

Evolution de l'infection VIH en Belgique 1984 – 1996

Evolution of the HIV epidemic in Belgium

par

Sasse A. *, Van der Heyden J. *, Stroobant A. *

Abstract

Data from the registration of HIV infections show that the spread of the virus reached a plateau in Belgium during the last years. Even, since 1994, a decreasing trend of the annual number of cases has been observed. Nevertheless, other indicators show an increasing trend; it is the case among young men having sex with men and among STD patients. These opposite observations indicate that it becomes necessary to implement more complete surveillance systems in order to monitor the spread of HIV in the country.

Key words

Epidemiology, HIV, Monitoring, Trends.

* Section Epidémiologie, Institut Scientifique de la Santé Publique — Louis Pasteur (ISP).

Corresponding author: Sasse A. Institut Scientifique de la Santé Publique — Louis Pasteur (ISP), Rue J. Wytsman, 14 1050 Bruxelles.

1. Introduction

Les premiers cas de SIDA ont été déclarés en Belgique en 1983; les personnes atteintes étaient originaires d'Afrique Centrale. Treize ans plus tard, au 31 décembre 1996, 10 666 cas d'infections par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) avaient été diagnostiqués (1). Parmi ces cas d'infections par le VIH, 2 286 ont évolué vers le stade de SIDA. Parmi les 1 995 cas de SIDA qui ont été régulièrement suivis en Belgique, 1 376 décès avaient été enregistrés fin 1996.

Le système de surveillance épidémiologique, basé à l'Institut Scientifique de Santé Publique — Louis Pasteur (ISP), comprend les données relatives aux personnes qui ont été testées pour le diagnostic de l'infection au VIH, aux cas cliniques de SIDA, aux donations de sang et à certains patients présentant un diagnostic de Maladie Sexuellement Transmissible (MST). L'approche est multidisciplinaire et concerne des cliniciens, des immunologistes, des virologistes et des épidémiologistes.

Les données de ces différentes sources d'information sont revues ci-dessous afin d'établir les caractéristiques et la dynamique de la propagation du VIH en Belgique depuis les débuts de l'épidémie jusqu'à la fin de 1996.

2. Matériel et Méthodes

- La notification des cas de SIDA utilise la définition proposée en 1987 par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), modifiée en janvier 1993 avec l'inclusion de 3 pathologies supplémentaires (tuberculose pulmonaire, pneumonie récidivante et cancer cervical invasif) dans la liste des pathologies indicatives du SIDA (2). Les personnes malades sont enregistrées de façon non-nominative sur un formulaire standardisé et transmis à une Commission composée de cliniciens, de virologues et d'épidémiologistes. Trimestriellement, la Commission valide les cas notifiés et les données sont traitées par le service d'Epidémiologie de l'ISP. Les paramètres suivants sont enregistrés: date de notification et de diagnostic, âge, sexe, état civil, nationalité, origine ethnique, lieu de résidence, voie de transmission probable, sérologie VIH1 et/ou VIH2, diagnostic des entités cliniques indicatives du SIDA.
- L'enregistrement anonyme des nouveaux séropositifs est réalisé par huit laboratoires de référence qui sont reconnus par le Ministère de la Santé Publique et dont une des tâches est de réaliser les tests de

confirmation sur les sera trouvés positifs lors d'un test de dépistage. Les données relatives à l'âge, le sexe, la nationalité, les comportements à risque et le stade clinique sont recueillies sur un formulaire standardisé (3).

Le même code d'enregistrement étant utilisé pour les personnes séropositives et les personnes en stade clinique de SIDA, il est donc possible d'établir un lien entre des diagnostics VIH réalisés dans des laboratoires différents et un diagnostic de maladie SIDA rapporté par un médecin clinicien. Une base de données commune est constituée, comprenant toutes les personnes infectées par le VIH, qu'elles aient ou non atteint le stade SIDA.

