

Commentary

This report presents data on cases of AIDS and newly diagnosed HIV infection reported by 30 June 2002 in the 51 countries of the WHO European Region, together with data on HIV prevalence among homo/bisexual men for the years 1996 to 2001. Most data are presented and discussed within three geographic areas: the West, the Centre and the East (see Technical note).

Reporting of cases of AIDS and HIV infection

Data on newly diagnosed HIV infections provide more relevant information on the current HIV situation than do data on AIDS cases, particularly since the widespread use of highly active antiretroviral treatment (HAART). They should nevertheless be interpreted with caution because they may not represent HIV incidence and because they depend heavily on patterns of HIV testing and reporting which differ across countries. Furthermore, changes to improve HIV reporting have taken place in several countries in recent years, which may influence trends. In Germany and Switzerland for example, detection of multiple reports has become more effective. In Greece (where HIV reporting was implemented in 1999) and Portugal (where the existing system was substantially modified in 2000), reported HIV infections may include a large, but decreasing, proportion of prevalent infections diagnosed several years ago. Although HIV case reporting is now implemented in most countries of the region, coverage remains very incomplete in western Europe (about half of the population, excluding the most affected countries, see Table 13), where AIDS case reporting thus continues to represent the most complete source of data.

Trends for recent years presented in this report are more accurate than those presented in the previous issue (end-year 2001) because of more reliable adjustments for reporting delays and inclusion of new information on already reported cases (see Technical note). Data for 2002 should be interpreted with caution because they concern only 6 months and because reporting may be subject to seasonal variations.

West

The introduction and widespread use of HAART since 1996 produced a marked decline in AIDS incidence and AIDS deaths in western Europe (Figure 1). The number of AIDS cases diagnosed in 2001 (9 065) was only one third of that in 1995 (24 936) and the number of AIDS deaths (3 082) less than one fifth (18 157). However, data for the first 6 months of 2002 suggest that AIDS incidence is now levelling off. By country, AIDS incidence has declined everywhere except in Portugal which had a later epidemic and is now the highest AIDS incidence country in Europe (103 AIDS cases per million population

Commentaire

Ce rapport présente des données sur les cas de sida et d'infections à VIH nouvellement diagnostiqués déclarés au 30 juin 2002 dans les 51 pays de la Région Europe de l'OMS, ainsi que des données sur la prévalence de l'infection à VIH chez les homo/bisexuels masculins pour les années 1996 à 2001. La plupart des données sont présentées et discutées à l'intérieur de trois zones géographiques : l'Ouest, le Centre et l'Est (voir note technique).

Déclaration des cas de sida et d'infection à VIH

Les données sur les nouveaux diagnostics d'infection à VIH fournissent des informations plus pertinentes sur la situation actuelle du VIH que les données sur les cas de sida, surtout depuis l'utilisation à grande échelle des puissantes associations d'antirétroviraux. Elles doivent néanmoins être interprétées avec prudence, parce qu'elles peuvent ne pas représenter l'incidence du VIH et qu'elles dépendent fortement des modalités de dépistage et de déclaration qui diffèrent en fonction des pays. De plus, des changements pour améliorer la déclaration de l'infection à VIH sont survenus dans plusieurs pays ces dernières années, qui peuvent influencer les tendances. En Allemagne et en Suisse par exemple, la détection des doublons est devenue plus efficace. En Grèce (où la déclaration de l'infection à VIH a été mise en place en 1999) et au Portugal (où le système a été modifié substantiellement en 2000), les cas d'infection à VIH déclarés peuvent inclure une importante, mais décroissante, proportion de cas prévalents diagnostiqués plusieurs années auparavant. Bien que la déclaration des cas de VIH soit maintenant mise en place dans la plupart des pays de la région, la couverture reste très incomplète dans les pays d'Europe de l'Ouest (environ la moitié de la population, excluant les pays les plus touchés, voir tableau 13), où la déclaration des cas de sida continue ainsi à représenter la source de données la plus complète.

Les tendances pour les années récentes présentées dans ce rapport sont plus à jour que celles présentées dans le rapport précédent (rapport du 2^{ème} semestre 2001) en raison de redressements plus fiables des délais de déclaration et de l'inclusion de nouvelles informations sur des cas déjà déclarés (voir note technique). Les données pour 2002 doivent être interprétées avec prudence car elles ne concernent que les 6 premiers mois et la déclaration peut être sujette à des variations saisonnières.

