

compared with 2001) and Ukraine (+50%), where all seropositive children born to HIV positive mothers are initially reported. Many of these children will subsequently (at the age of 18 months) be found to be uninfected and may be removed from national statistics. These trends, which provide a true indication of the trend in births to HIV-infected mothers (but not of the numbers of infected children), are alarming.

Prevalence of HIV infection among STI patients and clinic attendees

Heterosexual men and women with sexually transmitted infections (STI) are at greater risk for HIV infection than the general heterosexual population. In Europe, where HIV prevalence in the general population is low and HIV infection remains largely concentrated among the recognised high risk groups (HBM, IDU), monitoring HIV prevalence among STI patients may therefore provide an early indication of HIV spread into a wider heterosexual population. Between 1990 and 1996, surveillance networks in 19 (mostly western) European countries participated in a European Community Concerted Action to monitor HIV seroprevalence among sentinel populations of STI patients using a standardised protocol.¹ Over the whole 7-year period, HIV prevalence among non-IDU heterosexual STI patients was 0.6% overall and ranged from 0.01% in the Czech Republic to 3.9% in Portugal; an analysis of trends over time found small but statistically significant increases in four of the networks, but not in the others.²

Since 1996, many of these networks have been discontinued or modified, although those in the Czech Republic, Italy, Switzerland and the United Kingdom have continued largely unchanged. Elsewhere, other pre-existing systems have continued (especially in the East) and several new systems have been set up, but with no standardised approach. We have attempted to collect together the more recent data available from these diverse systems. Data for the period 1997-2002 are presented in Table 13 by year and country/sub-area, together with details of the tested populations, surveillance methods used and references.¹⁻¹⁷ Since prevalence levels are heavily dependent on the proportion of HBM and IDU in the sampled population, the results are presented and discussed by sub-group wherever possible, although overall figures are also included in Table 13 for completeness. Selected trends are shown in Figure 5.

The systems and studies through which these data are collected differ markedly in terms of the precise

infectés et devraient être enlevés des statistiques nationales. Ces tendances, qui fournissent une indication réelle des tendances du nombre de naissances chez des mères séropositives (mais pas du nombre de nouveau-nés infectés), sont alarmantes.

Prévalence de l'infection à VIH chez les patients présentant une infection sexuellement transmise (IST) ou consultant dans une clinique IST

Les personnes hétérosexuelles atteintes d'une IST constituent un sous-groupe de la population hétérosexuelle présentant un risque accru d'infection à VIH. En Europe où la prévalence de l'infection à VIH dans la population générale est faible et où le VIH est largement concentré dans certains groupes à risque reconnus (HBM, UDI), les tendances de la prévalence du VIH chez les patients présentant une IST pourraient fournir une indication précoce de la diffusion du VIH dans la population hétérosexuelle plus large. Une Action Concertée Européenne ayant pour objectif d'évaluer les tendances de la prévalence du VIH chez les patients atteints d'une IST a été conduite entre 1990 et 1996.¹ Cette étude a été réalisée au travers de réseaux de surveillance sentinelles dans 19 pays européens (principalement en Europe de l'Ouest) à l'aide d'un protocole standardisé. Sur l'ensemble des sept années de l'étude, la prévalence du VIH chez les hétérosexuels non-UDI présentant une IST était de 0,6 % globalement et variait de 0,01 % en République tchèque à 3,9 % au Portugal ; une analyse des tendances temporelles a révélé des augmentations légères, mais statistiquement significatives, dans quatre des réseaux sentinelles, mais aucune tendance notable dans les autres réseaux.²

Depuis 1996, plusieurs de ces réseaux sentinelles ont été arrêtés ou modifiés ; cependant en République tchèque, Italie, Suisse et au Royaume-Uni, les réseaux ont continué à fonctionner de manière quasi inchangée. Dans d'autres pays, des dispositifs préexistants de surveillance du VIH chez les patients IST ont été maintenus (principalement en Europe de l'Est) et plusieurs nouveaux systèmes ont été mis en place, mais sans aucune standardisation des méthodes. Nous avons tenté de recueillir les données les plus récentes disponibles générées par ces divers systèmes de surveillance. Les données pour la période 1997-2002 sont présentées dans le tableau 13 par année et par pays/sous-région, ainsi que des informations sur les populations testées, les méthodes de surveillance utilisées et les références bibliographiques.¹⁻¹⁷ Etant donné que les niveaux de prévalence sont fortement conditionnés par la proportion d'HBM et d'UDI parmi les populations testées, les résultats sont présentés et discutés par sous-groupe lorsque c'est possible ; les données globales sont cependant également incluses dans le tableau 13. Des tendances sont présentées graphiquement dans la figure 5.

