



SERVICE ÉPIDÉMIOLOGIE
DES MALADIES INFECTIEUSES

ÉPIDÉMIOLOGIE DU SIDA ET DE L'INFECTION À VIH EN BELGIQUE

SITUATION AU 31 DÉCEMBRE 2014

ÉPIDÉMIOLOGIE DU SIDA ET DE
L'INFECTION À VIH EN BELGIQUE

*Ce projet est soutenu
financièrement par :*



Service public fédéral
SANTÉ PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

En partenariat avec :



Vivre longtemps en bonne santé.

Institut scientifique de Santé publique (WIV-ISP)
Direction opérationnelle Santé publique et Surveillance
Service Épidémiologie des maladies infectieuses
Programme de surveillance VIH/sida/IST
Rue Juliette Wytzman 14 | 1050 Bruxelles | Belgique

Santé publique et Surveillance | Novembre 2015 | Bruxelles, Belgique
Référence interne : 2015/046

SASSE A.
DEBLONDE J.
VAN BECKHOVEN D.

02/642.50.39 (André Sasse)
andre.sasse@wiv-isp.be

02/642.57.05 (Jessika Deblonde)
jessika.deblonde@wiv-isp.be

02/642.57.09 (Dominique Van Beckhoven)
dominique.vanbeckhoven@wiv-isp.be

Remerciements

Le programme VIH/sida du service Épidémiologie des maladies infectieuses du WIV-ISP tient à remercier tout particulièrement les Laboratoires de référence sida (LRS) et les Centres de référence sida (CRS), ainsi que les médecins cliniciens, pour la transmission des données nécessaires à l'analyse de l'épidémiologie du VIH/sida en Belgique, décrite dans le présent rapport.

Préparateur-correcteur d'édition
Hubert DE KRAHE, WIV-ISP

Gestion des données
David JAMINÉ, WIV-ISP

Mise en page
Nathalie DA COSTA MAYA,
Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire asbl

© WIV-ISP
Éditeur responsable : Dr Johan Peeters
N° ISSN : 2466-7099

www.wiv-isp.be

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| I. POINTS PRINCIPAUX | 7 |
| II. DESCRIPTION DE LA SURVEILLANCE VIH | 9 |
| 1. DIAGNOSTICS DU VIH | 9 |
| 2. COHORTE VIH : DONNÉES DES PATIENTS INFECTÉS PAR LE VIH EN SUIVI MÉDICAL | 10 |
| III. DIAGNOSTICS D'INFECTION PAR LE VIH | 11 |
| 1. TENDANCES GÉNÉRALES | 11 |
| 2. SEXE, ÂGE, RÉGION DE RÉSIDENCE ET NATIONALITÉ | 12 |
| 3. MODE DE CONTAMINATION PROBABLE | 14 |
| 4. LES HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES | 16 |
| 5. LES FEMMES ET LES HOMMES HÉTÉROSEXUELS | 22 |
| 6. CARACTÈRE TARDIF OU PRÉCOCE DU DIAGNOSTIC | 24 |
| Taux de lymphocytes CD4 | 24 |
| Diagnostics tardifs | 25 |
| Diagnostics précoces | 26 |
| 7. RÉSISTANCE DE BASE AUX MÉDICAMENTS ET RÉPARTITION PAR SOUS-TYPE POUR LES NOUVEAUX DIAGNOSTICS EN 2014 | 27 |
| Résistance de base | 27 |
| Sous-types de VIH | 29 |
| Résistance de base et sous-type | 29 |
| Conclusion | 30 |
| IV. DÉPISTAGE DU VIH | 31 |
| 1. NOMBRE DE TESTS VIH | 31 |
| 2. TAUX DE POSITIVITÉ | 32 |
| 3. LIEU ET MOTIF DE DÉPISTAGE | 35 |

| | |
|----------------------------------------------------------------|-----------|
| V. PATIENTS VIVANT AVEC LE VIH | 37 |
| 1. TENDANCES GÉNÉRALES | 37 |
| 2. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES | 37 |
| Âge et sexe | 37 |
| Année de diagnostic VIH | 39 |
| Mode probable de transmission et région d'origine des patients | 40 |
| 3. PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH | 41 |
| Rétention et régularité des soins | 41 |
| Traitement antirétroviral | 41 |
| Charge virale et CD4 | 43 |
| Continuum de soins des patients vivant avec le VIH | 43 |
| VI. CONCLUSIONS | 47 |
| VII. ANNEXES | 49 |
| Tableaux 1 à 17 | 49 |
| Liste des Laboratoires de référence sida | 64 |
| VIII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES | 65 |

I. POINTS PRINCIPAUX

En 2014, 1039 infections par le VIH ont été diagnostiquées en Belgique, ce qui correspond à 94 nouveaux diagnostics par million d'habitants, ou encore à 2,8 nouveaux diagnostics par jour en moyenne. Le nombre d'infections diagnostiquées en 2014 est en recul de 8 % par rapport à l'année 2013.

L'épidémie de VIH est concentrée essentiellement dans deux populations : les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), principalement de nationalités belge et européennes, et les personnes qui ont contracté le virus via des rapports hétérosexuels et provenant principalement de pays d'Afrique subsaharienne. La diminution du nombre de diagnostics est observée dans ces deux populations.

La transmission par utilisation de drogues par voie intraveineuse est marginale en Belgique, elle est rapportée dans 2 % des diagnostics VIH de l'année 2014.

LES HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES

Le nombre de nouvelles infections diagnostiquées chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) est en diminution de 21 % par rapport à l'année précédente. Cette diminution intervient après une augmentation importante et régulière au cours des quinze années précédentes.

Les diagnostics chez les HSH représentent actuellement 46 % des nouvelles infections pour lesquelles le mode de contamination a été rapporté. Ces diagnostics concernent principalement des personnes de nationalité belge (66 %). Les personnes d'autres nationalités européennes représentent 17 % des diagnostics chez les HSH en 2014, dont les principales sont les nationalités française, néerlandaise et espagnole.

La diminution des diagnostics observée chez les HSH en 2014 est présente tant chez les personnes de nationalité belge (diminution de 20 %) que chez les personnes d'autres nationalités européennes (diminution de 27 %).

LES FEMMES ET LES HOMMES CONTAMINÉS PAR CONTACTS HÉTÉROSEXUELS

Les diagnostics d'infection contractée par contacts hétérosexuels ont diminué entre 2012 et 2014, de 16 % de 2012 à 2013 et de 6 % de 2013 à 2014. Dans les années précédentes, de 2000 à 2012, le nombre d'infections par contacts hétérosexuels rapportés, a fluctué entre 400 et 500 cas par an.

En 2014, ces diagnostics représentent 50 % des infections nouvellement enregistrées pour lesquelles le mode de contamination est connu. Parmi les personnes hétérosexuelles diagnostiquées en 2014, 45 % sont de nationalités africaines subsahariennes, dont deux tiers de femmes, et 30 % sont de nationalité belge.

DÉPISTAGE DU VIH ET DIAGNOSTICS TARDIFS

En 2014, on a observé une légère augmentation de 0,3 % du nombre de tests de dépistage pour le VIH : 62 tests de dépistage VIH par 1000 habitants ont été réalisés et le taux de nouveaux diagnostics VIH est de 1,49 par 1000 tests réalisés.

En 2014, 38 % des infections VIH ont été diagnostiquées tardivement. La proportion de diagnostics tardifs varie en fonction du mode de transmission : 49 % en 2014 pour les infections transmises par contacts hétérosexuels et 24 % chez les HSH. Dans les six dernières années, on observe une augmentation de la proportion de diagnostics tardifs chez les HSH.

PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Au cours de l'année 2014, 14 719 patients infectés par le VIH ont été suivis médicalement en Belgique. On constate une augmentation régulière du nombre de patients suivis médicalement pour le VIH, avec une moyenne de 781 patients supplémentaires en suivi chaque année.

Un vieillissement de la population de patients infectés par le VIH en suivi médical est observé : les patients âgés de 50 ans et plus représentaient 19 % de l'ensemble des patients en 2006 et 32 % en 2014.

Les patients en suivi médical en 2014 sont en majorité des hommes (64 %). Parmi ceux-ci, 63 % ont mentionné une infection par contacts homosexuels et 32 % par contacts hétérosexuels. Parmi les femmes, 92 % ont été infectées par contacts hétérosexuels. Les patients belges représentent plus de la moitié (54 %) des patients en suivi et 80 % d'entre eux sont des hommes, 31 % des patients sont originaires d'Afrique subsaharienne dont principalement (67 %) des femmes.

Le maintien en soins des patients en suivi est élevé : 92,1 % des patients en soins en 2013 ont été maintenus en soins en 2014. Parmi les patients suivis dans les Centres de référence sida en 2013, 89,4 % recevaient un traitement antirétroviral avec des taux de succès virologique élevé : 94,7 % avaient une charge virale contrôlée (<200 copies/ml).

II. DESCRIPTION DE LA SURVEILLANCE VIH

La surveillance épidémiologique de l'infection par le VIH et du sida existe depuis 1985 et repose sur l'enregistrement des nouveaux diagnostics de VIH et des nouveaux cas de sida par l'Institut scientifique de Santé publique. Depuis 2006, cette surveillance est renforcée par la collecte de données des patients infectés par le VIH en suivi médical en Belgique : la cohorte VIH belge. Les données cliniques, biologiques et thérapeutiques collectées contribuent à une meilleure compréhension de l'évolution de l'infection par le VIH et des facteurs associés, au suivi de la morbidité et de la mortalité liées au VIH et à l'estimation d'indicateurs épidémiologiques sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

1. DIAGNOSTICS DU VIH

Les données concernant la situation du sida et des diagnostics du VIH en Belgique proviennent de deux sources : d'une part, l'enregistrement et la notification des malades sida par les cliniciens, d'autre part l'enregistrement des diagnostics de séropositivité VIH par les laboratoires de référence qui réalisent les tests de confirmation. Il s'agit en fait des mêmes patients, mais pris en compte à des phases différentes de l'infection : les malades du sida sont tous séropositifs pour le VIH, mais la plupart des personnes séropositives n'ont pas atteint le stade du sida.

Il existe en Belgique sept laboratoires de référence sida reconnus par le SPF Santé publique (voir annexes). Une de leurs tâches est de réaliser les tests de confirmation sur les sérums trouvés positifs lors d'un test de dépistage. Étant donné que seuls ces laboratoires sont financés pour réaliser ces tests, l'enregistrement des nouveaux séropositifs confirmés donne une image complète du nombre total de séropositifs diagnostiqués en Belgique. Les données récoltées ne nécessitent donc pas de correction pour sous-rapportage ou délai de notification. Comme plusieurs tests de confirmation sont souvent réalisés pour un même patient, il existe un risque élevé de double enregistrement. Ne sont donc pris en compte dans les analyses que les patients pour lesquels les données disponibles sont suffisantes pour pouvoir exclure les doubles enregistrements.

En plus du nombre de personnes diagnostiquées, les laboratoires s'efforcent également de récolter des données de type épidémiologique. Pour ce faire, un formulaire standardisé est envoyé à chaque médecin qui diagnostique une infection par le VIH, dans lequel sont demandés des renseignements concernant l'âge, le sexe, la nationalité, les comportements à risque et le stade clinique au moment du diagnostic. L'analyse de ces données permet de décrire de la manière la plus complète la situation épidémiologique du VIH/sida dans le pays.

La surveillance du VIH repose sur le suivi des diagnostics de l'infection par le VIH comme dans d'autres pays européens. Une importante limitation de cette surveillance est qu'elle ne représente pas l'incidence réelle de l'infection par le VIH. Les nouveaux diagnostics de VIH enregistrés incluent des patients infectés récemment comme des patients infectés depuis plusieurs années, mais les patients qui ignorent leur infection ne sont pas inclus. En effet, après infection par le VIH, plusieurs années s'écoulent avant l'apparition de symptômes. La précocité du diagnostic est influencée par des facteurs tels la vitesse de progression de la maladie, la disponibilité de services de dépistage du VIH ainsi que la fréquence de dépistage. L'estimation de l'incidence du VIH et du nombre de personnes vivant avec le VIH est importante pour une meilleure compréhension de l'épidémie du VIH en Belgique.

2. COHORTE VIH : DONNÉES DES PATIENTS INFECTÉS PAR LE VIH EN SUIVI MÉDICAL

À la suite de l'introduction des traitements antirétroviraux en 1996, l'espérance de vie des personnes infectées par le VIH s'est considérablement améliorée et la population des patients VIH suivis médicalement s'est accrue plus rapidement. Afin de pouvoir décrire et étudier cet aspect de l'épidémie plus proche de la prévalence, des données relatives à la population suivie médicalement sont récoltées selon une méthodologie similaire à celle utilisée par le système de surveillance épidémiologique des diagnostics de VIH et du sida.

Les mesures régulières de la charge virale dans le cadre du suivi médical des patients infectés par le VIH sont effectuées par les Laboratoires de référence sida (LRS). Puisque ces laboratoires sont en charge de l'ensemble des mesures de charge virale, cet enregistrement inclut l'ensemble des personnes vivant avec le VIH en suivi médical. Une personne est considérée en suivi médical au cours d'une année si elle bénéficie d'au moins une mesure de charge virale au cours de cette année. Les données de traitement sont enregistrées par les Centres de référence sida (CRS) qui prennent en charge plus de 75 % des patients vivant avec le VIH et qui sont en suivi médical.

III. DIAGNOSTICS D'INFECTION PAR LE VIH

1. TENDANCES GÉNÉRALES

En 2014, 1039 infections par le VIH ont été diagnostiquées en Belgique, ce qui correspond à 2,8 nouveaux diagnostics par jour en moyenne, ou encore à 94 nouveaux diagnostics par million d'habitants. Le nombre d'infections diagnostiquées en 2014 est en diminution de 7,6 % par rapport à l'année 2013 et de 15,5 % en comparaison de l'année 2012.

