

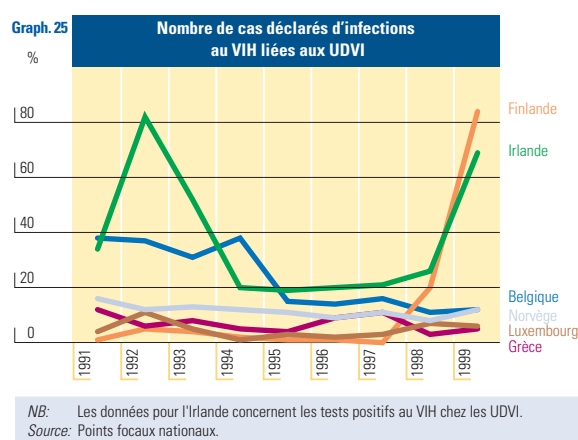
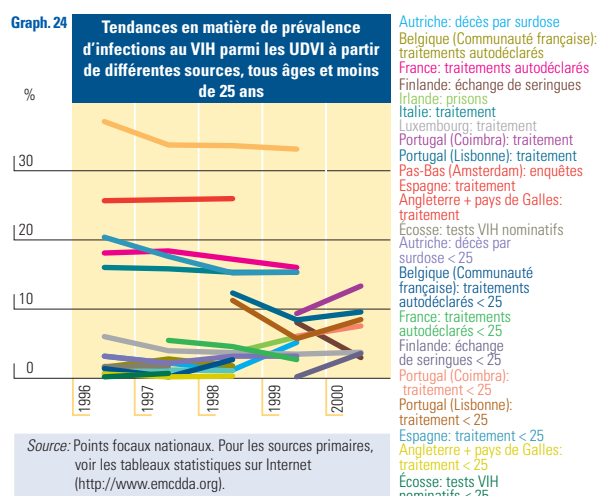


emcdda.europa.eu

Infectious diseases

EMCDDA 2001 selected issue

In EMCDDA 2001 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union



Maladies infectieuses

Prévalence et tendances

VIH

La prévalence de l'infection au VIH est très différente selon les pays — et au sein même des pays, entre les régions et les villes. Bien que les sources et les méthodes de collecte de données différentes compliquent les comparaisons, les données disponibles montrent des niveaux d'infection moyens parmi différents sous-groupes d'usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI) compris environ entre 1 % au Royaume-Uni et 32 % en Espagne (voir graphique 8, chapitre 1).

La prévalence du VIH semble s'être stabilisée dans la plupart des pays depuis le milieu des années 90 après un net déclin qui a suivi une première grande épidémie parmi les UDVI dans les années 80 (voir graphique 24). Dans certains pays (Luxembourg, Irlande, Pays-Bas, Autriche, Portugal et Finlande), la transmission pourrait augmenter parmi certains sous-groupes d'UDVI (voir encadré à la page 17, chapitre 1).

Les transmissions récentes apparaissent plus clairement en examinant spécifiquement la prévalence chez les UDVI de moins de 25 ans. Les infections au VIH pour ce groupe se sont certainement produites en moyenne plus récemment car la plupart des UDVI commencent à s'injecter de la drogue entre 16 et 20 ans (1) (2). Les tendances pour cette tranche d'âge, selon les données disponibles, sont plus marquées que la prévalence générale et sont parfois même opposées. En Finlande, par exemple, une poussée importante s'est produite en 1998-1999, comme le montrent les données des déclarations du VIH (voir graphique 25). Après 1999, la prévalence globale a diminué, selon les données provenant des programmes d'échanges de seringues (voir graphi-

que 24), toutefois la prévalence chez les jeunes UDVI est passée de 0 % en 1999 à environ 4 % en 2000. Cela pourrait signifier qu'une fois que les nouvelles infections parmi les anciens UDVI commencent à baisser en raison d'une saturation (la plupart des personnes à risque ont contracté une infection) et/ou d'un changement de comportement des individus à risque, les nouvelles infections touchent principalement les jeunes UDVI, qui présentent souvent des niveaux plus élevés de comportement à risque.

