bulletin épidémiologique hebdomadaire

BEH

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Solidarité, de la Santé

et de la Protection sociale

Direction générale de la Santé

Le SIDA dans la Communauté européenne : p. 33

Épidémie de Dengue dans le Pacifique : p. 35

N° 9/1989

6 mars 1989

SITUATION INTERNATIONALE

LE SIDA DANS LA COMMUNAUTÉ EUROPÉENNE au 31 décembre 1988 *(extrait)*

A. DOWNS *, R. ANCELLE *, E. COUTURIER *, J. B. BRUNET *

Ce rapport présente la situation du SIDA dans les douze pays de la Communauté européenne. Une seule source par pays, reconnue par les autorités sanitaires nationales fournit les renseignements au Centre de référence à Paris. Les cas de SIDA inclus dans ce rapport répondent à la définition du C.D.C./O.M.S. établie en 1987 (M.M.W.R., 14 août 1987, 36/n° 1 S; O.M.S. *R.E.H.* 1988; 63 : 1-7).

I. Surveillance : mise à jour au 31 décembre 1988

Au 31 décembre 1988, 17 521 cas ont été rapportés par les douze pays de la Communauté européenne* au Centre de référence à Paris. Ceci représente 92 % de tous les cas rapportés par l'ensemble des pays de la région Europe. Entre septembre et décembre 1988, 2 226 cas ont été rapportés. La distribution des cas par pays est présentée dans le tableau 1.

Les nouveaux cas représentent un accroissement (en 3 mois) de 14,6 % du total cumulé depuis le début de l'épidémie par les pays de la Communauté européenne.

Les taux d'incidence cumulés les plus élevés par million d'habitants ont été notés pour la France (101,7), le Danemark (70,2), l'Espagne (55,5), l'Italie (52,4) et les Pays-Bas (47,5).

À titre de comparaison, le taux est de 360 par million d'habitants aux U.S.A. (C.D.C. A.I.D.S. activity, *Weekly Surveillance Report,* 2 janvier 1989).

La répartition des cas par **âge et par sexe** est présentée dans le tableau 2 (*voir page suivante*) : 85,6 % des cas appartiennent à la classe d'âge 20-49 ans; 86,4 % des cas masculins appartiennent à cette classe d'âge comparés à 79,3 % des cas féminins. Les cas de SIDA féminins sont plus jeunes que les cas masculins (50,4 % des cas féminins sont dans la classe d'âge 20-29 ans comparés à 29 % des cas masculins). Le sexe ratio global (M/F) est de 7 et 87,9 % des cas sont masculins.

Parmi les 17 094 cas de SIDA adultes, 8 944 appartiennent **au groupe de transmission homo/bisexuel** (52,3 %), 4 519 sont **toxicomanes** (26,4 %) et 1 305 cas appartiennent **au groupe de transmission contact hétérosexuel** (7,6 %). 94,9 % des cas adultes résidaient dans la Communauté européenne.

La répartition des cas adultes par groupe de transmission montre une augmentation de 72 % (3 749 nouveaux cas) en une année parmi les homo/bisexuels et de 194 % (2 982 nouveaux cas) parmi les toxicomanes. 55,1 % (1 073/1 948) du total des cas féminins adultes rapportés sont des toxicomanes.

Tableau 1

Nombre de cas de SIDA par pays de la Communauté européenne (31-12-1988)

Pays	Nouveaux cas rapportés	Nombre par semaine	Cas cumulés (décembre 1988)	Taux/millions
France	781	60	5 655	101,7
Italie	452	34-35	3 008	52,4
Espagne	315	24-25	2 165	55,5
République fédérale d'Allemagne	291	22-23	2 779	45,6
Royaume-Uni	188	14-15	1 982	34,9
Pays-Bas	89	6-7	694	47,5
Danemark	39	3	358	70,2
Portugal	26	2	199	19,3
Belgique	16	1-2	424	42,8
Grèce	19	1-2	170	17,0
Irlande	10	<1	74	21,1
Luxembourg	0	0	13	32,5
Total	**2 226**		**17 521**	**54,1**

* Centre de référence européen sur le SIDA, institut Léon M'Ba, hôpital Claude-Bernard, 10, avenue de la Porte-d'Aubervilliers, 75019 Paris.

