surveillance comportementale auprès des travailleurs du sexe et de leurs clients, des migrants et des minorités ethniques, des personnes vivant avec le VIH/sida et des patients traités pour des IST dans des cliniques et centres de soins.

Sur les 16 États déclarant procéder à une surveillance comportementale, treize indiquent aussi disposer d'un système de surveillance de seconde génération, alors que deux autres disent n'utiliser ce système que pour un seul groupe de population. Six États ont pourvu à l'organisation formelle de ce système et ont institué un organe de gestion ou de coordination.

Pour chacun des publics cibles considérés, les États qui fournissent des informations sur leurs indicateurs prioritaires sont moins nombreux que ceux qui déclarent collecter des données sur les thèmes correspondants à ces indicateurs. Cela s'explique sans doute par le fait que seuls les États opérant dans le cadre d'un modèle de surveillance ont sélectionné les indicateurs spécifiques qui doivent être régulièrement collectés et sont dès lors en mesure de les définir clairement. S'agissant des thèmes généralement surveillés, le consensus sur les sujets prioritaires parmi les publics cibles est, dans l'ensemble, assez remarquable et devrait contribuer à la détermination d'indicateurs communs aux États et aux publics cibles soumis à surveillance. Il demeure néanmoins nécessaire de poursuivre l'harmonisation, à l'échelon européen, des indicateurs spécifiques à chaque public cible car des divergences importantes subsistent à cet égard. Concernant les publics cibles où la surveillance comportementale est — ou pourrait être — menée en utilisant un échantillon représentatif de patients des services de santé ou de cohortes, des discussions préliminaires devraient être engagées avec les parties prenantes au sujet de la mise en place d'une surveillance comportementale dans les milieux visés.

Dans les domaines où il existe déjà un consensus au niveau européen, il y aurait lieu de soumettre des propositions qui reprennent les indicateurs recueillant une large adhésion; les indicateurs retenus devraient ensuite pouvoir être «traduisibles» en indicateurs internationalement acceptés. Sur la base de l'ensemble des résultats de l'analyse, il a été suggéré d'adopter des indicateurs fondamentaux, communs à tous les publics cibles et portant sur les informations suivantes: nombre de partenaires sexuels; utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel; soumission à un test de dépistage du VIH; recours à des rapports sexuels payants; connaissances sur le VIH. Les indicateurs fondamentaux devraient permettre, en outre, de fournir systématiquement des informations sur le niveau d'éducation, la nationalité/origine ethnique et l'orientation sexuelle.

7. Le défi bactérien: le temps est venu de réagir (rapport technique conjoint de l'ECDC et de l'EMA)

(Publié en septembre 2009)

Principales constatations

Il existe un véritable fossé entre la charge des infections dues à des bactéries multirésistantes et le développement de nouveaux antibiotiques capables de les combattre.

- Les bactéries à Gram positif et à Gram négatif présentent un degré élevé de résistance aux antibiotiques qui est l'origine d'infections graves chez l'homme; dans plusieurs États membres de l'UE, le taux d'infections dues à cette résistance aux antibiotiques est égal ou supérieur à 25 %.
- Certaines bactéries à Gram négatif deviennent de plus en plus résistantes et des observations récentes montrent que c'est notamment le cas de l'*Escherichia coli*.
- Chaque année, près de 25 000 patients meurent dans l'Union européenne, à la suite d'une infection causée par les bactéries multirésistantes sélectionnées aux fins des recherches.
- Les infections dues à ces bactéries génèrent, dans l'Union européenne, des coûts de soins de santé supplémentaires ainsi que des pertes de productivité, dont le montant total est estimé à au moins 1,5 milliard par an.
- Quinze agents antibactériens administrés par voie systémique, présentant un nouveau mécanisme d'action ou dirigés vers une nouvelle cible bactérienne, ont été identifiés comme potentiellement capables de relever le défi de la multirésistance et sont en cours de développement. La plupart d'entre eux n'en sont encore qu'en phase initiale de développement et sont orientés principalement contre des bactéries pour lesquelles des traitements sont déjà disponibles.
- Il faut déplorer notamment le manque crucial de nouveaux agents axés sur de nouvelles cibles ou dotés de nouveaux mécanismes d'action contre les bactéries multirésistantes à Gram négatif. Deux agents ayant ou susceptibles d'avoir de nouvelles cibles et une activité documentée ont été mis en évidence et tous deux sont en phase précoce de développement.
- Il convient d'élaborer urgemment une stratégie européenne et mondiale pour combler le fossé existant.

En 2007, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), l'Agence européenne des médicaments (EMA) et le réseau international *Action on Antibiotic Resistance* (ReAct) ont lancé un débat sur la nécessité de documenter le fossé constaté entre la fréquence des infections bactériennes multirésistantes dans l'Union européenne et le développement de nouveaux antibiotiques. À la suite de ces discussions, un groupe de travail conjoint ECDC/EMA a été établi en 2008, avec pour mission de rendre compte des données factuelles et chiffrées qui permettraient d'élaborer des prédictions raisonnables quant à l'étendue de ce fossé dans les prochaines années.

Les bactéries multirésistantes aux antibiotiques reprises ci-après ont été sélectionnées en raison du fait qu'elles sont fréquemment responsables d'infections sanguines et parce que leur profil de résistance aux antibiotiques est, dans la plupart des cas, un marqueur de multirésistance aux antibiotiques:

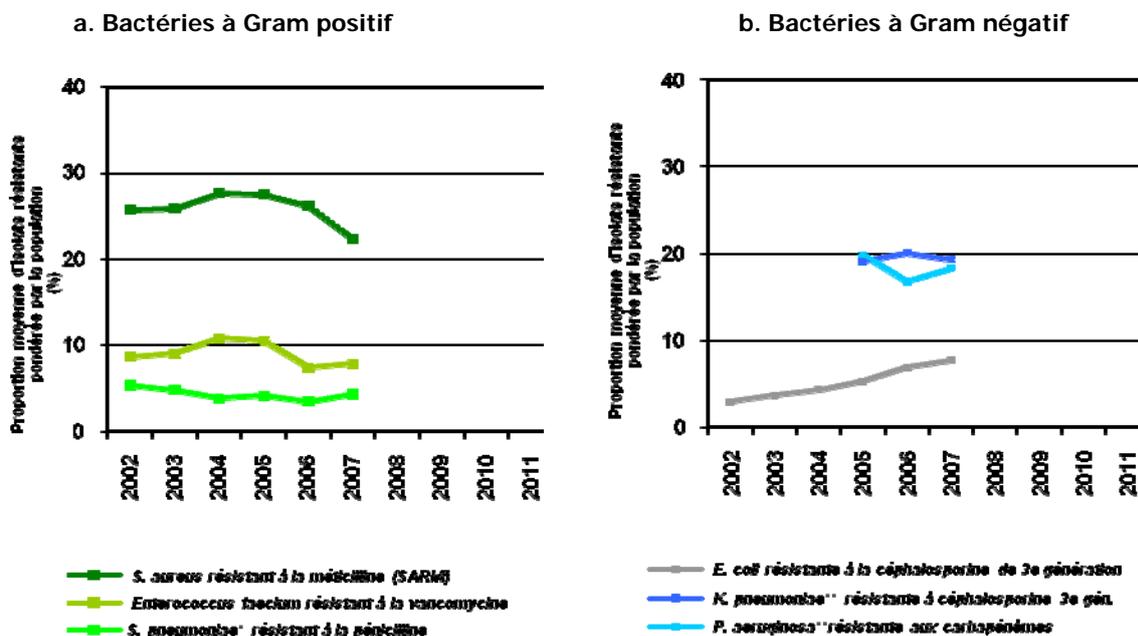
- *Staphylococcus aureus* (staphylocoque doré) résistant à la méticilline (SARM);
- *Staphylococcus aureus* résistant à la vancomycine (SARV) ou ayant une résistance intermédiaire à la vancomycine (SARIV);
- *Enterococcus* spp. (ex.: *Enterococcus faecium*), résistant à la vancomycine (VRE);
- *Streptococcus pneumoniae* résistant à la pénicilline (SPRP);
- entérobactéries (telles que l'*Escherichia coli* et la *Klebsiella pneumoniae*) résistantes aux céphalosporines de troisième génération;
- entérobactéries (telles que la *K. pneumoniae*) résistantes aux carbapénèmes;
- bactéries à Gram négatif non fermentaires (ex.: *Pseudomonas aeruginosa*) résistantes aux carbapénèmes.

Tendances et impact des infections dues à des bactéries multirésistantes dans l'Union européenne

Des données sur ces bactéries multirésistantes responsables d'infections invasives (principalement des infections sanguines) ont été obtenues auprès du système européen de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (EARSS), en ce qui concerne les États membres de l'Union européenne, l'Islande et la Norvège. Il s'agit de données annuelles couvrant la période 2002-2007.

La figure 7.1 illustre les tendances observées quant à la proportion d'isolats résistants aux antibiotiques parmi les isolats sanguins des bactéries sélectionnées qui sont fréquemment responsables d'infections sanguines en Europe.

Figure 7.1: proportion moyenne, pondérée par la population, parmi les isolats sanguins de bactéries fréquemment responsables d'infections sanguines dans les États membres de l'UE, en Islande et en Norvège, durant la période 2002–2007.



* S. pneumoniae: à l'exception de la Grèce qui n'a pas transmis de données sur cette bactérie à l'EARSS.

** K. pneumoniae et P. aeruginosa: à l'exception de la Belgique et de la Slovaquie qui n'ont pas transmis de données sur ces bactéries à l'EARSS.

En 2007, la proportion moyenne d'isolats sanguins de *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline (% de SARM) représentait la proportion la plus élevée d'isolats résistants aux antibiotiques parmi les bactéries sélectionnées fréquemment responsables d'infections sanguines dans l'Union européenne. Cette proportion a néanmoins diminuée durant ces dernières années (figure 7.1). Cette réduction s'explique par les tendances décroissantes de SARM observées dans plusieurs États membres et dues probablement aux plans d'action mis en place au niveau national, comme en attestent les données relatives à la France, à la Slovénie et au Royaume-Uni. La proportion moyenne de SARM a atteint un niveau proche de celui des bactéries à Gram négatif résistantes aux antibiotiques qui ont été sélectionnées.

La proportion d'isolats sanguins de *S. aureus* affichant une résistance intermédiaire à la vancomycine (SARV) est demeurée très faible (inférieure à 0,1 %) sur l'ensemble du territoire des États membres de l'UE, de l'Islande et de la Norvège, tandis qu'aucun isolat de *S. aureus* résistant à la vancomycine n'a été déclaré à l'EARSS en 2007 (données non illustrées sur la figure 7.1).

Par contre, la proportion moyenne d'isolats sanguins d'*Escherichia coli* résistante aux céphalosporines de troisième génération — la bactérie à Gram négatif la plus commune parmi celles responsables d'infections chez l'homme — a connu une hausse progressive.

Dans le même temps, les données collectées ne montrent aucun signe de décroissance de la résistance aux céphalosporines de troisième génération pour la *Klebsiella pneumoniae* ou aux carbapénèmes pour la *Pseudomonas aeruginosa*.

En 2007, les données provenant des États membres de l'UE, d'Islande et de Norvège indiquent que la proportion d'isolats sanguins de *K. pneumoniae* résistante aux carbapénèmes était, en règle générale, très faible (moyenne = 0 %). Seule la Grèce fait exception, avec une proportion moyenne de 42 % (données non présentées sur la figure 7.1).

L'impact humain et économique des bactéries résistantes aux antibiotiques n'a pu être estimée que pour les cinq bactéries suivantes: SARM, *Enterococcus faecium* résistant à la vancomycine, *E. coli* et *K. pneumoniae* résistantes aux céphalosporines de troisième génération et *P. aeruginosa* résistante aux carbapénèmes.

L'étude a confirmé que le SARM est la bactérie multirésistante à souche unique la plus commune au sein de l'Union européenne. Toutefois, la somme des cas de bactéries à Gram positif communes résistantes aux antibiotiques (principalement SARM et *Enterococcus faecium* résistant à la vancomycine) est comparable à celle des cas de bactéries à Gram négatif communes résistantes aux antibiotiques (*E. coli* et *K. pneumoniae* résistantes aux céphalosporines de troisième génération et *P. aeruginosa* résistante aux carbapénèmes).

Les estimations globales révèlent qu'environ 25 000 patients sont décédés en 2007, sur le territoire de l'Union européenne, l'Islande et la Norvège, à la suite d'une infection due à une des bactéries résistantes aux antibiotiques sélectionnées aux fins de l'étude. En outre, les infections dues à l'une ou l'autre de ces bactéries ont entraîné près de 2,5 millions de jours d'hospitalisation supplémentaires et plus de 900 millions d'euros de frais d'hospitalisation supplémentaires.

