# Surveillance du VIH/sida : EuroHIV

**Avec EuroHIV, l'InVS est un centre collaborateur de l'OMS et de l'Onusida pour la surveillance du VIH/sida. Les données de cette surveillance, mises à jour au 30 juin 2002, montrent une importante disparité entre l'ouest et l'est de l'Europe.**

**La situation en Europe de l'Ouest** (pays de l'Union européenne, Norvège, Suisse)

Si globalement le nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH reste stable (figure 25), les tendances évolutives diffèrent selon les groupes de transmission : alors qu'il continue de diminuer chez les utilisateurs de drogues injectables et reste stable chez les homo/bisexuels masculins, il augmente de façon constante chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle (+64 % entre 1997 et 2001), majoritairement représentées par des migrants originaires de pays où l'épidémie de VIH est généralisée (Afrique subsaharienne pour la plupart). Les données pour les six premiers mois de l'année 2002 semblent confirmer ces tendances. Par ailleurs, l'augmentation récente des infections sexuellement transmissibles chez les homosexuels dans plusieurs pays d'Europe de l'Ouest suggère une reprise des comportements à risque dans ce groupe.

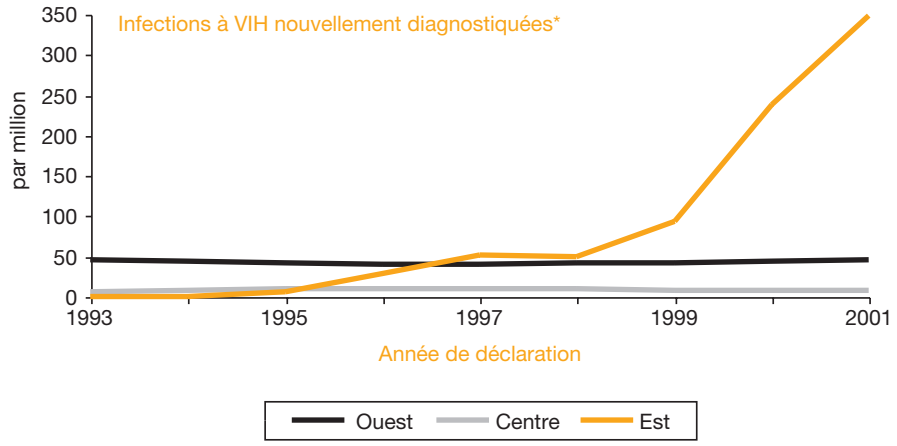
Les défis majeurs auxquels est actuellement confrontée l'Europe occidentale sont donc de prévenir le relâchement des pratiques sexuelles à moindre risque, et d'améliorer l'accès au dépistage et aux soins pour toutes les personnes infectées, en particulier les migrants venant d'Afrique subsaharienne.

**La situation en Europe de l'Est** (pays de l'ex-Union soviétique)

Depuis l'effondrement du bloc soviétique, le nombre d'infections à VIH nouvellement diagnostiquées a littéralement explosé, passant de 234 cas en 1994 à près de 100 000 cas déclarés en 2001. Cette épidémie majeure (on estime à un million le nombre de sujets infectés), qui touche tous les pays de la région y compris ceux du Caucase et d'Asie centrale, est concentrée chez les usagers de drogues injectables (89 % en excluant les cas sans risque déclaré), dans un contexte socio-économique défavorable (augmentation de la prostitution, de l'utilisation de drogue et crise économique). Le risque majeur pour cette région est celui d'une dissémination à large échelle du VIH par voie hétérosexuelle. Actuellement, le nombre de cas attribués à une transmission hétérosexuelle reste bas mais a récemment progressé (augmentation de 53 % en 2001 par rapport à l'année 2000). Il apparaît donc urgent et impératif d'entreprendre des actions pour contenir la progression de cette épidémie.

La situation est d'autant plus dramatique en Europe de l'Est que cette région va être inévitablement – et bientôt – frappée par une épidémie massive de sida, conséquence de l'épidémie actuelle du VIH, à laquelle l'effondrement des systèmes locaux de soins ne permettra pas de faire face.

**Figure 25 : Infections à VIH nouvellement diagnostiquées (1993-2001), par million d'habitants en Europe de l'Ouest et de l'Est – données déclarées au 30 juin 2002**




* Ouest : à l'exclusion de l'Espagne, l'Italie, la France qui n'ont pas de déclaration obligatoire nationale de la séropositivité sur la période 1993-2001.