Tableau 2

Total cumulé des cas de SIDA par classe d'âge et par sexe dans les pays de la Communauté européenne
(31 décembre 1988)

Classe d'âge	Sexe masculin		Sexe féminin		Total	%
	Nb.	%	Nb.	%		
0-11 mois	88	0,6	88	4,2	176	1,0
1- 4 ans	103	0,7	65	3,1	168	1,0
5- 9 ans	44	0,3	10	0,5	54	0,3
10-12 ans	23	0,1	4	0,2	27	0,2
Inconnu pédiatrique	2	0,0	0	0,0	2	–
13-14 ans	22	0,1	2	0,1	24	0,1
15-19 ans	131	0,9	32	1,5	163	0,9
20-29 ans	4 462	29,0	1 067	50,4	5 529	31,6
30-39 ans	5 697	37,0	489	23,1	6 186	35,3
40-49 ans	3 144	20,4	134	6,3	3 278	18,7
50-59 ans	1 179	7,7	109	5,2	1 288	7,4
> 60 ans	449	2,9	110	5,2	559	3,2
Inconnu adulte/adolescent	62	0,4	5	0,2	67	0,4
Total pédiatrique	**260**	**1,7**	**167**	**7,9**	**427**	**2,4**
Total adulte/adolescent	**15 146**	**98,3**	**1 948**	**92,1**	**17 094**	**97,6**
Total	**15 406**	**100,0**	**2 115**	**100,0**	**17 521**	**100,0**
Pourcentage	87,9		12,1		100,0	

La répartition par groupe de transmission montre de grandes variations entre les pays. En ce qui concerne le groupe de transmission homo/bisexuel, les pourcentages les plus élevés (72-82 %) sont notés dans les pays de l'Europe du Nord (Pays-Bas, Royaume-Uni, Danemark, République fédérale d'Allemagne), alors que pour le groupe des toxicomanes, les pourcentages les plus élevés sont notés en Italie et en Espagne.

427 **cas pédiatriques** ont été rapportés dans 11 pays; la France, l'Italie et l'Espagne rapportent 76,1 % des cas (325/427). La transmission mère-enfant est le principal mode de transmission pédiatrique : 76,8 % (328/427) et à l'intérieur de ce groupe, 54,9 % (180/328) des mères sont toxicomanes.

La répartition du nombre de **cas de SIDA et de décès par demi-année de diagnostic** donne une image plus exacte de l'évolution du nombre de cas qu'une répartition de cas par période de déclaration. Il faut souligner que le nombre de cas diagnostiqués au cours des dernières périodes est provisoire en raison des délais de déclaration aux centres nationaux de surveillance.

Le taux de létalité (nombre de décès/nombre de cas) global est de 38,8 %. Ce taux ainsi que ceux donnés par demi-année de diagnostic sont moins élevés que ceux rapportés en décembre 1987. Cependant ces chiffres sont à analyser avec précaution étant donné, la sous-déclaration importante des décès qui existe dans certains pays et l'existence de malades perdus de vue. Il est à noter qu'aux Pays-Bas les décès des cas de SIDA ne sont plus collectés de manière routinière et ne figurent pas dans ce relevé. Une évaluation sera prochainement faite à partir des certificats de décès.

La répartition par groupe de transmission et par demi-année de diagnostic montre une lente augmentation du nombre de cas dans le groupe de transmission contact hétérosexuel et une très forte augmentation du nombre de cas dans le groupe des toxicomanes. Alors que le nombre de cas de toxicomanes diagnostiqués en 1987 représentait 55 % du nombre de cas diagnostiqués dans le groupe des homo/bisexuels, en décembre 1988 ce nombre atteint 73 %.

Une réorganisation des données dans certains pays depuis le dernier rapport a entraîné une remise à jour de quelques chiffres.

II. Tendances et prédictions des cas de SIDA au 30 juin 1990

Le calcul des prédictions des cas de SIDA dépend de la méthode utilisée. Des méthodes différentes peuvent donner des prédictions significativement différentes et aucune méthode n'a été universellement acceptée comme étant « la meilleure ». Toute prédiction doit donc être considérée avec beaucoup de précaution et doit être interprétée en fonction des hypothèses et limites préalablement définies. Le Centre n'estime pas que ses prédictions sont nécessairement plus fiables que d'autres prédictions publiées, en particulier celles établies par de nombreux pays à un échelon national.