La perte de productivité résultant de ces infections a été ultérieurement estimée sur la base des données de 2007: les frais de traitement ambulatoire ont été évalués à environ 10 millions d'euros et les pertes de productivité dues au fait que les patients infectés ne pouvaient aller travailler ont été estimées à plus de 150 millions d'euros par an; les pertes de productivité dues au décès des patients en raison de ces infections ont été évaluées à près de 450 millions d'euros chaque année. Au total, les coûts pour la société des infections dues aux bactéries résistantes aux antibiotiques sélectionnées ont été estimés à approximativement 1,5 milliard d'euros par an.

Néanmoins, de nombreux éléments (comme la palette limitée de bactéries sélectionnées, le fait que les infections touchant des patients en soins ambulatoires n'ont pas été prises en considération, l'absence de prise en compte des traitements particuliers tels que les soins intensifs dans le calcul du coût moyen des soins hospitaliers, ...) conduisent à penser que les chiffres susmentionnés correspondent à une sous-estimation de l'impact humain et économique des infections dues aux bactéries résistantes aux antibiotiques.

Projets actuels de recherche et développement d'agents antibactériens

Afin d'évaluer l'état des travaux de développement de substances antibactériennes, deux bases de données commerciales (Adis Insight R&D et Pharmaprojects) ont été interrogées au sujet des agents antibactériens en cours de développement clinique dans le monde entier. Il a été décidé de ne pas explorer en profondeur les agents n'ayant pas encore atteint le stade des essais cliniques en raison d'un taux élevé d'abandon durant les essais précliniques ou de données disponibles insuffisantes pour procéder à un examen.

À chaque fois que cela était possible, les agents retenus à l'issue de la consultation des bases de données ont été soumis à une évaluation de leur activité antibactérienne contre les bactéries sélectionnées. Cette évaluation a été effectuée sur la base des données réelles disponibles dans les bases de données ou dans la littérature spécialisée. Dans le cas des agents pour lesquels il n'existait pas de données concrètes *in vitro*, les évaluateurs ont établi des hypothèses raisonnables sur leur activité, en se fondant sur les propriétés connues d'agents similaires (c'est-à-dire de même classe ou présentant un mécanisme d'action commun), de manière à élaborer un «scénario idéal».

En outre, il a été demandé aux évaluateurs d'indiquer, pour chaque agent, s'il s'agissait d'un agent antibactérien appartenant à une nouvelle classe d'antibiotiques ou à une classe existante, et de préciser si son action:

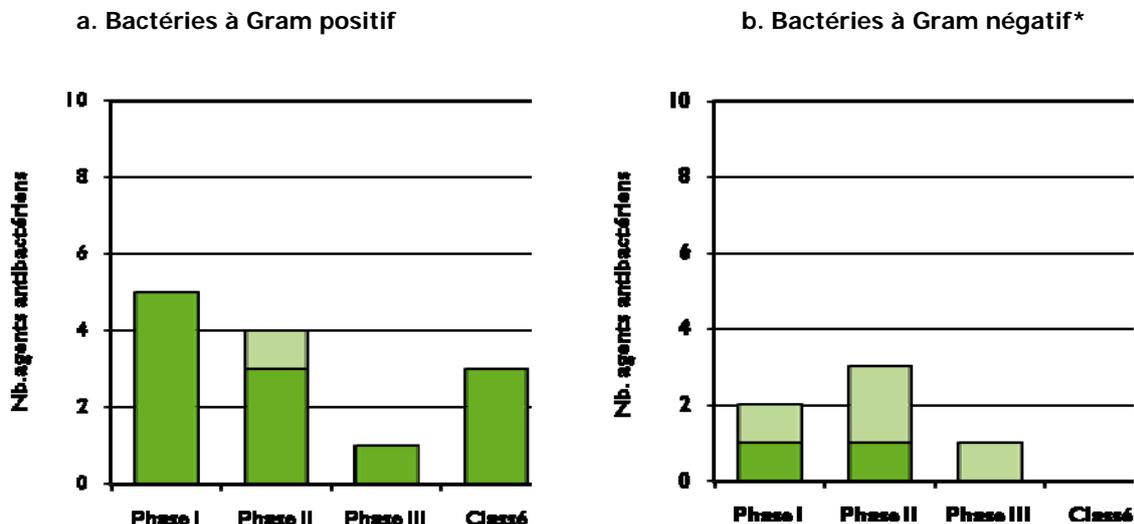
- était identique et dirigée vers la même cible qu'au moins un autre agent antibactérien précédemment autorisé;
- visait une nouvelle cible mais répondait à un mécanisme connu; ou
- utilisait un mécanisme nouveau.

Les principaux résultats obtenus à l'issue de cette analyse sont les suivants:

- sur les 167 agents identifiés par interrogation des bases de données, 90 agents antibactériens avaient une activité *in vitro* dans un scénario idéal (basé sur des données réelles ou présumées d'après les propriétés de mécanisme d'action d'autres agents de même classe) contre au moins un organisme figurant dans la liste des bactéries sélectionnées pour leur importance en matière de santé publique;
- sur ces 90 agents, 24 étaient de nouvelles variantes d'agents antibactériens autorisés et 66 étaient des substances nouvelles;
- sur les 66 nouveaux agents actifs, seuls 27 ont été soumis à évaluation car ils avaient une nouvelle cible ou un nouveau mécanisme d'action et pouvaient, dès lors, présenter un avantage par rapport aux antibiotiques existants;
- sur ces 27 agents, 15 pouvaient être administrés par voie systémique;
- sur les 15 agents administrés par voie systémique, 8 ont été considérés comme ayant une action contre au moins une des bactéries à Gram négatif sélectionnées;
- pour 4 de ces 8 agents, l'activité a été établie sur la base de données réelles, tandis que celle des 4 autres agents a été présumée sur la base des propriétés ou mécanismes d'action connus pour cette classe d'agents antibactériens;
- sur les 4 agents dont l'activité contre des bactéries à Gram négatif a été établie d'après des données réelles, 2 avaient une action contre des cibles nouvelles ou susceptibles d'être nouvelles, mais aucun ne présentait un nouveau mécanisme d'action.

La figure 7.2 illustre les informations collectées sur ces quinze agents antibactériens. Il est à noter que, pour seulement cinq de ces agents, les travaux ont été poursuivis jusqu'aux essais cliniques en vue de confirmer leur efficacité clinique (au minimum jusqu'à la phase 3 du développement clinique).

Figure 7.2: nouveaux agents antibactériens administrés par voie systémique ayant une nouvelle cible ou un nouveau mécanisme d'action et dont l'activité *in vitro* se fonde sur des données réelles (barres de couleur foncée) ou présumées sur la base des propriétés ou mécanismes d'action de la classe d'antibiotiques (barres de couleur claire) contre les bactéries sélectionnées («scénario idéal»), par phase de développement (n = 15).



Remarque: l'activité *in vitro* établie sur la base de données réelles est représentée au bas de chaque colonne par une couleur plus foncée. L'activité *in vitro* établie sur la base des propriétés ou mécanismes d'action d'autres agents de même classe (le cas échéant) est représentée à l'aide d'une couleur plus claire dans le haut de chaque colonne.

* Deux carbapénèmes n'ont pas été illustrés à la figure 7.2b car leur activité contre les bactéries à Gram négatif n'était pas supérieure à celle des carbapénèmes antérieurs. Ces agents peuvent être considérés comme relativement nouveaux, en ce sens qu'ils présentent un meilleur profil d'activité contre les bactéries à Gram positif résistantes aux antibiotiques: c'est la raison pour laquelle ils ont été pris en compte dans la figure 7.2a.

Déjà considérée comme très importante au sein de l'Union européenne, l'impact de la résistance bactérielle est, sans nul doute, appelée à s'accroître. Sur la base des données actuelles, les chercheurs s'attendent à voir apparaître des infections spécifiques dans les prochaines années, dues à la résistance de certaines bactéries à Gram négatif.

Or, force est de constater que le nombre d'agents antibactériens en voie de développement et dotés de nouveaux mécanismes d'action est tout à fait insuffisant pour faire face au défi que représente la multirésistance. Il faut déplorer, notamment, le manque crucial de nouveaux agents capables de combattre les bactéries multirésistantes à Gram négatif.

Le rapport technique *The bacterial challenge: time to react* met en lumière le déséquilibre existant entre l'impact des infections dues à des bactéries multirésistantes et le développement de nouveaux agents antibactériens destinés à y remédier. Pour combler l'écart constaté, il convient d'élaborer sans délai une stratégie européenne et mondiale axée sur cet objectif et de mettre en place des mesures de stimulation du développement de nouveaux médicaments.

8. Efficacité des mesures de prévention comportementale et psychosociale adoptées en Europe contre les IST et le VIH liés à des rapports sexuels entre hommes

(Publié en novembre 2009 et modifié en décembre 2009)

Contexte général

Faute de vaccin efficace et abordable, et compte tenu de l'absence de pouvoir curatif des thérapies antirétrovirales actuelles, la prévention comportementale et psychosociale visant à limiter les comportements sexuels à risque demeure la pierre angulaire de la lutte contre les risques de transmission du VIH et des IST lors de rapports sexuels entre hommes. Pour pouvoir prendre des décisions avisées en matière de financement de la prévention et de recherche, les responsables de la planification des programmes et les décideurs politiques ont besoin de disposer d'une description des interventions spécifiques à mener et d'estimations quantitatives des effets de ces interventions. À cette fin, il convient de procéder à un examen et une mise à jour systématiques de la base actuelle de connaissances sur les mesures de prévention contre le VIH et les IST axées sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) en Europe.

Objectifs

Cette publication a pour finalité de faire la synthèse des mesures de prévention contre le VIH et les IST adoptées en Europe à l'intention des HSH, d'évaluer leur efficacité, d'établir le lien entre les caractéristiques des interventions et leur degré d'efficacité, et de déterminer les lacunes éventuelles dans ce domaine, sur la base des éléments probants disponibles.

Méthodes

Il a été procédé à une recherche systématique de la documentation consacrée à ce sujet dans huit bases de données internationales et dans les listes de références des études et analyses menées. La sélection des études a été effectuée sur la base de critères prédéfinis et en évaluant le risque de partialité. Les résultats ont ensuite été résumés sous forme de tableaux et les estimations des effets des mesures de prévention sur les comportements sexuels ont été calculées.

Résultats

Les résultats ont été déduits des données afférentes à six études contrôlées, impliquant au total 4 111 participants originaires de quatre États européens différents. Ils montrent qu'il existe un risque «élevé» ou «mal défini» de partialité dans un ou plusieurs des domaines évalués dans toutes les études. L'estimation cumulée des effets des quatre interventions pour lesquelles des données sont disponibles indique que les HSH qui participent aux initiatives de prévention contre le VIH et les IST peuvent, dans une certaine mesure, être moins enclins à déclarer une pénétration anale non protégée (PANP). Les éléments probants se sont révélés insuffisants pour permettre l'examen des caractéristiques des interventions en étroite relation avec leur degré d'efficacité. Très peu de participants n'étaient pas d'origine blanche et une seule étude a eu recours à une mesure biologique des IST comme indice de changement.

Discussion

Malgré la maturité de l'épidémie de VIH, les mesures de prévention comportementale contre le VIH et les IST prises à l'égard des HSH en Europe ont rarement fait l'objet d'une évaluation rigoureuse et les quelques évaluations dont nous disposons sont très espacées dans le temps. Les résultats recueillis semblent indiquer que les interventions peuvent contribuer, à court terme, à une réduction de la proportion de HSH pratiquant la PANP. Toutefois, il est impératif de mener des recherches plus approfondies dans ce domaine, vu la pénurie d'études contrôlées. La communauté scientifique devrait examiner le potentiel de transférabilité des mesures de prévention et procéder, idéalement, à une vaste recherche formative avant le lancement d'un nouveau programme.

Conclusion

Il y a lieu de déplorer, dans toute l'Europe, l'absence généralisée d'évaluation des interventions visant à réduire les comportements à risque en matière de VIH et d'IST parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Or, l'élaboration de stratégies de prévention comportementale destinées à prévenir de nouvelles infections sexuellement transmissibles et l'évaluation des effets de ces programmes de prévention sur les HSH représentent des composantes essentielles de toute stratégie globale de lutte contre le VIH et les IST s'inscrivant dans le cadre de la prévention et des soins de santé.