Les méthodes utilisées dans les différents systèmes ou études visant à mesurer la prévalence du VIH chez les patients IST diffèrent fortement en termes notamment de populations testées et de type de sites. De ce fait, les comparaisons entre pays, voire les interprétations de tendances au sein d'un même

target population, setting and other methods used. As a result, comparisons between countries and even interpretation of trends over time within countries are hazardous. Nevertheless, we believe the data give a useful indication of levels of HIV infection among specific populations of patients seeking care for STIs.

As in the earlier European study, we sought data on patients in whom an STI (other than HIV) had been diagnosed. However, in some cases the only data available concern persons consulting at STI clinics or services, many of whom may not have an STI. Otherwise, the target population may include patients with a wide range of STI or may be more restricted (e.g. to cases of syphilis or gonorrhoea only, with a probable higher risk for HIV). Most data come from STI clinics or other health facilities with STI services, although data from private practitioners and from voluntary counselling and testing sites are also included. Most data are obtained through the reporting of results of diagnostic testing (DT), usually at national level, but three seroprevalence studies (SP) based on unlinked anonymous testing (UAT) are included and another three studies are based at least in part on self-reported HIV serostatus (SR).

Data for apparently similar populations and settings may nevertheless not be comparable between countries because of important differences in the organisation and utilisation of health services. In some countries, for example, public STI clinics are used mainly by socially disadvantaged persons (who may also be at higher risk for HIV infection), while in others such services are widely accepted and used by a much broader spectrum of society. Even within countries and studies, trends over time may be misleading if the nature of the population tested is changing – as may be the case in the context of the recent outbreaks of syphilis and gonorrhoea reported from several countries of western Europe.^{4,18-27}

West

The data reported from 11 countries of the West come from a wide variety of sources. All systems are based at least in part on STI clinics or other public health services, but three (Denmark, France, Germany) also include the participation of private practitioners and two (Denmark, Germany) include data from voluntary HIV counselling and testing sites. The target populations and data type vary considerably. In three countries, available data concern only cases of syphilis (France, Ireland) or cases of either syphilis or gonorrhoea (Denmark)

pays peuvent être hasardeuses. Nous pensons néanmoins que les données présentées fournissent des indications utiles sur les niveaux de prévalence de l'infection à VIH dans certains groupes de patients présentant une IST.

Comme dans l'étude européenne initiale, nous avons tenté de recueillir des données chez des patients chez qui une IST (autre que le VIH) avait été diagnostiquée. Cependant dans certains cas, les seules données disponibles concernent des personnes consultant dans une clinique traitant les IST, parmi lesquelles un grand nombre pourrait, en définitive, ne pas être atteint d'une IST. Dans d'autres cas, les populations testées peuvent être atteintes d'une des nombreuses IST, ou encore faire partie d'un groupe nettement plus restreint (par exemple, des personnes atteintes uniquement de syphilis ou de gonococcie, ayant probablement un risque plus élevé d'infection à VIH). La plupart des données proviennent de cliniques IST ou d'autres structures de soins dotées d'une consultation IST ; certains systèmes ou études comprennent également des données provenant de médecins libéraux ou de centres de dépistage du VIH. La plupart des données sont les résultats de tests de dépistage ayant pour but le diagnostic individuel (dépistage diagnostique), résultats généralement disponibles à l'échelle nationale ; trois études de prévalence sont basées sur un dépistage anonyme non corrélé et trois autres études sont basées en partie sur l'auto-déclaration du statut sérologique.

