

RAPPORT DE SURVEILLANCE

Rapport épidémiologique annuel 2012

Résumé

Ce rapport présente l'analyse des données de surveillance collectées en 2010 par les 27 États membres de l'UE et trois pays de l'EEE/AELE, ainsi qu'une analyse des menaces de maladies transmissibles rapportées en 2011. Il s'adresse principalement aux responsables politiques, aux dirigeants des services de santé, aux épidémiologistes et aux chercheurs, et également au grand public. Son but est de fournir une vue d'ensemble de la situation épidémiologique dans l'Union européenne concernant les maladies transmissibles importantes pour la santé publique. Le rapport indique également les domaines dans lesquels une réponse plus constante ou plus soutenue des agences de la santé publique peut être requise pour diminuer l'impact de ces maladies.

Bien que la qualité et la comparabilité des données enregistrées à l'échelle de l'Europe continuent à s'améliorer, le lecteur est toujours mis en garde contre une comparaison directe entre les pays des données présentées. Les systèmes de santé et de surveillance diffèrent considérablement et la relation entre les taux de notification des cas et leur incidence réelle varie entre les pays pour de nombreuses maladies.

Infections des voies respiratoires

L'hiver 2010–2011 a été la première saison grippale après la pandémie de 2009. Le virus pandémique (grippe A(H1N1)pdm09) a continué de circuler à grande échelle et a été le virus de type A dominant en Europe, en co-circulation avec une proportion croissante de virus de type B à la fin de la saison. Comme pour la dernière période interpandémique (1970 à 2008), la saison 2010–2011 a connu une nette progression d'ouest en est des épidémies nationales, ce qui a facilité la réalisation de l'évaluation annuelle du risque saisonnier.

Neuf pays ont signalé des cas de grippe confirmés par des analyses de laboratoire et ayant nécessité une hospitalisation: 91,4 % des sujets étaient infectés par des virus de type A et 8,6 % par des virus de type B. La grande majorité des virus de sous-types de la grippe A (99,2 %) étaient des virus A(H1)pdm09. Chez les patients pour lesquels des informations sont disponibles, 27,5 % des patients hospitalisés ne présentaient pas de maladies sous-jacentes. Comme pendant la saison pandémique (2009–2010), les adultes jeunes et d'âge moyen infectés par la souche pandémique ont souvent nécessité des soins intensifs, mettant les systèmes de santé de certains pays sous pression, en dépit d'une circulation globale du virus de la grippe relativement modérée.

Les virus circulants ont présenté une très faible dérive antigénique pendant la saison 2010–2011 et sont restés en bonne correspondance avec le vaccin contre la grippe saisonnière, avec une efficacité modérée observée pour le vaccin. Contrairement à la situation avant la pandémie, peu de virus résistants à l'oseltamivir ont été observés parmi les virus A(H1N1) en circulation et aucune résistance au zanamivir n'a été détectée.

L'épidémiologie de la grippe aviaire dans les pays de l'UE/EEE en 2010 a été quelconque; trois flambées de grippe aviaire hautement pathogène (GAHP) et 13 de grippe aviaire faiblement pathogène (GAFP) ont été détectées. Aucun cas humain de grippe aviaire n'a été déclaré en Europe.

L'une des leçons à tirer régulièrement des analyses de l'expérience européenne de la grippe pandémique est la nécessité de renforcer la surveillance systématique de la grippe saisonnière dans les hôpitaux et sa coordination à l'échelle européenne. Des systèmes de surveillance qui fonctionnent bien peuvent être adaptés à des situations pandémiques; il est difficile de les développer *de novo* dans le cadre d'une situation d'urgence de santé publique. Il existe un besoin permanent d'accroître le recours au vaccin contre la grippe et d'améliorer la surveillance du développement de la résistance aux médicaments antiviraux. Les systèmes de surveillance de la grippe chez les animaux, en particulier chez les volailles et les porcs, doivent être développés davantage.