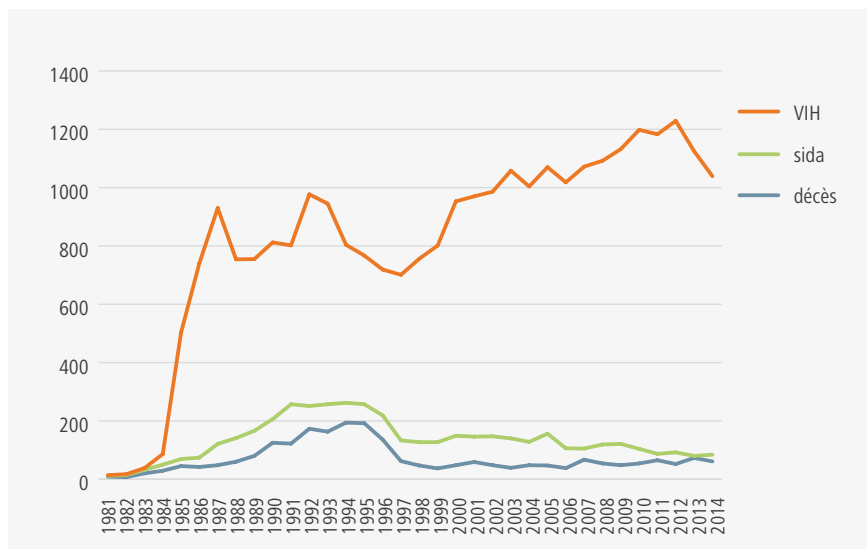
Au cours des 3 décennies passées, le nombre de nouvelles infections VIH diagnostiquées dans le pays a évolué entre 1,9 et 3,4 nouveaux diagnostics par jour en moyenne. La plus haute incidence a été observée en 2012 avec 1229 nouveaux cas diagnostiqués en cours d'année et la plus basse en 1997 avec 701 diagnostics.

Au 31 décembre 2014, et depuis le début de l'épidémie, un total de 28 051 personnes ont été diagnostiquées séropositives pour le VIH (figure 1 ; tableau 1).

En 2014, 84 nouveaux diagnostics de sida ont été rapportés ; depuis le début de l'épidémie, un total cumulé de 4539 cas ont été rapportés.

En 2014, 61 décès ont été notifiés parmi les personnes porteuses de l'infection VIH. Un total de 2392 décès a été rapporté entre 1981 et 2014.

Figure 1 | Nombre annuel de nouveaux diagnostics de VIH et de sida, et de décès rapportés, Belgique, 1982-2014



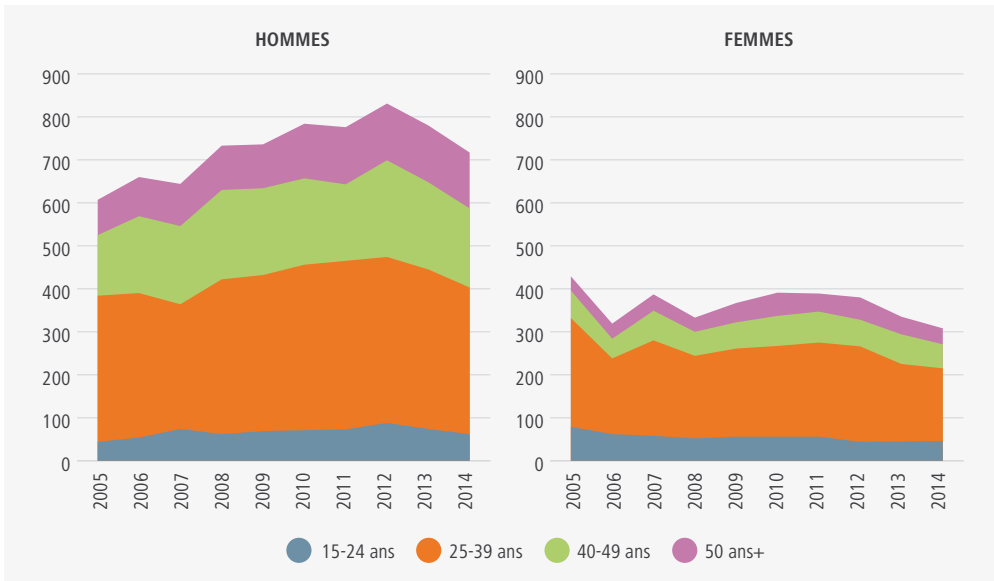
2. SEXE, ÂGE, RÉGION DE RÉSIDENCE ET NATIONALITÉ

La proportion d'hommes parmi les personnes découvrant leur séropositivité a augmenté au cours du temps et atteint 70 % en 2013 et 2014 ; elle était de 58 % en 2005 ($p < 0,001$) (figure 2 ; tableau 2). Entre 2012 et 2014, le nombre d'infections VIH diagnostiquées a diminué de 20 % chez les femmes et de 13 % chez les hommes.

Les personnes de 25 à 49 ans représentaient 72 % des diagnostics de séropositivité en 2014, 16 % étaient âgées de 50 ans et plus, 10 % de 15 à 24 ans et 1 % de moins de 15 ans. Entre 2005 et 2014, la proportion de jeunes de moins de 25 ans n'a pas évolué de façon significative, alors que celle des 25-49 ans a diminué (de 76 % à 72 %) et celle de 50 ans et plus a augmenté (de 11 % à 16 %).

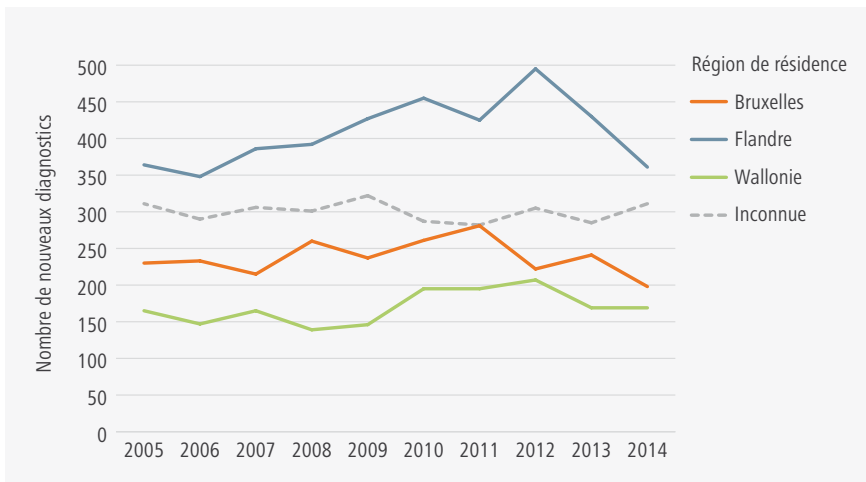
En 2014, la moyenne d'âge lors du diagnostic était de 36 ans chez les femmes adultes et de 39,5 ans chez les hommes adultes. En 10 ans, la moyenne d'âge des adultes diagnostiqués s'est élevée de 2 ans et 5 mois.

Figure 2 | Évolution du nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH chez les adultes, par âge et sexe, Belgique, 2005-2014



Parmi les personnes diagnostiquées en 2014, 35 % mentionnent un lieu de résidence en Flandre, 19 % à Bruxelles, et 16 % en Wallonie. Le lieu de résidence n'est pas connu dans 30 % des cas. Entre 2012 et 2014, le nombre d'infections VIH diagnostiquées a diminué dans les 3 régions du pays : la diminution est de 27 % en Flandre, de 18 % en Wallonie, et de 11 % à Bruxelles (figure 3 ; tableaux 3-6).

Figure 3 | Évolution du nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH, par région de résidence, Belgique, 2005-2014

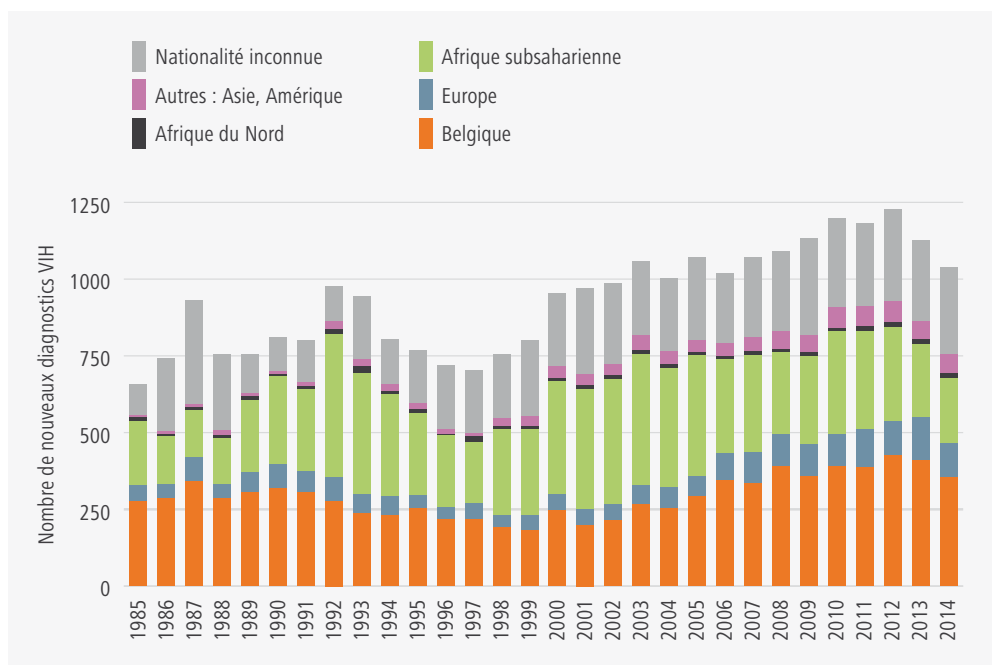


La nationalité des patients diagnostiqués en 2014 est connue pour 757 personnes (73 %), dont 47 % sont de nationalité belge, 15 % d'autres nationalités européennes et 29 % de nationalités africaines (figure 4 ; tableau 7).

Le nombre de nouveaux diagnostics par année chez des personnes de nationalités belge ou européennes a été en croissance constante entre 2001 et 2013 (+120 %) ; une diminution de 16 % est observée en 2014.

En 2014, le nombre d'infections diagnostiquées chez des personnes de nationalités subsahariennes est inférieur de 30 % en comparaison de l'année 2012 et de 11 % par rapport à 2013.

Figure 4 | Évolution du nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH, par nationalités (groupées), Belgique, 2005-2014



3. MODE DE CONTAMINATION PROBABLE

Le mode de contamination probable est connu pour 70 %¹ des personnes diagnostiquées en 2014. Parmi ces personnes, 50 % (N=360) ont été contaminées lors de rapports hétérosexuels (92 % des femmes et 31 % des hommes), 46 % (N=366) lors de rapports sexuels entre hommes, 2 % (N=11) par usage de drogues injectables et moins de 1 % par transmission mère-enfant.

14

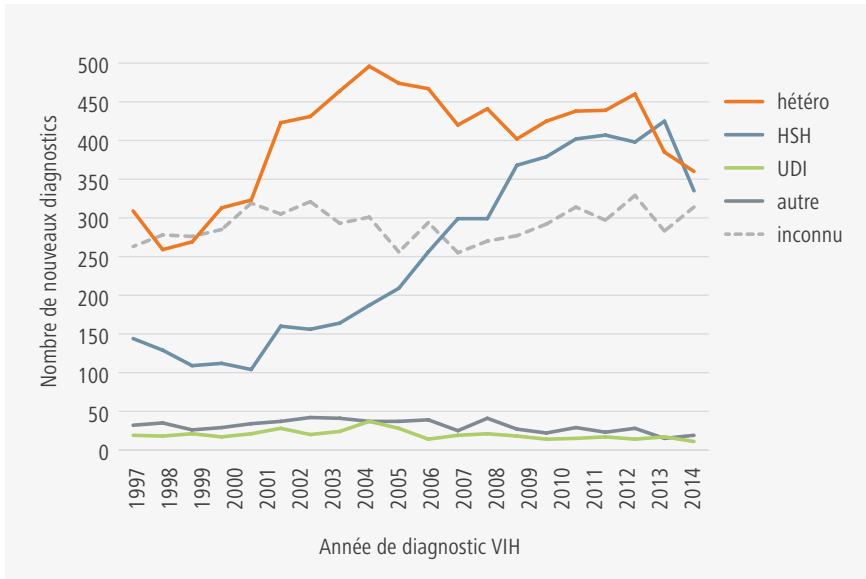
En 2014, le nombre de nouvelles infections diagnostiquées chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) est en diminution de 21 % par rapport à l'année précédente. Cette diminution intervient après une longue et importante augmentation : le nombre d'infections diagnostiquées en 2013 chez les HSH était quatre fois supérieur à celui de l'année 1999 (figure 5 et tableau 2).

¹ La disponibilité de l'information relative au mode de transmission est en légère baisse en 2014 (75% en 2013). Ceci peut expliquer partiellement la diminution observée dans chaque mode de transmission.

Les contaminations par voie hétérosexuelle ont fluctué entre 400 et 500 nouveaux diagnostics pendant la période 2000-2012. Ces diagnostics diminuent ensuite de 16 % en 2013 et de 22 % en 2014, en comparaison de l'année 2012.

Les évolutions des modes de contamination probable par régions de résidence sont présentées dans les tableaux 4 à 6.

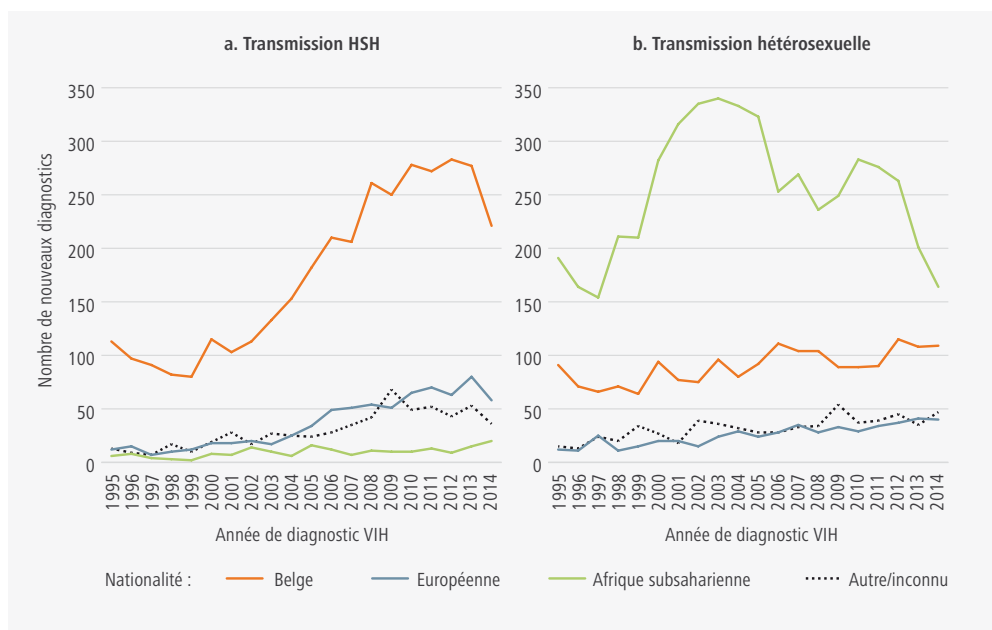
Figure 5 | Évolution du nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH, par mode de contamination probable, Belgique, 1995-2014



L'épidémie du VIH en Belgique est concentrée essentiellement dans deux populations :

1. les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), de nationalités belge ou européennes (figure 6a.) ;
2. les personnes qui ont contracté le virus via des rapports hétérosexuels et provenant de pays d'Afrique subsaharienne (figure 6b.).