Ouest

L'introduction et l'utilisation à grande échelle des puissantes associations d'antirétroviraux depuis 1996 a entraîné une diminution marquée de l'incidence du sida et des décès parmi les cas de sida en Europe de l'Ouest (figure 1). Le nombre de cas de sida diagnostiqués en 2001 (9 065) représentait seulement un tiers de ceux diagnostiqués en 1995 (24 936) et le nombre de décès parmi les cas de sida (3 082) moins d'un cinquième (18 157). Cependant, les données pour les 6 premiers mois de l'année 2002 suggèrent que l'incidence du sida est maintenant stabilisée. Par pays, l'incidence du sida a diminué partout excepté au Portugal où l'épidémie a démarré plus tard et où l'incidence

compared with 60 or less in all other countries). By transmission group, AIDS incidence has decreased less rapidly among persons infected through heterosexual contact (HC) (-32% in 2001 compared to 1995) than among injecting drug users (IDU) (-72%) and homo/bisexual men (HBM) (-75%), so that in 2001, for the first time, HC accounted for the largest (36%) single transmission group (Tables 2-4, Figure 2). Among AIDS cases infected heterosexually, a large and increasing proportion were originating from a country with a generalised HIV epidemic, from 24% in 1997 to 34% in 2001 (Tables 6, 7).

Overall, among countries with data available for at least the last 5 years, the rate of newly diagnosed HIV infections has increased by 14% between 1997 and 2001 (Figure 1). Increases were seen in several individual countries (e.g. Belgium, Ireland, Norway, United Kingdom) while decreases were observed in several others (e.g. Germany, Greece, Switzerland) (Figure 5). However, these decreases may be partly due to recent changes in HIV surveillance systems (see above). By transmission group, the number of new HIV diagnoses decreased slowly among HBM (-14% between 1997 and 2001) and IDU (-15%), while it has increased steadily among HC (+64%). An analysis of the eight countries with more detailed information on HC (Denmark, Finland, Germany, Greece, Iceland, Norway, Sweden, United Kingdom) indicates that this increase is almost entirely due to an increase of cases in persons originating from a country with a generalised HIV epidemic who account for the majority of heterosexually acquired infections newly diagnosed in several countries (in 2001, United Kingdom: 79%, Norway: 61%, Germany: 51%).

Centre

In the Centre the overall rate of both AIDS (less than 6 cases per million population in any year, compared with over 20 cases per million in the West) and newly diagnosed HIV infections (7-10 per million) remain low and relatively unchanged (Tables 1, 13). Poland and Yugoslavia, two countries where HIV spread among IDU in the late 1980s, account for most cases ever reported among IDU in the Centre (Poland: 52% of AIDS, 96% of HIV diagnoses; Yugoslavia: 41% of AIDS, HIV cases not available by transmission group). Nevertheless, the IDU-associated HIV epidemics in these two countries have not reached the levels found in some countries of the West (e.g. Spain, Italy, Portugal) or in the East. In other countries of the Centre, only very few AIDS or HIV cases were diagnosed among IDU.

East

In the East, the number of new HIV diagnoses continues to increase rapidly, with almost 100 000 cases (349 per

du sida est maintenant la plus élevée en Europe (103 cas de sida par million d'habitants par rapport à 60 ou moins dans tous les autres pays). Par groupe de transmission, l'incidence du sida a diminué moins rapidement chez les personnes infectées lors d'un rapport hétérosexuel (HET) (-32 % en 2001 par rapport à 1995) que chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI) (-72 %) et les homo/bisexuels masculins (HBM) (-75 %), de sorte qu'en 2001, pour la première fois, les HET représentent le plus important groupe de transmission (36 %) (tableaux 2-4, figure 2). Parmi les cas de sida infectés lors d'un rapport hétérosexuel, une proportion importante et croissante était des personnes originaires d'un pays où l'épidémie de VIH est généralisée, passant de 24 % en 1997 à 34 % en 2001 (tableaux 6, 7).

Globalement, parmi les pays pour lesquels les données sont disponibles pour au moins les 5 dernières années, le taux d'infections à VIH nouvellement diagnostiquées a augmenté de 14 % entre 1997 et 2001 (figure 1). Une augmentation est notée dans plusieurs pays (par ex. Belgique, Irlande, Norvège, Royaume-Uni) alors qu'une diminution est observée dans plusieurs autres (par ex. Allemagne, Grèce, Suisse) (figure 5). Cependant, ces diminutions peuvent être en partie dues aux récents changements survenus dans leurs systèmes de surveillance du VIH (voir plus haut). Par groupe de transmission, le nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH a diminué lentement chez les HBM (-14 % entre 1997 et 2001) et les UDI (-15 %), alors qu'il a augmenté de manière constante chez les HET (+64 %). Une analyse des huit pays (Allemagne, Danemark, Finlande, Grèce, Islande, Norvège, Suède, Royaume-Uni) pour lesquels une information plus détaillée est disponible pour les HET montre que cette augmentation est presque entièrement due à une augmentation des cas chez les personnes originaires d'un pays où l'épidémie de VIH est généralisée qui représentent la majorité des nouveaux diagnostics d'infection à VIH chez les HET dans plusieurs pays (en 2001, Royaume-Uni : 79 %, Norvège : 61 %, Allemagne : 51 %).