- Un réseau de surveillance de la séroprévalence VIH parmi des patients présentant une MST existe en Belgique depuis 1988 et a été étendu à 15 autres pays européens en 1990 (4). L'objectif de ce programme est de suivre l'évolution de la séroprévalence VIH dans un groupe de personnes ayant un risque accru d'acquisition de l'infection VIH par rapport à la population générale. Un formulaire hebdomadaire est rempli par chaque médecin participant à l'étude et comprend des informations concernant l'âge, le sexe, le pays de naissance et de résidence, le niveau d'éducation, le(s) diagnostic(s) MST, l'orientation sexuelle, une toxicomanie éventuelle et le résultat du test VIH.

3. Résultats

Distribution géographique

A la fin décembre 1996, on avait diagnostiqué en Belgique 9611 patients séropositifs pour le VIH. Pour 5490 d'entre eux (57.1%), des informations concernant la région de résidence étaient disponibles. En considérant ces patients dont la résidence est connue, la Région de Bruxelles-Capitale comptait, jusqu'en 1991, le nombre le plus élevé de patients séropositifs pour le VIH. En 1992, 1994 et en 1995, la Région flamande a présenté le nombre le plus important de patients séropositifs (tableau 1).

Toutefois, si le nombre de cas de chaque Région est rapporté à sa population, le taux d'incidence cumulé est nettement le plus élevé dans la région de Bruxelles-Capitale (231,9/100 000 hab.) comparé à la Région flamande (28,9/100 000 hab.) et à la Wallonie (48,1/ 100 000 hab.).

TABLEAU 1
Evolution de la distribution des patients séropositifs par région

	Region						Total	
	Bruxelles		Flandres		Wallonie		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Année de diagnostic VIH								
<=1984	37	78.7	3	6.4	7	14.9	47	100.0
1985	144	58.1	46	18.5	58	23.4	248	100.0
1986	197	59.9	66	20.1	66	20.1	329	100.0
1987	200	51.3	93	23.8	97	24.9	390	100.0
1988	163	55.3	63	21.4	69	23.4	295	100.0
1989	239	48.9	132	27.0	118	24.1	489	100.0
1990	217	40.3	171	31.8	150	27.9	538	100.0
1991	190	35.4	169	31.5	178	33.1	537	100.0
1992	223	30.0	287	38.6	234	31.5	744	100.0
1993	171	29.7	184	31.9	221	38.4	576	100.0
1994	154	30.2	187	36.7	169	33.1	510	100.0
1995	129	30.0	167	38.8	134	31.2	430	100.0
1996	135	37.8	129	36.1	93	26.1	357	100.0
Total	2199	40.1	1697	30.9	1594	29.0	5490	100.0

Répartition selon la nationalité

La nationalité est connue pour 7142 personnes, dont 3163 (44,3%) sont de nationalité belge. Comme le montre le tableau 2, la grande majorité (75,5%) des patients d'autres nationalités sont originaires d'Afrique sub-saharienne.

TABLEAU 2
Répartition des patients non-belges par région d'origine

Région	%	Sex ratio (M/F)
Europe	17.5	4.2
Afrique sub-saharienne	75.5	0.9
Afrique du Nord	3.0	4.7
Autre	4.0	3.0
Total	100.0	1.3

Près de la moitié (46,7%) des patients non-belges vit à Bruxelles au moment du diagnostic.

Voies de transmission

Parmi les patients de nationalité belge, les relations sexuelles entre hommes restent la voie principale de la transmission du VIH. Plus de la

moitié (52,9%) des cas de SIDA et 54,6% des cas d'infections par le VIH concernent des patients homo/bisexuels. Les relations hétérosexuelles viennent en deuxième lieu avec 29,0% des cas de SIDA et 32,4% des personnes séropositives. L'évolution de la répartition par mode probable de transmission chez les patients belges est donnée au tableau 3

En nombre absolu, une diminution des cas de transmission par des relations sexuelles entre hommes est observée au cours des 5 dernières années. Le nombre de cas de transmissions hétérosexuelles, après une période de stabilité, diminue en 1995 et 1996. Les cas de transmissions par injection de drogue ont diminué de 1989 à 1992 et restent stables depuis lors. Depuis 1990, aucun diagnostic d'infection VIH n'a été posé chez des hémophiles. Les patients contaminés par transfusion de produits sanguins ont été transfusés dans leur majorité hors de Belgique, tandis que les autres l'ont été avant 1985.