Des données pour des populations comparables au premier abord peuvent cependant s'avérer ne pas être comparables d'un pays à l'autre en raison de différences importantes dans l'organisation et l'utilisation des services de santé. Dans certains pays, par exemple, les cliniques IST drainent principalement des personnes issues de classes sociales défavorisées (qui pourraient également être à risque plus élevé pour l'infection à VIH), alors que dans d'autres pays, de tels services sont utilisés par une frange beaucoup plus large de la société. En outre, au sein d'un même pays voire d'une même étude, les tendances temporelles pourraient s'avérer trompeuses si les caractéristiques de la population testée changeaient, ce qui pourrait bien être le cas dans le contexte des récentes épidémies de syphilis et de gonococcie en Europe de l'Ouest.^{4,18-27}

Ouest

Les données fournies par 11 pays de l'Ouest proviennent de systèmes extrêmement variés. Tous ces systèmes sont basés, du moins en partie, sur des cliniques IST ou sur des services de santé du secteur public ; trois d'entre eux cependant (Allemagne, Danemark, France) incluent également la participation de médecins libéraux et deux (Allemagne, Danemark) incluent des données provenant de sites de dépistage volontaire du VIH. Les populations testées et le type de données disponibles sont très hétérogènes. Dans trois pays, les données disponibles concernent uniquement les patients atteints de syphilis (France, Irlande) ou les patients atteints de syphilis ou de gonococcie

and include a high proportion of HBM (up to 90% in France). The first results from a new sentinel surveillance system in Germany among patients with one of four STIs (syphilis, gonorrhoea, chlamydia, trichomoniasis) include 40% HBM. Elsewhere, the results refer to patients with one of a wider range of STIs (Italy, Switzerland, United Kingdom) (see Table 13 for details), to persons consulting for suspicion of STI (Spain) or to all STI clinic attendees (Netherlands: about 30% with confirmed STI in 2001) and only a small minority are HBM or IDU. Seroprevalence studies based on UAT are conducted in Spain (data from seven STI clinics in six cities) and in the United Kingdom (UAT of residual samples from syphilis serology at sentinel genitourinary clinics).

Not surprisingly, prevalence is highest among IDU (up to 80% in Italy) and among HBM and highly selected groups of STI patients (notably syphilis and gonorrhoea cases) which include high proportions of HBM. However, levels in these populations vary widely: 2-7% among HBM attending STI clinics in the Netherlands (both in Amsterdam and elsewhere) or tested for syphilis in the UK outside London; around 10-20% among HBM tested in London and in the six Spanish cities and among syphilis cases in Ireland since 2000 (provisional data) and syphilis or gonorrhoea cases in Denmark; around 30% among HBM STI patients in Italy; 50% or more among HBM with selected STIs in Germany and in a highly selected group of HBM with syphilis in Paris. Recent trends are particularly difficult to interpret since the sampling frames of many of the above surveillance systems have shifted; following syphilis and gonorrhoea outbreaks in 2001 and 2002, changes in screening policies may have altered the size and risk levels of the HBM populations surveyed. For instance, in London, a specific recommendation that known HIV-infected HBM should also be tested regularly for syphilis has increased the number and proportion of previously diagnosed HIV infected clinic attendees included in the survey and most of the recent rise in overall HIV prevalence can be attributed to the inclusion of more previously diagnosed HIV-infected attendees.¹³

Among non-IDU heterosexual men and women, the highest reported levels are among STI patients in Italy, where prevalence appears to have increased from a stable level of around 2% in 1990-1996 to 3-7% in 1997-2002, and in Switzerland (2-4% in some years, with signs of a possible increase in recent years) (Figure 5). However, an analysis in the early years of the Swiss study showed that heterosexuals with fewer sex partners were more likely than those with more partners to refuse HIV

(Denmark) et incluent une proportion importante d'HBM (jusqu'à 90 % en France). Les premières données d'un nouveau système de surveillance sentinelle en Allemagne chez des patients présentant une IST parmi quatre (syphilis, gonococcie, chlamydie, trichomonas) comprennent 40 % d'HBM. Dans les autres pays, les données concernent des personnes présentant une IST parmi une liste plus large (Italie, Suisse, Royaume-Uni) (voir détails dans le tableau 13), des personnes consultant pour une suspicion d'IST (Espagne), ou encore, l'ensemble des personnes consultant dans une clinique IST (Pays-Bas : une IST a été diagnostiquée chez environ 30 % de l'ensemble des consultants en 2001) ; dans ces pays, les HBM et les UDI ne représentent qu'une minorité de la population testée. Enfin, des études de prévalence basées sur un dépistage anonyme non corrélé sont réalisées en Espagne (dans sept cliniques situées dans six villes) et au Royaume-Uni (dépistage anonyme non corrélé sur les échantillons prélevés pour une sérologie syphilis dans des cliniques IST sentinelles).