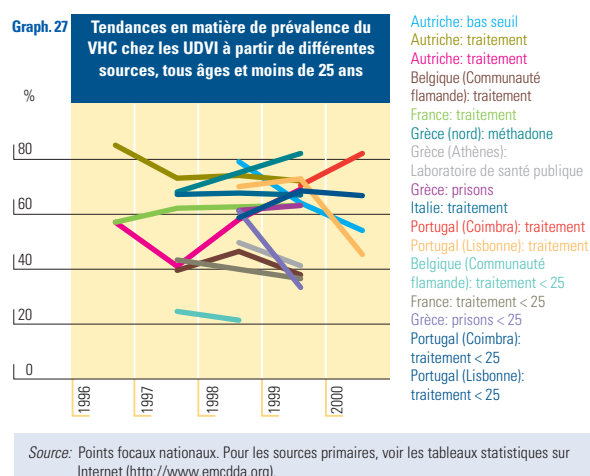
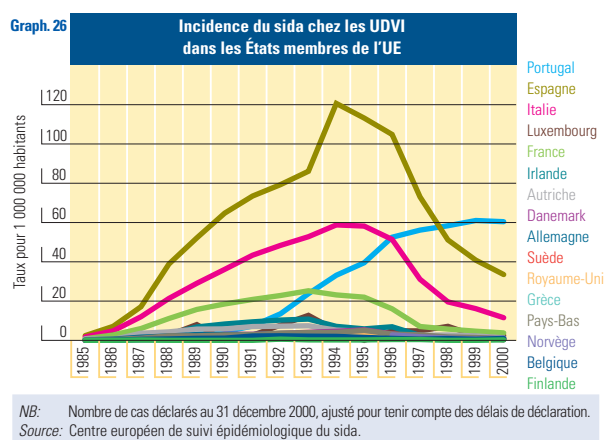
Dans plusieurs pays, la prévalence du VIH est très supérieure chez les femmes UDVI que chez les hommes UDVI. Cette constatation pourrait s'expliquer par des niveaux supérieurs ou des méthodes différentes de partage des seringues et/ou les risques de transmission sexuelle plus importants auxquels sont exposées les femmes UDVI.

Sida

Les pays qui ont été les plus touchés par le sida parmi les UDVI sont principalement ceux du sud-ouest de l'UE, notamment l'Espagne, la France, l'Italie et le Portugal (23). L'incidence du sida varie considérablement entre les pays, tout comme le VIH, mais la tendance générale est à la baisse (voir graphique 26). Ce déclin est probablement dû aux nouveaux traitements dont bénéficient les UDVI qui retardent l'apparition du sida. Dès lors, l'incidence du sida est désormais considérée comme un indicateur moins fiable de la transmission du VIH qu'avant 1996. L'incidence annuelle du sida la plus élevée parmi les toxicomanes, relevée en Espagne, a récemment été dépassée par le Portugal, le seul pays n'ayant pas enregistré de diminution. Cela peut indiquer une assimilation limitée du traitement du VIH (comme le montre une étude récente) et/ou un plus grand nombre de transmissions du VIH au cours des années 90. Toutefois, l'augmentation enregistrée au Portugal semble se stabiliser au cours de l'an 2000.

(23) Graphique 16 EL — Cas de sida diagnostiqués en 1999 parmi les UDVI, par million d'habitants (version en ligne).

Questions particulières



Hépatite C

La prévalence de l'infection à l'hépatite C est plus élevée et plus uniforme dans l'UE que la prévalence du VIH. Entre 40 % et plus de 90 % des UDVI sont infectés par le virus de l'hépatite C, même dans des pays où les taux d'infection au VIH sont faibles, tels que la Grèce (voir graphique 9, chapitre 1). L'infection chronique au virus de l'hépatite C crée des problèmes de santé importants, et à long terme (décennies) peut entraîner des conséquences sérieuses pour la santé, y compris des lésions grave du foie et des décès prématurés. La proportion d'infections chroniques qui induisent des problèmes de santé graves est encore très mal déterminée, mais certains indices récents montrent que chez les UDVI, elle serait peut être inférieure (peut-être 5 à 10 %) qu'on ne le pensait (20 à 30 %) (3) (4). Les niveaux extrêmement élevés d'infection au virus de l'hépatite C chez les UDVI en Europe peut néanmoins impliquer une charge sanitaire très importante en raison des maladies hépatiques parmi les (ex-)UDVI dans les décennies à venir.