Centre

Au Centre, le taux global du sida (moins de 6 cas par million d'habitants quelle que soit l'année, par rapport à plus de 20 cas par million d'habitants à l'Ouest) et le nombre d'infections à VIH nouvellement diagnostiquées (7-10 cas par million d'habitants) restent faibles et relativement stables (tableaux 1, 13). La Pologne et la Yougoslavie, deux pays pour lesquels l'infection à VIH s'est propagée chez les UDI à la fin des années 80, représentent la majorité des cas déclarés chez les UDI au Centre (Pologne : 52 % des cas de sida, 96 % des nouveaux diagnostics d'infection à VIH ; Yougoslavie : 41 % des cas de sida, cas d'infection à VIH non disponibles par groupe de transmission). Néanmoins, les épidémies associées aux UDI dans ces deux pays n'ont pas atteint les niveaux observés dans certains pays à l'Ouest (par ex. Espagne, Italie, Portugal) ou à l'Est. Dans les autres pays du Centre, seulement très peu de cas de sida ou de VIH sont diagnostiqués chez les UDI.

Est

A l'Est, le nombre des nouveaux diagnostics d'infection à VIH continue à augmenter rapidement, avec presque

million population) reported in 2001 (Table 13). The vast majority of cases continue to be diagnosed among IDU (89% in 2001, excluding cases reported with unknown risk) (Table 15). Although still relatively low, the number of reported heterosexual infections has recently started to increase (+53% between 2000 and 2001) (Tables 16, 18, Figure 2). The number of infections reported among HBM remains extremely low but this may well reflect the social vulnerability of HBM in the region rather than the true epidemiological picture (see also "Prevalence of HIV infection among homo/bisexual men", below). The epidemic now affects almost all countries of the East, with rates in 2001 exceeding 100 per million in 4 countries (Estonia, Latvia, Russian Federation, Ukraine) (Figures 4, 5). Data for the first 6 months of 2002 indicate that whereas the rate of new diagnoses appears to have slowed down in the Russian Federation, an HIV epidemic is now emerging in Lithuania.

Reported AIDS incidence remains low (less than 3 cases per million population) except in Latvia (16.9 per million in 2001) and Ukraine (17.2 per million in 2001) (Table 1). Low AIDS incidence in the East is partly a reflection of the long AIDS incubation period, but may also reflect under-diagnosis and under-reporting in some countries. Over three quarters of AIDS cases reported in the region are diagnosed with tuberculosis as the first opportunistic illness (data not shown).

Prevalence of HIV infection among homo/bisexual men

For the period 1996-2001, data concerning HIV prevalence among homo/bisexual men in 18 countries are currently included in the European HIV Prevalence Database (see Technical note). These data were obtained through 26 studies or data collection systems employing a wide variety of methods which may be broadly classified as (i) seroprevalence studies (SP) designed specifically to measure HIV prevalence and based on testing, usually unlinked anonymous (UAT), of serum or saliva, (ii) studies, typically behavioural, including self-reported serostatus (SR), and (iii) the systematic reporting of the results of diagnostic testing (DT) in settings where the primary objective was to provide individuals with their serostatus. The studies were carried out in various settings, including gay venues and organisations, the gay press, HIV testing centres and sexually transmitted infection (STI) clinics. Some data relate to a regional or national level, while others, more restricted, concern only one or more cities. These important differences in methodology and settings must be taken into account in interpreting the data. Self-reported HIV serostatus can provide a useful indicator of prevalence levels and trends, although not a measure of true prevalence (persons never tested are excluded, while others may have seroconverted since their last test).