Tuberculose

La tuberculose (TB) reste une infection commune, qui constitue un important fardeau, avec plus de 70 000 cas encore notifiés chaque année dans les pays de l'UE/EEE. Les taux de TB globalement notifiés continuent à baisser de 4 % environ par an. L'épidémiologie se caractérise toujours à la fois par des pays à incidence élevée, rapportant une baisse constante des taux, et des pays à incidence faible, notifiant des nombres croissants de cas touchant la population d'origine étrangère. La proportion de cas de TB associée à une infection par le VIH (6 %) continue à diminuer. Les taux de cas confirmés par des tests bactériologiques (61 %) et des cas traités avec succès (79 %) restent inférieurs aux objectifs européens. La proportion de cas de tuberculose multi-résistante (TB-MR) en 2010 était de 4,6 % et a donc légèrement baissé par rapport à 2009. Cependant, un nombre croissant de ces cas se caractérisent par une ultra-résistance (13 %).

Détecter les cas à temps et de façon exhaustive reste une priorité, avec un besoin particulier d'intensifier la détection et le traitement précoces des cas multi-résistants. La sensibilité et la qualité des systèmes de surveillance de la TB doivent encore être améliorées, notamment par une meilleure liaison entre les notifications des laboratoires et des médecins. La prévalence de la tuberculose est plus élevée parmi les groupes désavantagés et marginalisés, y compris les migrants, les sans-abri, les pauvres des milieux urbains, les détenus, les personnes infectées par le VIH et les toxicomanes; il convient d'accorder davantage d'attention à la surveillance, à la détection précoce et à l'efficacité du traitement de la TB dans ces groupes.

VIH, infections sexuellement transmissibles, hépatites B et C

L'infection à VIH demeure l'un des principaux problèmes de santé publique dans les pays de l'UE/EEE. Le nombre total de nouveaux cas s'est stabilisé à environ 28 000 par an, bien que l'épidémiologie dans les groupes à risque de la population varie entre les pays. Les hommes ayant des rapports homosexuels constituent le groupe le plus important de cas (38 %), suivis par les personnes infectées lors d'un rapport hétérosexuel en Europe (24 %) et les usagers de drogues injectables (4 %). La transmission materno-infantile, la contamination nosocomiale et l'acquisition de l'infection par transfusion de sang ou de produits dérivés ont représenté 1 % des cas.

Le nombre de cas chez les hommes ayant des rapports homosexuels a augmenté de 39 % entre 2004 et 2010; le nombre de cas de transmission hétérosexuelle est resté relativement stable, tandis que celui des cas dans les autres groupes à risque a continué à baisser. Cependant, la Grèce et la Roumanie ont enregistré de fortes augmentations de l'infection à VIH chez les usagers de drogues injectables en 2011. Le nombre de diagnostics de SIDA rapportés annuellement a diminué de moitié entre 2004 et 2010. Le nombre de personnes vivant avec le VIH est en augmentation constante et reflète les améliorations en matière d'accès aux traitements et aux soins.

L'infection à *Chlamydia* est l'infection sexuellement transmissible (IST) la plus fréquemment déclarée dans les pays de l'UE/EEE, avec plus de 340 000 cas rapportés en 2010. Les taux de notification ont plus que doublé au cours des 10 dernières années, ce qui reflète en partie les mesures introduites par des États membres pour améliorer le diagnostic et la déclaration de l'infection, notamment une détection active des cas. Des programmes de contrôle exhaustif, visant en particulier les adolescents et les jeunes adultes, sont nécessaires pour réduire le fardeau de cette infection en Europe. Les taux déclarés de gonorrhée et de syphilis sont relativement stables, mais les taux et les tendances varient considérablement d'un pays à un autre. Une résistance accrue aux antibiotiques actuellement utilisés pour le traitement de la gonorrhée constitue un problème de santé publique émergent. Plusieurs pays signalent de fortes augmentations des taux de syphilis associés à des cas de transmission homosexuelle masculine.

La surveillance des hépatites B et C dans l'UE est en cours de révision, après l'introduction d'une surveillance renforcée dans l'UE en 2010; les tendances épidémiologiques sont donc provisoires.

Maladies d'origine alimentaire et hydrique

Les infections à *Campylobacter* sont les infections gastro-intestinales les plus fréquemment signalées dans les pays de l'UE/EEE. Les taux rapportés sont en augmentation; la plupart des cas sont sporadiques, avec des pics saisonniers élevés en été, mais les flambées multinationales sont peu fréquentes. La viande de volaille est considérée comme étant la source d'origine alimentaire la plus importante, expliquant environ 20 à 30 % des cas humains d'infection à *Campylobacter*.