Comme on pouvait s'y attendre, les prévalence les plus élevées sont retrouvées chez les UDI (prévalence allant jusqu'à 80 % en Italie), chez les HBM et chez certains groupes de patients (principalement ceux atteints de syphilis ou de gonococcie) qui comprennent une proportion importante d'HBM. Cependant, les niveaux de prévalence dans ces populations varient cependant fortement. La prévalence de l'infection à VIH est de 2-7 % chez les HBM consultant dans des cliniques IST aux Pays-Bas (à Amsterdam et ailleurs) ainsi que chez les HBM ayant une sérologie syphilis au Royaume-Uni en dehors de Londres. Elle se situe autour de 10-20 % chez les HBM testés à Londres et dans les six villes espagnoles, ainsi que chez les personnes atteintes de syphilis en Irlande depuis 2000 (données provisoires) et celles atteintes de syphilis ou de gonococcie au Danemark. Enfin, elle est d'environ 30 % chez les HBM présentant une IST en Italie et de 50 % au moins parmi les HBM atteints de certaines IST en Allemagne, ainsi que parmi un groupe très sélectionné d'HBM atteints de syphilis à Paris. Les tendances récentes sont particulièrement difficiles à interpréter en raison du fait que les bases d'échantillonnage de nombre de systèmes de surveillance décrits ci-dessus ont été modifiées ; suite aux épidémies de syphilis et de gonococcie en 2001 et 2002, des changements survenus dans les politiques de dépistage auraient pu modifier la taille et les niveaux de risque des populations HBM testées. A Londres, par exemple, la publication d'une recommandation spécifique de pratiquer régulièrement une sérologie syphilis chez les HBM connus comme étant infectés par le VIH a entraîné une augmentation du nombre et de la proportion de séropositifs connus dans l'enquête, ce qui est responsable en grande partie de l'élévation récente de la prévalence globale du VIH.¹³

Parmi les hommes et les femmes hétérosexuels non-UDI, les niveaux de prévalence les plus élevés ont été rapportés chez les patients atteints d'IST en Italie où la prévalence semble avoir augmenté d'un niveau stable de 2 % en 1990-1996 à 3-7 % en 1997-2002, et en Suisse (2-4 % certaines années avec des signes possibles d'augmentation au cours des dernières années) (figure 5). Il faut noter qu'une analyse des données suisses a montré que les hétérosexuels ayant moins de partenaires sexuels étaient plus à même de refuser un test VIH que

testing, suggesting that prevalence among heterosexuals may be over-estimated (the opposite was found for HBM).¹² Among persons attending an STI clinic in Lisbon in 2000-2002, around 7% were infected (in 2002, 3% of persons tested and 16% of HIV-infected persons were IDU). Among non-IDU heterosexual STI patients in the six Spanish cities, prevalence was 2.5% in 1998, but decreased thereafter. Elsewhere, levels were <2% (mostly <1%), with no clear trends. In the United Kingdom, levels were higher in London than in the rest of the country, but were still below 1% in most years. Prevalence was also below 1% among female sex workers consulting for STIs in Spain and among sex workers presenting with an STI in Germany.

Centre

Available data come from DT among patients with a confirmed STI (Czech Republic) or clinical symptoms (Slovakia) and from UAT of syphilis serology samples from STI clinic attendees in Slovenia. Prevalence levels are very low – less than 0.1% in most years – and show no trend over time.

East

In the East, HIV and STI surveillance systems are much less diverse than in the West. In general, results of large-scale nation-wide diagnostic testing continue to be reported through systems inherited from the former Soviet Union, variously affected by changing socio-economic factors. Most of the nine countries for which data are available reported results of testing at STI clinics, while some also included data from hospitals (Belarus, Latvia) or HIV voluntary counselling and testing sites (Azerbaijan, Georgia). In some countries, the results concern all persons consulting for STI at the clinics or hospitals, many of whom will not be diagnosed with an STI, while in some others precise information on the population tested is not available. With the exception of Ukraine, where separate results are available for three large cities, data are available at national level only. Moreover, data for specific sub-groups of STI patients are not available and the proportions of IDU among the tested populations are unknown.