100 000 cas (349 cas par million d'habitants) déclarés en 2001 (tableau 13). Les UDI représentent toujours une grande majorité des cas (89 % en 2001, excluant les cas déclarés avec un risque indéterminé) (tableau 15). Bien qu'encore relativement faible, le nombre de cas attribués à une transmission hétérosexuelle a récemment commencé à augmenter (+53 % entre 2000 et 2001) (tableaux 16, 18, figure 2). Le nombre d'infections déclaré parmi les HBM reste très faible, mais cela pourrait plus refléter la vulnérabilité sociale des HBM dans cette région que la réalité de la situation épidémiologique (voir aussi plus bas « Prévalence de l'infection à VIH chez les homo/bisexuels masculins »). L'épidémie touche maintenant presque tous les pays de l'Est avec, en 2001, des taux supérieurs à 100 cas par million d'habitants dans 4 pays (Estonie, Lettonie, Fédération de Russie et Ukraine) (figures 4, 5). Les données pour les 6 premiers mois de 2002 suggèrent qu'une épidémie de VIH a démarré en Lituanie, alors que le taux des nouveaux diagnostics semble s'être ralenti en Fédération de Russie.

L'incidence des déclarations des cas de sida reste faible (moins de 3 cas par million d'habitants), excepté en Lettonie (16,9 cas par million d'habitants en 2001) et en Ukraine (17,2 cas par million en 2001) (tableau 1). La faible incidence du sida à l'Est reflète en partie la longue période d'incubation du sida, mais peut être également due à un sous-diagnostic et à une sous-déclaration dans certains pays. Plus des trois quarts des cas de sida déclarés dans la région sont diagnostiqués avec une tuberculose comme première pathologie opportuniste (données non présentées).

Prévalence de l'infection à VIH chez les homo/bisexuels masculins

Pour la période 1996-2001, les données concernant la prévalence de l'infection à VIH chez les homo/bisexuels masculins dans 18 pays figurent actuellement dans la Base Européenne de Prévalence du VIH (voir note technique). Ces données ont été recueillies au travers de 26 études ou systèmes de recueil de données utilisant diverses méthodes qui peuvent être classées en trois grandes catégories : (i) études de séroprévalence (SP) dont le but est de mesurer la prévalence du VIH et basées sur le dépistage diagnostique, souvent anonyme non corrélé, d'échantillons de sérum ou de salive ; (ii) études, en général comportementales, incluant des résultats d'auto-déclaration du statut sérologique ; et (iii) la déclaration systématique des résultats de dépistage réalisé dans des structures où l'objectif principal est de délivrer un sérodiagnostic individuel (dépistage diagnostique [DT]). Les études ont été menées dans des cadres divers, notamment des lieux de rencontre et organisations gays, la presse gay, des centres de dépistage VIH et des cliniques traitant les infections sexuellement transmises (IST). Certaines données sont recueillies à l'échelle régionale ou nationale, alors que d'autres, plus restreintes, ne concernent qu'une ou plusieurs villes. Il faut tenir compte de cette diversité de méthodologies et de sites lors de l'interprétation des données. L'auto-déclaration du statut sérologique peut fournir un précieux indicateur des niveaux et des tendances de la prévalence, bien qu'elle ne constitue pas une vraie mesure de la prévalence (les personnes n'ayant jamais été testées sont exclues, alors que d'autres peuvent avoir seroconverti depuis leur dernier test). Les données de

Results from DT are particularly difficult to interpret as they are likely to be subject to strong participation bias, probably increasing over time, due to the exclusion of persons already known to be HIV positive.

Data for the period 1996 to 2001, together with details on surveillance methods used and sources [1-20], are presented by year and country/sub-area in Table 21. For SP and SR studies, available data prior to 1996 are included in Figure 6 to show longer term trends.

West

For the period 1996-2001, data are currently available from 18 studies (6 SP, 5 SR, 7 DT) in 10 countries.

Seroprevalence among HBM attending STI clinics has been monitored continuously by UAT since 1990 in the United Kingdom (nation-wide surveillance based on specimens collected for syphilis serology in genitourinary clinics), since 1991 in Amsterdam and since 1998 in six large Spanish cities (including Madrid). In Italy, an earlier study based on a national STI network found high levels of HIV, increasing from 18% in 1990 to 26% in 1996, among male homo/bisexual STI patients, but more recent data are not available. In the United Kingdom, levels are much higher in London than elsewhere. In both London and Amsterdam, levels decreased steadily from over 20% in the early 1990s to under 10% in 1998. Since then, prevalence has re-increased to around 15% in Amsterdam, and a similar trend may have begun in London where prevalence increased strongly from a low of 6.7% in 1999 to 11% in 2000 (data for 2001 not yet available); in the rest of the United Kingdom, including Scotland, prevalence remains stable at around 2-3%. Prevalence levels similar to those in London and Amsterdam were found in the six Spanish cities (13.2% in 1999; 10.1% in 2000 and 2001), but small sample sizes in some years make interpretation of trends difficult. In Barcelona (not one of the six cities), a UAT study repeated at 2-3 year intervals among HBM attending bath houses, saunas and sex shops found an increase from 14.2% in 1995 to 17.9% in 2000. In 1998, a similar study found a prevalence of 11.6% among men attending 24 gay venues in Zurich; prevalence was higher among men previously tested (12.8%) than among those never tested (6.2%). Among those reporting a previous test, self-reported prevalence (9.7%) was lower than that measured by saliva testing (12.8%).