Les prédictions présentées ici ont été obtenues en utilisant un modèle exponentiel appliqué au nombre de nouveaux cas diagnostiqués par demi-année au cours des trois dernières années (données du 30 juin 1988) ajustés sur les délais de déclaration. Il faut préciser que les prédictions se rapportent au nombre de cas **diagnostiqués** (par opposition au nombre de cas rapportés) pendant la période définie (moins de cas pourraient être rapportés pendant cette même période). **Ces prédictions basées sur les estimations des temps moyens de doublement au cours des trois dernières années, pourraient être surestimées si les temps de doublement continuent à augmenter.**

Globalement, **tous groupes de transmission confondus,** le modèle exponentiel fournit une bonne corrélation ($R^2 > 0,89$) au cours des trois dernières années pour 7 pays sur 10 (pays rapportant au moins 50 cas) et une moins bonne corrélation pour un autre pays (Pays-Bas : $R^2 = 0,84$). Le modèle donne une mauvaise corrélation ($R^2 < 0,70$) pour, la Belgique (même lorsque les résidents seuls sont pris en considération) et le Portugal (où 22 % des cas ont une date de diagnostic inconnue). Aucune prédiction n'est donc donnée pour ces 2 pays. Parmi les 8 pays restants, les estimations actuelles des temps de doublement sont les plus courts (9,2-10,4 mois) pour la Grèce, l'Italie, l'Espagne, sont intermédiaires pour la France (12,7 mois) et sont plus longs (15,5-19,3 mois) pour les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la République fédérale d'Allemagne et le Danemark.

Les pays ayant les temps de doublement les plus longs sont ceux pour lesquels le groupe de transmission homo/bisexuel est prédominant. Les temps de doublement se sont allongés depuis le début de l'épidémie dans tous les pays sauf en Grèce (où il est encore trop tôt pour détecter une telle évolution).

Bien qu'il y ait des indications selon lesquelles ces tendances vont probablement continuer, le nombre de cas diagnostiqués par demi-année continue à augmenter (après ajustement) dans la plupart des pays. Cependant en République fédérale d'Allemagne, on observe une diminution du nombre de nouveaux cas diagnostiqués au cours du dernier semestre; cette diminution persiste même après ajustement sur les délais de déclaration. Aux Pays-Bas, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués (ajustés), au cours des 3 derniers semestres sont restés pratiquement constants, suggérant que la courbe épidémique pourrait s'aplanir dans ce pays.

L'analyse par groupe de transmission (tableau 3) confirme que l'épidémie (mesurée par l'incidence du SIDA) s'étend plus rapidement parmi les toxicomanes que parmi les homo/bisexuels masculins dans chacun des 4 pays ayant plus de 50 cas parmi les toxicomanes. À l'intérieur de la Communauté européenne, les temps de doublement estimés pour ces groupes de transmission sont de 9,3 mois et 15,4 mois respectivement (11,2 mois pour le groupe de transmission contact hétérosexuel). À partir de juin 1989, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués parmi les toxicomanes pourrait bien être supérieur à celui diagnostiqué parmi les homo/bisexuels masculins, et le nombre de cas cumulés dans les deux groupes devenir approximativement égal vers le mois de juin 1990. Les temps de doublement estimés parmi les toxicomanes sont courts (9-9,3 mois) en Italie, France et Espagne, plutôt plus longs en République fédérale d'Allemagne (12,6 mois) et ont dans l'ensemble augmenté depuis le début de l'épidémie. Une augmentation récente et rapide du nombre de cas dans le groupe de transmission contact hétérosexuel est notée en Italie; la majorité de ces cas étant survenue chez des partenaires de toxicomanes.