The highest prevalence levels were reported from Estonia (up to 1.5%) and Ukraine (up to 0.8% nation-wide). In Estonia, prevalence among STI patients, previously extremely low, increased sharply in 2000 and peaked at 1.5% (44/2975) in 2001 (Figure 5), reflecting recent trends in newly diagnosed HIV infections which also rose sharply

ceux ayant plus de partenaires, ce qui suggère que la prévalence du VIH chez les hétérosexuels en Suisse pourrait être surestimée (le contraire a été observé pour les HBM).¹² Parmi les patients consultants dans une clinique IST à Lisbonne en 2000-2002, environ 7 % étaient séropositifs pour le VIH (en 2002, les UDI représentaient 3 % de l'ensemble des personnes testées et 16 % des séropositifs). Parmi les hétérosexuels non-UDI atteints d'une IST dans les six villes espagnoles, la prévalence était de 2,5 % en 1998 et a diminué ensuite. Ailleurs, les niveaux étaient inférieurs à 2 % (dans la plupart des cas inférieurs à 1 %) et ne révélaient pas de tendances particulières. Au Royaume-Uni, la prévalence était plus élevée à Londres que dans le reste du pays, tout en restant inférieure à 1 % quasiment chaque année. La prévalence était également inférieure à 1 % chez les femmes travailleuses du sexe en Espagne et chez les travailleurs du sexe atteints d'IST en Allemagne.

Centre

Les données disponibles proviennent de tests de dépistage diagnostique chez des patients ayant une IST avérée (République tchèque) ou des symptômes cliniques (Slovaquie) et de dépistage anonyme non corrélé réalisés sur des échantillons prélevés pour une sérologie syphilis chez des patients consultant dans des cliniques IST en Slovaquie. Les niveaux de prévalence se révèlent extrêmement faibles (inférieurs à 0,1 % la plupart des années) et ne montrent pas de tendance au cours du temps.

Est

A l'Est, les systèmes de surveillance du VIH et des IST sont nettement moins diversifiés qu'à l'Ouest. Généralement, les résultats de dépistage diagnostique réalisés à large échelle continuent à être déclarés au niveau national au travers de systèmes hérités de l'ex-URSS ; ces systèmes ont été plus ou moins affectés par les changements socio-économiques. La plupart des neuf pays pour lesquels des données sont disponibles ont fourni des résultats de dépistage réalisés dans des cliniques IST ; dans certains des pays, sont également incluses des données provenant d'hôpitaux (Biélorus, Lettonie) ou de centres de dépistage volontaire du VIH (Azerbaïdjan, Géorgie). Dans certains pays, les résultats concernent toutes les personnes consultant pour une IST dans une clinique ou un hôpital, parmi lesquelles un bon nombre n'auront pas de diagnostic d'IST ; dans d'autres pays, l'information précise sur les populations testées n'est pas disponible. A l'exception de l'Ukraine, où les résultats ont été fournis pour trois villes importantes, les données ne sont disponibles qu'au niveau national. En outre, à l'Est, des données pour des sous-groupes spécifiques de patients ne sont pas disponibles et les proportions d'UDI parmi les patients IST testés ne sont pas connues.

Les niveaux de prévalence les plus élevés ont été relevés en Estonie (jusqu'à 1,5 %) et en Ukraine (jusqu'à 0,8 % au niveau national). En Estonie, la prévalence chez les patients IST, qui était jusqu'alors extrêmement faible, a augmenté abruptement en 2000 pour atteindre un sommet à 1,5 % (44/2975) en 2001

to a peak in 2001 (Table 1). A more gradual increase in Latvia (from 0.1% in 1998 to 0.5% in 2001 and 2002) also mirrors the trend in newly diagnosed HIV infections. In Azerbaijan, Belarus, Georgia and Lithuania, prevalence did not exceed 0.2%. In Ukraine, where the HIV epidemic began much earlier, overall prevalence among STI patients remained relatively stable at between 0.5% and 0.8% over the period 1997-2002 and was higher in the Black Sea ports of Odessa (1.2-1.6%) and Nikolaev (2.8-4.4%), the two cities most affected by the early and rapid spread of HIV among IDU.²⁸ In the capital city of Kiev however, prevalence increased steadily from 0.5% in 1997 to 1.7% in 2001 and 2002. In the Russian Federation, overall prevalence remained under 0.3%, although the numbers of positive results among the 1.5-2 million tests per year increased steadily from under 1000 in 1998 to over 4000 in 2001. Moreover, as in Ukraine, the overall results of widespread testing in such a large and diverse population may fail to reveal important differences between regions and cities.