Self-reported serostatus among participants in behavioural studies represents the main source of information on HIV prevalence among HBM in France and Germany and, more recently, in Denmark and Ireland; SR data are also available for Switzerland. With the exception of Ireland (2000: 5.1%), SR prevalence

dépistage diagnostique sont particulièrement difficiles à interpréter parce qu'elles peuvent comporter des biais de participation importants, qui s'accroissent probablement au cours du temps, en raison de l'exclusion de séropositifs connus.

Les données pour la période 1996-2001 sont présentées dans le tableau 21 par année et par pays/région et sont accompagnées de la description des méthodes de surveillance utilisées et des sources [1-20]. Pour les études de séroprévalence et d'auto-déclaration, les données antérieures à 1996 sont incluses dans la Figure 6 afin de montrer les tendances à plus long terme.

Ouest

Pour la période 1996-2001, des données sont disponibles pour 10 pays et proviennent de 18 études (6 de séroprévalence, 5 d'auto-déclaration, 7 de dépistage diagnostique).

La séroprévalence chez les HBM consultant dans des cliniques IST a fait l'objet d'une surveillance continue basée sur le dépistage anonyme non corrélé depuis 1990 au Royaume-Uni (surveillance nationale basée sur des échantillons recueillis pour une sérologie de la syphilis dans les cliniques IST), depuis 1991 à Amsterdam et depuis 1998 dans six grandes villes espagnoles (dont Madrid). En Italie, une étude précédente basée sur un réseau IST national a rapporté des niveaux élevés de prévalence, passant de 18 % en 1990 à 26 % en 1996, chez les HBM porteurs d'une IST, mais des données plus récentes ne sont pas disponibles. Au Royaume-Uni, les niveaux sont nettement plus élevés à Londres qu'ailleurs. A Londres et à Amsterdam, les niveaux ont régulièrement baissé, passant de plus de 20 % au début des années 1990 à moins de 10 % en 1998. Depuis lors, la prévalence est de nouveau en hausse et se situe autour de 15 % à Amsterdam, et une tendance similaire commencerait à se dessiner à Londres où la prévalence a fortement progressé pour passer de 6,7 % en 1999 à 11 % en 2000 (données pour 2001 non encore disponibles) ; dans le reste du Royaume-Uni, y compris l'Ecosse, la prévalence reste stable autour de 2-3 %. Des niveaux de prévalence similaires à ceux observés à Londres et à Amsterdam ont été constatés dans les six villes espagnoles (13,2 % en 1999 ; 10,1 % en 2000 et 2001), mais la petite taille des échantillons pour certaines années rend difficile l'interprétation des tendances. A Barcelone (qui ne fait pas partie des six villes), une étude anonyme non corrélée répétée à intervalles de 2-3 ans chez les HBM fréquentant les saunas et les sex shops a fait état d'une augmentation de 14,2 % en 1995 à 17,9 % en 2000. En 1998, une étude similaire a rapporté une prévalence de 11,6 % chez les hommes fréquentant 24 lieux de rencontre gays à Zurich ; la prévalence était plus élevée chez les hommes déjà testés (12,8 %) que chez ceux qui ne l'avaient jamais été auparavant (6,2 %). Parmi ceux déclarant avoir déjà eu recours au dépistage, la prévalence auto-déclarée (9,7 %) était plus faible que celle mesurée (12,8 %) par test salivaire.

L'auto-déclaration du statut sérologique chez les participants aux études comportementales représente la principale source d'information sur la prévalence du VIH chez les HBM

among ever-tested men in these studies ranges from 10% to 15% nation-wide. In France, it was higher in Paris than in the rest of France (2000: 18.9% vs 12.5%). In Germany, SR prevalence remained stable at around 10-11% in 1991-1996, but increased to 15% in 1999 (latest data available); however, in eastern Germany (the former German Democratic Republic), prevalence—previously much lower than in western Germany (1991: 5.5% vs 11.2%)—increased throughout the period to attain the national level of 15% in 1999. Among younger HBM, prevalence showed no increase in either France (<25 years) or Germany (<30 years), while the increase in 2000 in the United Kingdom UAT survey was less pronounced among younger (<25 years) than among older men.