Rapports d'orientation

9. Contrôle de la Chlamydia en Europe

(Publié en juin 2009)

Pourquoi la Chlamydia représente-t-elle un problème de santé publique?

La *Chlamydia trachomatis* est une des infections bactériennes sexuellement transmissibles les plus courantes en Europe. Le taux de jeunes sexuellement actifs oscille généralement entre 5 % et 10 %. Le nombre de cas de *Chlamydia trachomatis* diagnostiqués est en augmentation dans de nombreux pays européens, ce qui s'explique en partie par l'accroissement du nombre de tests de dépistage effectués et par l'utilisation de tests plus sensibles. Les personnes souffrant de chlamydie génitale peuvent présenter des symptômes d'inflammation des voies génitales, tels qu'une urétrite ou une cystite, mais la majorité d'entre elles demeurent asymptomatiques. La Chlamydia représente un problème de santé publique important car une infection à Chlamydia peut conduire à une maladie inflammatoire pelvienne, une hypofertilité et des difficultés de grossesse chez certaines femmes. De plus, la Chlamydia favorise la transmission du VIH. Le coût des traitements contre l'hypofertilité due à la Chlamydia est élevé car ceux-ci nécessitent d'avoir recours à la chirurgie tubaire et à la fertilisation *in vitro*. Bien qu'il existe des traitements peu coûteux et efficaces, le contrôle de la Chlamydia reste difficile car la plupart des personnes infectées sont asymptomatiques.

Activités de contrôle de la Chlamydia en Europe

Une étude systématique des activités de contrôle de la Chlamydia dans 29 pays européens révèle des divergences considérables dans l'organisation de ces activités. Près de la moitié des pays couverts par l'étude déclarent ne disposer d'aucune activité de contrôle organisée et seuls deux pays ont mis sur pied un programme national de contrôle.

Mise en œuvre des activités de contrôle de la Chlamydia

La première étape vers un programme de contrôle complet et efficace est l'adoption d'une stratégie de contrôle de la Chlamydia, établie sur la base des résultats d'une vaste consultation auprès des parties concernées. Cette stratégie doit prendre en considération les possibilités et limites spécifiques au niveau national, et passer en revue les éléments de nature à justifier l'adoption de telles ou telles interventions et mesures y afférentes. La stratégie peut se baser sur l'approche graduelle proposée dans le rapport d'orientation.

Cette approche est recommandée pour garantir la mise en place de mesures de prévention contre les IST et de gestion des patients avant qu'il ne faille considérer le recours à des interventions complexes, tel le dépistage.

Quatre niveaux ont été définis pour les programmes de contrôle de la Chlamydia:

- niveau A, prévention primaire: celle-ci inclut des programmes scolaires de promotion et d'éducation à la santé ainsi que la distribution de préservatifs;
- niveau B, gestion des cas: ce niveau reprend les mesures du niveau A, en y ajoutant une surveillance régulière des cas de Chlamydia, des services de diagnostic précis des infections à Chlamydia, des soins cliniques et des services de gestion de la relation patient/partenaire. Chacune de ces mesures nécessite des lignes de conduites claires, fondées sur des données probantes, ainsi qu'un contrôle régulier;
- niveau C, dépistage opportuniste: ce niveau reprend les mesures du niveau B, en y ajoutant des tests de dépistage proposés de façon routinière à un ou plusieurs groupes déterminés de patients fréquentant d'autres services cliniques, dans le but de détecter des infections à la Chlamydia, c'est-à-dire d'identifier des cas asymptomatiques;
- niveau D, programme de dépistage: ce niveau reprend les mesures de niveau C, en y ajoutant l'organisation de tests réguliers de dépistage de la Chlamydia couvrant une proportion importante d'une population déterminée; l'objectif poursuivi est de réduire la prévalence de la Chlamydia au sein de cette population.

Les données probantes quant à l'impact des programmes de niveaux C et D étant limitées, la mise en œuvre de ces programmes doit être minutieusement évaluée, afin qu'ils puissent fournir des orientations utiles pour l'élaboration des politiques futures. En particulier, l'impact de ces programmes sur le contrôle de la Chlamydia

dans la population doit faire l'objet d'une surveillance et d'une évaluation. L'introduction d'un programme de dépistage des infections à Chlamydia requiert de prendre les mêmes précautions que pour tout autre programme de dépistage, c'est-à-dire de veiller à estimer au préalable les avantages et dangers potentiels ainsi que les coûts y afférents.

Pour que les stratégies nationales de contrôle de la Chlamydia puissent être dotées de ressources adéquates et mises en œuvre efficacement, il importe que les responsables de l'élaboration des politiques de soins de santé s'investissent à cet égard et orientent les décisions. Nul doute que la conception de la «stratégie nationale idéale» sera différente selon les pays. Cependant, celle-ci devra, dans tous les cas, être élaborée de concert avec les associations professionnelles de médecins ainsi que les bailleurs de fonds et fournisseurs de soins de santé et de services de diagnostic.

Évaluation des programmes de contrôle de la Chlamydia

Si les programmes de contrôle ont pour but de réduire la prévalence de la Chlamydia, il faut avouer que celle-ci se révèle difficile à vérifier en raison des recensements réguliers de la population qu'elle impose. Pourtant, il existe de nombreux autres indicateurs d'efficacité que tous les programmes, quels qu'ils soient, pourraient intégrer dès leur phase initiale.

Au niveau national, il conviendrait de contrôler les indicateurs afférents aux politiques et orientations du programme, de même que sa mise en œuvre, les procédures qu'il prévoit et ses résultats. Ces indicateurs doivent se fonder sur les objectifs spécifiquement visés en fonction du stade de mise en œuvre.

Si un pays veut passer au niveau de contrôle suivant, il devra, avant d'arrêter sa décision, apprécier minutieusement les facteurs d'efficacité et de rentabilité, ainsi que les dangers potentiels. Une assistance sera apportée à cet égard si le pays peut garantir que toutes les activités de contrôle menées font l'objet d'une évaluation intégrale et s'il communique les résultats obtenus avec d'autres États européens. De la sorte, les investissements consentis aujourd'hui dans des programmes de contrôle renforceront, par la suite, la base de données probantes en matière de contrôle de la Chlamydia, faciliteront les prises de décision futures et contribueront à améliorer la santé de la population.

L'objectif à atteindre au niveau européen doit être de limiter la proportion de pays ne déclarant aucune activité de contrôle organisée.

Finalité du document d'orientation

Le rapport *Chlamydia control in Europe* a pour finalité de formuler des recommandations en matière de stratégies nationales de contrôle de la Chlamydia à l'intention des responsables de l'élaboration des politiques de santé dans l'Union européenne. Il ne fournit aucune orientation en termes de soins cliniques ou de diagnostic, mais détermine plutôt un cadre pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'amélioration des stratégies nationales destinées à prévenir et contrôler la Chlamydia. Afin de définir des orientations détaillées à cet égard, il conviendrait de consulter et de prendre comme base de réflexion les examens systématiques effectués récemment.

Idéalement, les politiques de santé, tout comme les orientations cliniques, devraient se fonder sur les meilleurs éléments probants disponibles, mais ceux-ci se révèlent souvent insuffisants pour servir de base valable à la prise de décision. Le rapport d'orientation susmentionné entend faciliter l'élaboration d'orientations locales, fondées sur des données probantes, pour mettre en place des stratégies nationales judicieuses de contrôle de la Chlamydia. Ces dernières doivent prendre en considération non seulement des facteurs cliniques et épidémiologiques (tels que la prévalence de la Chlamydia dans la population), mais aussi les systèmes existants au niveau local en termes de fourniture de soins de santé, d'infrastructures et de ressources.

Les recommandations ont été formulées par un groupe d'experts techniques, sur la base des données présentées dans le rapport de l'ECDC intitulé *Review of chlamydia control activities in EU countries* [Étude des activités de contrôle de la Chlamydia dans les États membres de l'UE] ainsi que des examens systématiques récents des activités de dépistage et de contrôle de la Chlamydia.

Le rapport d'orientation couvre les formes courantes de *Chlamydia trachomatis* sexuellement transmissibles (sérovary D à K); il ne porte pas sur le *lymphogranulome vénérien* ou le trachome.

10. Utilisation, par les services de santé publique, d'antiviraux de la grippe lors d'épidémies grippales

(Publié en juin 2009, mis à jour en août 2009)

Ce document de référence se veut une source utile d'informations pour tous ceux qui, au sein de l'Union européenne et de l'EEE/AELE, élaborent des politiques et pratiques concernant l'utilisation d'antiviraux de la grippe, notamment lors d'épidémies grippales. Il se fonde sur des données scientifiques probantes, les orientations de l'OMS, des avis d'experts (y compris ceux du comité consultatif de l'ECDC) et les recommandations contenues dans les plans nationaux de préparation à une pandémie mis en place à l'échelon européen, et se concentre sur les options existantes en matière d'utilisation d'antiviraux lors d'une épidémie de grippe.

Les données probantes disponibles sur l'efficacité des antiviraux dans le traitement et la prophylaxie de la grippe, de même que sur leur utilisation par les services de santé publique lors d'une pandémie, proviennent des études effectuées durant les épisodes de grippe saisonnière sur des adultes sains et, dans une moindre mesure, dans un des groupes les plus à risque (personnes âgées) et sur quelques enfants plus âgés.

Ces données montrent que certains antiviraux — parmi lesquels figurent notamment les inhibiteurs de la neuraminidase (oseltamivir et zanamivir) — ont quelques effets bénéfiques en termes de traitement, en ce sens qu'ils réduisent la durée de la grippe d'un à deux jours généralement et qu'ils atténuent les risques de complication et le besoin d'antibiotiques pour les personnes grippées. Ces effets demeureront cependant limités car les antiviraux doivent être administrés à un stade très précoce (dans les 48 heures qui suivent l'apparition des premiers symptômes). Par ailleurs, les études par observation fournissent quelques faibles éléments de preuve qui laissent à penser que les antiviraux pourraient réduire la morbidité, voire la mortalité chez les patients les plus atteints, même s'ils sont administrés au-delà de 48 heures après l'apparition des premiers symptômes. Quelques effets secondaires mineurs sont fréquemment signalés (notamment des nausées et, parfois, des vomissements) avec la préparation orale (oseltamivir); c'est la raison pour laquelle le fabricant recommande de la prendre lors d'un repas.

Les essais menés sur des adultes sains montrent qu'un traitement prophylactique permet de réduire la virulence de l'infection de 70 % à 90 % si l'antiviral est administré de la manière prescrite. S'agissant des groupes et milieux les plus à risque, les preuves des effets bénéfiques des antiviraux sont moins concluantes, mais semblent néanmoins indiquer une légère réduction de l'infection, par exemple lors d'épisodes de grippe saisonnière dans des environnements clos, tels que les maisons de retraites. Ces données permettent de penser que les antiviraux de la grippe peuvent avoir un impact sur le niveau de transmission virale et contribuer à prévenir l'infection.

Très occasionnellement, des virus de la grippe présentant une résistance primaire à un ou plusieurs antiviraux peuvent apparaître naturellement à la suite d'une mutation génétique ou d'une recombinaison virale naturelle. C'est ce qui s'est produit durant la saison grippale 2007-2008 en Europe, lorsqu'un virus de la grippe résistant à l'oseltamivir est apparu. Cet événement n'était pas lié à l'utilisation d'antiviraux, de sorte que cette possibilité ne doit pas influencer les politiques par défaut concernant l'administration d'antiviraux lors d'une pandémie. Le risque d'apparition d'un nouveau virus capable de résister au traitement antiviral existant représente, toutefois, une véritable menace et il pourrait être nécessaire de modifier rapidement les politiques antivirales, notamment en matière de prophylaxie, si un tel virus devait voir le jour en pleine pandémie. Il y a lieu, cependant, de ne pas confondre cette éventualité avec la résistance antivirale secondaire qui est beaucoup plus fréquente lors de l'utilisation d'antiviraux; ce phénomène concerne généralement les virus qui sont incapables de se transmettre d'une personne à une autre et ne constitue donc pas un problème de santé publique.

Différentes stratégies peuvent être mises en œuvre en matière d'utilisation d'antiviraux, selon les objectifs globaux de santé publique que les autorités nationales veulent atteindre, les stocks d'antiviraux disponibles et d'autres considérations pratiques. Les autorités peuvent se fixer pour objectif de: traiter les personnes les plus souffrantes; traiter ou protéger les personnes les plus à risque; traiter l'ensemble des cas; réduire le niveau de transmission; ou protéger les travailleurs des services de soins de santé et d'autres secteurs fondamentaux. L'ECDC a suggéré une hiérarchie des priorités.