Les tendances de l'infection à l'hépatite C, pour les quelques pays qui ont pu fournir ces informations, montrent à la fois des hausses et des baisses importantes en Grèce, en Autriche et au Portugal selon les sources (lieu) et les tranches d'âge (voir graphique 27). Ces tendances peuvent refléter des populations différentes d'UDVI avec une épidémiologie différente de l'infection, mais également les résultats des politiques de test avec la récente introduction du dépistage de l'hépatite C. Par exemple, les individus particulièrement à risque peuvent participer en premier aux tests volontaires du virus de l'hépatite C proposés, si bien que la prévalence dans les années suivantes diminue. On ne pourra confirmer les tendances actuelles qu'en suivant ce phénomène sur une

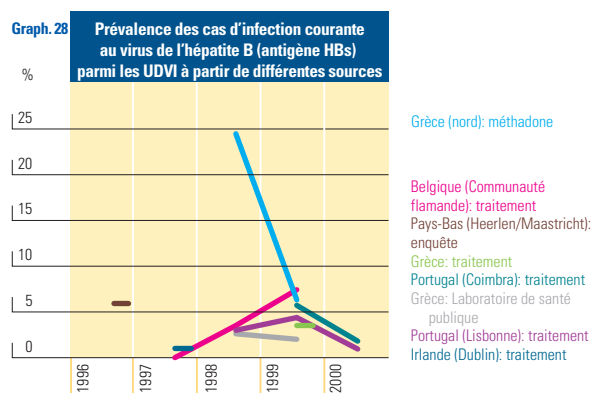
période plus longue. Cet écart potentiel est peut-être moins important pour les tests VIH, qui sont disponibles depuis plusieurs années.

Hépatite B

La prévalence des anticorps au virus de l'hépatite B (VHB) est également élevée, mais semble moins homogène dans l'UE que la prévalence au virus de l'hépatite C. Dans le cas de l'hépatite B, la présence d'anticorps indique si un individu a déjà été infecté ou non, contrairement au virus de l'hépatite C et au VIH, où un test positif aux anticorps indique généralement une infection actuelle. Toutefois, les anticorps contre le virus de l'hépatite B peuvent également être un signe de vaccination. Cela signifie que les pratiques de vaccination, très distinctes selon les pays, doivent être prises en compte pour interpréter la prévalence de l'anticorps au virus de l'hépatite B. Le pourcentage d'UDVI sans anticorps représente une population encore à risque qui devrait bénéficier d'une vaccination. La vaccination des UDVI est particulièrement importante car l'infection à l'hépatite B (tout comme l'hépatite A ou D) peut être très dangereuse et même mortelle si la personne est déjà atteinte d'un autre virus d'hépatite tel que celui de l'hépatite C. Dans l'UE, entre 20 et 60 % des UDVI environ ont des anticorps contre l'hépatite B. Les données rapportées spontanément provenant d'études dans certains pays laisseraient penser qu'environ 10 à 30 % d'UDVI seulement seraient entièrement vaccinés (5) (6) (7) (8), d'où un grand potentiel de progrès sanitaires grâce à la vaccination (24).

Il est plus facile d'interpréter la prévalence de l'antigène de surface de l'hépatite B (le marqueur sérologique qui indique si le virus de l'hépatite B est encore présent) que celle des anticorps du virus de l'hépatite B. Ces mesures permettent de déceler l'infection actuelle à l'hépatite B,

(24) Graphique 17 EL — Prévalence des anticorps au virus de l'hépatite B chez les UDVI dans les États membres de l'UE, 1996-2000 (version en ligne).