HIV prevalence in blood donations

Throughout Europe, blood donations are systematically screened for HIV antibodies and donations which test positive are eliminated from the blood supply. Nevertheless, a small residual risk of HIV infection through transfusion of undetected infected blood remains; the higher the incidence and thus the prevalence of HIV among blood donors, the higher the residual risk. Sound and effective donor selection practices designed to minimise HIV prevalence among blood donations are therefore essential.²⁹ Monitoring HIV prevalence among donations provides an indication of the relative safety of the blood supply between countries and over time. It can also give some indication of trends in the spread of HIV in the general population, but trends are also affected by changes in the effectiveness of donor selection to exclude persons at high risk of HIV-infection.

The data presented in Tables 14-16, with references where available,³⁰⁻³⁸ and in Figures 6 and 7 update those published in Report No. 66.

West

In the West, HIV prevalence among blood donations has declined regularly since the start of systematic testing and is now very low: overall, 1.3 per 100 000 donations in 2002 (data available for

(figure 5), reflétant ainsi les tendances récentes du nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH déclarés dans le pays, nombre qui a également augmenté brusquement pour atteindre un pic en 2001 (tableau 1). Une augmentation plus graduelle en Lettonie (de 0,1% en 1998 à 0,5 % en 2001 et 2002) reflète également les tendances de l'ensemble des nouveaux diagnostics dans le pays. En Azerbaïdjan, Bélarus, Géorgie et Lituanie, la prévalence n'a pas dépassé 0,2 %. En Ukraine où la diffusion de l'épidémie a débuté beaucoup plus tôt, la prévalence du VIH chez les patients IST est restée globalement relativement stable aux environs de 0,5-0,8 % sur l'ensemble de la période 1997-2002, avec cependant des niveaux nettement plus élevés à Odessa (1,2-1,6 %) et Nikolaev (2,8-4,4 %), les deux villes portuaires de la Mer Noire, fortement et précocement touchées.²⁸ Dans la capitale Kiev, la prévalence a cependant augmenté de manière constante, passant de 0,5 % en 1997 à 1,7 % en 2001 et 2002. Dans la Fédération de Russie, la prévalence est restée globalement inférieure à 0,3 %, bien que le nombre total de résultats positifs détectés parmi les 1,5-2 millions de tests réalisés chaque année ait augmenté de moins de 1000 en 1998 à plus de 4000 en 2001. En outre, comme c'est le cas en Ukraine, les résultats globaux de dépistage à large échelle dans une population vaste et hétérogène pourraient masquer des différences importantes entre les villes et les régions.

Prévalence du VIH dans les dons de sang

Partout en Europe, les dons de sang sont systématiquement testés pour la recherche d'anticorps contre le VIH et les dons dépistés comme positifs systématiquement éliminés des stocks de sang. Il persiste néanmoins un risque résiduel faible de transmission par transfusion de sang infecté pour lequel le VIH n'aurait pas été détecté. Plus l'incidence et, par conséquent, la prévalence du VIH parmi les donneurs de sang est élevée, plus le risque résiduel est élevé. Des mesures efficaces de sélection des donneurs sont donc essentielles à une réduction maximale du risque résiduel.²⁹ La mesure de la prévalence du VIH dans les dons de sang constitue un indicateur de la sécurité transfusionnelle, permettant des comparaisons entre pays et au cours du temps. Les tendances de la prévalence du VIH dans les dons de sang fournissent en outre une indication de la pénétration du VIH dans la population générale, bien qu'elles soient aussi influencées par des changements dans l'efficacité de la sélection des donneurs.

Les données présentées dans les tableaux 14-16, y compris avec les références lorsqu'elles sont disponibles,³⁰⁻³⁸ et dans les figures 6 et 7 constituent une mise à jour de celles précédemment publiées dans le rapport n° 66.