Prevalence levels estimated through DT data, available from five countries, are generally much lower than those found in specific studies, whether based on testing of biological samples or self-reported serostatus. In particular, compared with results reported from SP or SR studies in the same cities or countries, DT seroprevalence is much lower in Amsterdam (4-6% vs 10-15% among STI clinic attenders), in Catalonia (around 4% at anonymous testing sites vs 15-20% in the Barcelona gay venues study) and in Switzerland (1-2% at anonymous testing sites vs 12% in the Zurich gay venues study and 11% nation-wide in the gay press study). In Spain, seroprevalence reported from DT among first-time attenders at STI clinics in nine cities (8-10%) was lower than the 10-15% in the UAT study among STI clinic attenders in six cities, although the cities are not the same (except for Madrid and Gijón). The only exception to this pattern is Scotland, where exhaustive reporting of DT throughout Scotland shows levels which are consistently similar or even slightly higher than those reported through the unlinked anonymous monitoring programme in genitourinary clinics.

Centre and East

Much less data, including only three SP studies, are available in the Centre and the East, which we therefore consider together. Data are available for eight countries.

Seroprevalence studies among men frequenting gay bars and discotheques have been undertaken in the capital cities of Slovakia (Bratislava), Slovenia (Ljubljana) and Latvia (Riga), where the study also includes the Baltic port of Liepaja. The highest level (5.4% in 1998) was found in the Latvian cities. Otherwise, prevalence was less than

en France et en Allemagne et, plus récemment, au Danemark et en Irlande ; des données d'auto-déclaration sont également disponibles pour la Suisse. Dans ces études, à l'exception de celle en Irlande (2000 : 5,1 %), la prévalence auto-déclarée chez les hommes ayant déjà été testés varie de 10 % à 15 % à l'échelle nationale. En France, elle est plus élevée à Paris que dans le reste de la France (2000 : 18,9 % vs 12,5 %). En Allemagne, la prévalence auto-déclarée est restée stable autour de 10-11 % en 1991-1996, mais est passée à 15 % en 1999 (date des dernières données disponibles) ; toutefois, en Allemagne de l'est (ex-République Démocratique Allemande), la prévalence auto-déclarée – auparavant nettement plus faible qu'en Allemagne de l'ouest (1991 : 5,5 % vs 11,2 %) – a augmenté tout au long de la période pour atteindre le niveau national de 15 % en 1999. Chez les hommes plus jeunes, la prévalence n'a augmenté ni en France (<25 ans) ni en Allemagne (<30 ans), tandis que l'augmentation de 2000 au Royaume Uni (étude anonyme non corrélée) a été moins marquée chez les hommes plus jeunes (<25 ans) que chez les hommes plus âgés.

Les prévalences estimées par les données de dépistage diagnostique, disponibles pour cinq pays, sont en général nettement inférieures à celles observées dans les études spécifiques, qu'elles soient basées sur des prélèvements biologiques ou l'auto-déclaration. En particulier par rapport aux résultats obtenus avec des études de séroprévalence ou d'auto-déclaration effectuées dans les mêmes villes ou pays, la séroprévalence du dépistage diagnostique est nettement inférieure à Amsterdam (4-6 % vs 10-15 % chez les personnes consultant dans des cliniques IST), en Catalogne (autour de 4 % dans les centres de dépistage anonyme vs 15-20 % pour l'étude de Barcelone réalisée dans des lieux de rencontre gays) et en Suisse (1-2 % dans les centres de dépistage anonyme vs 12 % pour l'étude de Zurich réalisée dans des lieux de rencontre gays et 11 % à l'échelle nationale dans l'étude de la presse gay). En Espagne, la séroprévalence estimée par dépistage diagnostique chez des hommes consultant pour la première fois dans des cliniques IST de neuf villes (8-10 %) était plus faible que les 10-15 % constatés dans l'étude anonyme non corrélée chez les hommes consultant dans des cliniques IST de six villes, bien que ces villes n'étaient pas les mêmes (sauf Madrid et Gijón). La seule exception à ce profil est l'Ecosse, où la déclaration exhaustive du dépistage diagnostique dans toute l'Ecosse indique des niveaux similaires ou même légèrement supérieurs à ceux rapportés par le programme de surveillance anonyme non corrélée dans les cliniques IST.