Source: Points focaux nationaux. Pour les sources primaires, voir les tableaux statistiques sur Internet (<http://www.emcdda.org>).

qui peut être une infection récente ou chronique. Le taux d'antigènes de surface de l'hépatite B indique donc la possibilité de complications graves à long terme et de propagation dans le cas des comportements d'injection à risque ou de transmission sexuelle. La prévalence de l'antigène de surface de l'hépatite B n'est disponible que dans très peu de pays, mais elle semble très variable et est élevée dans certains cas (voir graphique 28). Dans le nord de la Grèce, les UDVI participant à des programmes de substitution à la méthadone ont connu une forte poussée de l'infection à l'hépatite B avant 1998, les taux étant particulièrement élevés en 1998 puis ils ont baissé considérablement entre 1998 et 1999. En Belgique, les données des UDVI en traitement montrent une augmentation constante de l'infection actuelle au virus de l'hépatite B (antigène de surface de l'hépatite B) entre 1997 et 1999. Au Portugal, des données récentes font état d'une baisse de l'infection actuelle au virus de l'hépatite B. En Norvège, les données issues des déclarations montrent une forte croissance des infections au virus de l'hépatite B (et au virus de l'hépatite A) chez les UDVI.

Autres maladies sexuellement transmissibles, tuberculose, endocardites et *Clostridium*

Parmi les maladies infectieuses qui peuvent être importantes chez les UDVI, on relève la tuberculose qui ne se transmet pas par injection, mais dont le taux est particulièrement élevé parmi les usagers de drogues en Espagne et au Portugal, en raison d'une forte relation avec l'infection au VIH et au sida. D'autres maladies sexuellement transmissibles (MST), telles que la syphilis et la gonorrhée, peuvent être très répandues également chez les toxicomanes, notamment les prostituées, si elles n'ont pas accès aux services médicaux à bas seuil. Cette situation peut induire une transmission importante aux individus non-toxicomanes, alors que ces MST constituent aussi un facteur de risque essentiel pour l'infection au VIH. Les UDVI ont par ailleurs souvent une prévalence élevée d'autres infections dangereuses, telles que des abcès au niveau des points d'injection ou des endocar-

dités (infection des valves cardiaques), qui peuvent être souvent bien traitées lorsque les services existent.

Entre avril et août 2000, l'Angleterre, l'Écosse, l'Irlande et le pays de Galles ont connu une poussée très importante de l'infection au *Clostridium novyi* avec 104 cas de maladie grave et 43 morts de jeunes gens. Ce foyer était probablement lié à de l'héroïne contaminée associée à des modes d'injection spécifiques (intramusculaire ou sous-cutané au lieu de la voie intraveineuse). Cela a montré de façon dramatique l'ampleur potentielle des problèmes de santé graves que peuvent connaître les UDVI, bien plus importants et dangereux que les problèmes de santé dus à d'autres modèles de consommation de drogues plus répandus.

Causes et conséquences

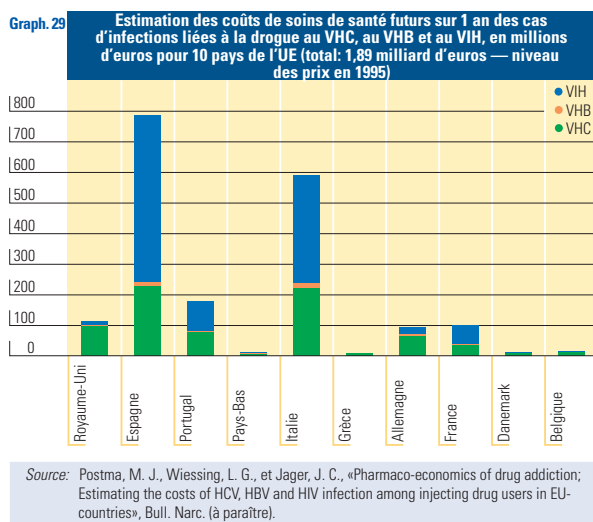
Injection

Parmi les usagers de drogues, les infections telles que le VIH et les hépatites B et C sont principalement transmises dans le cadre de la consommation de drogues par voie intraveineuse. Cela est largement dû au partage du matériel d'injection tel que les aiguilles et les seringues et des accessoires tels que le coton, l'eau et les cuillères. Il est probable que, dans des cas d'augmentation de la consommation de drogues par voie intraveineuse, les populations d'UDVI sont particulièrement exposées au risque de propagation rapide du VIH et de l'hépatite.