Parmi le groupe des patients non-belges, la transmission du VIH par relations hétérosexuelles est la plus importante. Comme le montre le tableau 4, la répartition des modes de transmission a subi peu de variations au cours des ans.

La proportion d'infections contractées par injection de drogue montre une tendance à la diminution.

Evolution dans le temps

L'ensemble des patients séropositifs

De 1987 à 1993, 71 nouvelles infections, en moyenne, ont été diagnostiquées chaque mois en Belgique. Ensuite, cette moyenne est passée de 67 nouveaux diagnostics en 1994 à 64 en 1995 et à 60 en 1996, soit deux nouveaux diagnostics d'infections VIH, en moyenne, par jour. Une légère diminution de l'incidence est observée depuis 1993.

La figure 1 présente l'évolution dans le temps.

En 1992, le nombre de non-belges a nettement augmenté parmi les personnes nouvellement diagnostiquées comme séropositives pour le VIH. Leur nombre diminue progressivement entre 1993 et 1996. Entre 1990 et 1993, le nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH diminue progressivement chez les personnes de nationalité belge et reste stable par la suite.

TABLEAU 3
Répartition des patients belges par catégorie de transmission et année de diagnostic (en%)

Catégorie de transmission	≤1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
	(n=255)	(n=244)	(n=296)	(n=226)	(n=262)	(n=257)	(n=233)	(n=208)	(n=187)	(n=184)	(n=172)	(n=143)
Contacts homo-/bisexuels	63.5	61.5	55.1	52.7	49.2	51.0	56.7	54.3	50.3	48.4	54.7	55.9
Injection i.v. de drogue	6.7	7.0	5.1	9.3	7.6	5.1	5.2	3.8	3.2	6.5	2.9	4.2
Homo-/bisexuels + drogue i.v.	1.6	0.4	1.7	0.9	0.8	1.2	0.0	0.0	1.1	1.1	0.0	0.0
Hémophilie	2.7	2.9	2.0	0.4	0.4	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Transfusion	4.7	3.7	5.1	7.1	3.8	5.4	3.0	1.4	1.1	1.1	1.7	0.0
Contacts hétérosexuels	19.6	24.2	29.7	28.3	35.9	34.6	29.6	36.1	41.2	41.8	39.5	38.5
Mère/Enfant	1.2	0.4	1.4	1.3	2.3	2.3	5.6	4.3	3.2	1.1	1.2	1.4

TABLEAU 4
Répartition des patients non-belges par catégorie de transmission et année de diagnostic (en%)

Catégorie de transmission	≤1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
	(n=259)	(n=204)	(n=216)	(n=190)	(n=275)	(n=296)	(n=275)	(n=442)	(n=382)	(n=317)	(n=231)	(n=207)
Contacts homo-/bisexuels	8.9	13.7	19.4	12.1	13.5	11.8	12.4	9.3	8.4	8.5	10.0	13.5
Injection i.v. de drogue	10.4	8.8	9.7	14.7	10.5	7.4	8.0	7.0	6.3	6.3	3.9	3.4
Homo-/bisexuels + drogue i.v.	1.2	1.5	0.5	1.1	0.7	0.3	0.4	0.5	0.8	0.3	0.4	0.0
Hémophilie	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	0.2	0.3	0.0	0.0	0.0
Transfusion	4.6	3.0	3.7	4.7	7.3	5.7	3.3	3.6	5.2	4.7	4.8	4.8
Contacts hétérosexuels	66.8	69.1	63.4	62.1	64.0	70.3	74.5	75.1	74.9	76.0	76.2	72.5
Mère/Enfant	7.3	3.9	3.2	5.3	4.0	4.4	0.7	4.3	4.2	4.1	4.8	5.8