Figure 6 | Évolution du nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH, par modes de contamination probable et nationalités, Belgique, 1995-2014



4. LES HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES

Les diagnostics chez les HSH concernent principalement des personnes de nationalité belge (66 % ; N=219). Les personnes d'autres nationalités européennes représentaient 17 % (N=58) des diagnostics chez les HSH en 2014, 6 % (N=20) ont une nationalité africaine subsaharienne et 10 % (N=32) ont d'autres nationalités (tableau 8).

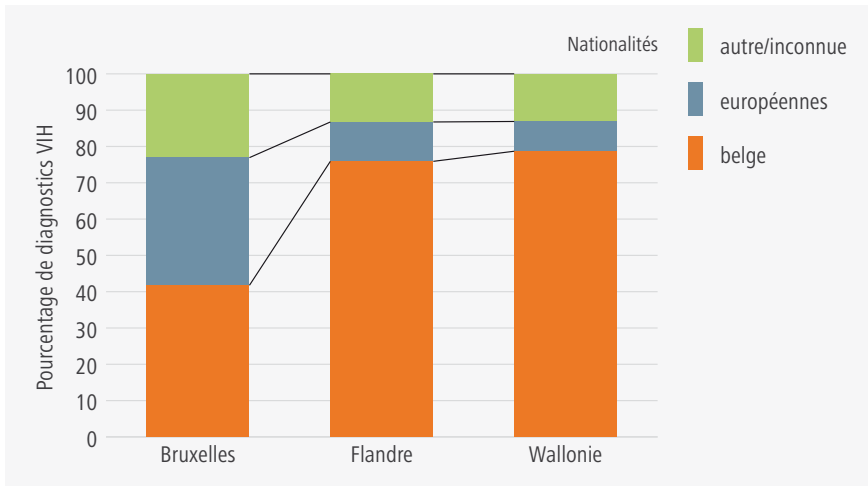
16

La diminution des diagnostics observée chez les HSH en 2014 est présente tant chez les personnes de nationalité belge (moins 20 %) que chez les autres nationalités européennes (moins 27 %). Rappelons cependant que la diminution récente observée chez les HSH fait suite à une croissance régulière longue de 15 années.

Ce recul récent est observé à des degrés divers dans les trois régions. Les évolutions par régions, nationalités et groupes d'âge sont présentées dans les tableaux 9 à 11.

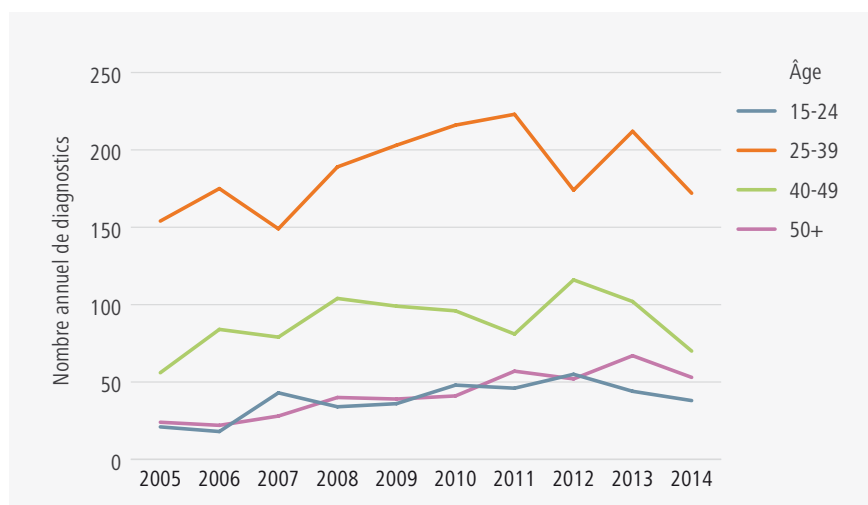
Les nationalités étrangères les plus fréquemment rapportées chez les HSH diagnostiqués en 2014 sont les suivantes : France (14 %), Brésil (14 %), Pays-Bas (9 %), Espagne (7 %), Italie (5 %), Cameroun (5 %), Portugal (4 %). Les nationalités étrangères sont proportionnellement beaucoup plus représentées à Bruxelles que dans les deux autres régions. Les HSH d'autres nationalités européennes constituent 35 % des diagnostics à Bruxelles, alors qu'ils n'en représentent que 11 % en Flandre et 8 % en Wallonie (figure 7).

Figure 7 | Distribution des nationalités des HSH diagnostiqués en 2014, par région de résidence, Belgique



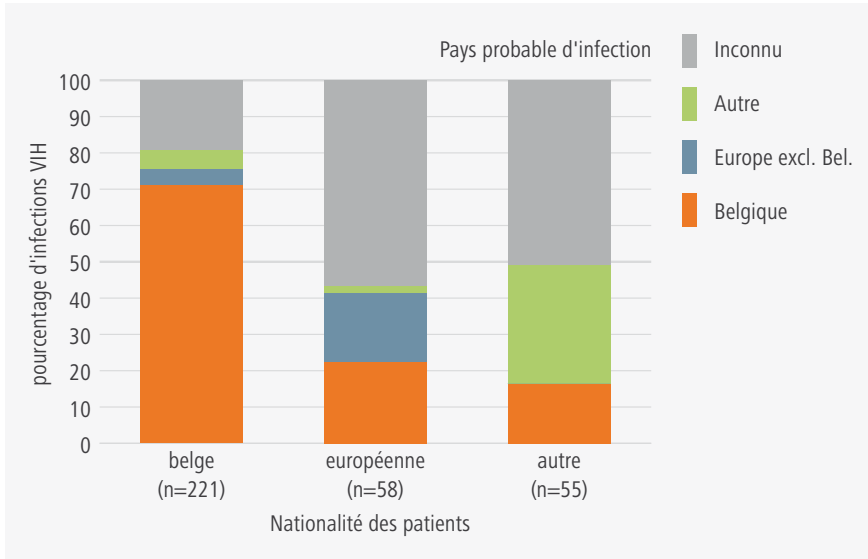
L'âge au moment du diagnostic a évolué au cours du temps chez les HSH. Les HSH de 25 à 49 ans représentaient 73 % des diagnostics de séropositivité en 2014, 16 % étaient âgés de 50 ans et plus, et 11 % de 15 à 24 ans. Entre 2005 et 2014, la proportion de jeunes de moins de 25 ans a légèrement augmenté (de 8 % à 11 %), celle de 50 ans et plus a augmenté (de 9 % à 16 %), et celle des 25-49 ans a diminué (de 82 % à 73 %), cette dernière tranche d'âge reste la plus représentée dans les nouveaux diagnostics. Entre 2013 et 2014, le nombre de nouveaux diagnostics a diminué dans toutes les catégories d'âge (figure 8 ; tableaux 8 à 11).

Figure 8 | Évolution du nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH par groupes d'âge chez les HSH, Belgique, 2005-2014



Le pays probable d'infection a été rapporté par 69 % des patients ayant déclaré une contamination par contacts HSH et diagnostiqués en 2014. Parmi les belges, 71 % rapportent une contamination en Belgique, et 10 % à l'étranger ; l'information est inconnue dans 19 % des cas. Parmi les patients d'autres nationalités européennes, 22 % rapportent une contamination en Belgique et 19 % dans leur région d'origine ; l'information est inconnue dans 57 % des cas (figure 9).

Figure 9 | Pays probable d'infection des HSH diagnostiqués en 2014, par nationalités, Belgique



MODÉLISATION

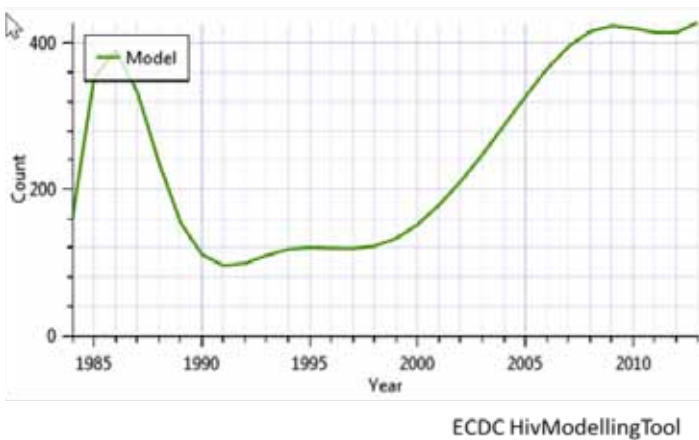
Estimations de l'incidence du VIH et de la fraction non diagnostiquée chez les HSH (1985-2013)

L'ECDC a mis au point en collaboration avec des partenaires internationaux un nouvel outil destiné à fournir des estimations du nombre de personnes vivant avec le VIH, y compris ceux non encore diagnostiqués. Cet outil appelé 'HivModellingTool' peut également estimer le nombre annuel de nouvelles infections à VIH ainsi que le délai moyen entre l'infection et le diagnostic (1).

Cette méthode est basée sur l'utilisation des données de surveillance ; il s'agit des cas de diagnostics d'infection à VIH, de sida et de décès rapportés en Belgique et des mesures de CD4 au moment du diagnostic VIH. Les estimations sont calculées séparément par catégories de transmission. Les estimations pour la population des HSH sont présentées ici.

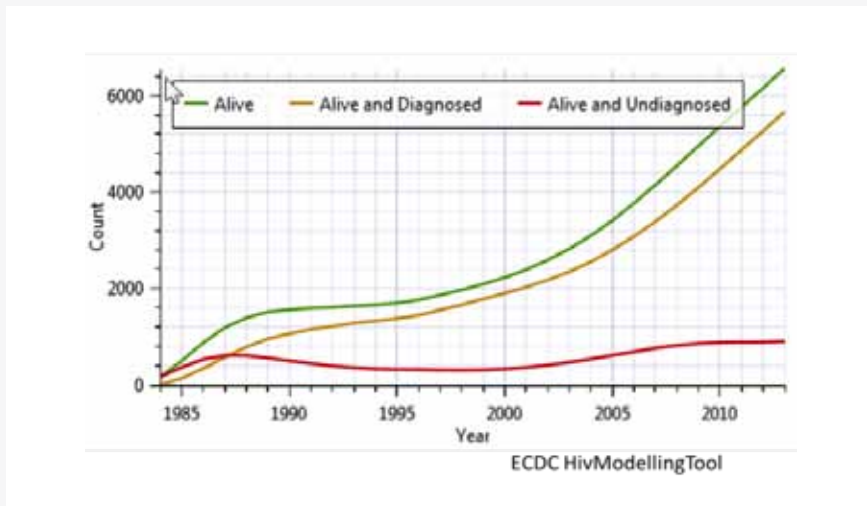
Entre 1984 et 2013, le nombre cumulé d'infections chez des HSH est estimé à 7450. Le nombre d'infections par le VIH a atteint un sommet autour de 1986 avec 390 nouveaux cas d'infection au cours de cette année. Dans les années 1990, le nombre d'infections a varié autour de 120 par an. Depuis 2000, l'incidence du VIH a régulièrement augmenté et atteint 420 nouvelles infections en 2009. Les estimations des années récentes sont à interpréter avec précaution en raison d'une moindre précision du modèle pour cette période (figure A).

Figure A | HSH : Estimation de l'incidence du VIH par année



La figure B montre le nombre total estimé de HSH en vie porteurs de l'infection VIH au cours de la période 1984-2013 (ligne verte), le nombre de HSH en vie qui ont été diagnostiqués (ligne jaune), et le nombre estimé de HSH porteurs de l'infection en vie et non diagnostiqués (ligne rouge). Le nombre total de HSH porteurs de l'infection en vie est estimé à 6550 en 2013, parmi lesquels 900 (13,7 %) ne seraient pas diagnostiqués. Le nombre de HSH non diagnostiqués a augmenté depuis 2000 et semble se stabiliser au cours des dernières années. En termes de proportion, la fraction non diagnostiqués semble diminuer au cours du temps : 18,0 % en 2008 et 13,7 % en 2013.

Figure B | HSH : Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH, par année



Le temps moyen estimé séparant l'infection du diagnostic VIH a diminué régulièrement au cours de l'épidémie, passant de 2,8 années au cours des années 80' à 2,15 années actuellement.

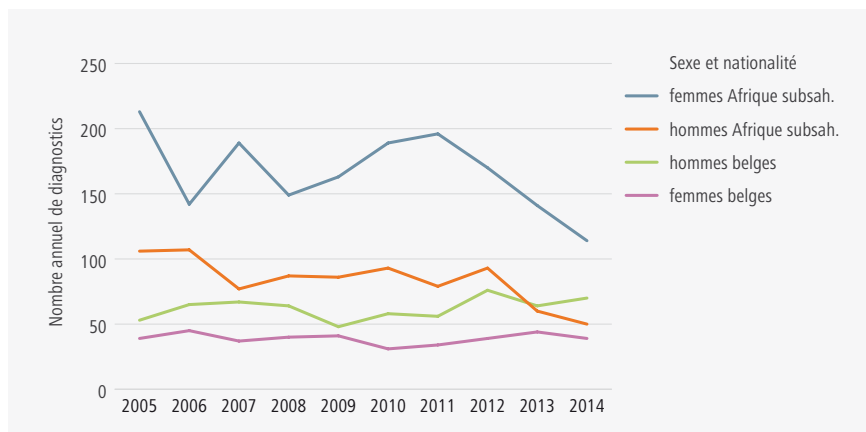
Ces estimations ont été calculées sur base des données disponibles. Les données manquantes, notamment en ce qui concerne les voies de transmission et les mesures de CD4, peuvent en affecter la précision et la validité. Notons aussi qu'une proportion des HSH diagnostiqués en Belgique sont de nationalités étrangères (26 %) et que l'infection peut être antérieure à l'arrivée en Belgique. Ces estimations constituent cependant des indications permettant de compléter la vision issue des données descriptives pour une meilleure compréhension de l'épidémie.