Centre et Est

Le Centre et l'Est pour lesquels il existe nettement moins de données (et seulement trois études de séroprévalence) seront considérés ensemble. Les données sont disponibles pour huit pays.

Des études de séroprévalence chez les hommes fréquentant les bars et discothèques pour gays ont été mises en place dans les capitales de Slovaquie (Bratislava), de Slovénie (Ljubljana) et de Lettonie (Riga), où l'étude inclut également la ville portuaire de Liepaja. Le niveau le plus élevé (5,4 % en 1998) a été observé dans les villes de Lettonie. Sinon, la prévalence était inférieure

4% and the only study repeated regularly (Ljubljana: 1996-2001) showed no trend.

Results from diagnostic testing in various settings have been reported from Armenia (Yerevan), Belarus, Poland, the Russian Federation and Uzbekistan; DT data were also received from Azerbaijan and Slovakia, but the numbers tested per year were too small for inclusion. In Poland (Centre), prevalence varied between 5% and 10% per year, but with no clear trend. In the remaining countries (all in the East), levels were extremely low (<1%).

Discussion

The data presented here come from very different types of studies or testing activities, each subject to its own particular biases and limitations. The reported prevalence levels depend on many factors including geographic coverage (e.g. nation-wide or city), nature of the study, type, number and diversity of sites where men are recruited and study inclusion criteria. For all these reasons, comparisons between studies and interpretation of trends within studies are hazardous. Nevertheless, these data provide a useful overview of the levels of HIV prevalence detected in particular settings across Europe over the last six years.

The results from specific studies (SP and SR) indicate current HIV prevalence levels of 10-20% among active gay men in several large cities in the West and there are some signs that, following earlier declines, prevalence may now be increasing. This changing trend reflects, at least in part, the substantially reduced mortality among HIV-infected men in the era of HAART, but also indicates ongoing transmission. The few studies carried out in the Centre and the East show levels (mostly under 4%) much lower than those in the West. In general, data from diagnostic testing show much lower levels than those obtained through specific studies in similar populations. Indeed, these data are subject to strong participation bias, increasing over time as known HIV positive men are excluded, and may be closer to incidence than to prevalence. The relatively high levels (up to 11%) reported from DT in Poland, similar to those reported from nine cities in Spain, suggest that the true prevalence among gay men in large Polish cities may be comparable to that in several western cities.

à 4 % et la seule étude répétée régulièrement (Ljubljana : 1996-2001) n'a fait apparaître aucune tendance.

Des données de dépistage diagnostique réalisés dans différentes structures ont été déclarées par l'Arménie (Erevan), le Bélarus, l'Ouzbékistan, la Pologne et la Fédération de Russie ; de telles données ont également été reçues pour l'Azerbaïdjan et la Slovaquie mais, les effectifs étant trop faibles, elles ne pouvaient pas être incluses. En Pologne (Centre), la prévalence variait entre 5 % et 10 % par an, mais aucune tendance nette n'est apparue. Pour les autres pays (tous à l'Est), les prévalences étaient extrêmement faibles (<1 %).

Discussion

Les données présentées ici proviennent de types d'études ou d'activités de dépistage de nature très diverse, chacune sujette à ses biais et ses limites propres. Les prévalences déclarées dépendent de nombreux facteurs, comme la couverture géographique (par ex. nationale ou urbaine), le type d'étude, la nature et le nombre des sites où les hommes ont été recrutés et les critères d'inclusion dans l'étude. Pour l'ensemble de ces raisons, les comparaisons entre études et l'interprétation des tendances dans une même étude sont délicates. Néanmoins, ces données fournissent une synthèse utile des prévalences du VIH détectées dans des cadres divers en Europe au cours des six dernières années.

Les résultats d'études spécifiques (de séroprévalence et d'auto-déclaration) montrent des prévalences actuelles à 10-20 % chez les HBM actifs dans plusieurs grandes villes de l'Ouest et semblent indiquer que la prévalence, après des baisses successives, serait aujourd'hui en train d'augmenter. Ce changement de tendance reflète, au moins en partie, la diminution substantielle, due aux traitements antirétroviraux puissants, de la mortalité chez les hommes infectés par le VIH, mais indique également une poursuite de la transmission. Les quelques études menées dans le Centre et l'Est montrent des prévalences (pour la plupart <4 %) très inférieures à celles de l'Ouest. En général, les données de dépistage diagnostique indiquent des prévalences nettement plus faibles que celles obtenues au cours d'études spécifiques au sein de populations similaires. En effet, ces données comportent des biais de participation importants, qui s'accroissent au cours du temps, puisque des séropositifs connus sont exclus, et sont peut-être plus proches de l'incidence que de la prévalence. Les prévalences relativement élevées (jusqu'à 11 %) estimées par dépistage diagnostique en Pologne, similaires à celles constatées dans neuf villes d'Espagne, suggèrent que la prévalence réelle chez les HBM dans des grandes villes polonaises peut être comparable à celle de plusieurs grandes villes de l'Ouest.