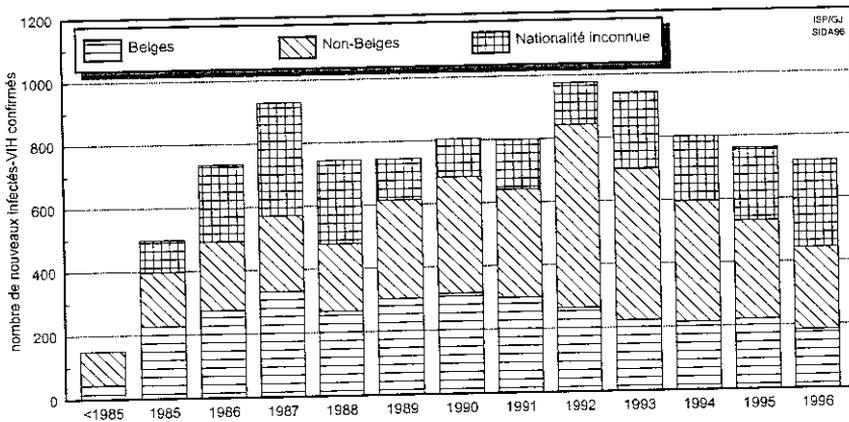


Fig. 1: Nombre de nouveaux séropositifs par nationalité et par année de diagnostic

Parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, un total cumulatif de 1795 patients séropositifs pour le VIH ont été enregistrés à la fin 1995. Approximativement 180 patients séropositifs ont été diagnostiqués annuellement entre 1986 et 1991. Une diminution de 33% de ce nombre a été observée sur la période allant de 1991 à 1995.

Si l'on analyse l'évolution de l'incidence par cohortes de naissance de 5 ans, on constate que les tendances divergent substantiellement (figure 2). Les cohortes de naissance 1950-54, 1955-59 et 1960-64 présentent un pic d'incidence en 1986-1987 (95, 84 et 77 infections respectivement), suivi par une diminution entre 1987 et 1995 (34, 31 et 42 cas respectivement ont été rapportés en 1994-1995). La cohorte de naissance 1965-69, par contre, qui a connu peu d'infections pendant les années 1986-1987 (11 cas), montre une augmentation régulière de l'incidence entre 1986 et 1995, et devient la cohorte de naissance la plus affectée en 1994-1995 (59 infections). Cette tendance à la croissance suggère l'existence d'une diffusion de l'infection à VIH chez les homosexuels jeunes.

Le nombre annuel d'épisodes de MST rapportés par le réseau de surveillance est passé de 471 en 1990 à 600 en 1992, et diminue ensuite jusqu'à 221 en 1996. Un test VIH a été effectué chez 77.2% des 3021 patients. La séroprévalence générale du VIH est de 4,2% (figure 3). La séroprévalence a tendance à augmenter entre 1990 et 1996, principalement parmi les hétérosexuels. Une analyse par régression logistique a mis en évidence une augmentation significative de la séroprévalence VIH entre 1990 et 1996 (odds ratio d'accroissement annuel=1.25,