Lors d'une pandémie, le nombre élevé de cas et la gravité potentielle de l'infection posent des problèmes pratiques considérables pour répondre aux besoins potentiels d'antiviraux destinés au traitement des personnes infectées et à la prévention des infections (prophylaxie). Bon nombre de pays ont constitué des stocks d'antiviraux à utiliser spécifiquement en cas de pandémie. Pour ce qui est de l'Union européenne, l'ampleur des stocks actuels d'antiviraux varie selon les États membres, permettant de couvrir moins de 5% à plus de 50% de la population.

Néanmoins, tout porte à croire que, même pour les États disposant de réserves, les stocks constitués ne suffiront pas à faire face à la demande durant une pandémie. En conséquence, il est essentiel de procéder à une planification stratégique et logistique avancée qui permette d'utiliser au mieux les stocks existants. Le principe général à respecter est le suivant: disposer de stocks d'antiviraux ne sera que d'une utilité limitée si les autorités nationales n'ont pas veillé, dans un même temps, à définir des objectifs et protocoles d'un commun accord avec les parties prenantes et à mettre en place des systèmes de gestion et de distribution de ces stocks.

Pour que les avantages liés à la constitution de stocks d'antiviraux puissent être maximalisés, il est donc absolument essentiel que la fixation d'objectifs clairs et précis soit intégrée aux activités de planification des interventions en cas de pandémie. La planification doit prendre en considération le volume total et la disponibilité des antiviraux, l'épidémiologie sous-jacente (taux d'attaque prévus, etc.), l'ampleur et la durée de la flambée pandémique ainsi que la taille des groupes de population concernés. La modélisation peut aussi constituer un outil très précieux pour extrapoler les effets des différentes stratégies antivirales lors d'une pandémie, mais cet exercice est loin d'être simple. Sur la base des éléments probants disponibles, l'ECDC propose d'établir des priorités en matière d'utilisation des antiviraux, selon la stratégie suivante:

1. **Personnes gravement malades.** La priorité absolue consiste à traiter les personnes les plus gravement atteintes par la grippe, même si le délai de 48 heures à compter du début des premiers symptômes est dépassé, dès lors que l'administration d'antiviraux est considérée comme utile. Toutefois, il est encore plus important, pour ces patients, de veiller à ce que des réserves adéquates d'antibiotiques et d'autres médicaments essentiels soient disponibles pour traiter les infections secondaires.
2. **Personnes risquant le plus d'être gravement atteintes.** Parmi celles-ci, la priorité devrait être donnée aux personnes présentant le plus de risques de développer une maladie grave. Dans le cas de la grippe saisonnière, il s'agit des personnes pour lesquelles la vaccination contre la grippe est recommandée, à savoir: les personnes âgées, celles déjà atteintes d'une affection chronique et le personnel de santé en contact direct avec les patients. Cependant, il pourrait être nécessaire de reconsidérer la palette de groupes-cibles en cas de pandémie, de manière à ce que celle-ci reflète les personnes les plus à risque au regard de la souche pandémique en question. En cas d'émergence simultanée du virus de la grippe saisonnière et d'un virus pandémique, il conviendra de combiner les groupes les plus à risque pour ces deux types de virus. Il est possible que certains pays envisagent d'administrer un traitement prophylactique aux ménages comprenant des personnes à risque, quoique la mise en œuvre d'une telle politique de prévention risque d'être assez complexe.
3. **Toutes les personnes qui commencent à être malades.** Après les personnes les plus gravement atteintes, la priorité doit être accordée aux personnes qui présentent les premiers signes de la maladie (dans les 48 heures qui suivent l'apparition des premiers symptômes) car c'est à ce stade que les antiviraux sont les plus efficaces.
4. **Utilisation des antiviraux à titre prophylactique.** Les pays qui disposent d'importantes réserves d'antiviraux peuvent envisager de les utiliser aussi à titre prophylactique. Les groupes candidats sont les suivants: les personnes ayant des contacts rapprochés avec des malades, celles ayant des contacts familiaux avec un malade et celles exerçant des fonctions-clés pour lesquelles la poursuite des activités est essentielle. Les approvisionnements en antiviraux étant limités, il est déconseillé de constituer des réserves à domicile, quoique l'on ne puisse empêcher certaines personnes de demander des antiviraux à leur médecin, comme cela avait déjà été le cas lors de l'épidémie de grippe aviaire.
5. Les **professionnels de la santé** qui ont des contacts directs avec les patients constituent un cas particulier. Ils doivent être munis d'un équipement individuel qui leur assure une protection raisonnable. S'ils tombent malades, ils doivent recevoir rapidement des antiviraux et rester chez eux. Les pays qui disposent de quantités élevées d'antiviraux peuvent envisager d'adopter des mesures prophylactiques à leur égard.

Les aspects organisationnels de la distribution et de la mise à disposition des antiviraux posent des problèmes plus conséquents encore. Les données probantes montrent, en effet, que le traitement antiviral ne peut produire ses effets limités qu'à la condition que les antiviraux soient donnés dans les 48 heures qui suivent l'apparition des premiers symptômes. Or, cette condition sera très difficile à respecter en cas de pandémie. Ainsi, pour que les antiviraux puissent contribuer efficacement au traitement de l'infection, il y a lieu également d'affecter des ressources au développement de protocoles et de systèmes capables de garantir un approvisionnement et une gestion rapides des antiviraux.

Le travail accompli par l'ECDC et le Bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS/Euro) en collaboration avec les États membres met en lumière le fait que les aspects inhérents à l'approvisionnement, à la distribution et à la gestion des réserves nationales d'antiviraux et d'autres stocks stratégiques doivent être pris dûment en considération avant qu'une pandémie se déclare.

Dans cette optique, il y a lieu de veiller à :

1. déterminer, durant la phase initiale de la pandémie, si la gravité de l'infection au niveau des patients considérés individuellement est telle qu'il est justifié de proposer des antiviraux à toutes les personnes présentant des symptômes, voire de tenter de retarder le développement de la maladie ou de le limiter;
2. s'assurer qu'il y a toujours des antiviraux disponibles pour les médecins cliniciens afin qu'ils puissent traiter les personnes les plus souffrantes;
3. être en mesure de fournir rapidement des agents antiviraux aux personnes qui en ont le plus besoin car ceux-ci ne seront efficaces que s'ils sont donnés dans les 48 heures qui suivent le début des symptômes;
4. déterminer, sur la base de critères prédéfinis quels sont les principaux groupes qui doivent recevoir des antiviraux en priorité (position par défaut);
5. être en mesure de modifier l'ordre des priorités s'il apparaît que les personnes les plus à risque ne sont pas celles initialement déterminées sur la base de l'expérience de la grippe saisonnière;
6. veiller à ce que les zones affectées en premier lieu n'épuisent pas les réserves nationales et à ce que les ressources puissent être transférées à travers tout le pays;
7. arrêter une position à l'égard, d'une part, des citoyens qui veulent se constituer leurs propres réserves et, d'autre part, des entreprises qui tentent de protéger leur personnel;
8. surveiller la résistance antivirale (en particulier la résistance primaire) et se préparer à devoir modifier les stratégies nationales de traitement si une pénurie d'antiviraux est à craindre ou en cas d'apparition d'une résistance antivirale (surtout pour les traitements prophylactiques);
9. ne pas imposer davantage de contraintes aux services de premiers soins déjà surchargés, en leur imposant de distribuer des antiviraux aux personnes légèrement ou modérément souffrantes, alors qu'ils ont des difficultés à traiter toutes les personnes les plus atteintes. Cette mesure de précaution a aussi pour but d'éviter qu'un grand nombre de personnes susceptibles d'être infectées ne se rendent dans les centres de soins pour demander des antiviraux et se regroupent dans les files ou salles d'attente, contribuant ainsi à la propagation de l'infection;
10. contrôler que les stocks des principaux médicaments (surtout, mais pas seulement, les antibiotiques appropriés contre la grippe) soient suffisants;
11. pouvoir contrôler le respect des mesures recommandées, en particulier parmi les patients légèrement souffrants et ceux recevant un traitement prophylactique;
12. anticiper les effets secondaires mineurs et courants de l'oseltamivir (tels que les nausées) et savoir que des effets secondaires moins fréquents mais plus graves peuvent être signalés;
13. disposer de matériel de formation et de procédures pour faciliter l'utilisation du zanamivir en inhalation, à l'intention notamment des personnes susceptibles d'avoir des difficultés à l'utiliser;
14. définir des approches spécifiques pour les groupes spéciaux, tels que les femmes enceintes et les jeunes enfants;
15. élaborer des stratégies de communication solides, fiables et éprouvées pour les professionnels et le public concernant tous les aspects susmentionnés, qui devront être intégrées aux stratégies plus globales de communication mises en place en cas de pandémie.

De l'avis de L'ECDC, certaines approches pratiques peuvent aussi être mises en œuvre à l'échelon de l'Union européenne. C'est le cas notamment des mesures suivantes:

16. notification des «positions de principe par défaut» des États membres et, ultérieurement, des changements importants apportés par ces derniers, via le système d'alerte précoce et de réaction (SAPR);
17. mise en place de systèmes capables de recueillir les signalements et rumeurs d'événements indésirables, ainsi que d'un mécanisme géré conjointement par l'EMEA et l'ECDC pour réagir à ces événements lorsqu'ils se produisent inévitablement;
18. surveillance de l'émergence d'une résistance antivirale par le réseau européen de laboratoires de référence et l'OMS, en collaboration avec l'ECDC;
19. préparation à l'apparition inévitable d'antiviraux et d'autres médicaments proposés à la vente directement sur l'internet par des sources non réglementées.

Le document de référence présenté ci-dessus indique un certain nombre de priorités en matière de recherche et développement, parmi lesquelles figure la nécessité de déterminer si les antiviraux peuvent avoir des effets bénéfiques (et, en particulier, traiter les cas les plus graves) lorsqu'ils sont administrés au-delà du délai de 48 heures après les premiers symptômes. Une autre tâche prioritaire consiste à établir, dans chaque État membre, des systèmes capables de déterminer, en temps réel, si les antiviraux sont réellement efficaces contre un quelconque virus pandémique, de même que des systèmes de détection précoce des échecs patents en matière de traitement et de prophylaxie, qui pourraient être le signe de l'émergence d'une résistance antivirale.

11. Utilisation de vaccins spécifiques durant la pandémie 2009 de grippe A(H1N1)

(Publié en août 2009)

En avril 2009, une nouvelle souche de grippe humaine A(H1N1) a été identifiée et caractérisée. Selon les prévisions, les taux d'attaque de cette souche pandémique devraient être supérieurs à ceux des souches de grippe saisonnière, en raison des niveaux plus faibles d'immunité préexistante au sein de la population (à l'exception des personnes âgées dont beaucoup semblent présenter un certain degré d'immunité). Il est probable, dès lors, que le nombre réel de cas de grippe A(H1N1) s'adressant aux services de santé durant une courte période de temps soit plus élevé que le nombre de cas de grippe saisonnière.

La vaccination, à l'aide d'un vaccin pandémique spécifique à la souche en cause, est considérée comme l'une des contre-mesures les plus efficaces pour protéger les individus en cas de pandémie. Toutefois, il se révèle impossible de disposer de tous ces vaccins en même temps: les fabricants devront nécessairement échelonner leur livraison et des problèmes de distribution sont également à craindre. Garantir l'approvisionnement en vaccins dans des délais raisonnables risque donc d'être un défi pour le moins ardu. L'utilisation stratégique des vaccins, après établissement minutieux des priorités parmi les différents groupes de population, est essentielle pour tirer un avantage maximal des doses disponibles.

Il convient de déterminer les objectifs généraux de la vaccination, avant de décider à qui le vaccin doit être proposé et comment classer les groupes cibles par ordre de priorité. Il est légitime de penser que ces objectifs seront différents selon les régions et/ou pays, en fonction, entre autres, des ressources, des quantités de vaccins et du nombre de seringues disponibles; les problèmes pratiques rencontrés pour la distribution et l'approvisionnement des vaccins seront aussi déterminants. Dès qu'elles apparaîtront au grand jour, ces différences entre pays entraîneront des difficultés de communication et il y a lieu de s'y préparer.

Les objectifs d'une stratégie de vaccination pandémique peuvent être répartis en deux grandes catégories nullement incompatibles l'une avec l'autre: a) mesures d'atténuation visant à protéger les individus qui risquent le plus de développer une forme grave de la maladie; b) protection des services fondamentaux.