La vitesse et l'ampleur de l'épidémie du sida dans les différents pays peuvent avoir été largement déterminées par la vitesse et l'ampleur de l'épidémie de l'usage de drogue par voie intraveineuse. Ces épidémies de consommation de drogues par injection sont probablement survenues avant dans les pays d'Europe du Nord tels que les Pays-Bas (dans les années 70 et 80), mais sont restées relativement restreintes alors qu'elles se sont produites plus tardivement dans les pays de l'Europe du Sud tels que l'Espagne, l'Italie et le Portugal (dans les années 80 et 90), mais à des taux plus élevés. L'apparition de l'épidémie du VIH a dû dès lors dépendre d'un équilibre délicat entre la vitesse et l'ampleur de l'épidémie de l'usage de drogue par voie intraveineuse, la sensibilisation au sida (nouveau) et la vitesse de l'introduction de mesures préventives à grande échelle.

L'étendue de l'injection chez les usagers de drogues (en Europe principalement d'héroïne seule ou associée à d'autres substances) peut aussi dépendre des préférences et des pratiques culturelles des usagers de drogues ou du type d'héroïne disponible sur le marché (soluble dans l'eau et pouvant être injectée ou non). Le prix et le degré de pureté jouent probablement un rôle à cet égard, car il est plus efficace et donc moins cher de s'injecter de

Questions particulières



l'héroïne que de la fumer. La peur du sida ne semble avoir que peu d'influence sur la décision de consommer de la drogue par voie intraveineuse ou non.

À l'heure actuelle, on ne sait pas comment prévenir efficacement la consommation par voie intraveineuse. L'injection ou la consommation d'héroïne, par quelque moyen que ce soit, peut dépendre d'une multitude de facteurs personnels et sociétaux tels que les problèmes de comportement et/ou familiaux et le chômage. Les traitements de substitution peuvent toutefois être particulièrement efficaces pour réduire la pratique de l'injection et les comportements d'injection à risque chez les héroïnomanes (9).

L'injection a diminué considérablement au cours des années 90 dans la plupart des pays, mais pas dans tous. En conséquence, les taux de prise de drogues par injection (mesurés parmi les usagers d'opiacés admis en traitement) sont très variables, allant de 10 % aux Pays-Bas à 70 % en Grèce environ. Les tendances récentes en matière d'injection ne sont pas disponibles hormis pour l'Irlande, où on relève une hausse continue, ce qui est cohérent avec l'accroissement récent du nombre de tests VIH positifs d'UDVI.

Comportement d'injection à risque

Parmi les UDVI, la diffusion des infections est principalement déterminée par le comportement d'injection à risque, notamment le «partage des seringues» (en donnant ou en recevant une seringue usagée à une autre personne ou provenant d'une autre personne). La transmission peut également se produire en partageant le matériel d'injection tel que l'eau, le coton, les cuillères, notamment dans le cas des hépatites B et C. L'injection dans des conditions d'hygiène médiocres peut même

causer la transmission de l'hépatite alors qu'aucun matériel n'est partagé, par exemple avec une contamination sanguine par les mains, les tables ou autres surfaces.

Parmi les autres comportements à risque, on note le chargement normal ou transvasement (injection d'héroïne d'une seringue à une autre afin de mesurer des parts égales). Les données préliminaires sur le partage d'aiguilles indiquent que, en général, cette pratique est encore très répandue chez les UDVI, allant de 10 à 17 % aux Pays-Bas (emprunt récent d'aiguilles usagées) à 64 % en Irlande (partage d'aiguilles au cours des 4 dernières semaines) et 75 % en Angleterre et au pays de Galles (partage d'aiguilles et du matériel) (25). Ces données peuvent pour la plupart sous-estimer les comportements à risque tels que le partage indirect (chargement normal ou transvasement), le partage de matériel autre que des aiguilles, etc. D'autre part, le partage de seringues se produit souvent entre partenaires réguliers qui savent mutuellement qu'ils ne sont pas infectés, ce qui peut être relativement sûr.