Tableau 3

Prédiction des cas de SIDA au 30 juin 1990 groupes de transmission spécifiques

Pays et groupe de transmission	Cas diagnostiqués au 30 juin 1988		Plus récente estimation du temps de doublement (3) (en mois)	Projection (4) cas cumulés devant être diagnostiqués au	
	Rapportés (1)	Ajustés (2)		30 juin 1989	30 juin 1990
Allemagne R.F.	**2 210**	**2 470**	**17,7**	**4 175**	**6 915**
homo/bisexuel	1 592	1 779	18,1	2 990	4 905
toxicomane I.V.	215	248	12,6 *	495 *	985 *
hétérosexuel	73	85	15,0	150	265
France	**4 211**	**5 514**	**12,7**	**10 920**	**21 270**
homo/bisexuel	2 423	3 125	14,0	5 865	10 800
toxicomane I.V.	555	793	9,1	3 290	5 225
hétérosexuel	419	540	14,4	975	1 750
Italie	**2 094**	**2 533**	**10,0**	**6 010**	**13 910**
homo/bisexuel	403	478	12,3	965	1 920
toxicomane I.V.	1 318	1 609	9,0	4 235	10 790
hétérosexuel	95	121	5,3	630	3 005
C.E. (5)	**12 902**	**16 509**	**12,7**	**32 635**	**63 645**
homo/bisexuel	6 983	8546	15,4	15 255	26 715
toxicomane I.V.	3 025	4 077	9,3	10 325	25 535
hétérosexuel (a)	756	957	11,2	1 985	4 130

(1) Rapportés au 30 juin 1988.
(2) Estimés (« ajustés ») en raison des délais de déclaration.
(3) Estimés par un modèle exponentiel appliqué aux cas (ajustés) diagnostiqués au cours des trois dernières années.
(4) **Surestimations probables** obtenues en utilisant l'estimation la plus récente du temps de doublement; moins de cas pourraient être prévus si les temps de doublement continuent à augmenter.
(5) Communauté européenne (modèle utilisant les données regroupées). (a) Belgique exclue.

SITUATION DANS LES T.O.M.

ÉPIDÉMIE DE DENGUE DANS LE PACIFIQUE

La dengue est une arbovirose due à un *Flavivirus,* qui sévit de façon endémo-épidémique dans la zone intertropicale notamment à Tahiti et en Nouvelle-Calédonie.

On distingue quatre types de dengue qui diffèrent sérologiquement et qui ne présentent entre eux aucune immunité croisée. La transmission interhumaine se fait par les moustiques vecteurs, le plus souvent *Aedes Aegypti* ou *Albopictus.*

À Tahiti depuis la dernière épidémie de dengue de type 4, en 1979, une situation hypoendémique s'était installée et le dernier isolement de ce sérotype 4 l'avait été en mai 1988. Début décembre 1988, un sérotype 1, absent du territoire depuis dix ans, était confirmé par l'Institut Malardé. À la mi-février, on estimait à plus de 7 300 cas le nombre de dengues cliniques; dans le même temps une confirmation sérologique précisait la présence du type 1. Aucune forme hémorragique grave ou décès n'ont été signalés au cours de cette épidémie en Polynésie française.

À Nouméa, l'épidémie semble avoir débuté plus tardivement fin janvier 1989 où à cette date 115 cas de dengue avaient été confirmés par le laboratoire de l'institut Pasteur.

Le type sérologique retrouvé en Nouvelle-Calédonie diffère de celui de la Polynésie française; en effet le type 3 a été retrouvé majoritairement avec quelques types 4. Sur les 115 cas diagnostiqués à Nouméa, 15 ont été hospitalisés en raison d'une thrombopémie majeure, sans toutefois revêtir une forme de dengue hémorragique; aucun décès n'a été attribué à la dengue durant cette période.

Devant la recrudescence des vecteurs et l'explosion épidémique, les services de santé ont entrepris une action de désinctisation par pulvérisation aérienne et terrestre afin de détruire les agents vecteurs adultes et larves. Parallèlement, un système de surveillance clinique par réseau sentinelle a été établi tant en Polynésie française qu'en Nouvelle-Calédonie, en collaboration avec les instituts Pasteur et Malardé pour la confirmation sérologique et la surveillance entomologique. Enfin, la désinsectisation des aéronefs au départ de Tahiti et Nouméa a été appliquée suivant les normes recommandées par l'O.M.S. (*R.E.H.* 1985, 60, 45-52).

Par ailleurs, les autorités sanitaires territoriales ont intensifié la politique d'éducation sanitaire, déjà entreprise en 1986, politique qui vise à éliminer de façon systématique toute collection d'eau favorable au développement des gîtes larvaires.

Dr C. ROURE
D.G.S., bureau IC.