References

1. Vincent A, Galand M. Rapport d'activité du Centre Elisa – Centre de dépistage anonyme et gratuit. Brussels : Médecins sans Frontières, 2001.
2. Sasse A, Vincent A, Galand M. High HIV prevalence among patients choosing anonymous testing. 14th International Conference on AIDS. Barcelona, July 2002 [Abstract ThOrD1397].
3. Adam P, Hauet E, Caron C. Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays. Résultats préliminaires de l'Enquête Presse Gay 2000. Saint-Maurice : Institut de Veille Sanitaire, 2001
4. Bochow M. Schwule Männer, AIDS und Safer Sex. Berlin: AIDS-Forum DAH, 2001.
5. Carroll D, Foley B, Hickson F *et al.* Vital Statistics Ireland. Findings from the all-Ireland gay men's sex survey, 2000. Dublin: Gay Mens Health Network, 2002.
6. Municipal Health Service. Geslachtsziekten bestrijding (Annual Reports from the Clinic for Sexually Transmitted Diseases). Amsterdam: Municipal Health Service, 1988-2002.
7. Van de Laar MJW, Haks K, Coenen AJJ. Registratie v. soa en HIV consulten bij GGD en en soa-poliklinieken. Annual report 2001. Bilthoven: National Institute of Public Health (RIVM), 2002.
8. Instituto de Salud "Carlos III". Estudio anónimo no relacionado de la seroprevalencia de VIH en pacientes de consultas de enfermedades de transmisión sexual. 1998-2000. Madrid : Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://cne.isciii.es>
9. Instituto de Salud "Carlos III". Evolución de la prevalencia de VIH en pacientes de diez centros de enfermedades de transmisión sexual y/o diagnóstico del VIH. Análisis retrospectivo del periodo 1992-2000. Madrid : Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://cne.isciii.es>
10. De la Paz P, Barrasa A, Del Romero J. HIV seroprevalence among men who have sex with men voluntarily tested in Spain, 1992-2000. 14th International Conference on AIDS. Barcelona, July 2002 [Abstract WePeC6121].
11. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya. Sistema integrat de vigilància epidemiològica del VIH/sida a Catalunya (SIVES). Annual report 2001. Barcelona : Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2001.
12. Pérez K, Rodes A, Casabona J. Monitoring HIV prevalence and behaviour of men who have sex with men in Barcelona, Spain. *Eurosurveillance* 2002, 7:23-28.
13. Dubois-Arber F, Moreau-Gruet F, Jeannin A. Men having sex with men and HIV/AIDS prevention in Switzerland: 1987-2000. *Eurosurveillance* 2002, 7:16-18.
14. Wang J, Twisselmann W, Somaini B, Dubois-Arber F. Prévalence du VIH et comportements de protection et à risque auto-reportés chez les hommes homosexuels à Zurich en 1998. *Epidémiologie et Maladies Infectieuses* 1999, 49:916-919.
15. Catchpole MA, McCarrigle CA, Rogers PA, Jordan LF, Mercey D, Gill ON. Serosurveillance of prevalence of undiagnosed HIV-1 infection in homosexual men with acute sexually transmitted infection. *BMJ* 2000, 321:1319-1320.
16. Unlinked Anonymous Surveys Steering Group. Prevalence of HIV and hepatitis infections in the United Kingdom, 2000. London: Department of Health, 2001. (www.phls.co.uk).
17. Panstwowy Zakład Higieny/Gzowny Inspektorat Sanitarny. Infectious diseases and poisonings in Poland in 2000. Warsaw: PZH, 2001:2.
18. AIDS i Zakazenie HIV w 1999 Rok. *Przegl Epidemiol* 2002, 56 (*in press*).
19. Stanekova D, Habekova M, Wimmerova S, Gramblickova I. HIV infection and sexual behaviour among homosexual and bisexual men in Bratislava. *Cent Eur J Public Health* 2000, 8:172-175.
20. Ferdats A, Divberna I, Upmace I, *et al.* Prevalence of HIV, hepatitis B and C and syphilis infection in different risk behaviour groups in Latvia. 12th International Conference on AIDS. Geneva, July 1998 [Abstract 23379].