Comportement sexuel à risque

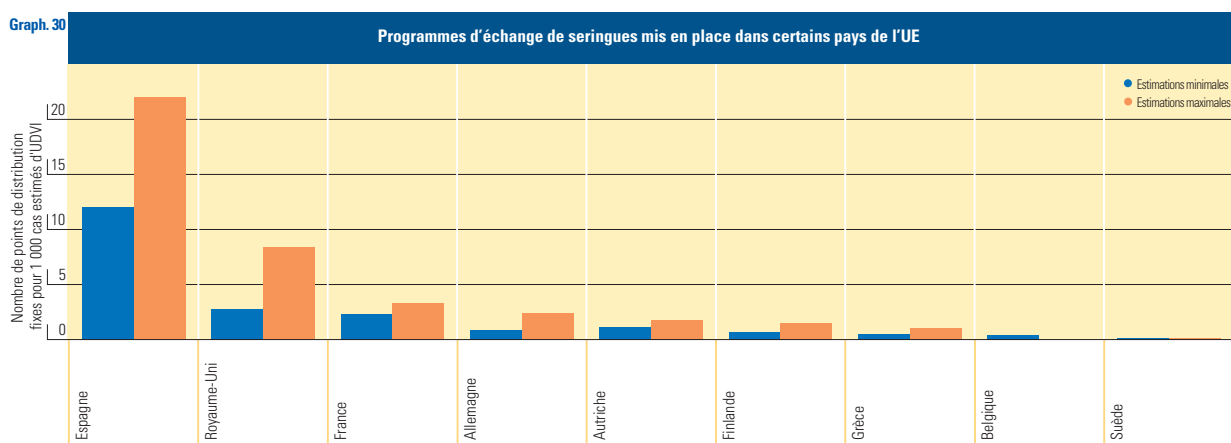
La transmission sexuelle du VIH et du virus de l'hépatite B est beaucoup moins patente que la transmission due au partage d'aiguilles, alors que la transmission sexuelle du virus de l'hépatite C est très faible. Toutefois, lorsque le niveau d'infection (prévalence) est élevé chez les UDVI, la transmission sexuelle et la transmission de la mère à l'enfant du VIH et du virus de l'hépatite B peuvent devenir importantes. Les UDVI peuvent donc former des groupes qualifiés de noyaux ou de foyers d'infection pour une propagation continue à la population en général. L'utilisation de préservatifs est un moyen efficace pour prévenir la transmission sexuelle. Elle s'est fortement développée parmi les usagers de drogues depuis les années 80, notamment parmi les prostituées qui utilisent les préservatifs très souvent avec leurs clients. Toutefois, l'utilisation du préservatif est généralement faible entre partenaires privés qui constituent donc encore un groupe à risque particulièrement exposé à l'infection.

Conséquences et coûts

Les conséquences de l'infection au VIH sont considérables. Le sida se déclare en moyenne dix ans après l'infection au VIH, ce qui implique pendant cette période des coûts très importants pour l'individu et la société en raison d'infections chroniques, d'hospitalisations et de morts prématurées.

L'infection à l'hépatite B se guérit spontanément dans la majorité des cas, toutefois, elle entraîne dans de

(25) Tableau 6 EL — Partage d'aiguilles parmi les UDVI dans certains États membres de l'UE (version en ligne).



Source: Estimation de la couverture des mesures de réduction des risques parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse en Europe, Lisbonne, OEDT, 2001.

nombreux cas (2 à 8 % des adultes, 10 à 15 % des adolescents et beaucoup plus pour les enfants) des infections chroniques, qui à long terme peuvent provoquer des atteintes hépatiques aiguës et des décès prématurés. L'hépatite B et le VIH se transmettant facilement par voie sexuelle ou de la mère à l'enfant, ces infections parmi les UDVI constituent une menace importante pour la population dans son ensemble.