Ouest

A l'Ouest, la prévalence du VIH dans les dons de sang a diminué de manière régulière depuis la mise en place du dépistage systématique des dons et est actuellement très

References

1. The European Study Group. European Community Concerted Action on HIV seroprevalence among sexually transmitted disease patients in 18 European sentinel networks. *AIDS* 1993; 7: 393-400.
2. Batter V. European Study group. Trends in HIV seroprevalence among patients with sexually transmitted diseases in 17 European sentinel networks, 1990-1996. *AIDS* 2000; 14: 871-880.
3. Bremer V, Markus U, Hofmann A, Hamouda O. Building a sentinel surveillance system for sexually transmitted infections in Germany, 2003. 15th Biennial Congress of the International Society for STD Research, Ottawa. July 2003 [Abstract 0211].
4. Cronin M, Domegan L. Incidence of STIs continues to rise in the Republic of Ireland. *Eurosurveillance Weekly* 2003; 7: 16 October 2003, <http://www.eurosurveillance.org/ew/2003/031016.asp>.
5. Op de Coul ELM, Beuker RJ, Prins M *et al.* HIV-infectie en aids in Nederland: prevalentie en incidentie, 1987-2001. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003; 147: 1071-1076.
6. Laar MJW van de, Veen MG van, Coenen AJJ. Registratie van soa en HIV consulten bij GGD-en en soa-poliklinieken. Annual report 2002. Bilthoven: National Institute of Public Health (RIVM), 2003.
7. Municipal Health Service. Annual reports from the Clinic for Sexually Transmitted Diseases [in Dutch]. Amsterdam: Municipal Health Service, 1998-2003.
8. Laar M van de, Veen M van, Coenen T. Continued increase of sexually transmitted infections in the Netherlands. *Eurosurveillance Weekly* 2003; 7: 11 September 2003, <http://www.eurosurveillance.org/ew/2003/030911.asp>.
9. Laar M van de, Veen M van, Götz H *et al.* Continued transmission of syphilis in Rotterdam, the Netherlands. *Eurosurveillance Weekly* 2003, 7:25 September 2003, <http://www.eurosurveillance.org/ew/2003/030925.asp>.
10. Instituto de Salud "Carlos III". Seroprevalencia de VIH en pacientes que consultaron por sospecha de una enfermedad de transmisión sexual, 1998-2001. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, <http://cne.isciii.es/sida/vih3.htm>.
11. Paget WJ, Batter V, Zwahlen M, and the Swiss Network of Dermatology Policlinics. The Swiss Network of Dermatology Policlinics HIV prevalence study: rationale, characteristics and results, 1990-1996. *Soz Präventivmed* 1999; 44: 1-7.
12. Paget WJ, Zwahlen M, Eichmann AR, and the Swiss Network of Dermatovenereology Policlinics. Voluntary confidential HIV testing of STD patients in Switzerland, 1990-1995: HIV test refusers cause different biases on HIV prevalences in heterosexuals and homo/bisexuals. *Genitourin Med* 1997; 73:444-447.
13. Unlinked Anonymous Surveys Steering Group. Prevalence of HIV and hepatitis infections in the United Kingdom 2001. Department of Health, London, 2002, http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/hiv_and_sti/publications/hiv_ua_annual_2001.pdf, <http://www.show.scot.nhs.uk/scieh/infectious/aidshiv/aidspdf/Uareport02.pdf>.
14. Kriz B, Bruckova M, Hrubá D, Maly M. Social and behavioral characteristics of STI patients. Conference in Benesov. October 1999 [Abstract].
15. Bruckova M, Maly M, Vandasova J. HIV/AIDS in the Czech Republic in the era of east-west migration. Sexually Transmitted Diseases in a changing Europe, Rotterdam, April 2000 [Abstract 71].
16. Klavs I, Poljak M. Unlinked anonymous monitoring of human immunodeficiency virus prevalence in high- and low-risk groups in Slovenia, 1993-2002. *Croat Med J* 2003; 44: 545-549.