5. LES FEMMES ET LES HOMMES HÉTÉROSEXUELS

La transmission par contact hétérosexuel est principalement rapportée par des personnes d'Afrique subsaharienne. Parmi les personnes hétérosexuelles diagnostiquées en 2014, 45 % (N=164) sont de nationalités africaines subsahariennes, 30 % (N=109) de nationalité belge, 11 % (N=40) de nationalité européenne et 10 % (N=37) d'autres nationalités. Les femmes représentaient en 2014 70 % des diagnostics posés chez les hétérosexuels d'Afrique subsaharienne et 36 % chez les personnes hétérosexuelles de nationalité belge.

La diminution du nombre de diagnostic chez des personnes contaminées par contacts hétérosexuels est due à une réduction du nombre de diagnostics posés chez des personnes originaires d'Afrique subsaharienne : moins 33 % chez les femmes et moins 46 % chez les hommes entre 2012 et 2014 ; moins 19 % chez les femmes et moins 17 % chez les hommes entre 2013 et 2014. Par contre, le nombre d'infections diagnostiquées chez les personnes - hommes et femmes - de nationalité belge est resté stable au cours de la décennie (figure 10 ; tableau 12).

Figure 10 | Nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH chez les adultes hétérosexuels, par sexe, nationalité et catégorie d'âge, Belgique, 2005-2014

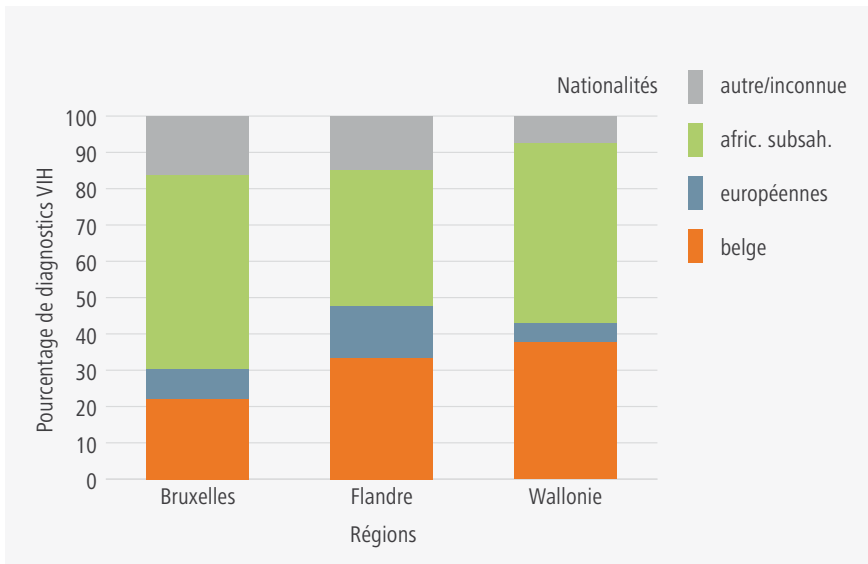


Le recul observé entre 2012 et 2014 chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne est observé à des degrés divers dans les trois régions : moins 31 % à Bruxelles, moins 35 % en Flandre, et moins 45 % en Wallonie. Les évolutions par régions, nationalités, sexe et groupes d'âge sont présentées dans les tables 13 à 15.

Les nationalités étrangères les plus fréquemment rapportées chez les hétérosexuels diagnostiqués en 2014 sont les suivantes : Congo RDC (15 %), Cameroun (12 %), Guinée (8 %), Pays-Bas (6 %), Rwanda (5 %), Nigeria (4 %), Thaïlande (3 %), Ghana (3 %), Togo (3 %).

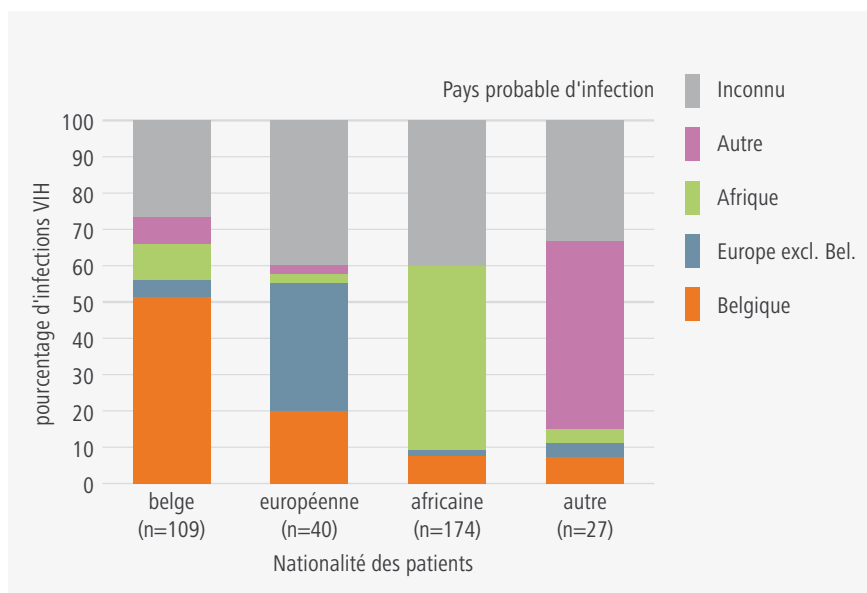
Les nationalités étrangères sont proportionnellement plus représentées à Bruxelles que dans les deux autres régions. Les personnes de nationalités subsahariennes constituent 53 % des diagnostics parmi les hétérosexuels à Bruxelles, 49 % en Wallonie, et 37 % en Flandre. (figure 11 ; tableaux 13 à 15).

Figure 11 | Distribution des nationalités des personnes hétérosexuelles diagnostiquées en 2014, par région de résidence, Belgique



Le pays probable d'infection a été rapporté par 64 % des patients ayant déclaré une contamination par contacts hétérosexuels et diagnostiqués en 2014. Parmi les belges, 51 % rapportent une contamination en Belgique, et 22 % à l'étranger ; l'information est inconnue dans 27 % des cas. Parmi les patients d'autres nationalités européennes, 20 % rapportent une contamination en Belgique et 35 % dans leur région d'origine ; l'information est inconnue dans 40 % des cas. Parmi les patients de nationalités africaines, 7 % rapportent une contamination en Belgique et 51 % dans leur région d'origine ; l'information est inconnue dans 40 % des cas (figure 12).

Figure 12 | Pays probable d'infection des personnes hétérosexuelles diagnostiquées en 2014, par nationalités, Belgique



6. CARACTÈRE TARDIF OU PRÉCOCE DU DIAGNOSTIC

TAUX DE LYMPHOCYTES CD4

Le taux de lymphocytes CD4 peut être considéré comme un marqueur biologique du stade de l'infection, étant d'autant plus faible que l'infection est avancée. Il est généralement situé aux environs de 1000 CD4/mm³ chez les personnes en bonne santé et inférieur à 200/mm³ chez les personnes infectées par le VIH lors du passage au stade sida. Un diagnostic d'infection est considéré comme tardif, selon la définition de consensus (2), lorsque le taux de lymphocytes CD4 est inférieur à 350 CD4/mm³ ou lorsqu'un sida clinique est présent au moment du diagnostic VIH.

Le taux de lymphocytes CD4 au moment du diagnostic de l'infection à VIH est connu pour 58 % des patients diagnostiqués en 2014.

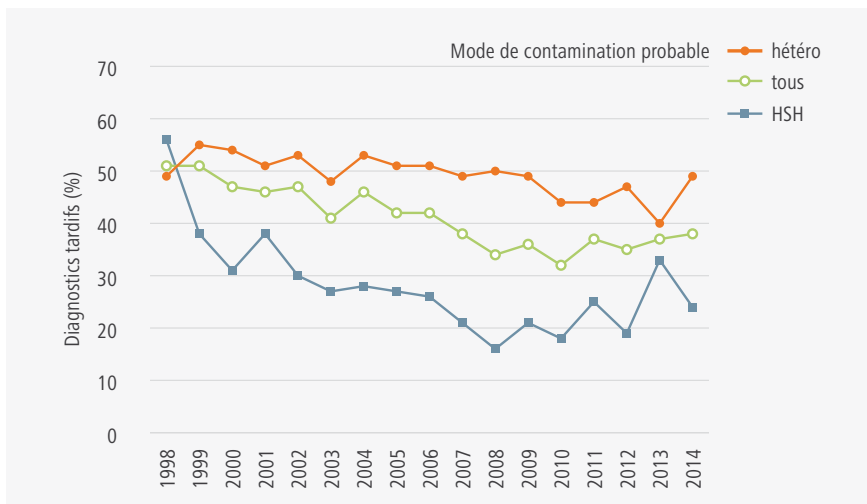
Le taux moyen de CD4 au moment du diagnostic était de 431 CD4/mm³ en 2014. Ce taux a progressé au cours du temps : il avoisinait les 350 CD4/mm³ en 1999-2000.

Cependant, des taux de CD4 bas peuvent parfois être rencontrés au stade précoce de l'infection. Dans une grande cohorte européenne, par exemple, un quart des patients infectés récemment présentaient des taux de CD4 inférieurs à 350 CD4/mm³ (3). Une correction à la définition de diagnostic tardif est par conséquent apportée en prenant en compte les éléments cliniques ou épidémiologiques indiquant une infection récente (4).

DIAGNOSTICS TARDIFS

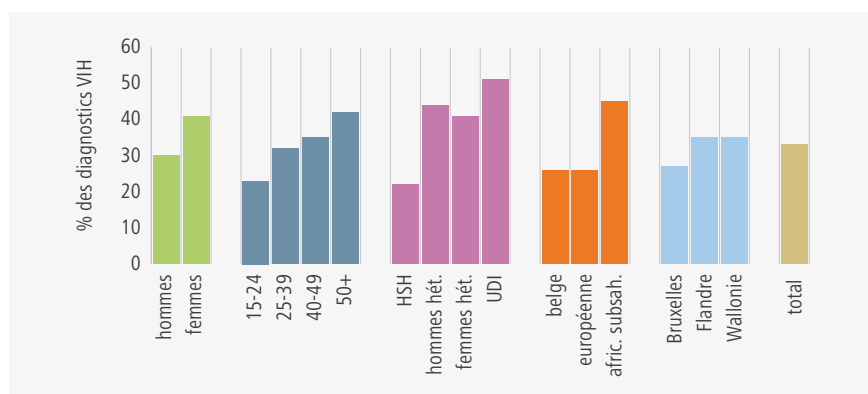
38 % des infections diagnostiquées en 2014 étaient des infections diagnostiquées tardivement ; en 2000, cette proportion était de 47 %. Une diminution significative observée entre 2000 et 2008 suggère une évolution favorable en ce qui concerne la précocité du diagnostic VIH ($p < 0.001$). Cette diminution reste cependant limitée, et une augmentation sensible des diagnostics tardifs est observée au cours des 5 dernières années ($p < 0.01$), notamment chez les HSH ($p < 0.001$). Notons cependant qu'une augmentation de la proportion de diagnostics tardifs peut être consécutive à une diminution récente de l'incidence, ou encore à un dépistage accru de personnes infectées de longue date. En 2014, 49 % des infections transmises par contacts hétérosexuels et 24 % par contacts HSH étaient diagnostiquées tardivement (figure 13).

Figure 13 | Évolution de la proportion (%) d'infections VIH diagnostiquées tardivement, par mode de contamination probable, Belgique, 2000-2014



La proportion de diagnostics tardifs parmi les nouvelles infections VIH varie en fonction de différents facteurs : le sexe, l'âge, la nationalité, la région de résidence des personnes et la voie de transmission probable de l'infection (figure 14 ; tableau 16). Une analyse multivariée montre que l'âge, la voie de transmission probable, la nationalité et la région de résidence sont indépendamment associés au diagnostic tardif, seul le sexe ne présente pas d'association significative.

Figure 14 | Proportion d'infections VIH qui ont été diagnostiquées tardivement, par sexe, âge, voie de transmission probable, nationalité et région de résidence, Belgique, 2010-2014



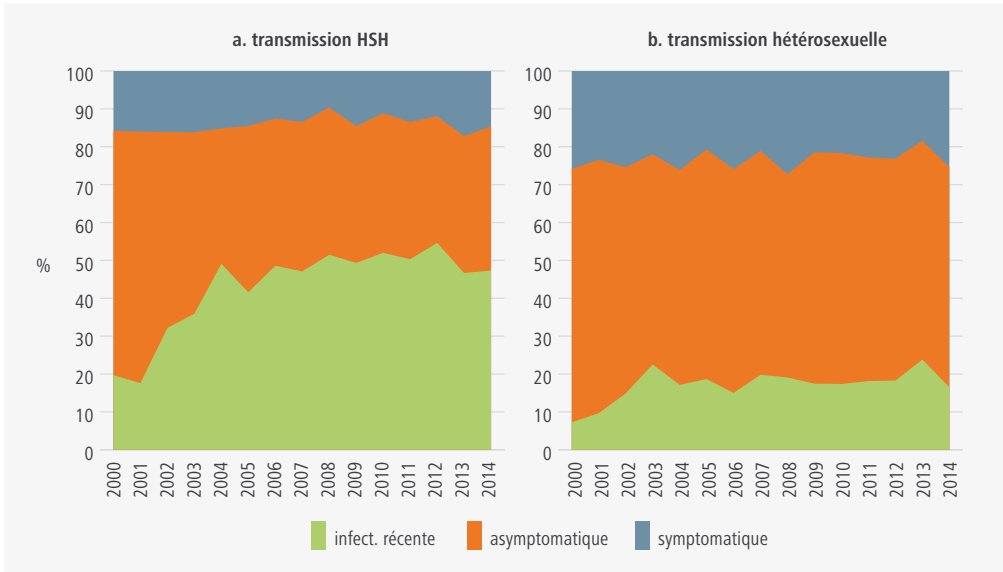
DIAGNOSTICS PRÉCOCES

Lors du diagnostic de VIH, les données sur la précocité du diagnostic (infection récente de moins de 6 mois) sont collectées auprès des cliniciens. Le stade clinique au moment du diagnostic est disponible pour 57 % des patients diagnostiqués en 2014.