L'infection à *Salmonella* reste la seconde maladie gastro-intestinale la plus souvent identifiée dans l'ensemble de l'UE. L'incidence rapportée pour l'infection à *Salmonella* a régulièrement diminué depuis 2004, ce qui s'explique en partie par les programmes de contrôle de l'UE mis en place dans les élevages de volailles. Cependant, *Salmonella* continue à être responsable de nombreuses flambées, tant à l'intérieur de pays qu'entre des pays: quatre épidémies multinationales ont été identifiées en 2011.

Les parasitoses, comme la cryptosporidiose et la giardiase, sont des causes relativement fréquentes d'infections gastro-intestinales en Europe, mais sont sujettes au sous-diagnostic et au sous-signalement. Elles sont souvent associées à une insuffisance de traitement au niveau de l'alimentation en eau, illustrée par la grande flambée de *Cryptosporidium* à Östersund en Suède en 2010–2011.

Les taux de maladie du légionnaire ont augmenté de 17 % en 2010. Elle fait probablement partie elle aussi des maladies sous-déclarées dans plusieurs États membres. Plus de 800 cas liés à des voyages ont été rapportés et 100 groupes de cas de ce type ont été détectés. La moitié de ces cas n'auraient probablement pas été détectés sans une surveillance en temps réel à l'échelle de l'Europe.

La plus importante épidémie signalée d'infections à bactéries *Escherichia coli* productrices de shigatoxines (STEC) s'est produite en Allemagne en 2011, causée par un nouveau type de STEC, O104:H4, et était liée à la consommation de graines germées contaminées. La flambée met en lumière la nécessité de mesures de contrôle destinées à assurer la sécurité microbienne des aliments consommés crus et d'une hygiène alimentaire minutieuse lors de la manipulation d'aliments prêts à consommer. Elle souligne aussi la nécessité d'une communication rapide et efficace entre les autorités sanitaires et de sécurité des aliments, tant au niveau national qu'entre les pays. Les souches de STEC plus habituelles continuent à provoquer des flambées dans l'ensemble de l'Europe.

Plusieurs infections gastro-intestinales ne sont fréquentes que dans certains pays et régions au sein de l'UE. La brucellose a essentiellement été rapportée au Portugal, en Espagne et en Grèce, principalement en association avec des activités d'élevage caprin; la majorité des cas de trichinellose ont été recensés en Bulgarie, en Roumanie et en Lituanie et pourraient être associés à la consommation de porc d'élevage domestique et de sanglier; la majorité des cas d'échinococcose ont été décrits en Bulgarie. La yersiniose est en baisse, mais le nombre de cas reste relativement élevé dans les pays nordiques, en Allemagne, en République tchèque et en Slovaquie; l'infection est souvent associée à la consommation de porc. Le nombre de cas d'hépatite A reste relativement élevé en Lettonie, en République tchèque, en Slovaquie, en Roumanie et en Bulgarie. La fièvre typhoïde et paratyphoïde, ainsi que le choléra, sont des maladies rares dans les pays de l'UE/EEE et reflètent les destinations de voyages vers des pays où ces maladies sont endémiques.

Maladies émergentes et maladies à transmission vectorielle

Les maladies à transmission vectorielle restent un fardeau important pour les États membres; elles sont véhiculées en partie par des voyageurs infectés revenant de pays où certaines de ces maladies sont endémiques, en particulier le paludisme, la dengue et le chikungunya. Les taux de paludisme restent stables, alors que les taux rapportés de dengue et de chikungunya augmentent. Il semble également y avoir, dans certains pays de l'UE, une augmentation du risque de contracter localement ces maladies, considérées auparavant comme étant uniquement importées.

L'Espagne, la Belgique et la Grèce ont rapporté des cas autochtones de paludisme en 2010 et une flambée de paludisme s'est produite en Grèce en 2011. Deux cas autochtones de dengue et deux de chikungunya ont été signalés en France en 2010. La fièvre du Nil occidental a refait son apparition en Grèce en 2010 et est en train de s'établir plus largement dans les États membres du sud-est et dans les pays voisins, où elle doit désormais être considérée comme endémique, avec 200 cas confirmés dans l'UE rapportés en 2010. Cette augmentation est en partie due à une meilleure surveillance.