17. National Epidemiology Research Institute. HIV-infection Information Bulletin n° 25 [in Russian]. Moscow: Ministry of Health, 2003.
18. De Schrijver K. Syphilis outbreak in Antwerp, Belgium. *Eurosurveillance Weekly* 2001; 5: 10 May 2001, <http://www.eurosurveillance.org/ew/2001/010510.asp>.
19. Vilayleck M. Continuing resurgence of syphilis in France. *Eurosurveillance Weekly* 2001; 5: 13 September 2001, <http://www.eurosurveillance.org/ew/2001/010913.asp>.
20. Twisselmann B. Rates of syphilis in England are rising. *Eurosurveillance Weekly* 2002; 6: 25 July 2002, <http://www.eurosurveillance.org/ew/2002/020725.asp>.
21. Blystad H, Nilsen Ö, Berglund T *et al.* Syphilis outbreak in Norway and Sweden among men who have sex with men 1998-2002. *Eurosurveillance Weekly* 2003; 7: 12 June 2003, <http://www.eurosurveillance.org/ew/2003/030612.asp>.
22. Lynch A, Smyth B. Syphilis outbreak in Northern Ireland. *Eurosurveillance Weekly* 2003; 7: 12 June 2003, <http://www.eurosurveillance.org/ew/2003/030612.asp>.
23. Robert Koch Institut. Syphilis in Deutschland 2002. *Epidemiologisches Bulletin* 2003; 5: 285-9, http://www.rki.de/INFEKT/EPIBULL/2003/36_03.PDF.
24. Axelsen N, Smith E, Kock-Hansen GH. Syphilis cases increasing in Denmark, 2000-01. *Eurosurveillance Weekly* 2002; 6: 29 August 2002, <http://www.eurosurveillance.org/ew/2002/020829.asp>.
25. Redman C. Sharp increase in reports of infectious syphilis in Scotland in 2002. *Eurosurveillance Weekly* 2003; 7: 30 January 2003, <http://www.eurosurveillance.org/ew/2003/030130.asp>.
26. Crawley-Boevey E, Simms I. Rise in heterosexually transmitted cases of syphilis in London, England. *Eurosurveillance Weekly* 2003; 7: 31 July 2003, <http://www.eurosurveillance.org/ew/2003/030731.asp>.
27. Laar MJW van de, Veen MG van, Couturier E, Hamouda O, Fenton K. Resurgence of syphilis in Europe. 15th Biennial Congress of the International Society for STD Research, Ottawa, July 2003 [Abstract 649].
28. Hamers FF, Downs AM. HIV in central and Eastern Europe. *Lancet* 2003; 361: 1035-1044.
29. World Health Organization Regional Office for Europe. Issues in blood safety – prevention and sentinel surveillance for HIV/AIDS. *CD News* 2003; 30: 2-4.
30. Høy G, Smith E. Blood donor screening 2000. *Epi-News [Denmark]* 2002; 3: 16 January 2002.
31. Pillonel J, Laperche S. Surveillance des marqueurs d'une infection par le VIH, l'HTLV et les virus des hépatites B et C chez les donneurs de sang en France de 1991 à 2000. *Bull Epidemiol Hebd* 2001; 46: 207-209.
32. Pillonel J, Laperche S, Saura C, Desenclos JC, Courouce AM. Trends in residual risk of transfusion-transmitted viral infection France between 1992 and 2000. *Transfusion* 2002; 4: 980-988.
33. Stark K, Werner E, Seeger E, *et al.* Infection with HIV, HBV, HCV among blood donors in Germany 1998 and 1999. *Infus Ther Transfus Med* 2002; 30: 305-307.
34. Offergeld R, Ritter S, Faensen D, Altman D, Hamouda O. Prävalenz und Inzidenz von HIV-Infektionen bei Blutspendern in Deutschland 2000-2001. *Eur J Mes Res* 2003; 8(S1): 74.
35. Offergeld R, Burger R, Ritter S, Kramer M. Prevalence and Incidence of HIV, HCV and HBV infections among German blood donors. *Infus Ther Transfus Med* 2002; 29: 22.
36. Politis C. Blood safety and HIV infection [in Greek, summary in English]. *Hellen Arch AIDS* 1999; 7: 172-182.
37. Bruckova M. Detekce infekce HIB u krevnich darc. *Transfuzne dnes* 2001; 7: 15-18.
38. Ustina V, Raukas M, Tammai L, Zilmer K. HIV infection and blood donation in Estonia. 3rd Baltic Region Conference. Together against AIDS, Riga, September 2003 [Abstract p. 50].