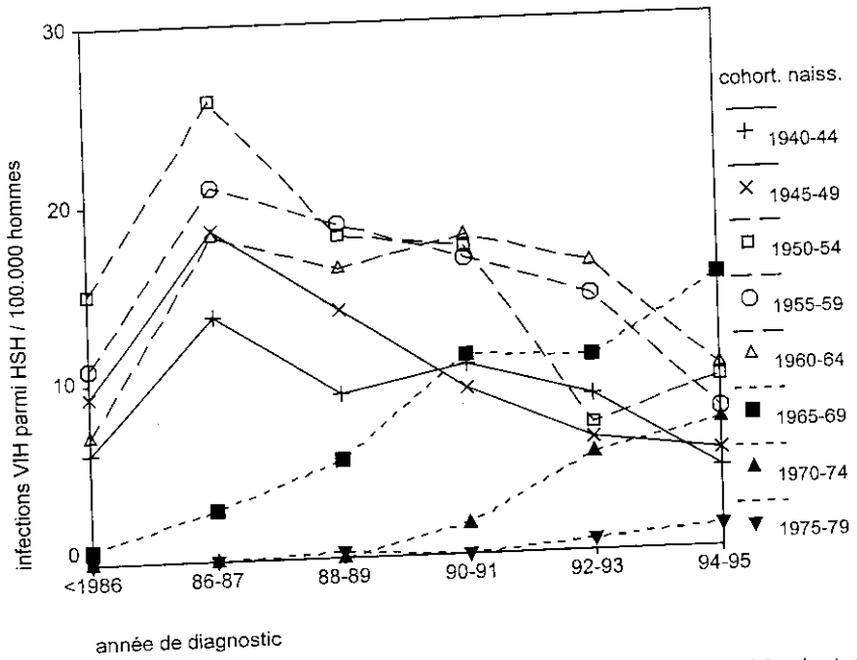


Fig. 2: Taux d'infections VIH associées à des contacts homo-/bisexuels parmi 8 cohortes de naissance d'hommes - Belgique, 1985-1995

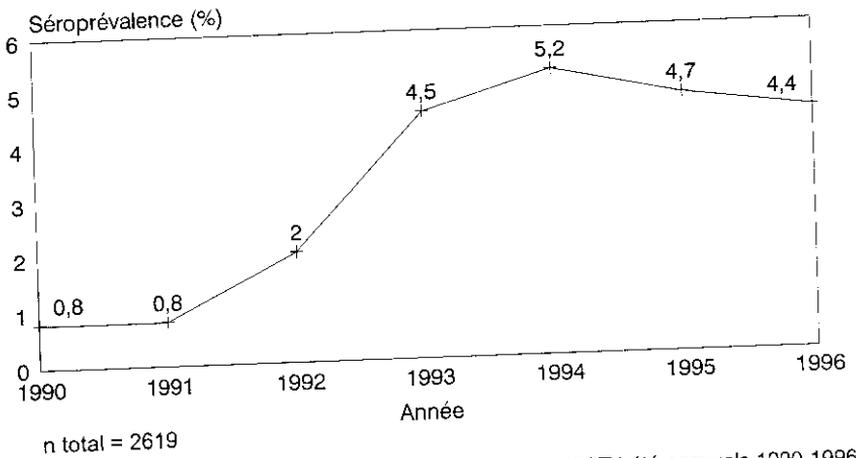


Fig. 3: Evolution du taux de séropositivité chez les patients MST hétérosexuels 1990-1996

$p=0.0001$). Si l'on utilise un modèle multilogistique incluant l'année, l'âge, et la résidence ou la naissance dans un pays endémique, la tendance reste significative bien que moins marquée (odds ratio d'accroissement annuel=1.20, $p=0.0014$). La prise en compte d'autres facteurs de risque rapportés n'apporte pas de modifications de la tendance. On observe donc dans la population observée, non représentative de la population générale, une tendance significative à l'augmentation de la séroprévalence du VIH. Cette tendance n'a pu être expliquée par un changement de distribution des facteurs de risque.

4. Discussion

Le Syndrome de l'Immunodéficience acquise (SIDA) a été reconnu pour la première fois en Belgique en 1983, soit 2 ans après l'identification du premier cas aux Etats-Unis. Très rapidement, s'est confirmée la prévision que cette maladie due à l'apparition d'un nouveau virus s'installerait de façon durable et que sa propagation pourrait prendre des allures exponentielles (5).

Plus de 10 ans après, même si elle n'a pas atteint les développements qui étaient craints, l'infection à VIH constitue toujours une maladie sérieuse, affectant de façon prédominante les tranches d'âges de la population active et dont les coûts du traitement sont élevés. De plus, contrairement aux autres maladies, la séropositivité est définitive et permet ainsi un accroissement progressif du réservoir des personnes infectées par le VIH au cours des ans. C'est ainsi que le nombre de personnes séropositives déclarées et vivant en Belgique pouvait être estimé à 5000 à 6000 personnes fin 1996.