La proportion d'infections récentes parmi les personnes diagnostiquées en 2014 pour lesquelles l'information était disponible était de 31 %. Cette proportion est significativement plus élevée chez les HSH que chez les hétérosexuels : 47 % vs. 17 % ($p < 0,001$).

La proportion d'infections récentes a augmenté significativement au cours du temps chez les HSH, passant de 20 % en 2000 à 47 % en 2014 ($p < 0,001$) ; elle a par contre peu évolué chez les personnes hétérosexuelles diagnostiquées, passant de 7 % à 17 % pendant la même période (figure 15).

Figure 15 | Évolution du stade clinique au moment du diagnostic VIH, par modes de contamination probable, Belgique, 2000-2014



7. RÉSISTANCE DE BASE AUX MÉDICAMENTS ET RÉPARTITION PAR SOUS-TYPE POUR LES NOUVEAUX DIAGNOSTICS EN 2014

RÉSISTANCE DE BASE

La détermination de la présence d'une résistance aux médicaments fait partie des tests de routine réalisés dans le cadre d'un nouveau diagnostic VIH. L'objectif de l'analyse, appelée « détermination de la résistance de base », est de vérifier si un patient est infecté ou non par un variant du VIH qui est résistant à l'un des traitements antirétroviraux. Les informations obtenues permettent au médecin traitant d'opter pour le meilleur schéma de médication dès le début du traitement.

La détermination de la résistance de base se fait sur un échantillon prélevé immédiatement après le diagnostic chez des patients n'ayant pas encore reçu d'antirétroviraux. En 2014, 552 des 1039 patients nouvellement diagnostiqués ont été soumis au test. La séquence obtenue satisfaisait aux critères de qualité dans 549 des cas. On a retrouvé chez 76 des 549 patients (soit 13,7 %) au moins une mutation à une position associée à une résistance. Dans 50 cas (9,1 %), il s'agissait de mutations des pharmacorésistances transmises (TDRM) telles qu'établies dans

la liste de surveillance dressée par l'OMS en 2009 (5). Six patients présentaient seulement une mutation INNTI E138K, qui n'est pas reprise dans la liste de l'OMS, mais qui influe significativement sur la sensibilité à la rilpivirine (score de Stanford 30), produit mis sur le marché après 2009 et fréquemment utilisé en première ligne. Il a par conséquent été décidé de reprendre cette mutation comme une TDRM dans l'analyse suivante. On compte donc au total 56 patients présentant une TDRM, soit 10,2 % de tous les nouveaux diagnostics.

32 patients (5,8 %) présentaient une résistance aux inhibiteurs nucléosidiques analogues de la transcriptase inverse (INTI ou NRTI), 20 (3,6 %) une résistance aux inhibiteurs non nucléosidiques analogues de la transcriptase inverse (INNTI ou NNRTI) et 8 (1,5 %) une résistance aux inhibiteurs de protéase (IP ou PI) (voir tableau 1). Quatre patients (0,7 %) présentaient une résistance à plusieurs classes : 3 une résistance INTI+INNTI et 1 une résistance IP +INTI.

La haute résistance aux INTI peut en partie s'expliquer par la fréquence des virus présentant une réversion de l'acide aminé en position 215 de la transcriptase inverse. Cette mutation ne donne pas lieu, en elle-même, à une diminution de la sensibilité, mais peut masquer la présence d'un variant résistant. Au total, seule une réversion 215 a pu être observée chez 16 patients.

4 % des patients présentaient un schéma de mutation réduisant significativement la sensibilité à une combinaison TDF ou ABC/FTC ou 3TC et 1 INNTI (EFV ou RPV), qui sont des traitements de première ligne couramment choisis.

Si l'on compare les résultats avec ceux des années précédentes, on constate que la fréquence des TDRM est stable et que les classes de médicaments influencées par les TDRM ne varient pas (tableau 1).

Tableau 1 | Évolution des TDRM en Belgique : prévalence des TDRM observée dans un échantillon de nouveaux diagnostics posés entre 2003 et 2006 (6), dans une analyse des nouveaux diagnostics établis en 2008 et 2009 (7) et dans l'analyse actuelle des nouveaux diagnostics de 2013 et 2014.

| | 2003-2006 | 2008-2009 | 2013 | 2014 |
|-----------------------------|------------|--------------|-------------|--------------------|
| Nombre total, N | 285 | 1055 | 528 | 549 |
| Nombre de TDRM, N (%) | 27 (9,5 %) | 119 (11,3 %) | 59 (11,2 %) | 56 (10,2 %) |
| Résistance aux INTI, N (%) | 20 (7,0 %) | 82 (7,7 %) | 37 (7,0 %) | 32 (5,8 %) |
| Résistance aux INNTI, N (%) | 10 (3,5 %) | 44 (4,2 %) | 25 (4,7 %) | 20 (3,6 %) |
| Résistance aux IP, N (%) | 5 (1,8 %) | 24 (2,3 %) | 10 (1,9 %) | 8 (1,5 %) |

SOUS-TYPES DE VIH

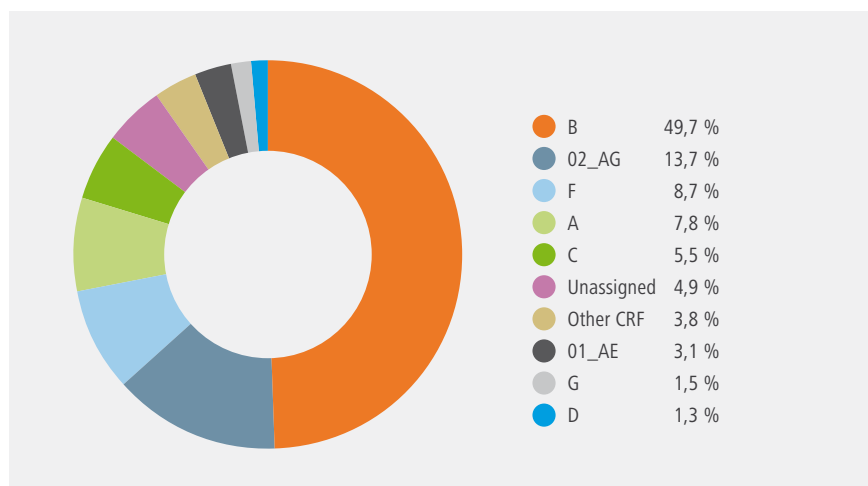
Les séquences de protéase et de transcriptase inverse du VIH générées pour l'analyse de la résistance permettent également de déterminer le sous-type de virus impliqué. Deux outils de sous-typage en ligne ont été consultés pour les séquences de 2014 : Rega v3 (<http://regatools.med.kuleuven.be/typing/v3/hiv/typingtool>) et Comet, (<http://comet.retrovirology.lu/>). Le sous-type a été attribué en cas de résultat concordant. Dans tous les autres cas, le sous-type a été défini comme « indéterminé ».

La répartition par sous-type des nouveaux diagnostics posés en 2014 est présentée à la figure 1. Le sous-type B était responsable de 49,9 % des infections. Parmi les infections d'autres types, CRF02AG et les sous-types F et A sont les plus représentés (respectivement 13,7 %, 8,7 % et 7,8 %). On observe que la répartition par sous-type a peu varié par rapport à 2013. Seule la nette augmentation des infections de sous-type F (passées de 4,9 % en 2013 à 8,7 % en 2014) fait figure d'exception.

RÉSISTANCE DE BASE ET SOUS-TYPE

La présence des TDRM était plus marquée chez les patients présentant des infections de sous-type B (33/273, 12,1 %) que chez les autres patients (23/276, 8,3 %). Les mutations IP et INNTI sont plus souvent observées chez les patients souffrant d'infections de type non B que chez ceux atteints par le type B (2,2 % vs 0,7 % pour les mutations IP et 4,0 % vs 3,3 % pour les mutations INNTI), tandis que les mutations INTI sont plus souvent enregistrées en présence d'infections de sous-type B (8,8 % vs 2,9 %). Cela s'explique principalement par la présence de clusters de transmission de sous-type B de virus présentant une réversion 215.

Figure 16 | Répartition par sous-type sur base des séquences de protéase et de transcriptase inverse générées pour 549 patients diagnostiqués en 2014



CONCLUSION

En 2014, la prévalence des TDRM chez les patients ayant reçu un nouveau diagnostic de VIH-1 s'élève à 10,2 %. La situation n'a pas évolué par rapport aux années précédentes. Il convient donc de continuer à suivre de près les TDRM.

La nécessité éventuelle de détecter la résistance de base aux inhibiteurs de l'intégrase doit encore être étudiée.

L'analyse des sous-types met en avant une répartition sous-type B / sous-type non B de 49,7 % / 50,3 %. Dans les infections non B, on soulignera surtout l'augmentation de la prévalence du sous-type F (passée de 4,9 % en 2013 à 8,7 % en 2014). Cette évolution devra faire l'objet d'un suivi rapproché.

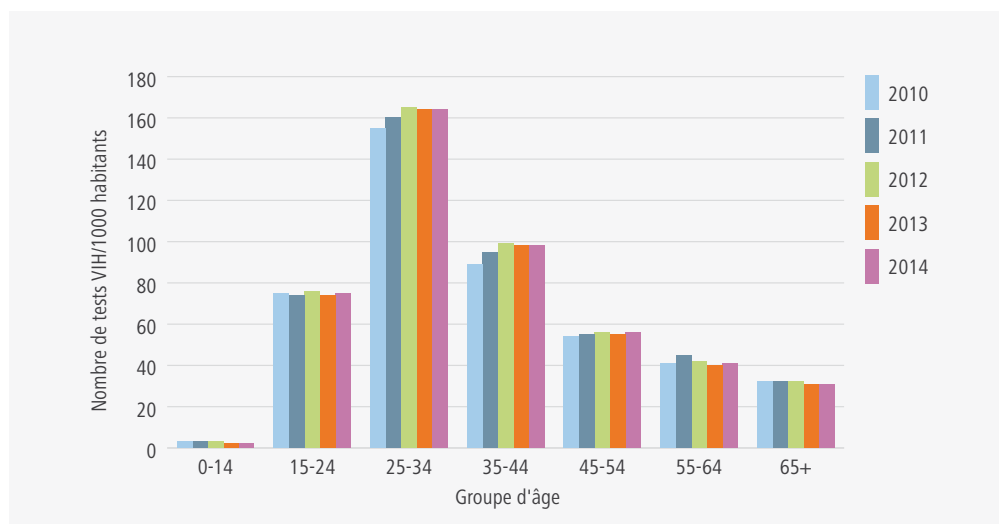
IV. DÉPISTAGE DU VIH

Le test de dépistage du VIH fait l'objet d'un remboursement par l'INAMI. Par ce biais, il est possible de connaître le nombre total de tests de dépistage effectués dans le pays. Les tests réalisés dans le cadre des dons de sang ne sont pas inclus dans les résultats suivants.

1. NOMBRE DE TESTS VIH

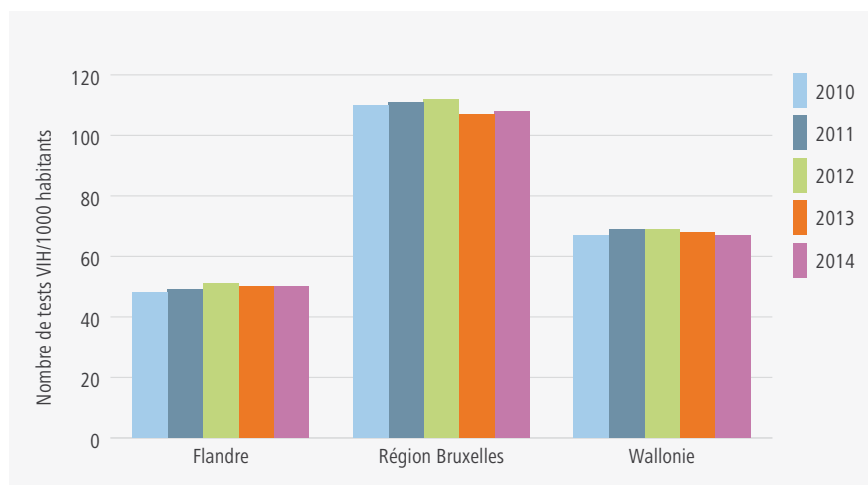
Comparée à d'autres pays européens (ECDC 2014 ; RIZIV/INAMI 2007-2014) , la Belgique a un taux de dépistage du VIH élevé et relativement stable (8). En 2014, un nombre total de 697 684 tests VIH ont été réalisés, pour atteindre un taux de dépistage de 62 par 1000 habitants. Les tests sont effectués beaucoup plus fréquemment dans le groupe d'âge 25-34 ans avec un taux de 164 tests par 1000 personnes comparativement à 98 par 1000 dans le groupe 35-44 ans, 75 par 1000 dans le groupe 15-24 ans, 56 par 1000 dans le groupe 45-54 ans et 41 par 1000 dans le groupe des 55-64 ans. Le taux de dépistage global des femmes testées est plus élevé que celui des hommes, correspondant à 73 tests par 1000 femmes contre 51 par 1000 hommes (figure 17).

Figure 17 | Évolution du nombre de tests de dépistage du VIH réalisés par 1000 habitants, par groupe d'âge, 2010-2014



La répartition par région montre que 46 % de tous les tests VIH ont été effectués en Flandre, 35 % en Wallonie et 18 % à Bruxelles. Le nombre de tests par 1000 habitants est le plus élevé à Bruxelles (108 test/1000 habitants), suivie par la Wallonie (67/1000) et la Flandre (50/1000) – il faut cependant prendre en considération que les personnes testées ne résident pas nécessairement dans la région où le test VIH a été effectué (figure 18).