Le virus de la grippe A(H1N1)v est un nouveau virus. Or, dans l'histoire moderne, toutes les pandémies se sont révélées différentes non seulement les unes des autres, mais aussi de la grippe saisonnière actuelle. Il se peut, dès lors, que les groupes à risque (c'est-à-dire ceux risquant le plus de développer une forme grave de la maladie) diffèrent de ceux déterminés pour les souches de grippe saisonnière. Par ailleurs, différentes stratégies entrent en jeu, mettant davantage l'accent sur la nécessité d'immuniser les personnes qui assurent des services essentiels pour la société. De ce fait, la composition des groupes cibles (groupes auxquels le vaccin est proposé, mais qui ne figurent pas forcément parmi les groupes à risque) a aussi toutes les chances de ne pas être identique à celle définie pour la grippe saisonnière.

Sur la base des données actuellement disponibles sur la pandémie A(H1N1) 2009, les groupes de population énumérés ci-après peuvent être qualifiés de groupes à risque:

- personnes de moins de 65 ans atteintes d'une affection chronique, à savoir:
 - maladies respiratoires chroniques;
 - maladies cardio-vasculaires chroniques;
 - troubles métaboliques chroniques (notamment diabète);
 - maladies rénales et hépatiques chroniques;
 - personnes présentant une déficience immunitaire (congénitale ou acquises);
 - troubles neurologiques ou neuromusculaires chroniques;
 - tout autre trouble affectant l'immunité de la personne ou portant préjudice à ses fonctions respiratoires;
- jeunes enfants (en particulier ceux de moins de deux ans);
- femmes enceintes.

Les groupes énumérés ci-dessus diffèrent quelque peu de ceux pour lesquels de nombreux pays recommandent l'immunisation contre la grippe saisonnière; c'est le cas notamment des personnes de 65 ans et plus. Quoique les personnes âgées semblent, en règle générale, présenter moins de risques d'infection au virus A(H1N1) (peut-être en raison d'une immunité existante), certaines données tendent à montrer que, lorsqu'elles contractent le virus, elles sont plus gravement atteintes que de jeunes adultes.

De plus, il n'est pas exclu que la vaccination soit proposée à d'autres groupes, y compris ceux ne présentant pas de risque élevé de maladie grave (groupes cibles). Certains arguments plaident en faveur de la vaccination des enfants car ces derniers connaissent des taux d'attaque élevés (même s'ils ne développent qu'une forme bénigne de la maladie) et peuvent considérablement amplifier certaines flambées locales de la maladie. D'autres données laissent à penser qu'il conviendrait d'immuniser tous les professionnels de la santé. Cette mesure permettrait, d'une part, d'éviter que les personnes faisant partie de groupes à risque ne soient contaminées par des prestataires de soins de santé et, d'autre part, de protéger ces derniers contre les patients infectés, garantissant ainsi la poursuite des services de soins de santé. Le fait de proposer d'immuniser les personnes qui s'occupent de celles dont le système immunitaire peut être déficient (c'est-à-dire les personnes qui suivent une thérapie immunosuppressive) présente des avantages évidents. À ce stade, le manque de données sur l'immunogénicité et la sécurité du vaccin ne permet pas d'envisager l'immunisation des bébés de moins de six mois; c'est pourquoi la vaccination pourrait être proposée aux personnes qui sont en étroit contact avec eux. Un autre groupe cible potentiel est celui des travailleurs qui sont essentiels pour la lutte contre la pandémie.

Ce rapport d'orientation se fonde sur le scénario actuel de la pandémie A(H1N1) 2009. Il passe aussi en revue les domaines particuliers pour lesquels des doutes subsistent. Ce rapport et l'évaluation des risques liée à celui-ci seront mis à jour au fur et à mesure que des données, éléments probants et avis complémentaires seront disponibles.

Sur la base de l'expérience des pandémies antérieures, au cours desquelles la pathogénicité et la transmissibilité du virus se sont accrues au fil du temps, le rapport présente trois autres scénarios. Il comporte, en outre, des annexes qui résument les éléments probants sur la vaccination des groupes à risque particuliers contre la grippe saisonnière et la grippe pandémique actuelle. La base de calcul est expliquée de façon suffisamment détaillée pour que les autorités de chacun des États membres puissent appliquer cette méthodologie à leur propre population ou procéder à une comparaison des méthodes déjà utilisées.

Rapports de surveillance

12. Surveillance de la tuberculose en Europe – 2007

(Publié en mars 2009)

Depuis le 1er janvier 2008, le Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC) et le Bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS/Euro) assurent conjointement la coordination des activités de surveillance de la tuberculose (TB) en Europe. L'objectif poursuivi est de veiller à ce que les données normalisées qui sont collectées sur la TB pour l'ensemble des 53 pays de la région européenne de l'OMS soient de haute qualité.

En 2007, 477 327 cas de TB ont été signalés par 51¹ pays de la région européenne de l'OMS plus le Liechtenstein². Le taux global de notification s'élevait, en moyenne, à 54 cas pour 100 000 habitants, avec des variations considérables selon les pays et un gradient croissant d'ouest en est au cours de ces dernières années. Cette évolution s'est traduite par une hausse de 54 497 cas depuis 2006 ainsi qu'une augmentation du taux global de notification de 13 % (puisque'il est passé de 48/100 000 à 54/100 000). Cette augmentation résulte essentiellement de l'enregistrement par la Fédération de Russie de cas non déclarés précédemment, qui ont pu être retraités à la suite de l'expansion de la couverture de son système de notification et de l'amélioration de l'accès des patients aux soins de santé. Dans l'ensemble de la région européenne de l'OMS, le taux de notification de cas non déclarés précédemment a diminué de 2,5 % (passant de 36,6/100 000 à 35,7/100 000). Au cours de ces dernières années, les taux de mortalité liée à la TB ont généralement reflété les taux globaux de notification du point de vue de leur répartition géographique dans la région (taux global moyen: 0,6/100 000, fourchette pour l'ensemble des pays: de 0,0 à 22,3). En 2007, le taux moyen de tuberculose multirésistante (TB-MR) primaire était de 1,5 % dans les 22 pays transmettant des données sur la MDR-TB. Le taux moyen de réussite des traitements s'élevait à 73 %, tandis que le pourcentage de cas perdus de vue était de 11 %, le taux de décès de 8 % et le taux d'échec des traitements de 7 %.

États membres de l'Union européenne (UE) et pays de l'Espace économique européen (EEE)/Association européenne de libre-échange (AELE) (30 pays)

Les 27 États membres de l'Union européenne et trois pays de l'EEE/AELE (l'Islande, la Norvège et le Liechtenstein) ont déclaré, au total, 84 917 cas de TB en 2007. Alors que le taux global de notification de TB pour l'ensemble des 30 pays était de 17/100 000, les taux de notification nationaux les plus élevés ont été enregistrés en Roumanie (118), en Bulgarie (40) et dans les États baltes (36–71). Entre 2003 et 2007, les taux globaux de notification ont diminué de 4 % par an, reflétant un déclin dans le nombre de cas de TB précédemment non traités. Des hausses substantielles ont été néanmoins observées à Malte (+61 %) et en Islande (+37 %), de même qu'une augmentation modérée en Suède (+5 %), au Royaume-Uni et à Chypre (+3 % pour ces deux derniers États); il est à noter que ces hausses concernent, dans la majeure partie des cas, des personnes d'origine étrangère. De fait, 21 % des cas de TB rapportés en 2007 (fourchette pour les 30 pays: de 0 à 78 %) étaient des personnes d'origine étrangère: près de deux tiers d'entre elles provenaient d'Asie ou d'Afrique et 6 % de pays d'Europe orientale non membres de l'UE et d'Asie centrale. La prévalence du VIH parmi les cas de TB s'est accrue entre 2001 et 2007 en Estonie et en Lettonie (passant de < 1 % à respectivement 11 % et 4 %), et elle a doublé au Royaume-Uni entre 2000 et 2003 (de 4 % à 8 %). Dans les autres pays qui ont communiqué des données, la prévalence de VIH parmi les cas de TB était égale ou inférieure à 1 % dans cinq pays, comprise entre 2 et 5 % dans sept autres pays et s'élevait à 14 % au Portugal. Les cas de multirésistance (MR) sont demeurés plus fréquents dans les États baltes (MR combinée: 10 à 21 %) que dans les autres pays (0 à 4 %), où ils concernaient le plus souvent des patients d'origine étrangère. En 2006, 21 pays ont communiqué des données concernant le suivi des résultats des traitements (SRT) pour des cas confirmés de tuberculose pulmonaire. Pour les cas inclus dans les cohortes soumises au SRT, le taux de réussite a atteint 80 % parmi les cas non traités précédemment. Le nombre de cas de TB pulmonaire perdus de vue a été plus élevé parmi les personnes d'origine étrangère que parmi les autochtones (35 % contre 16 %), alors que la proportion de décès signalés a le plus souvent diminué

¹ Monaco et Saint-Marin n'ont communiqué aucune donnée.

² Le Liechtenstein est inclus dans le rapport, mais uniquement en tant que pays de l'EEE/AELE; il ne fait pas partie de la région européenne de l'OMS.

(8 % contre 4 %). Les taux de mortalité liée à la TB varient entre 0,0 et 10,9/100 000 (29 pays; les dernières données disponibles couvrent la période 2001-2006).

Pays d'Europe occidentale non membres de l'UE (5 pays)

En 2007, trois pays — Andorre, Israël et la Suisse — ont déclaré 881 cas de TB, avec des taux variant entre 5,6 à 7,3/100 000. Les taux sont généralement peu élevés et la majorité des cas de TB notifiés concernent des personnes d'origine étrangère. La Suisse et Israël ont transmis des données concernant la surveillance de la pharmacorésistance et ont déclaré des taux de prévalence de la TB-MR s'élevant respectivement à 2,3 % et 6,7 % pour l'ensemble des cas soumis à des tests. Israël a également communiqué des données sur les résultats du traitement des cas enregistrés en 2006, lesquelles indiquent un taux de réussite de 74 % pour les nouveaux cas confirmés de TB pulmonaire.

Balkans (7 pays)

Les pays des Balkans ont notifié 26 296 cas en 2007 et la Turquie a compté à elle seule pour 75 % des cas signalés (la province du Kosovo sous administration des Nations unies a déclaré 930 cas supplémentaires). En 2007, le taux global de notification de la TB était de 29/100 000, avec des chiffres plus élevés en Bosnie-et-Herzégovine (62) qu'en Albanie, en Croatie, dans l'ancienne République yougoslave de Macédoine, dans le Monténégro, en Serbie et en Turquie (les taux de ces six pays variant entre 14 et 28/100 000). La prévalence du VIH parmi les cas de TB allait de 0,0 % à 0,4 % dans les pays ayant communiqué des données à ce sujet (Albanie, Bosnie-et-Herzégovine, ancienne République yougoslave de Macédoine, Monténégro et Serbie). Les proportions combinées de multirésistance primaire et acquise étaient comprises, respectivement, entre 0 % et 0,6 %, et entre 9,7 % et 34,6 %, dans les quatre pays ayant transmis des données de MR (Albanie, ancienne République yougoslave de Macédoine, Monténégro et Serbie). En 2006, le taux de réussite parmi les nouveaux cas confirmés de TB pulmonaire oscillait entre 80 % et 97 % dans cinq pays et était inférieur dans deux autres pays ayant notifié des données (de 35 % à 70 %). Les taux de mortalité liée à la TB se situaient entre 0,25 et 21/100 000 (5 pays; les dernières données complètes couvrent la période 2001-2006).

Pays d'Europe orientale non membres de l'UE et d'Asie centrale (12 pays)

En 2007, 365 233 cas de TB ont été notifiés dans la partie orientale de la région européenne de l'OMS, dont 59 % par la Fédération de Russie. Les taux de notification de la TB en 2007 (moyenne globale: 131/100 000) ont été les plus élevés au Kazakhstan (258), en République de Moldavie (178), dans la Fédération de Russie (151), en Géorgie (135) et au Kirgizstan (125); les pays suivants sont l'Arménie, l'Azerbaïdjan, le Bélarus, le Tadjikistan, le Turkménistan, l'Ukraine et l'Ouzbékistan (avec une fourchette de 59 à 119/100 000). Entre 2002 et 2007, l'augmentation moyenne annuelle a été identique à celle observée durant la période 1998-2002 (+6 %). Cependant, six pays ont enregistré une diminution du nombre de nouveaux cas entre 2006 et 2007. Alors que cinq pays ont enregistré, au cours de ces dernières années, une prévalence du VIH égale ou inférieure à 1 % parmi les cas de TB, celle-ci s'est révélée plus élevée dans la Fédération de Russie et en Ukraine, où elle atteint respectivement 7 % et 6 % parmi les nouveaux cas signalés en 2007. S'agissant de la pharmacorésistance, il ressort des données régionales et nationales transmises par plusieurs pays que la prévalence de la TB-MR est à la fois élevée et largement répandue. La prévalence combinée de la TB-MR oscille entre 14 % et 57 %, bien que la représentativité des données varie selon les pays. Dans les pays qui ont fourni des résultats concernant le traitement de nouveaux cas de TB pulmonaire à frottis positif (2006), le taux moyen de réussite était de 64 % (fourchette comprise entre 58 % et 86 %). Les faibles taux de réussite, associés à des taux d'échec élevés (moyenne: 12 %, fourchette de 3 % à 16 %), sont dus principalement à la prévalence de la multirésistance primaire et aux cas perdus de vue (moyenne: 13 %, fourchette de 4 % à 35 %). Les taux de mortalité liée à la TB se sont situés entre 3,0 et 22,3/100 000 (tous les pays, à l'exception du Turkménistan, disposant de données complètes; les taux précités se fondent sur les dernières données disponibles pour chaque année entre 2003 et 2006).