Certains indices vont dans le sens d'une stabilité de la propagation du VIH si on considère l'évolution dans le temps chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes et chez les personnes qui ont des relations hétérosexuelles, ces deux catégories de patients représentant 84% de l'ensemble des cas pour qui le mode de contamination est connu. Une régression de la transmission par injection intraveineuse de drogues est aussi observée.

D'autres indicateurs viennent cependant à l'encontre de cette vision rassurante des choses et posent question.

En effet, si l'on observe une tendance générale à la décroissance de l'incidence de l'infection à VIH dans la population homosexuelle mascu-

line, il semble que, chez les jeunes homosexuels, cette incidence soit en augmentation. Les valeurs atteintes en 1994-1995 mettent en évidence la diffusion de l'infection à VIH parmi cette population spécifique et suggèrent une exposition relativement importante au risque d'infection. On peut estimer que le risque de la cohorte jeune d'homosexuels s'approche de celui présenté dix ans plus tôt par les cohortes plus âgées (sachant que le pic observé en 1985 est en partie attribuable à l'apparition du test sur le marché), et ceci malgré une plus longue exposition des jeunes aux messages de prévention. Une moindre prise de conscience des risques de contamination par les jeunes peut être partiellement en relation avec le fait qu'ils n'ont pas été tôt confrontés à la découverte de nombreux cas de séropositivité parmi leur génération, à l'opposé de ce qu'ont vécu leurs aînés en début d'épidémie. Ces observations suggèrent la nécessité d'une plus grande focalisation des stratégies de prévention vers la population homosexuelle jeune.

Les données récoltées par le réseau de surveillance des patients présentant une MST a montré une augmentation de la séroprévalence du VIH entre 1990 et 1996, même si l'on tient compte de facteurs confondants potentiels. Cette tendance à l'augmentation doit cependant être interprétée avec prudence. La discontinuité de la collecte des données par certains centres ainsi que le déclin observé du nombre total d'épisodes de MST rapportés peut avoir introduit un biais de sélection. D'autre part, la diminution du nombre d'épisodes de MST enregistrés peut refléter une diminution de l'incidence de certaines infections dans la population. Cette évolution peut entraîner un glissement progressif de la population ciblée dans l'étude vers les groupes ayant des comportements plus à risque, ces groupes continuant à présenter des épisodes de MST, mais étant aussi plus susceptibles d'être porteurs du VIH. Enfin, les éventuelles consultations successives d'un même patient séropositif peuvent avoir influencé la séroprévalence. La tendance à l'augmentation de celle-ci serait alors le reflet de la poursuite de comportements à risques dans une population de personnes infectées par le VIH. En dépit des limites méthodologiques mentionnées, les résultats observés ne peuvent être ignorés et justifient l'attention dont doivent faire l'objet les patients consultant pour un épisode de MST.

5. Conclusions

Même si notre compréhension des mécanismes de la propagation du VIH s'est bien améliorée au cours des dix dernières années, les prévisions concernant le contrôle de l'épidémie restent encore sujettes à cer-

taines interrogations. Pour suivre et prédire valablement la propagation du VIH, d'autres systèmes de surveillance comblant les lacunes de ceux qui sont utilisés jusqu'à présent sont nécessaires, indépendamment de la réelle valeur de ces derniers. En effet, la décision des personnes infectées par le VIH, et qui n'ont pas encore de symptômes, de consulter un médecin est influencée par la perception de leur risque (6); celles qui ont acquis l'infection par relation hétérosexuelle sont moins sujettes à se percevoir à risques que celles qui ont été infectées par l'usage de drogue par injection intraveineuse. Ainsi, le délai moyen entre le diagnostic de l'infection à VIH et le diagnostic de SIDA est de 56 mois pour les malades hétérosexuels et 82 mois pour les malades qui s'injectent de la drogue. (1). Ces délais pour poser le diagnostic de l'infection VIH sont aussi en relation avec l'attitude médicale; par exemple, le monitoring des patients avec un diagnostic de MST, et qui peuvent donc être considérés avoir couru un risque, a montré que près de 25% d'entre eux ne sont pas testés pour le VIH. (7).