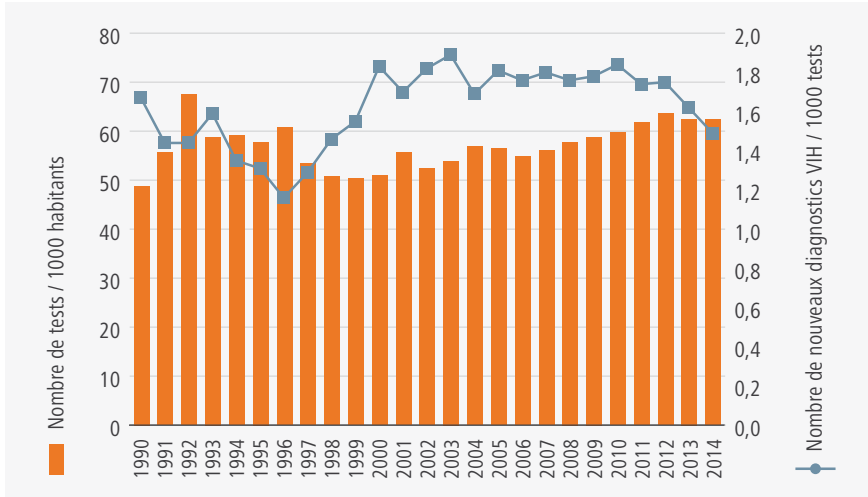
Figure 18 | Nombre de tests de dépistage du VIH par 1000 habitants par région, 2010-2014



2. TAUX DE NOUVEAUX DIAGNOSTICS VIH PAR 1000 TESTS

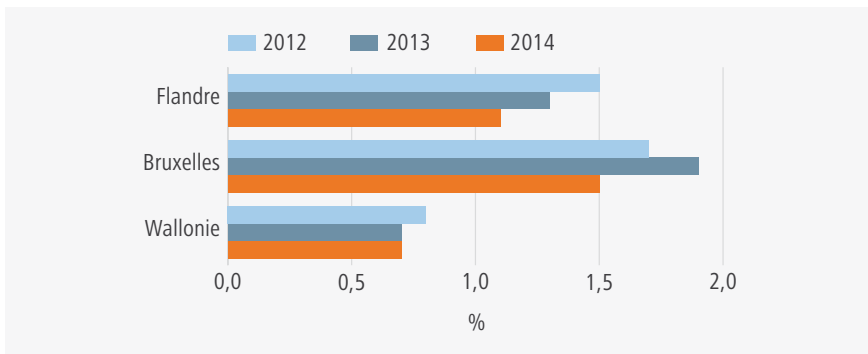
Ce taux a augmenté de près de 50 % entre 1996 et 2000 ; il diminue depuis 2012 et s'établit à 1,49 nouvelle infection diagnostiquée pour 1000 tests réalisés en 2014 (figure 19).

Figure 19 | Évolution du nombre de tests de dépistage du VIH réalisés par 1000 habitants et taux de nouveaux diagnostics par 1000 tests, 1990-2014



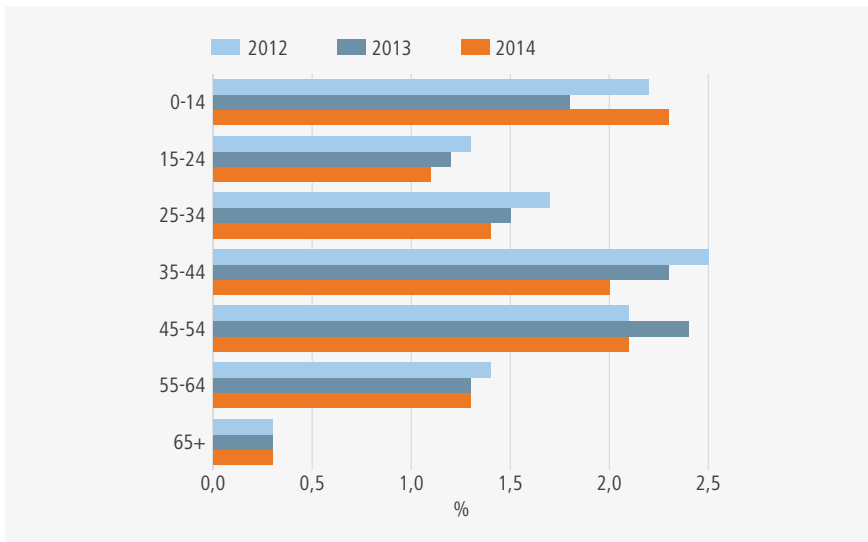
C'est à Bruxelles et en province d'Anvers que se rencontrent les taux de diagnostics les plus élevés (figure 20).

Figure 20 | Taux de nouveaux diagnostics par 1000 tests, par région, 2012-2014



Le taux de diagnostics le plus élevé parmi les adultes se rencontrait en 2012 parmi les 35-44 ans et s'est décalé en 2013 et 2014 vers les personnes plus âgées : en 2014 ce sont les 45-54 ans qui présentent le taux de nouveaux diagnostics le plus élevé. Ceci est le reflet de l'augmentation d'âge chez les personnes diagnostiquées et d'un taux de dépistage plus bas chez les personnes de 45 ans et plus, comparé aux plus jeunes (figure 21).

Figure 21 | Taux de nouveaux diagnostics par 1000 tests, par groupes d'âge 2012, 2013 et 2014



3. LIEU ET MOTIF DE DÉPISTAGE

En Belgique, un test de dépistage du VIH peut être réalisé par le médecin généraliste ou spécialiste. De plus, 3 Centres de référence sida (CRS) offrent des services de dépistage gratuits et anonymes aux populations cibles. Des projets de dépistage décentralisé, hors du cabinet médical ou milieu hospitalier, ont également été développés en collaboration avec des CRS et des organisations de terrain afin d'améliorer l'accès de publics cibles au dépistage.

Les données de l'INAMI montrent que la proportion de tests de dépistage du VIH effectués chez les patients hospitalisés par rapport à celle des patients externes a diminué au fil du temps : de 30 % en 1990 à 8 % en 2014 (58 453/697 684). Les médecins généralistes et les spécialistes prescrivent chacun la moitié de l'ensemble des tests réalisés. Parmi les médecins spécialistes, les tests VIH sont le plus souvent prescrits par les gynécologues (54 % en 2014), suivis par les internistes (20 %) et les chirurgiens (15 %).

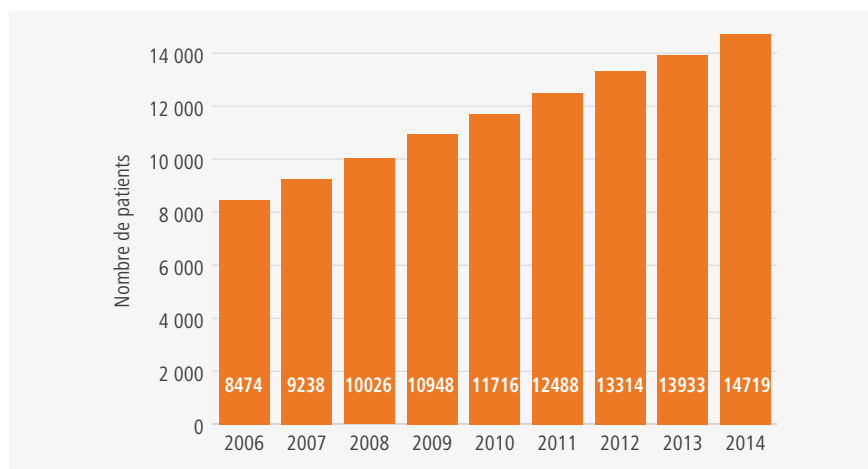
Parmi les cas de VIH diagnostiqués en 2014, 36 % des tests ont été effectués à la demande du patient et 38 % en raison d'arguments cliniques. La proportion de tests effectués à la demande du patient est plus importante chez les HSH (46 %) que chez les patients originaires d'Afrique subsaharienne (29 %), mais parmi la population africaine on constate une tendance croissante de demandes de test émanant du patient (22 % en 2012 et 27 % en 2013). Pour 32 % des nouveaux diagnostics, l'information sur la raison du test n'était pas disponible.

V. PATIENTS VIVANT AVEC LE VIH

1. TENDANCES GÉNÉRALES

En 2014, 14 719 patients infectés par le VIH ont été suivis médicalement en Belgique. On constate une augmentation régulière du nombre de patients suivis médicalement pour le VIH, avec une moyenne de 781 patients supplémentaires en suivi chaque année (figure 22).

Figure 22 | Nombre de patients en suivi médical en Belgique, 2006-2014

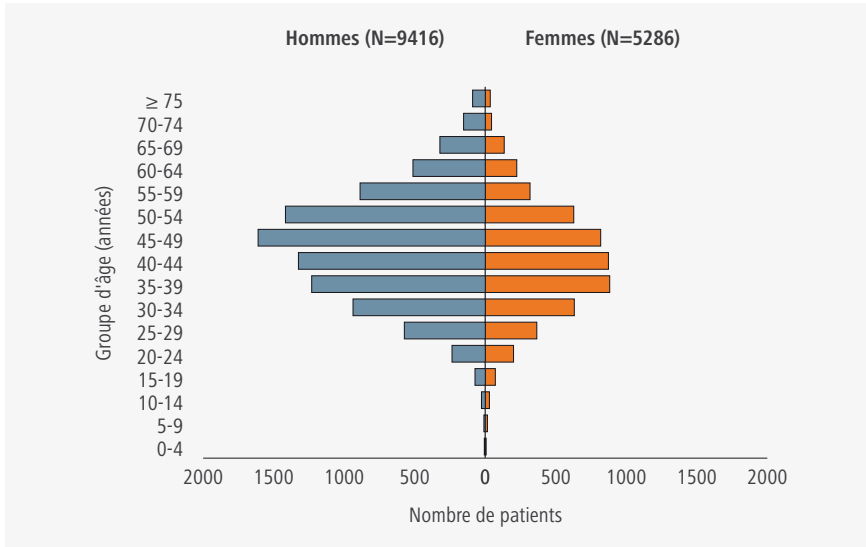


2. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

ÂGE ET SEXE

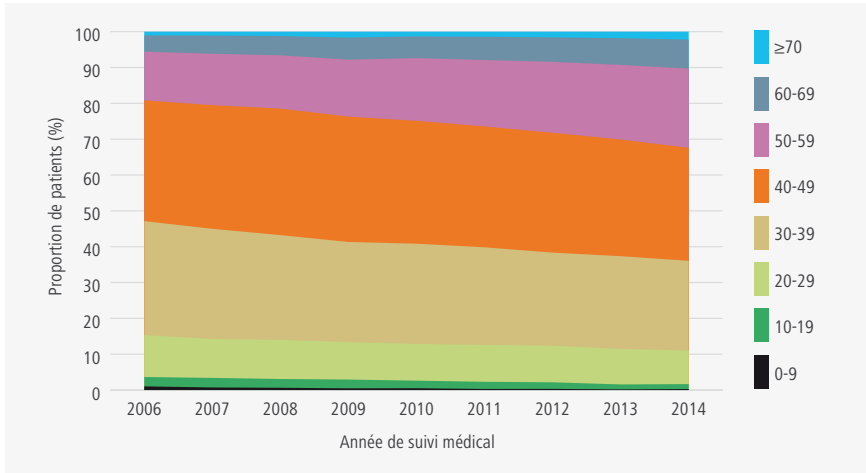
Parmi les patients en suivi médical en 2014, le ratio hommes/femmes était de 1,8 (figure 23 et tableau 17). L'âge moyen des patients était de 45 ans ; 46 ans chez les hommes et 43 ans chez les femmes.

Figure 23 | Distribution par âge et sexe des patients en suivi médical en 2014



Le vieillissement des patients infectés par le VIH en suivi médical est illustré dans la figure 24 : les patients âgés de 50 ans et plus représentaient 19 % de l'ensemble des patients en 2006 et 32 % en 2014. Le vieillissement est observé dans les deux sexes : l'âge moyen des femmes était de 38 ans en 2006 et 43 ans en 2014, et chez les hommes, de 43 ans en 2006 et 46 ans en 2014. Cette augmentation en âge de la population infectée par le VIH en suivi médical est principalement due à une amélioration de l'espérance de vie des patients vivant avec le VIH depuis l'introduction des thérapies antirétrovirales. De plus on constate aussi une augmentation de l'âge moyen au moment du diagnostic de VIH. En conséquence de ce vieillissement, une augmentation des comorbidités liées à l'âge est à prévoir dans les prochaines années.

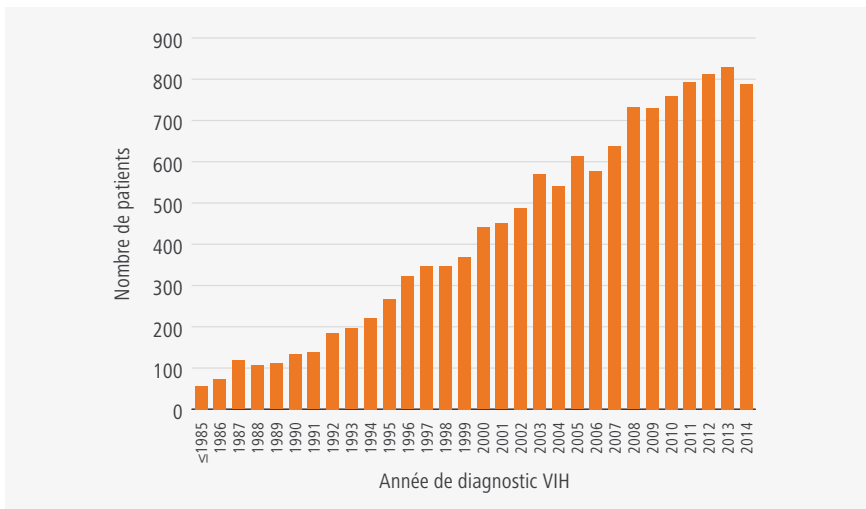
Figure 24 | Distribution des catégories d'âge des patients par année de suivi médical, 2006-2014



ANNÉE DE DIAGNOSTIC VIH

La date de diagnostic du VIH est disponible pour 12 762 (87 %) patients en suivi médical en 2014. Parmi ces patients, 31 % ont été diagnostiqués en 2010-2014, 45 % entre 2000 et 2009, 20 % au cours des années 90 et 4 % au cours des années 80 (figure 25).

Figure 25 | Année de diagnostic VIH des patients en suivi médical en 2014



En 2014, les patients en suivi étaient diagnostiqués depuis 9 années en moyenne. Cette durée a augmenté ces dernières années, en 2006 les patients étaient en moyenne diagnostiqués depuis 7 ans. Ainsi, la population infectée par le VIH en suivi médical évolue et devient plus âgée, avec des durées en suivi médical plus longues.