Conclusions

En matière de contrôle de la tuberculose, les pays d'Europe orientale non membres de l'UE et les pays d'Asie centrale demeurent prioritaires pour la région européenne de l'OMS. Dans ces pays, la situation est souvent rendue plus complexe par la piètre qualité et le manque de spécificité des informations, l'absence persistante des ressources requises pour apporter la réponse la plus appropriée, et/ou l'utilisation inadéquate des ressources existantes. Plus à l'ouest, les schémas de la tuberculose affichent toujours une grande diversité. Les pays industrialisés ayant pour objectif d'éradiquer la tuberculose font de plus en plus état de concentrations de cas au sein des populations particulièrement vulnérables. Parmi les pays à prévalence intermédiaire, tels que les États baltes, la prévalence de la tuberculose multirésistante demeure élevée. L'analyse des données recueillies permet de formuler diverses recommandations en matière de surveillance pour renforcer le contrôle de la tuberculose. Il est ainsi conseillé:

- d'uniformiser la définition de la notion de «cas» utilisée dans toute la région européenne de l'OMS ainsi que les outils de gestion des données;
- d'intégrer la TB dans la surveillance globale des maladies transmissibles;
- de mettre l'accent sur l'utilisation d'analyses de cohortes pour la surveillance des résultats des traitements;
- d'améliorer nos connaissances sur la coépidémie de TB/VIH;
- de procéder à des évaluations attentives de la prévalence et des tendances en matière de TB-MR aux niveaux national et régional.

13. Rapport épidémiologique annuel sur les maladies transmissibles en Europe en 2009

(Publié en octobre 2009)

Contexte général

En 2007, l'ECDC a proposé que tous les trois à cinq ans, une version complète des rapports épidémiologiques annuels (REA), couvrant en profondeur tous les domaines placés sous la surveillance de l'ECDC, soit publiée et le comité consultatif de l'ECDC a appuyé cette proposition. C'est la raison pour laquelle l'édition 2009, après un survol général de la situation en matière de maladies transmissibles dans l'Union européenne, présente une analyse approfondie d'un seul et unique domaine: les maladies à prévention vaccinale. Cette édition fournit des données sur l'incidence des maladies durant l'année 2007 (sous forme de tableaux et graphiques standard accompagnés de commentaires succincts) et évalue les menaces qui planent sur 2008 en termes de santé.

Impact des maladies transmissibles sur la santé publique

Les principales menaces liées aux maladies transmissibles dans l'UE n'ont pas fondamentalement changé depuis l'édition précédente de ce rapport et incluent notamment:

- la résistance aux antimicrobiens;
- les infections associées aux soins;
- les maladies à prévention vaccinale et, en particulier, les infections à pneumocoques;
- les infections respiratoires, avec notamment la grippe (à potentiel pandémique ainsi que les épidémies saisonnières annuelles) et la tuberculose;
- les infections à VIH.

Résumé de la surveillance des maladies transmissibles en 2007

Le chapitre 3 rassemble et expose tous les cas signalés en 2007 par les 27 États membres de l'UE ainsi que par les trois pays de l'EEE/AELE, à savoir l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège. Comme souligné dans les différentes sections de ce chapitre consacrées à chaque maladie, il y a lieu de faire preuve de prudence lors de la comparaison de l'incidence de ces maladies dans un pays avec celle observée dans un autre pays. En effet, les systèmes de surveillance diffèrent et la relation entre l'incidence déclarée et l'incidence réelle varie d'un pays à un autre pour de nombreuses maladies. Dans la plupart des cas, il se révèle plus pertinent de centrer les comparaisons sur les tendances au fil du temps, dans la mesure où cette caractéristique du système de surveillance est plus stable.

Tout en tenant compte de cette recommandation, nous résumons ci-après les résultats fondamentaux de la surveillance des maladies infectieuses à l'échelon de l'UE pour les principaux groupes de maladies et/ou affections préoccupantes.

Résistance aux antimicrobiens et infections associées aux soins (RAM/IAS)

En 2007, le *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SDRM) est demeuré un problème majeur dans toute l'Europe. Néanmoins, les proportions de SDRM ont paru se stabiliser dans certains pays hautement endémiques et des tendances décroissantes ont été effectivement observées dans quelques pays.

S'agissant de la résistance à la pénicilline chez *Streptococcus pneumoniae* (PNSP), le tableau est assez diversifié en Europe: la plupart des pays de l'Europe du Nord ont enregistré des niveaux assez bas, tandis que ceux de l'Europe du Sud et les pays méditerranéens ont déclaré des niveaux relativement élevés. Néanmoins, les niveaux de la résistance à la pénicilline et à l'érythromycine sont restés stables dans la plupart des pays.

Avec la propagation du complexe clonal 17, un nombre croissant d'hôpitaux a dû faire face à des flambées d'infections à *Enterococcus faecium* résistant à la vancomycine dans divers pays.

La résistance aux fluoroquinolones, aux aminopénicillines, aux aminosides et aux céphalosporines de troisième génération chez *Escherichia coli* s'est considérablement renforcée dans la quasi-totalité des pays déclarants, durant ces dernières années. Il s'agit là d'une observation importante car elle met en lumière une évolution vers des bactéries à Gram négatif de plus en plus multirésistantes, voire vers des souches totalement résistantes.

La tendance décroissante des infections des sites chirurgicaux après des opérations de prothèse de la hanche s'est confirmée en 2007 et illustre le rôle primordial de la surveillance, associée à des comparaisons inter-hôpitaux corrigées des risques, dans la prévention et le contrôle des IAS.

Maladies à prévention vaccinale (MPV)

En 2007, le taux de notification de cas d'infections invasives à *Haemophilus influenzae* est resté stable en Europe et très inférieur à 1/100 000. Le vaccin Hib a continué à avoir un effet significatif sur l'incidence de ces infections dans tous les pays où il a été introduit.

En 2007, le taux global de notification d'infections invasives à méningocoques est demeuré inchangé par rapport à 2006, soit 1/100 000, et les sérogroupes B (77 %) et C (16 %) sont restés la cause majeure de ce type d'infections invasives en Europe. Le vaccin le plus couramment utilisé en 2007 couvre uniquement le séro groupe C.

Par rapport à l'année précédente, les nombres de cas confirmés de maladies pneumococciques invasives (MPI) notifiés par l'Autriche et la Slovénie ont considérablement augmenté; ces hausses s'expliquent vraisemblablement par les améliorations récentes apportées par ces deux pays à leur système de surveillance. Il est difficile, dans l'ensemble, de comparer les taux de notification des divers États membres, en raison de l'extrême hétérogénéité qui caractérise les systèmes de surveillance des MPI dans l'Union européenne. Le vaccin pneumococcique heptavalant conjugué (VCP7) a été autorisé dans l'UE en 2001, mais son utilisation varie selon les pays.

Malgré une diminution du nombre de cas de rougeole signalés en 2007 dans les États membres de l'UE et les pays de l'EE/AELE par rapport à 2006, la rougeole est restée une priorité de santé publique, avec 2 795 cas confirmés, dont un cas mortel et deux cas d'encéphalite. Seuls quatre pays n'ont rapporté aucun cas de rougeole au cours de ces trois dernières années.

En 2007, les oreillons représentaient toujours une maladie à prévention vaccinale dont les taux de notification figuraient parmi les plus élevés d'Europe. Toutefois, la tendance décroissante globale s'est poursuivie et le taux de notification des cas d'oreillons en 2007 a été, le plus bas enregistré depuis 1995.

Comme en 2006, les taux de cas confirmés de rubéole déclarés en 2007 étaient peu élevés.

Infections des voies respiratoires

L'épisode 2007-2008 de grippe saisonnière en Europe s'est caractérisé par une activité clinique modérée, avec un pic de grippe A(H1N1) suivi d'un pic de grippe B. Seules quelques souches A(H3N2) ont été isolées.

L'apparition de la première souche virale de grippe saisonnière résistante à l'antiviral oseltamivir — A(H1N1-H247Y) — marque un nouveau phénomène important. En effet, cette souche est tout à fait capable de se transmettre d'homme à homme, mais sa distribution varie considérablement au sein de la région européenne: alors qu'elle représente plus de la moitié de l'ensemble des souches isolées dans certains pays, elle ne compte que pour un faible pourcentage dans d'autres. L'émergence et la propagation de ce virus résistant ne peut s'expliquer par l'utilisation préalable d'antiviraux.

Comme en 2006, plusieurs flambées de grippe aviaire hautement pathogène ont été déclarées en Europe chez les volatiles et, notamment, parmi les volailles domestiques; toutefois, aucun cas humain de grippe aviaire n'a été signalé. Une flambée de grippe aviaire animale faiblement pathogène A(H7N2) est apparue au Royaume-Uni en mai 2007, avec plusieurs cas associés de maladie de type grippal et/ou de conjonctivites chez des humains.

En 2007, le taux de notification de légionellose dans les États membres de l'UE et de l'EEE/AELE a affiché une parfaite stabilité avec 1,1 cas pour 100 000 habitants. Le nombre de cas déclarés de légionelloses associées à des voyages s'est néanmoins accru par rapport à 2006, en raison probablement de l'amélioration du système de surveillance et de notification des maladies. Par contre, il a été observé une baisse du nombre de groupes de cas liés aux voyages, qui reflète peut-être l'impact des orientations communiquées par le groupe de travail européen sur les infections à *Legionella* (EWGLI) aux fins du contrôle de la maladie du légionnaire.

S'agissant de la tuberculose (TB), les taux de notification déclarés affichent, depuis 2003, des tendances constantes à la baisse dans vingt-cinq pays. Tout comme en 2006, 20 % de l'ensemble des cas signalés en 2007 concernaient des personnes d'origine étrangère, provenant principalement d'Asie ou d'Afrique. La multirésistance (MR) est demeurée plus fréquente dans les États baltes que dans les autres pays et, de manière générale, plus courante chez les personnes d'origine étrangère. Les données montrent que la situation en matière de tuberculose est restée très hétérogène et se caractérise par trois grandes tendances: les pays ayant une faible incidence de la tuberculose et où les cas diagnostiqués touchent de plus en plus des personnes d'origine étrangère; ceux dont les

taux de notification sont modérés à élevés, mais où la TB-MR est encore peu fréquente; et ceux affichant à la fois des taux de notification relativement élevés et une forte proportion de cas de TB-MR. En 2007, les États membres de l'UE et de l'EEE/AELE ont déclaré, au total, 41 205 cas confirmés de TB (soit 8,2 pour 100 000 habitants).

VIH, infections sexuellement transmissibles, hépatite B et C

En 2007, l'infection à VIH est demeurée un problème de santé publique d'importance majeure en Europe, dans la mesure où aucun signe de décroissance n'a été enregistré dans le nombre de nouveaux cas diagnostiqués et déclarés. En revanche, le nombre de cas de sida diagnostiqués a continué à diminuer, excepté dans certains pays d'Europe orientale et centrale. Le mode de transmission prédominant diffère selon les pays et régions géographiques, reflétant ainsi l'extrême diversité de l'épidémiologie du VIH en Europe.

Comme durant les années antérieures, les infections à *Chlamydia trachomatis* sont restées, en 2007, les IST les plus fréquemment signalées (et la maladie à déclaration obligatoire la plus fréquente dans toute l'Europe). Plus de 250 000 cas confirmés d'infection à *Chlamydia trachomatis* ont été déclarés par 22 des États membres de l'UE et de l'EEE/AELE, ce qui correspond à un taux global de 122,6 pour 100 000 habitants. La *Chlamydia* a continué à affecter principalement les jeunes âgés de 15 à 24 ans. Il est probable, cependant, que l'incidence des infections à *Chlamydia trachomatis* soit, en réalité, plus élevée et que les taux de notification reflètent davantage les pratiques de dépistage et l'ampleur des tests, plutôt que l'incidence véritable.