L'incidence de la fièvre Q continue à baisser, principalement du fait de la résolution (2011) de la flambée nationale aux Pays-Bas. En raison de son tableau clinique peu spécifique, la fièvre Q est une maladie sous-diagnostiquée et n'est en outre pas rapportée dans certains pays. Les infections à Hantavirus demeurent les formes de fièvres hémorragiques virales les plus communément signalées et la majorité des cas rapportés ont concerné la Finlande. L'incidence d'autres formes de fièvres hémorragiques virales a été extrêmement basse (représentant des cas importés sporadiques) ou nulle. Aucun cas de peste, variole, SDRA ou fièvre jaune n'a été rapporté par les États membres en 2010 ou 2011.

Une surveillance humaine, vétérinaire, entomologique et environnementale, coordonnée et renforcée, s'impose dans tous les États membres dans lesquels ces maladies représentent un risque, en conjonction avec la mise en place de contre-mesures efficaces.

Maladies à prévention vaccinale

L'épidémiologie de la rougeole dans l'UE continue à se détériorer. En 2010, une flambée nationale en Bulgarie a compté pour la majorité des cas confirmés; en 2011, des augmentations importantes du nombre de cas et de flambées ont été signalées par plusieurs pays de l'UE. L'engagement à éradiquer la rougeole et la rubéole autochtones a été renouvelé pour 2015, mais cet objectif ne sera pas atteint sans la mise en place d'interventions efficaces par plusieurs États membres pour accroître la couverture vaccinale.

La plupart des maladies à prévention vaccinale continuent à présenter une tendance soit à la baisse soit stable pour l'incidence rapportée des cas confirmés. Parmi les principales maladies figurant sur le calendrier vaccinal, la diphtérie demeure rare, se limitant à quelques cas dans quatre pays. Des cas isolés de tétanos ont été rapportés par quelques pays; l'Italie était une exception avec 57 cas signalés. Aucun cas de poliomyélite n'a été signalé en 2010.

Les maladies bactériennes invasives (infections à *Neisseria meningitidis* et *Haemophilus influenzae*) sont restées peu fréquentes et à tendance stable, reflétant les bénéfices de l'introduction antérieure de la vaccination. Les taux de mortalité et d'invalidité des cas d'infections à méningocoques restent élevés. Il ne semble pas qu'il y ait de changements importants de sérotypes dus à l'introduction du vaccin. L'infection invasive à pneumocoques est rapportée à une fréquence quelque peu plus élevée, mais les systèmes de surveillance pour cette maladie sont hétérogènes et les définitions appliquées ne sont pas universelles dans toute l'Europe.

Les cas d'oreillons sont en baisse après le pic rapporté en 2010. Les cas confirmés de rubéole ont de nouveau baissé en 2010, mais il est difficile d'évaluer l'impact de la maladie en raison de variations entre les systèmes de surveillance et de notification, en particulier de taux très faibles de cas confirmés en laboratoire. La coqueluche reste une infection relativement commune et sous-diagnostiquée. Des nombres croissants de cas sont signalés chez des enfants plus âgés, des adolescents et des adultes, indiquant un risque d'infection chez les enfants vulnérables en plus bas âge.

Résistance aux antimicrobiens et infections associées aux soins de santé

La résistance aux antimicrobiens en Europe continue d'augmenter, en particulier pour les agents pathogènes Gram négatifs, alors que la situation semble plus stable pour les agents pathogènes Gram positifs. L'augmentation récente de la résistance aux antimicrobiens observée pour *Escherichia coli* et *Klebsiella pneumoniae* s'est poursuivie en 2010, associée en

particulier à l'apparition de souches productrices de bêta-lactamases à spectre élargi (BLSE) et multi-résistantes. En revanche, le pourcentage de *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline (SARM) semble stable et décroît dans certains pays. Cependant, ce problème reste un sujet de santé publique prioritaire, car la proportion de SARM est encore élevée dans plusieurs pays, en particulier en Europe du sud.