La durée moyenne depuis le diagnostic était en 2014 de 8 ans pour les HSH, de 10 ans pour les hommes ainsi que les femmes hétérosexuels. La majorité des usagers de drogue par voie intraveineuse (64 %) ont été diagnostiqués depuis plus de 10 ans, ce qui reflète le nombre peu élevé de nouveaux diagnostics dans ce groupe au cours des dernières années.

MODE PROBABLE DE TRANSMISSION ET RÉGION D'ORIGINE DES PATIENTS

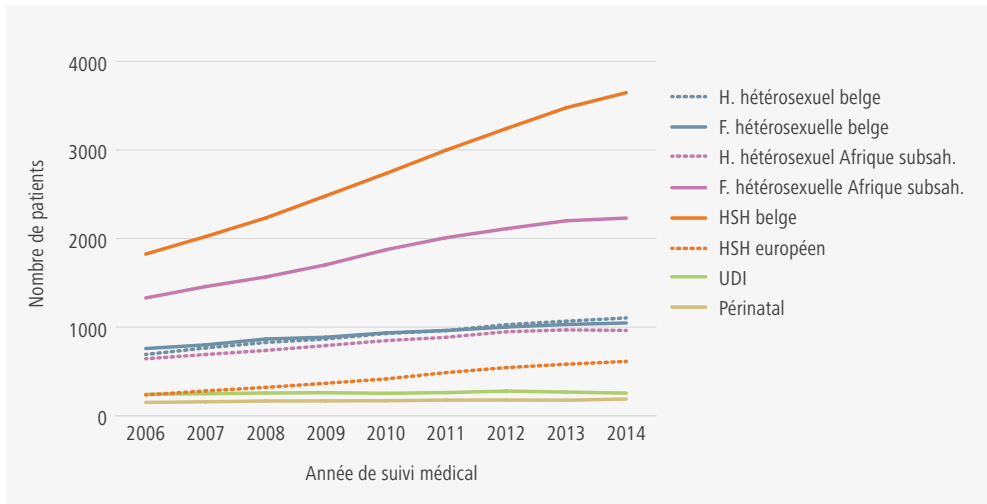
Parmi les patients masculins en suivi en 2014 chez qui le mode de transmission est connu, 63 % mentionnent des contacts homosexuels et 32 % des contacts hétérosexuels. Parmi les femmes chez qui l'information est disponible, 92 % ont rapporté des contacts hétérosexuels. La transmission par usage de drogue par voie intraveineuse a été rapportée pour 2 % des patients en suivi en 2014 et la transmission périnatale chez 2 %.

Parmi les patients pour lesquels une information relative à la nationalité est disponible en 2014, la nationalité belge est rapportée pour 54 %, 31 % des patients sont originaires de pays d'Afrique subsaharienne, 9 % d'autres pays européens et 6 % d'autre pays non-européens.

En 2014, 80 % des patients belges en suivi étaient des hommes. Parmi les patients d'Afrique subsaharienne, une proportion de 67 % était des femmes.

L'évolution du nombre de patients en suivi par région d'origine et mode probable de transmission est illustrée dans la figure 26. Les populations en soins dont le nombre a le plus augmenté au cours des dernières années sont les HSH de nationalités belges et européennes.

Figure 26 | Évolution du nombre de patients en suivi par nationalités groupées et mode probable de transmission, 2006-2014



3. PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

RÉTENTION ET RÉGULARITÉ DES SOINS

Parmi les patients en soins en 2013, 92,1 % étaient maintenus en soins en 2014. Une médiane de 3 examens de suivi du VIH (charge virale) ont été effectués annuellement chez les patients en suivi en 2014.

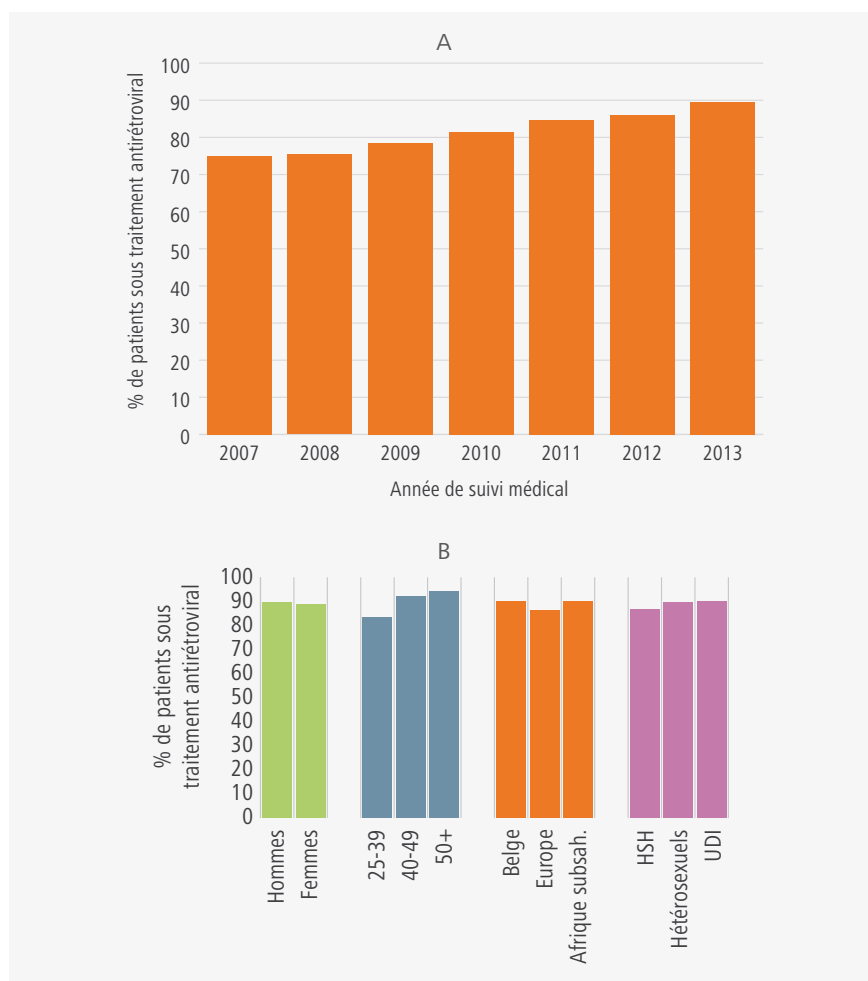
TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL

Les données sur le traitement antirétroviral sont récoltées auprès des Centres de référence sida. Ces données de traitement ont pu être validées et analysées de 2007 à 2013 pour 8579 patients en suivi dans 5 Centres de référence sida.

En 2013, 89,4 % des patients en suivi recevaient un traitement antirétroviral. La proportion de patients sous antirétroviraux a augmenté au cours des dernières années (figure 27a); la figure 27b illustre cette proportion en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques. Le taux de CD4 au moment du diagnostic et de l'entrée en soins influence le moment d'initiation du traitement. Ainsi, parmi les patients jeunes et les HSH, qui ont une proportion plus basse de diagnostics tardifs, la proportion de patients sous traitement est moins élevée. Les

comorbidités plus fréquemment rencontrées chez les personnes plus âgées ainsi que leur proportion plus élevée de diagnostics tardifs expliquent leur couverture en traitement antirétroviral plus élevée.

Figure 27 | A. Proportion de patients sous traitement antirétroviral par année de suivi, 5 CRS, 2007-2013
B. Proportion de patients sous traitement antirétroviral par caractéristiques démographiques, 5 CRS, 2013



Les patients qui ont un taux de lymphocytes CD4 sous le seuil de 350 CD4/mm³ présentent un risque accru de comorbidités liées et non liées au VIH. Parmi ceux qui ont été sous ce seuil en 2013, la proportion de patients chez qui un traitement antirétroviral a été débuté dans les 3 mois était de 91,0 % ; en 2012, la proportion était de 90,5 %.

CHARGE VIRALE ET CD4

En 2013 et en 2012, parmi les patients sous traitement antirétroviral depuis au moins 6 mois dans les Centres de référence sida, 94,7 % avaient une charge virale contrôlée (<200 copies/ml) à la dernière mesure de l'année. Parmi les patients ayant initié un traitement antirétroviral en 2013, 74,7 % ont atteint une charge virale contrôlée dans un délai de 6 mois et 72,5 % en 2012.

En 2013, le taux de CD4 médian des patients en suivi dans les Centres de référence sida était assez élevé à 578 CD4/mm³. Ce taux médian a augmenté en moyenne de 15 CD4/mm³ par an depuis 2006, probablement à la suite d'une initiation plus précoce du traitement antirétroviral et à une augmentation du nombre de patients sous traitement.

CONTINUUM DE SOINS DES PATIENTS VIVANT AVEC LE VIH

La prise en charge optimale des patients vivant avec le VIH nécessite un continuum de services tout au long des stades suivants : dépistage, entrée et rétention en soins, mise sous traitement antirétroviral et contrôle de la réplication virale. Les patients ayant une charge virale contrôlée ont une évolution plus favorable et leur probabilité de transmission est très faible, ce qui permet la prévention de nouvelles infections.

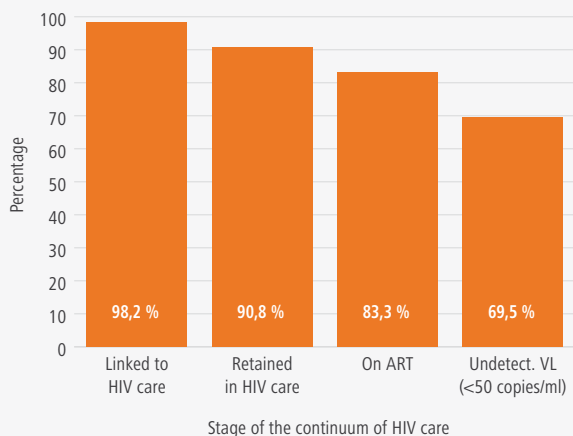
Une analyse du continuum de soins de la population vivant avec le VIH a été récemment publiée (voir encadré). Cette analyse a permis d'étudier la répartition des personnes vivant avec le VIH en Belgique, en 2011, en fonction des stades du continuum de soins dans lesquels elle se trouvent. Dans cette analyse, la proportion de personnes diagnostiquées vivant avec le VIH en Belgique qui ont une charge virale indétectable (<50 copies/ml), était estimée à 69,5 % en 2011.

Bon continuum de soins de l'infection à VIH en Belgique malgré de plus faibles rétention et entrée en soins parmi les migrants (9).

Introduction : L'épidémie du VIH en Belgique est principalement concentrée parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et les personnes d'Afrique subsaharienne. Nous avons étudié le continuum de soins des personnes diagnostiquées avec le VIH vivant en Belgique ainsi que les facteurs qui y sont associés.

Méthodes : Les données des nouveaux diagnostics de 2007 à 2010 et des patients infectés par le VIH en suivi médical de 2007 à 2011, ont été analysées. La proportion dans chaque stade consécutif du continuum de prise en charge a été estimée et les facteurs associés à la sortie du continuum de prise en charge ont été étudiés.

Résultats : Parmi l'ensemble des patients infectés par le VIH et diagnostiqués, vivant en Belgique en 2011, on estime à 98,2 % la proportion de patients qui sont entrés en soins pour le VIH, 90,8 % ont été retenus en soins, 83,3 % étaient sous traitement antirétroviral et 69,5 % avaient une charge virale indétectable (<50 copies/ml).



Dans l'analyse multivariée, les personnes de nationalité étrangère ou diagnostiquées pour le VIH dans un contexte préopératoire présentaient une entrée en soins plus faible ; les UDI et les étrangers avaient des rétentions en soins moins élevées alors que celle-ci était plus élevée chez les HSH et les personnes recevant un traitement antirétroviral. Les patients plus jeunes avaient une couverture en traitement antirétroviral plus faible et une proportion plus faible de charge virale supprimée ; les patients diagnostiqués depuis plus longtemps avaient une couverture en traitement plus élevée et une proportion plus haute de charge virale supprimée ; les personnes d'Afrique subsaharienne présentaient une proportion de charge virale supprimée légèrement plus faible.

Conclusions : Le continuum de soins pour le VIH en Belgique présente peu de perte à chacun de ses stades. La proportion de personnes infectées par le VIH non diagnostiquées n'est pas calculée dans cette analyse, mais d'après les résultats d'études et de surveillance disponibles, ces personnes représentent probablement environ 20 % de l'ensemble de la population vivant avec le VIH. Le dépistage est la première étape du continuum de prise en charge et pourrait être l'étape la moins optimale. Dépister les personnes ignorant leur séropositivité est une priorité ainsi que l'amélioration du continuum de soins des migrants.

VI. CONCLUSIONS

Au cours des deux dernières années, le nombre de personnes diagnostiquées annuellement a diminué. Cette diminution a débuté en 2013, à la suite de la réduction du nombre de nouveaux diagnostics posés chez les personnes d'Afrique subsaharienne. En 2014, cette tendance à la baisse a été confirmée chez les personnes d'Afrique subsaharienne et renforcée par une réduction du nombre de diagnostics parmi les HSH, principalement belges et européens. Il s'agit de la première diminution du nombre de diagnostics chez les HSH depuis 2000. Cependant le nombre de nouveaux diagnostics de VIH reste élevé.

Le nombre décroissant de nouveaux diagnostics de VIH peut refléter une réduction du nombre de nouvelles infections, mais ce nombre est également influencé par la quantité et le ciblage du dépistage. Dans le cas présent, la diminution des nouveaux diagnostics est observée alors que le nombre de tests de dépistage est stable ou en légère augmentation; ceci est en faveur d'une réelle diminution des infections. L'évolution dans les prochaines années nous permettra de vérifier si une réelle diminution de l'incidence de l'infection par le VIH se confirme. Les efforts consentis en termes de prévention, de dépistage et de prise en charge seront déterminants pour la poursuite éventuelle de la tendance observée actuellement.

En outre, le nombre de diagnostics posés pour des personnes étrangères est fortement influencé par les mouvements migratoires. L'évolution de l'incidence du VIH dans les pays d'origine des migrants et leur accès au dépistage en Belgique sont autant de facteurs qui influencent le nombre de diagnostics.

La population de personnes vivant avec le VIH en suivi médical a augmenté régulièrement au cours des dernières années. Près d'une personne sur trois est âgée de plus de 50 ans, ceci souligne l'importance d'adapter la prise en charge au vieillissement de cette population. Le maintien en soins des patients en suivi est élevé. Près de 90 % des personnes suivies dans les Centres de référence sida reçoivent des traitements antirétroviraux avec des taux élevés de succès virologique.