Fait étonnant, la Suède a déclaré une augmentation de 45 % du nombre de cas depuis 2006; celle-ci résulte sans doute des nouveaux tests de dépistage de la nouvelle variante de *Chlamydia trachomatis* qui avait été signalée pour la première fois en Suède en novembre 2006. Une enquête menée à l'échelon de l'UE a révélé que la propagation de cette variante avait été circonscrite à la Suède ou aux partenaires sexuels de Suédois dans d'autres pays.

Bien que la plupart des pays européens disposent de systèmes de surveillance de l'hépatite B et C, toute comparaison entre les données de surveillance des divers pays se révèle difficile, en raison des différences affichées par ces derniers, notamment en ce qui concerne la structure des systèmes mis en place, les pratiques de notification, les méthodes de collecte de données ainsi que la définition qu'ils donnent à la notion de «cas».

Maladies d'origine alimentaire et hydrique et zoonoses

La campylobactériose demeure l'une des causes de maladie gastro-intestinale les plus fréquemment signalées dans l'UE et l'EEE/AELE. En 2007, le taux de notification a augmenté de plus de 15 % par rapport à 2006. Les systèmes de notification étant très variables d'un pays à un autre, il n'est guère aisé de procéder à des comparaisons directes, d'autant qu'il est notoire que certains pays déclarent des chiffres inférieurs à la réalité.

En 2007, le taux de notification de salmonellose est demeuré élevé dans les États membres de l'UE et de l'EEE/AELE, quoique la tendance décroissante observée dès 2004 se soit poursuivie.

Au total, 13 952 cas confirmés d'hépatite A ont été déclarés en 2007 par 29 pays de l'UE et de l'EEE/AELE, et le tableau épidémiologique de l'hépatite A montre des variations considérables selon les pays. Une flambée d'hépatite A est apparue en Lettonie en novembre 2007.

Maladies d'origine environnementale et maladies à transmission vectorielle

En août 2007, l'Italie a notifié une flambée de chikungunya, avec 217 cas confirmés en laboratoire. Introduit par un voyageur isolé qui revenait d'Inde, le virus du chikungunya s'est transmis au niveau local, ce qui a confirmé que le moustique *Aedes albopictus* est un vecteur capable de transmettre efficacement le virus sous les latitudes de l'Union européenne.

En 2007, 637 cas confirmés de fièvre Q (coxiellose) ont été déclarés au total par 22 pays de l'UE et de l'EEE/AELE, soit un chiffre proche de celui de 2006 (583). Les Pays-Bas et la Slovénie ont signalé des flambées de fièvre Q impliquant, respectivement, 168 et 86 cas.

Sept États membres ont déclaré, au total, 40 cas confirmés de fièvre hémorragique virale, dus pour la plupart à des infections à Hantavirus.

Résumé des menaces en 2007

Depuis que les activités de renseignement sur les épidémies ont été lancées en juillet 2005, l'ECDC a surveillé 696 menaces jusqu'à la fin de l'année 2008. Durant 2008, le Centre a surveillé 250 menaces, dont 227 (91 %) étaient nouvelles, 14 (6%) étaient apparues en 2007 et demeuraient d'actualité, et 9 (4 %) constituaient des menaces récurrentes. Ces dernières concernaient la grippe aviaire dans l'ensemble de la région européenne et au niveau international, la situation mondiale du chikungunya, la poliomyélite, la fièvre de la dengue, le choléra et la rougeole, de même qu'une nouvelle variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob et la tuberculose ultrarésistante.

Voici plus en détail certaines des menaces surveillées:

- des virus de la grippe A(H1N1) résistants à l'oseltamivir ont été détectés dans 21 États membres, avec des taux variant entre moins de 1 % en Italie et 68 % en Norvège;
- 5 flambées d'hépatite A d'ampleur internationale ont fait l'objet de contrôles en 2008, ce qui représente une augmentation notable par rapport aux années précédentes;
- une flambée de *Shigella sonnei*, affectant plus de 140 employés exposés au virus dans la cafétéria de leur entreprise, a été observée en Suède;
- 85 groupes de cas de légionellose ont été enregistrés en 2008;
- 11 flambées de rougeole ont été notifiées en 2008 dans l'UE et dans l'EEE/AELE; celles-ci ont donné lieu à l'apparition de cas secondaires dans d'autres États membres, malgré la diminution de l'incidence de la rougeole observée en Europe depuis 2006. Le nombre de flambées déclarées en 2008 indique une nette hausse par rapport à 2007 (7) et 2006 (2);
- 11 menaces liées à la tuberculose ont fait l'objet d'une évaluation en 2008; toutes étaient associées à des voyages effectués par des patients souffrant de tuberculose (7 cas de transmission de tuberculose lors de voyages aériens et 3 cas lors de voyages maritimes);
- un décès concernant un touriste de retour d'Ouganda et infecté par le virus de Marbourg a été signalé aux Pays-Bas en juillet 2008;
- le premier cas de fièvre hémorragique de Crimée-Congo (CCHF) a été confirmé dans le nord de la Grèce en juillet 2008.

Conclusions

Il ressort de la synthèse des principales tendances et données chiffrées que les priorités en matière de prévention et de contrôle des maladies dans l'UE et l'EEE/AELE n'ont pas fondamentalement changées depuis la dernière édition du rapport épidémiologique annuel (REA). Plusieurs points méritent néanmoins d'être mis en exergue.

Les données de 2007 montrent que la résistance aux antimicrobiens représente un problème de santé publique de plus en plus préoccupant en Europe car les voyages et échanges commerciaux internationaux facilitent son développement. Face à ce constat, il est impératif que tous les acteurs concernés coopèrent au niveau international et déploient des efforts concertés au niveau national, afin de prévenir et d'endiguer l'émergence de la résistance aux antimicrobiens.

S'agissant des infections associées aux soins (IAS), il y a de lieu de mener une enquête sur la prévalence ponctuelle de ces infections à l'échelle de l'Union européenne, de manière à évaluer la charge de tous les types d'infections dans les établissements de soins de santé en Europe. L'élaboration d'un protocole européen normalisé pour cette enquête de prévalence est désormais inscrite au programme de travail de l'ECDC et devrait permettre d'adapter les différents protocoles relatifs à la prévalence des IAS, de sorte que des comparaisons internationales puissent être établies.

Dans le domaine des maladies à prévention vaccinale, les inquiétudes restent vives face au risque que des sérotypes couverts par le vaccin pneumococcique conjugué puissent, après introduction du vaccin, être remplacés par des sérotypes non couverts, comme cela a déjà été observé aux États-Unis. Dans cette perspective, il pourrait être judicieux de renforcer la surveillance dans l'Union européenne, y compris en ce qui concerne les examens en laboratoire.

Comme on pouvait s'y attendre, près de 90 % des cas de rougeole déclarés dans l'UE et l'EEE/AELE concernaient des personnes non vaccinées, ce qui montre que la rougeole demeure un problème parmi les groupes de population à faible couverture vaccinale. De plus, tous les cas de complication ou de décès ont eu lieu chez des sujets non vaccinés. C'est pourquoi l'accroissement du niveau de couverture vaccinale en Europe doit rester une priorité de santé publique en Europe, même s'il s'avère difficile d'éradiquer totalement la maladie en 2010.

Des poussées d'oreillons surviennent parfois chez des individus ayant reçu deux doses du vaccin anti-rougeole-oreillons-rubéole (ROR); des examens plus approfondis devraient être menés à cet égard.

À quelques rares exceptions près, les États membres se sont davantage efforcés de confirmer tous les cas de rubéole qu'ils avaient notifiés. L'Organisation mondiale de la santé a fait de l'éradication de la rubéole l'objectif à atteindre pour 2010. Dans cette optique, il apparaît primordial d'améliorer la sensibilité et la spécificité des activités de surveillance de cette maladie.

La caractéristique inhabituelle de l'épisode 2007-2008 de grippe saisonnière a été l'émergence du virus de la grippe A(H1N1) résistant à l'oseltamivir. Il s'agissait là de la toute première observation d'un virus de la grippe saisonnière humaine résistant à un inhibiteur de la neuraminidase et pleinement capable de se transmettre d'homme à homme. La surveillance de la résistance antivirale parmi les virus de la grippe saisonnière devrait continuer à se focaliser sur la réapparition possible de souches résistantes.

Eu égard au contrôle de la tuberculose, force est de constater — compte tenu du contexte épidémiologique hétérogène des États membres de l'UE et de l'EEE/AELE — que le nombre de pays affichant une incidence élevée/intermédiaire n'a pas changé, bien que des progrès aient été accomplis pour tenter d'enrayer l'épidémie. Il convient, dès lors, d'accorder une attention soutenue au contrôle de la tuberculose, de même qu'à l'optimisation de la surveillance. Dans certains pays à faible incidence, les données montrent une tendance constante à la baisse du nombre de cas au sein de la population autochtone et indiquent clairement que l'épidémie touche toujours davantage les groupes de population les plus vulnérables, tels que les migrants. Qui plus est, la notification des cas de co-morbidité TB/VIH demeure incomplète et la couverture des tests de sensibilité médicamenteuse, encore insuffisante, doit être étendue, de même que la notification et l'analyse de la résistance aux médicaments de seconde ligne.

Le développement et la mise en œuvre d'un système renforcé de surveillance de l'hépatite B et C figurent au rang des priorités de l'ECDC. Il est essentiel, en effet, que le Centre puisse disposer de données de surveillance de meilleure qualité pour être à même de fournir les informations indispensables pour mieux contrôler les tendances, comprendre les différences épidémiologiques et évaluer les programmes de prévention dans l'Union européenne. En raison de la nature chronique de ces deux maladies, il se révèle cependant très ardu de distinguer l'«incidence» de la «prévalence» (tout comme c'est le cas également pour l'infection à VIH) et il n'existe aucune solution aisée pour remédier à ce problème.

Pour ce qui est, enfin, des maladies d'origine alimentaire et hydrique, les rapports futurs tenteront d'établir une distinction plus nette entre les données relatives au sérotype O157 et celles relatives au sérotype non O157 d'*Escherichia coli* producteurs de vérotoxines (VTEC) et shigatoxines (STEC), dans la mesure où les degrés de priorité accordés à ces deux sérotypes et, partant, leur couverture diffèrent considérablement selon les systèmes nationaux mis en place. Il est à noter que le sérotype O157 est clairement mieux couvert que les autres sérotypes d'*Escherichia coli*.