Au cours des dernières années, il y eu une apparition et une propagation croissantes d'entérobactéries en Europe (notamment de *E. coli* et de *K. pneumoniae*), qui sont résistantes aux carbapénèmes. Peu d'antibiotiques sont disponibles pour le traitement des infections dues à ces organismes. De nouveaux variants de ces entérobactéries productrices de carbapénémases (CPE) sont également observés plus fréquemment, provoquant à la fois des flambées locales et des épidémies à l'échelle de pays entiers, dans les services de soins dans plusieurs pays européens, avec plusieurs exemples de déplacement transfrontalier et de transmission secondaire dans les services de soins. L'ECDC a publié plusieurs évaluations des risques liés aux CPE en 2011.

Afin d'évaluer et de suivre l'impact des maladies concernant les infections associées aux soins de santé (IAS) dans l'ensemble de l'Europe, l'ECDC a développé des protocoles pour des enquêtes répétées de prévalence ponctuelle (EPP) des IAS et de l'utilisation d'antimicrobiens dans les services de soins intensifs et de long séjour. Le protocole pour l'hôpital a été appliqué en 2010 et a mis en évidence une prévalence d'IAS de 7,1 % dans 66 hôpitaux de 23 pays. D'après une première enquête de prévalence ponctuelle menée à l'échelle de l'UE dans des services de long séjour, il a été estimé qu'au moins 2,6 millions de cas d'IAS surviennent chaque année dans les services de long séjour, en plus des 4,1 millions de patients, selon les estimations antérieures de l'ECDC, contractant une IAS dans les services hospitaliers de soins intensifs. Le maintien de la baisse de l'incidence des infections au site chirurgical après implantation d'une prothèse de la hanche depuis 2004 a confirmé l'importance de la surveillance en tant qu'outil de prévention des IAS dans les hôpitaux.

La consommation moyenne d'agents antibactériens («antibiotiques») pour un usage systémique dans la communauté (c'est-à-dire en dehors des hôpitaux) était de 18,3 doses définies journalières (DDJ) pour 1 000 habitants par jour, et s'échelonnait entre 11,1 (Estonie) et 39,4 (Grèce). La consommation d'agents antibactériens en milieu hospitalier variait entre 1,1 (Pays-Bas) et 3,0 (Lettonie) DDJ pour 1 000 habitants par jour.

Le problème de santé publique de la résistance aux antimicrobiens nécessite une coopération internationale, ainsi que des efforts accrus au niveau national. Il faut poursuivre les progrès réalisés en matière d'utilisation prudente des antibiotiques dans la communauté et les établissements hospitaliers et de mise en œuvre de programmes intégrés améliorés pour la prévention et le contrôle des infections à bactéries résistantes aux antibiotiques et des IAS. La participation des hôpitaux au réseau européen de surveillance peut donner une nouvelle impulsion aux programmes de surveillance fondés sur les hôpitaux.

Les défis à relever en matière de surveillance

Plusieurs maladies restent particulièrement sujettes au sous-diagnostic et au sous-signalement, compliquant ainsi les efforts entrepris pour mieux comprendre leur impact et développer des interventions appropriées de santé publique. Ces maladies comprennent des affections diarrhéiques d'origine parasitaire, comme la giardiase et la cryptosporidiose, pour lesquelles des services systématiques de diagnostic de laboratoire ne sont pas disponibles dans plusieurs États membres. En même temps, certaines maladies ne sont toujours pas systématiquement signalées (ou placées sous surveillance) par certains États membres. C'est le cas pour plusieurs maladies qui ont un impact considérable, des infections à *Campylobacter*

et de la coqueluche à la gonorrhée et au paludisme. Pour d'autres maladies, la notification des cas conformément aux définitions des cas convenues dans l'UE continue à représenter un véritable défi pour certains États membres.

La surveillance des événements à l'échelle nationale et européenne reste un moyen crucial de détection rapide et de contrôle des maladies transmissibles dans l'UE. L'ECDC continue à développer ses informations épidémiques et ses outils et procédures d'évaluation des menaces. L'utilisation rapide et appropriée par les États membres du système d'alerte précoce et de réaction (EWRS) et de réseaux d'informations spécialisés reste l'une des pierres angulaires de cette activité.