Les personnes reconnues séropositives dans le cadre des consultations médicales, et sur lesquelles les statistiques actuelles sont basées, représentent donc un échantillon biaisé de l'ensemble des individus infectés par le VIH. Il n'y a donc aucune information disponible sur les personnes séropositives qui ne se sont pas encore présentées dans les services médicaux et qui pourraient influencer les tendances actuellement observées, dans un sens ou dans l'autre. C'est pour cette raison que depuis quelques années déjà, tant aux Etats-Unis que dans certains pays européens, des programmes de surveillance ont été développés pour éviter ces biais de l'information. Ils sont basés sur le dépistage systématique de certaines populations utilisant la technique du test anonyme non corrélé qui garantit l'anonymat à la personne testée (8). Ces programmes ont permis de présenter des tendances plus valides de la prévalence du VIH dans ces groupes de population et de les extrapoler à la population dans son ensemble (9).

Enfin, si les progrès thérapeutiques récents se confirment, il convient de prendre en considération l'intérêt pour la personne du dépistage précoce du VIH et intégrer ce dernier dans une politique générale de prévention et de prise en charge de la maladie.

Résumé

Les données provenant de l'enregistrement des infections à VIH indiquent que la propagation du virus a atteint un plateau au cours de ces dernières années en Belgique et

qu'une tendance à la diminution du nombre annuel de cas est même observée depuis 1994. Cette situation favorable est cependant mise en question par d'autres indicateurs qui révèlent une tendance à l'augmentation; c'est le cas des hommes jeunes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et des patients chez lesquels un diagnostic de maladie sexuellement transmissible est posé. Ces observations contradictoires indiquent la nécessité de disposer de systèmes de surveillance plus performants pour suivre la propagation du VIH dans le pays.

Références

1. Sasse A, Van der Heyden J, Stroobant A. Epidémiologie du SIDA et de l'Infection à VIH en Belgique. Situation au 31 Décembre 1996, Institut Scientifique de la Santé Publique — Louis Pasteur, 1997.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR*, 1992;41: N°RR-17.
3. Collège des Laboratoires de Référence SIDA en Belgique. Dépistage et suivi des patients infectés par le VIH: adaptation, application et évaluation des méthodes de laboratoire et projets associés. Rapport annuel 1996, Décembre 1997.
4. Stroobant A. Monitoring HIV seroprevalence in a sentinel population constituted by STD patients. In *AIDS Research at EC level*. Eds A E Baert. IOS Press, 1995.
5. Clumeck N. Heterosexual transmission of AIDS: No time for complacency. *Eur. J. Clin. Microbiol.*, 1986; 5 (6): 609 – 611.
6. Mortimer JY, Evans BG, Goldberg DJ. The surveillance of HIV infection and AIDS in the United Kingdom. *CDR Review*, 1997; 7: R 118 – R 120.
7. Van der Heyden J, Sasse A, Batter V, Stroobant A and the European Study Group. European networks for the surveillance of HIV infections in sentinel populations of STD patients. A Concerted Action Project of the European Communities (DG XII). Final report June 1990 — December 1996. Scientific Institute of Public Health — Louis Pasteur, Brussels, December 1997.
8. Gill ON, Adler MW, Day NE. Monitoring the prevalence of HIV: foundations for a programme of unlinked anonymous testing in England and Wales. *BMJ*, 1989; 299: 1295–1298.
9. Unlinked Anonymous HIV Surveys Steering Group. Unlinked anonymous HIV prevalence monitoring programme England and Wales: data to the end of 1995. London: Department of Health, 1996.