Tableau A: présentation de la tendance générale, du taux de notification au sein de l'UE et des principaux groupes d'âge affectés par les maladies transmissibles déclarées dans l'UE et l'EEE/AELE en 2007. Nombre de pays déclarants (n=30)

Maladie	Tendance générale sur 10 ans	Taux de notification de l'UE pour 100 000 (2007)	Principaux groupes d'âge affectés (2007)
Infections des voies respiratoires			
Grippe	↔	Pas de données	Données insuffisantes
Grippe aviaire	↑	0	Aucun cas
Maladie du légionnaire (légionellose)	↑	1,1	65+
Tuberculose	↓	8,2	25-44
VIH, infections sexuellement transmissibles et infections virales à diffusion hémotogène			
Infection à Chlamydia	↑	122,6	15-24
Blennorragie	↔	9,5	15-24
Hépatite B	↓	1,5	25-44
Hépatite C	↑	6,9	25-44
VIH	↑	6,0	25-44
Sida	↓	1,2	25-44
Syphilis	↑	4,4	25-44
Maladies d'origine alimentaire et hydrique et zoonoses			
Charbon bactérien	↔	<0,01	Données insuffisantes
Botulisme	↔	<0,1	25-44
Brucellose	↓	0,1	25-64
Campylobactériose	↑	46,7	0-4
Choléra	↓	<0,01	25-44
Cryptosporidiose	↓	2,4	0-4
Échinococcose	↓	0,2	45-64
<i>Escherichia coli</i> vérotoxigènes (VTEC/STEC)	↔	0,6	0-4
Giardose	Données insuffisantes	61,7	0-4
Hépatite A	↓	2,8	5-14
Leptospirose	↔	0,2	45-64, 25-44
Listériose	↑	0,4	65+
Salmonellose	↓	34,3	0-4
Shigellose	↓	2,1	0-4
Toxoplasmose	↓	0,8	5-14
Trichinellose	↔	0,2	25-44
Tularémie	↔	0,3	45-64
Typhoïde/fièvre paratyphoïde	↓	0,2	0-4
Variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (nv-MCJ)	Données insuffisantes	<0,01	15-24
Yersiniose	↑	2,9	0-14

Maladie	Tendance générale sur 10 ans	Taux de notification de l'UE pour 100 000 (2007)	Principaux groupes d'âge affectés (2007)
Maladies émergentes et maladies à transmission vectorielle			
Malaria	↔	1	25–44
Peste	Données insuffisantes	0	Aucun cas
Fièvre Q (coxiellose)	↓	0,2	15–24, 45–64
Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)	Données insuffisantes	0	Aucun cas
Variole	Données insuffisantes	0	Aucun cas
Fièvre hémorragique virale (FHV)	Données insuffisantes	Données insuffisantes	Données insuffisantes
Chikungunya	Données insuffisantes	<0,01	Données insuffisantes
Fièvre du Nil occidental	Données insuffisantes	<0,01	> 15
Fièvre jaune	Données insuffisantes	0	Aucun cas
Maladies à prévention vaccinale			
Diphtérie	↓	<0,01	45–64, 5–14
Infection invasive à <i>Haemophilus influenzae</i>	↔	0,5	65+, 0–4
Infection invasive à méningocoques	↓	1,0	0–4
Infection pneumococcique invasive	↔	6,3	65+, 0–4
Rougeole	↓	0,6	0–4
Oreillons	↓	4,3	5–14
Coqueluche	↓	4,4	5–14
Poliomyélite	Données insuffisantes	0	Aucun cas
Rage	Données insuffisantes	<0,01	Données insuffisantes
Rubéole	↓	1,2	0–4
Tétanos	↓	<0,1	65+
Résistance aux antimicrobiens et infections associées aux soins			
RAM	↑	Non applicable	Pas de données
Infections nosocomiales	↑	Non applicable	Pas de données

14. Surveillance du VIH/sida en Europe en 2008

(Publié en décembre 2009)

Points clés

L'infection à VIH conserve une importance majeure en matière de santé publique en Europe et les données recueillies montrent que la transmission du VIH ne cesse de croître dans plusieurs pays européens. En dépit des déclarations incomplètes, il apparaît que le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH diagnostiqués et signalés en 2008 a généralement augmenté, alors que le nombre de cas de sida diagnostiqués a continué de diminuer dans l'ensemble de la région européenne de l'OMS — à l'exception cependant de la région orientale où le nombre de cas de sida s'est accru.

- En 2008, 51 600 cas d'infection à VIH ont été diagnostiqués et notifiés par 48 des 53 pays de la région européenne de l'OMS et par le Liechtenstein (données non disponibles pour l'Autriche, le Danemark, le Liechtenstein, Monaco, la Fédération de Russie et la Turquie). Les taux les plus élevés ont été signalés en Estonie, au Kazakhstan, en Lettonie, en Moldavie, au Portugal, en Ukraine et au Royaume-Uni.
- 7 565 cas de sida ont été déclarés par 47 pays (données non disponibles pour le Danemark, la Suède, le Kazakhstan, le Liechtenstein, Monaco, la Fédération de Russie et la Turquie).
- En 2008, 25 656 nouveaux cas d'infection à VIH ont été diagnostiqués et signalés par les États membres de l'Union européenne et de l'Espace économique européen (UE/EEE) (données non disponibles pour l'Autriche, le Danemark et le Liechtenstein). L'Estonie, la Lettonie, le Portugal et le Royaume-Uni sont les États de l'UE/AELE qui ont déclaré les taux les plus élevés.
- Dans l'UE/AELE, les rapports sexuels entre hommes représentent le mode prédominant de transmission de l'infection à VIH, suivis par les rapports hétérosexuels. Environ 40 % des cas signalés comme étant d'origine hétérosexuelle ont été diagnostiqués chez des personnes issues de pays présentant une épidémie de VIH/sida généralisée.
- Des variations sont observées dans les trois zones géographiques/épidémiologiques quant au mode de transmission prédominant, illustrant ainsi la diversité considérable de l'épidémiologie de VIH en Europe. Dans la partie orientale de la région européenne de l'OMS, le principal mode de transmission du VIH est la consommation de drogues par injection; dans la partie centrale par contre, il s'agit, en premier lieu, des rapports sexuels entre hommes et, en second lieu, des rapports hétérosexuels. Dans la partie occidentale, les deux modes prédominants sont, tout d'abord, les rapports sexuels entre hommes, puis les rapports hétérosexuels (si l'on exclut les cas des personnes provenant de pays présentant une épidémie généralisée).
- Depuis 2000, le taux de nouveaux cas diagnostiqués et signalés de VIH par million d'habitants a plus que doublé, passant de 44 par million d'habitants en 2000 à 89 par million d'habitants en 2008, sur la base des 43 pays ayant constamment communiqué leurs données de surveillance du VIH.
- Parmi les 46 pays qui ont régulièrement transmis des données concernant le sida durant la période 2000-2008, le nombre de cas de sida diagnostiqués et notifiés a diminué, passant de 12 072 cas (19/million) à 7 564 cas (12/million).
- Les données présentées ici comportent cependant quelques limites car plusieurs pays ont produit des déclarations incomplètes, voire n'ont pas communiqué de données, ou ont accusé du retard dans leur notification. Cette situation restreint, dès lors, les conclusions pouvant être tirées quant à l'ampleur et l'importance de l'épidémie de VIH et de sida en Europe. Si les données devaient être corrigées en tenant compte de ces limites, il est plus que probable que le nombre global d'infections à VIH doublerait pour 2008. En outre, le nombre signalé pour 2008 sera vraisemblablement actualisé au cours des prochaines années, étant donné les retards de notification de plusieurs pays.

Recommandations pour la surveillance du VIH/sida

Les données de la surveillance du VIH/sida sont vitales pour suivre les tendances de l'épidémie de VIH et évaluer la réponse de la santé publique. Par conséquent, tous les pays en Europe doivent:

- mettre en œuvre des systèmes nationaux de déclaration basés sur les cas de VIH et de sida et veiller à garantir leur caractère exhaustif et opportun;
- améliorer la qualité des données communiquées, en particulier en ce qui concerne les voies de transmission probables.

Recommandations pour la santé publique

Les interventions pour contrôler l'épidémie doivent être factuelles et adaptées au pays ainsi qu'à la zone géographique. Sur la base des données de surveillance disponibles, il est raisonnable de recommander ce qui suit.

- Pour les pays de la partie orientale de la région européenne de l'OMS: les interventions visant à contrôler le VIH parmi les consommateurs de drogues par injection — dont les programmes de réduction des méfaits de la drogue — doivent constituer la pierre angulaire des stratégies de prévention du VIH. Il convient également de renforcer les mesures de prévention de la transmission hétérosexuelle adressées aux personnes ayant des partenaires sexuels à haut risque.
- Pour les pays de la partie centrale: la prévention doit être adaptée à la situation de chaque pays, de façon à limiter l'épidémie à son faible niveau actuel. Le renforcement des mesures de contrôle du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doit néanmoins être considéré comme une priorité, compte tenu de l'augmentation des cas d'infection à VIH dans ce groupe de population.
- Pour les pays de la partie occidentale: les mesures de contrôle du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent représenter un élément fondamental des stratégies de prévention du VIH, lesquelles doivent inclure des programmes novateurs pour ce groupe. Il y a lieu, en outre, d'adapter les interventions ayant pour but de prévenir, traiter et soigner les infections à VIH, de sorte qu'elles puissent atteindre les migrants.
- De manière générale, il faut promouvoir les services d'orientation et de tests de dépistage, afin de favoriser un diagnostic précoce et de permettre aux personnes concernées de recevoir sans délai un traitement et des conseils qui les aideront à prévenir ou réduire les risques de transmission ultérieure et à améliorer les résultats du traitement à plus long terme. Il importe de garantir à tous les groupes de population une parfaite équité en matière d'accès au traitement et aux soins contre le VIH, si l'on veut que tous les pays puissent atteindre l'objectif fixé à l'échelon mondial, à savoir l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins.

Annexe: publications de l'ECDC en 2009

La présente liste reprend uniquement les publications officielles de l'ECDC en 2009. Toutes sont accessibles sur le portail web du Centre (www.ecdc.europa.eu) et nombre d'entre elles sont également disponibles en version imprimée. Certaines ont été mises à jour durant l'année ou ont fait l'objet d'une seconde édition; les mois indiqués ci-après font référence à la dernière édition.

Au cours de l'année, le personnel de l'ECDC a publié ou collaboré à de nombreux articles scientifiques et autres publications, dont le journal scientifique européen Eurosurveillance, qui ne sont pas énumérés ici. Le Centre a également produit un grand nombre de documents de communication succincts concernant la pandémie de grippe, tels que ceux relatifs à l'évaluation des risques et aux hypothèses de planification. Ces documents sont disponibles en ligne, mais non énumérés ci-après.

Rapports techniques

Mai

Development of Aedes albopictus risk maps

Juin

Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft

Guide to public health measures to reduce the impact of influenza pandemics in Europe: 'The ECDC Menu'

Surveillance and studies in a pandemic in Europe

Juillet

Migrant health series: Background note

Migrant health series: Epidemiology of HIV and AIDS in migrant communities and ethnic minorities in EU/EEA countries

Migrant health series: Access to HIV prevention, treatment and care for migrant populations in EU/EEA countries

Septembre

Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe

The bacterial challenge: time to react (ECDC/EMA joint technical report)

Novembre

Effectiveness of behavioural and psychosocial HIV/STI prevention interventions for MSM in Europe

Orientations de l'ECDC

Mai

Interim ECDC public health guidance on case and contact management for the new influenza A(H1N1) virus infection

Juin

Chlamydia control in Europe

Mitigation and delaying (or 'containment') strategies as the new influenza A(H1N1) virus comes into Europe

Public health use of influenza antivirals during influenza pandemics

Août

Use of specific pandemic influenza vaccines during the H1N1 2009 pandemic

Novembre

Scientific panel on childhood immunisation schedule: Diphtheria-tetanus-pertussis (DTP) vaccination

Risk assessment guidelines for diseases transmitted on aircraft – Part 2: Operational guidelines for assisting the evaluation of risk for transmission by disease

Rapports de surveillance

Mars

Tuberculosis surveillance in Europe 2007

Juin

Analysis of influenza A(H1N1)v individual data in EU and EEA/EFTA countries

Preliminary report on case-based analysis of influenza A(H1N1) in EU and EEA/EFTA countries

Octobre

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2009

Décembre

HIV/AIDS surveillance in Europe 2008

Rapports de réunion

Mars

Expert meeting on chikungunya modelling (April 2008)

Consultation of the ECDC Competent Bodies for preparedness and response (October 2008)

Consultation on Crimean-Congo haemorrhagic fever prevention and control (September 2008)

Training strategy for intervention epidemiology in the European Union (October 2008)

ECDC workshop on social determinants and communicable diseases (March 2009)

Avril

Technical meeting on hepatitis A outbreak response (November 2008)

Mai

European pandemic influenza planning assumptions (January 2009)

Juin

Expert consultation on rabies post-exposure prophylaxis (January 2009) Scientific Consultation Group – second meeting

Août

Surveillance and studies in a pandemic: Fourth meeting of the SSiaP working group (July 2009)

Expert consultation on West Nile virus infection (April 2009)

Octobre

First meeting of ECDC Expert Group on Climate Change (September 2009)

Novembre

Ensuring quality in public health microbiology laboratories in the EU: Quality control and areas in need of strengthening (September 2009)

Décembre

Joint ECDC/EUPHA meeting on health communication for innovation in the EU: public health microbiology laboratories

Documents techniques***Juillet***

Web service technical documentation, TESSy, Version 1.1

Transport Protocol Specification XML – Extensible Markup Language, TESSy, Version 2.6

Transport Protocol Specification CSV – Comma Separated Value, TESSy

Septembre

Overview of surveillance of influenza 2009/2010 in the EU/EEA

Novembre

Protocols for cohort database studies to measure influenza vaccine effectiveness in the EU and EEA Member States

Protocols for case-control studies to measure influenza vaccine effectiveness in the EU and EEA Member States

Décembre

Protocol for cluster investigations to measure influenza vaccine effectiveness in the EU/EEA

Publications institutionnelles***Trimestrielles (mars, juin, septembre, décembre)***

ECDC Insight

Executive Science Update

Juin

Annual Report of the Director – 2008

Summary of key publications

Août

Annual Report of the Director: Summary – 2008