L'hépatite C demeure une infection chronique dans la plupart des cas (probablement 70 à 80 %) et les UDVI sont donc encore une source potentielle d'infection très importante. L'hépatite C, comme l'hépatite B, peut provoquer de graves maladies hépatiques et la mort prématurée à long terme (décennies). La combinaison de différentes infections d'hépatites (y compris l'hépatite A) simultanément peut s'avérer particulièrement dangereuse et entraîne souvent des atteintes hépatiques aiguës et la mort.

Une estimation préliminaire des coûts de soins de santé futurs sur un an des infections liées à la drogue au VIH, au virus des hépatites B et C dans l'UE s'élevait à environ 0,5 % du budget total de l'UE consacré à la santé (voir graphique 29).

Réponses visant à une réduction des risques

Dans la plupart des pays de l'UE, l'introduction de mesures de réduction des risques — telles que l'amélioration de l'accès à des aiguilles et des seringues stériles, une plus grande disponibilité des préservatifs et des conseils et tests de VIH — a permis de contrôler la transmission du VIH chez les UDVI. Les traitements de substitution, qui peuvent réduire fortement la fréquence des injections, sont également présents dans tous les États

membres, principalement sous la forme de méthadone par voie orale, mais dans beaucoup de pays, des grandes améliorations peuvent encore être apportées en termes de couverture (voir chapitre 2, sections «Réduction de la demande», «Traitements», «Traitements de substitution»).

Alors qu'il apparaît clairement que les mesures de réduction des risques ont permis de réduire la prévalence de l'hépatite C chez les UDVI, elles n'ont pas permis de contrôler sa propagation (10). La persistance de l'infection à l'hépatite C chez les jeunes UDVI exige que des approches innovantes soient adoptées en matière de réduction des risques. L'introduction de salles d'injection sous contrôle médical et la distribution contrôlée d'héroïne sont deux approches actuellement envisagées par certains pays de l'UE. Toutefois, elles posent toutes deux des problèmes d'ordre éthique et juridique et pourraient nécessiter une modification de la législation en matière de drogue. Dans les pays ayant mis en place des salles d'injection (Allemagne, Australie, États-Unis, Pays-Bas et Suisse), leur impact doit encore être évalué.

Parmi les autres éléments importants permettant d'apprécier la présence de mesures de réduction des risques, on note les prestations de services et la couverture des UDVI. À partir des estimations sur la consommation problématique de drogues et les taux d'UDVI parmi les usagers d'opiacés en traitement, des estimations ont été déduites sur la taille de la population d'UDVI dans les États membres de l'UE. Ces estimations fournissent un aperçu de la disponibilité des programmes d'échange de seringues (points de distribution) par pays (voir graphique 30) et le nombre d'aiguilles échangées grâce à ces programmes pour 1 000 UDVI par an ⁽²⁶⁾. Bien que les estimations spécifiques des pays ne soient parfois pas

⁽²⁶⁾ Graphique 18 EL — Seringues distribuées ou échangées dans le cadre de programmes d'échange de seringues (PES) par UDVI estimé par an (version en ligne).

Questions particulières

fiables, il semble que globalement les programmes d'échange de seringues dans la plupart des pays disposant de données ne fournissent pas encore un nombre suffisant d'aiguilles propres pour les UDVI, à l'exception peut-être du Royaume-Uni (Angleterre et pays de Galles) et de l'Espagne.

Une étude française indique qu'un usager quotidien (au cours du mois qui précède) procéderait en moyenne à 3,6 injections par jour, soit plus de 1 300 injections par an par UDVI quotidien (93 % de l'échantillon d'individus échangeant leurs aiguilles étaient des UDVI quotidiens) (11). Cette moyenne dépend néanmoins en grande partie des substances injectées (les consommateurs d'opiacés qui s'injectent également de la cocaïne pourraient présenter un taux plus élevé) ou des revenus (les UDVI ayant peu de ressources sont susceptibles d'avoir moins souvent recours à l'injection). Des estimations de meilleure qualité et spécifiques aux pays sur la taille de la population d'UDVI et le nombre d'injection sont nécessaires pour évaluer la couverture des programmes d'échange de seringues et ainsi leur capacité à prévenir efficacement les infections liées à la drogue (27) (28).