**Références bibliographiques :**

Centre européen pour la surveillance epidémiologique du sida. EuroHIV. Surveillance du VIH/Sida en Europe. Rapport du 1er semestre 2002. Saint-Maurice : InVS, Décembre 2002. n°67

Semaille C, Alix J, Downs AM, Hamers FF. L'infection à VIH en Europe : une importante disparité d'Ouest en Est. *BEH* N°47/2002

Nicoll A, Hamers FF. Are trends in HIV, gonorroea, and syphilis worsening in western Europe ? *BMJ* 2002 ; 324 : 1324-7

Hamers FF, Downs AM. HIV in central and eastern Europe. *Lancet* 2003 ; 361 : 1035-44

## Surveillance de la tuberculose : EuroTB

**Avec EuroTB, l'InVS est un centre collaborateur de l'OMS pour la surveillance de la tuberculose. Les données de cette surveillance en 2000 montrent également d'importantes disparités entre les différentes zones européennes.**

Dans les 51 pays de la région Europe de l'OMS, 385 810 cas de tuberculose ont été déclarés en 2000, avec des différences marquées dans les taux de déclaration selon trois zones :

– 12 cas pour 100 000 habitants à l'ouest (15 pays de l'Union européenne, Andorre, Islande, Israël, Malte, Monaco, Norvège, Saint Marin et Suisse) ;
– 90 pour 100 000 habitants à l'est (15 pays de l'ex-Union soviétique) ;
– 41 pour 100 000 habitants au centre (les 13 autres pays de la région Europe de l'OMS).

**Dans la plupart des pays de l'ouest et du centre de l'Europe**, les données de surveillance indiquent que le contrôle de la tuberculose reste globalement efficace. A l'ouest, la population d'origine étrangère représente un groupe à risque de tuberculose (30 % des cas globalement et plus de 40 % dans 9 pays) et de résistance aux médicaments antituberculeux (2,7 % des cas contre 0,5 % dans la population nationale).

**En Europe de l'Est**, l'augmentation massive des taux de déclaration (plus 57 % depuis 1995) traduit une hausse de l'incidence de la tuberculose et, dans certains pays, une meilleure exhaustivité et un diagnostic plus adapté dans le cadre de l'expansion de la stratégie recommandée par l'OMS. Les niveaux élevés de résistance (37 % parmi les cas déjà traités, 9 à 12 % parmi les cas sans antécédent de traitement) et les résultats thérapeutiques peu favorables observés dans plusieurs pays montrent une performance réduite des programmes de lutte, dans un contexte socio-économique difficile. Ces tendances, qui pourraient être accentuées par l'épidémie d'infections à VIH, nécessitent une réadaptation et un renforcement urgents des programmes de lutte anti-tuberculeuse à l'est.

# Listernet : étude de faisabilité

**L'InVS et le CNR des *Listeria* (Institut Pasteur, Paris) ont étudié la faisabilité d'une surveillance européenne de la listériose (Listernet). En effet, cette infection d'origine alimentaire représente un problème important de santé publique en raison de sa gravité, de son potentiel épidémique et de son impact économique ; des produits contaminés peuvent être à l'origine d'épidémies sur plusieurs pays, avec des cas dispersés, en nombre limité dans chaque pays, donc difficilement détectables au niveau national. D'où le projet européen Listernet.**

Dix-sept pays européens ont participé à l'étude de faisabilité : 14 pays de l'Union européenne (UE) et 3 hors UE (Islande, Norvège et Suisse). Tous les pays participants, à l'exception du Portugal, ont un système de surveillance de la listériose. Cette surveillance est basée sur la déclaration obligatoire ou la notification volontaire dans 14 pays, un réseau sentinelle dans 2 pays ; 16 pays ont un laboratoire national de référence des *Listeria*. Les méthodes de caractérisation des souches de *Listeria* les plus utilisées sont le sérotypage (15 pays) et le typage moléculaire (9 pays ; deux autres pays sont prêts à le réaliser dans le cadre d'une surveillance européenne).

L'analyse critique des systèmes et méthodes de surveillance, réalisée par un panel d'experts de 10 pays participants, montre qu'une harmonisation des définitions de cas, des données nationales recueillies et des méthodes de laboratoires utilisées est faisable.

L'ensemble des représentants des pays participants a recommandé la mise en place d'un réseau de surveillance européen avec une mise en commun des données nationales harmonisées, incluant les résultats de typage moléculaire des souches, effectué en routine selon un protocole standardisé. Sur la base de ces recommandations, six pays pourraient contribuer dès 2003, sept autres participant d'abord de façon partielle et adaptant progressivement leur système de surveillance et leurs pratiques de typage des souches.

**La création de ce réseau de surveillance et cette base de données centralisée devrait permettre de détecter rapidement et d'investiguer plus efficacement les épidémies de listériose jusque-là non détectées par les systèmes de surveillance nationaux et, grâce à l'harmonisation des systèmes, d'évaluer et de comparer les politiques de prévention nationale.**