Sources

- (1) Darke, S., Kaye, S., et Ross, J., «Transitions between the injection of heroin and amphetamines», *Addiction*, vol. 94, 1999, p. 1795-1803.
- (2) Doherty, M. C., Garfein, R. S., et Montoroso, E., «Gender differences in the initiation of injection drug use among young adults», *J Urban Health*, vol. 77, 2000, p. 396-414.
- (3) Thomas, D. L., Strathdee, S. A., et Vlahov, D., «Long-term prognosis of hepatitis C virus infection», *JAMA*, vol. 284, 2000, p. 2592.
- (4) Freeman, A. J., Dore, G. J., Law, M. G., e.a., «Estimating progression to cirrhosis in chronic hepatitis C», *Hepatology*, 2001 (à paraître).
- (5) European network on HIV/AIDS and hepatitis prevention in prisons, second annual report, 1998.
- (6) Lamagni, T. L., Davison, K. L., Hope, V. D., e.a., «Poor hepatitis B vaccine coverage in IDUs, England 1995 and 1996», *Comm Dis Public Health*, vol. 2, 1999, p. 174-177.
- (7) Fitzgerald, M., Barry, J., O'Sullivan, P., et Thornton, L., «Blood-borne infections in Dublin's opiate users», *Ir J Med. Sci*, vol. 170, 2001, p. 32-34.
- (8) Point focal national italien (rapport national 2000 à l'OEDT).
- (9) Drucker, E., Lurie, P., Wodak, A., Alcibes, P., «Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV», *AIDS*, vol. 12 (supplément A), 1998, p. S217-S223.

- (10) Taylor, A., Goldberg, D., Hutchinson, S., e.a., «Prevalence of hepatitis C virus infection among injecting drug users in Glasgow 1990-96: are current harm reduction strategies working?», *J Infect*, vol. 40, 2000, p. 176-183.
- (11) Valenciano, M., Emmanuelli, J., et Lert, F., «Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programmes in France», *Addiction*, vol. 4, p. 597-606.

Drogues synthétiques

Cette section vient compléter les informations et les analyses présentes dans d'autres sections du présent Rapport annuel en fournissant un résumé des principales questions, préoccupations et défis entourant les drogues synthétiques.

Propagation de la consommation

Alors que le tableau global en 2000 confirme que la propagation de la consommation de drogues synthétiques dans l'UE s'est stabilisée, on observe encore des tendances à la hausse pour l'ecstasy dans quelques régions, certaines villes ou certains lieux de vacances étant plus susceptibles d'attirer les jeunes touristes européens en raison de leur situation géographique et de l'importance de l'offre d'événements destinés aux jeunes. Plus généralement, les zones urbaines où les cultures de jeunes se sont établies peuvent encore constituer un lieu d'ancrage et de développement des «drogues récréatives».

L'analyse croisée des enquêtes qualitatives suggère que la consommation de drogues synthétiques s'est étendue au-delà des milieux «techno» vers les discothèques, les clubs et aussi les soirées privées. D'autres environnements ont également été signalés. Par exemple, en 1998, une étude a montré que, en Grèce, 35 % des étudiants consommateurs d'ecstasy ont pris cette drogue à l'occasion de matchs de football.

Comportements et modèles de consommation

En ce qui concerne les comportements, la tendance n'est pas de consommer une drogue particulière plutôt qu'une autre, mais d'utiliser différentes drogues selon les besoins et les situations.

Certains États membres montrent que le comportement des jeunes évolue. Cette question devrait donner lieu à des recherches plus approfondies.

(27) Tableau 7 EL — Offre, utilisation et couverture des programmes d'échange de seringues destinés aux UDVI et couverture des pharmacies dans certains pays de l'UE, selon les rapports des points focaux nationaux, 2000 (version en ligne).

(28) Tableau 8 EL — Conseils et tests concernant le dépistage du VIH, le traitement du VIH et la vaccination contre le virus de l'hépatite B fournis aux UDVI dans certains pays européens, selon les rapports des points focaux nationaux, 2000 (version en ligne).