Un traitement antirétroviral efficace fait baisser la charge virale d'une personne infectée par le VIH à un niveau indétectable. En cas de charge virale indétectable, le risque de transmission d'une personne infectée par le VIH à d'autres est fortement réduit (10;11). Par ailleurs, les effets favorables de l'initiation précoce du traitement antirétroviral en terme de réduction du risque d'infections et de cancers graves ont été observés (12). Ces effets favorables démontrés du traitement antirétroviral tant au niveau de l'évolution individuelle du patient que de la réduction de la transmission ont été pris en compte dans les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de la Société européenne de recherche clinique sur le sida (EACS). Celles-ci recommandent donc la mise sous traitement antirétroviral

de toute personne infectée par le VIH, quels que soient le stade clinique et le taux de CD4 du patient (13;14).

Diverses études rapportent que les personnes en suivi régulier avec un bon contrôle de l'infection présentent moins de risque de transmission du VIH que celles qui ne sont pas en suivi médical ou qui ignorent leur séropositivité (15;16). L'ONUSIDA a récemment publié des objectifs ambitieux de 90-90-90 qui visent à ce qu'en 2020, 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur infection, que parmi celles-ci, 90 % soient sous traitement antirétroviral et que parmi celles-ci, 90 % aient une charge virale supprimée (17). L'analyse du continuum des soins pour le VIH en Belgique montrait que les objectifs de l'ONUSIDA n'étaient pas encore atteints, tout comme dans les pays voisins (18). Cette analyse ainsi que d'autres études (19;20) soulignent l'importance d'améliorer le dépistage des personnes ignorant leur séropositivité.

La diversification des offres de dépistage proposées sera primordiale afin de permettre d'atteindre les personnes infectées de manière très précoce dans l'évolution de leur infection, mais aussi d'atteindre les personnes qui ne rentrent pas dans les circuits classiques de dépistage et sont par conséquent diagnostiquées trop tardivement. L'OMS et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) recommandent d'élargir les possibilités de dépistage du VIH grâce à des services décentralisés et communautaires, en complément du dépistage réalisé dans les établissements de santé (21;22). Le Conseil supérieur de la Santé a décrit le contexte dans lequel le dépistage décentralisé et démedicalisé du VIH pourrait être réalisé en Belgique (23).

Afin d'être efficaces, les programmes de dépistage et de prise en charge du VIH devraient toutefois être intégrés dans un cadre de prévention combiné, comprenant des interventions biomédicales, structurelles, et comportementales (comme la promotion de l'utilisation du préservatif), afin de prendre en compte les interactions complexes des déterminants de la transmission du VIH.

VII. ANNEXES

Tableau 1 | Nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH et de sida et nombre de décès rapportés, Belgique, 1982-2014

| | Diagnostiques VIH ¹ | Diagnostiques de sida ² | Décès rapportés ³ |
|---------------------|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| 1981 | 14 | 12 | 9 |
| 1982 | 17 | 14 | 7 |
| 1983 | 38 | 32 | 20 |
| 1984 | 86 | 50 | 29 |
| 1985 | 503 | 69 | 45 |
| 1986 | 741 | 74 | 42 |
| 1987 | 930 | 121 | 48 |
| 1988 | 754 | 141 | 60 |
| 1989 | 755 | 166 | 80 |
| 1990 | 812 | 206 | 125 |
| 1991 | 802 | 257 | 122 |
| 1992 | 977 | 251 | 173 |
| 1993 | 945 | 257 | 163 |
| 1994 | 804 | 262 | 194 |
| 1995 | 767 | 257 | 192 |
| 1996 | 719 | 219 | 136 |
| 1997 | 701 | 133 | 62 |
| 1998 | 756 | 127 | 47 |
| 1999 | 801 | 127 | 37 |
| 2000 | 953 | 149 | 48 |
| 2001 | 970 | 146 | 59 |
| 2002 | 986 | 147 | 48 |
| 2003 | 1058 | 140 | 39 |
| 2004 | 1004 | 128 | 48 |
| 2005 | 1070 | 156 | 47 |
| 2006 | 1018 | 106 | 38 |
| 2007 | 1072 | 105 | 67 |
| 2008 | 1092 | 119 | 54 |
| 2009 | 1132 | 121 | 48 |
| 2010 | 1198 | 104 | 54 |
| 2011 | 1183 | 87 | 65 |
| 2012 | 1229 | 92 | 52 |
| 2013 | 1125 | 80 | 73 |
| 2014 | 1039 | 84 | 61 |
| Total cumulé | 28051 | 4539 | 2392 |

1 Nombres considérés comme définitifs (voir méthode)

2,3 Ces nombres peuvent augmenter en fonction des notifications tardives, surtout pour les années récentes

Tableau 2 | Nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH chez les adultes, par catégorie d'exposition, âge, et sexe, Belgique, 2005-2014

| | Groupes d'âge | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-------------------------|---------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| HSH | 15-24 | 21 | 18 | 43 | 34 | 36 | 48 | 46 | 55 | 44 | 38 |
| | 25-39 | 154 | 175 | 149 | 189 | 203 | 216 | 223 | 174 | 212 | 172 |
| | 40-49 | 56 | 84 | 79 | 104 | 99 | 96 | 81 | 116 | 102 | 70 |
| | 50+ | 24 | 22 | 28 | 40 | 39 | 41 | 57 | 52 | 67 | 53 |
| | Total | 255 | 299 | 299 | 367 | 377 | 401 | 407 | 397 | 425 | 333 |
| Hétéro. | 15-24 | 58 | 68 | 56 | 48 | 52 | 48 | 51 | 47 | 42 | 40 |
| | 25-39 | 267 | 211 | 212 | 210 | 218 | 202 | 227 | 243 | 189 | 171 |
| | 40-49 | 89 | 80 | 107 | 87 | 91 | 108 | 93 | 95 | 95 | 88 |
| | 50+ | 49 | 57 | 65 | 57 | 64 | 79 | 66 | 75 | 58 | 61 |
| | Total | 463 | 416 | 440 | 402 | 425 | 437 | 437 | 460 | 384 | 360 |
| UDI | 15-24 | 2 | 4 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| | 25-39 | 11 | 9 | 16 | 14 | 8 | 9 | 13 | 9 | 10 | 8 |
| | 40-49 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 5 | 2 |
| | 50+ | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| | Total | 14 | 19 | 21 | 18 | 14 | 15 | 17 | 14 | 17 | 11 |
| Hommes | 15-24 | 44 | 54 | 74 | 62 | 69 | 71 | 73 | 88 | 74 | 62 |
| | 25-39 | 340 | 336 | 290 | 360 | 363 | 385 | 392 | 386 | 371 | 341 |
| | 40-49 | 141 | 179 | 182 | 208 | 202 | 201 | 178 | 225 | 203 | 184 |
| | 50+ | 82 | 91 | 98 | 103 | 102 | 127 | 133 | 132 | 132 | 130 |
| | Total | 607 | 660 | 644 | 733 | 736 | 784 | 776 | 831 | 780 | 717 |
| Femmes | 15-24 | 79 | 62 | 58 | 52 | 56 | 56 | 56 | 44 | 45 | 46 |
| | 25-39 | 253 | 176 | 222 | 192 | 205 | 211 | 219 | 222 | 180 | 169 |
| | 40-49 | 64 | 46 | 69 | 56 | 61 | 70 | 72 | 62 | 69 | 56 |
| | 50+ | 33 | 35 | 38 | 33 | 45 | 54 | 42 | 52 | 41 | 37 |
| | Total | 429 | 319 | 387 | 333 | 367 | 391 | 389 | 380 | 335 | 308 |
| Tous les adultes | 15-24 | 124 | 116 | 132 | 114 | 125 | 127 | 129 | 132 | 119 | 108 |
| | 25-39 | 595 | 513 | 515 | 553 | 570 | 596 | 611 | 608 | 551 | 510 |
| | 40-49 | 206 | 227 | 255 | 266 | 263 | 272 | 250 | 287 | 272 | 240 |
| | 50+ | 116 | 126 | 136 | 137 | 147 | 182 | 175 | 184 | 173 | 167 |
| | Total | 1041 | 982 | 1038 | 1070 | 1105 | 1177 | 1165 | 1211 | 1115 | 1025 |

Tableau 3 | Nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH, par région de résidence, Belgique, 1985-2014

| | Bruxelles | Flandre | Wallonie | Inconnue | Total |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 1985 | 153 | 52 | 64 | 234 | 503 |
| 1986 | 225 | 80 | 72 | 364 | 741 |
| 1987 | 236 | 111 | 108 | 475 | 930 |
| 1988 | 201 | 72 | 80 | 401 | 754 |
| 1989 | 261 | 148 | 130 | 216 | 755 |
| 1990 | 246 | 178 | 157 | 231 | 812 |
| 1991 | 213 | 178 | 189 | 222 | 802 |
| 1992 | 245 | 286 | 241 | 205 | 977 |
| 1993 | 195 | 199 | 230 | 321 | 945 |
| 1994 | 192 | 202 | 184 | 226 | 804 |
| 1995 | 187 | 173 | 144 | 263 | 767 |
| 1996 | 180 | 148 | 105 | 286 | 719 |
| 1997 | 155 | 164 | 120 | 262 | 701 |
| 1998 | 192 | 183 | 91 | 290 | 756 |
| 1999 | 186 | 207 | 101 | 307 | 801 |
| 2000 | 269 | 231 | 134 | 319 | 953 |
| 2001 | 188 | 230 | 159 | 393 | 970 |
| 2002 | 238 | 229 | 195 | 324 | 986 |
| 2003 | 256 | 289 | 188 | 325 | 1058 |
| 2004 | 232 | 286 | 175 | 311 | 1004 |
| 2005 | 230 | 364 | 165 | 311 | 1070 |
| 2006 | 233 | 348 | 147 | 290 | 1018 |
| 2007 | 215 | 386 | 165 | 306 | 1072 |
| 2008 | 260 | 392 | 139 | 301 | 1092 |
| 2009 | 237 | 427 | 146 | 322 | 1132 |
| 2010 | 261 | 455 | 195 | 287 | 1198 |
| 2011 | 281 | 425 | 195 | 282 | 1183 |
| 2012 | 222 | 495 | 207 | 305 | 1229 |
| 2013 | 241 | 430 | 169 | 285 | 1125 |
| 2014 | 198 | 361 | 169 | 311 | 1039 |
| Total | 6672 | 7734 | 4574 | 9071 | 28051 |

Tableau 4 | Nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH chez les adultes, par catégorie d'exposition, âge, et sexe, Bruxelles, 2005-2014

| | Groupes d'âge | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-------------------------|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| HSH | 15-24 | 7 | 4 | 10 | 11 | 7 | 9 | 11 | 9 | 10 | 7 |
| | 25-39 | 54 | 49 | 52 | 58 | 49 | 60 | 76 | 41 | 66 | 57 |
| | 40-49 | 15 | 22 | 20 | 27 | 26 | 27 | 23 | 30 | 32 | 17 |
| | 50+ | 10 | 12 | 2 | 14 | 7 | 9 | 16 | 10 | 9 | 10 |
| | Total | 86 | 87 | 84 | 110 | 89 | 105 | 126 | 90 | 117 | 91 |
| Hétéro. | 15-24 | 11 | 25 | 16 | 17 | 14 | 18 | 19 | 13 | 12 | 11 |
| | 25-39 | 67 | 59 | 56 | 73 | 63 | 59 | 49 | 57 | 52 | 44 |
| | 40-49 | 26 | 26 | 25 | 29 | 37 | 34 | 36 | 21 | 24 | 18 |
| | 50+ | 15 | 14 | 15 | 10 | 13 | 17 | 23 | 21 | 16 | 13 |
| | Total | 119 | 124 | 112 | 129 | 127 | 128 | 127 | 112 | 104 | 86 |
| UDI | 15-24 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | 25-39 | 3 | 1 | 2 | 2 | 0 | 3 | 8 | 1 | 3 | 2 |
| | 40-49 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 |
| | 50+ | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Total | 3 | 6 | 3 | 4 | 2 | 5 | 10 | 4 | 4 | 3 |
| Hommes | 15-24 | 7 | 12 | 12 | 14 | 10 | 16 | 17 | 14 | 18 | 12 |
| | 25-39 | 81 | 80 | 72 | 94 | 69 | 95 | 102 | 72 | 91 | 90 |
| | 40-49 | 35 | 40 | 38 | 44 | 52 | 50 | 42 | 47 | 47 | 31 |
| | 50+ | 21 | 22 | 17 | 24 | 20 | 18 | 32 | 22 | 19 | 17 |
| | Total | 144 | 154 | 139 | 176 | 151 | 179 | 193 | 155 | 175 | 150 |
| Femmes | 15-24 | 13 | 22 | 15 | 14 | 13 | 14 | 14 | 8 | 9 | 10 |
| | 25-39 | 52 | 35 | 44 | 45 | 49 | 38 | 40 | 36 | 33 | 20 |
| | 40-49 | 12 | 11 | 10 | 17 | 17 | 17 | 22 | 10 | 13 | 8 |
| | 50+ | 6 | 9 | 4 | 5 | 6 | 9 | 11 | 10 | 10 | 10 |
| | Total | 83 | 77 | 73 | 81 | 85 | 78 | 87 | 64 | 65 | 48 |
| Tous les adultes | 15-24 | 20 | 34 | 27 | 28 | 23 | 30 | 31 | 22 | 27 | 22 |
| | 25-39 | 133 | 115 | 116 | 139 | 118 | 133 | 142 | 108 | 124 | 110 |
| | 40-49 | 47 | 51 | 49 | 61 | 69 | 67 | 64 | 57 | 60 | 39 |
| | 50+ | 27 | 31 | 21 | 29 | 26 | 27 | 43 | 32 | 29 | 27 |
| | Total | 227 | 231 | 213 | 257 | 236 | 257 | 280 | 219 | 240 | 198 |

Tableau 5 | Nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH chez les adultes, par catégorie d'exposition, âge, et sexe, Flandre, 2005-2014

| | Groupes d'âge | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-------------------------|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| HSH | 15-24 | 12 | 11 | 22 | 19 | 20 | 21 | 17 | 20 | 26 | 18 |
| | 25-39 | 77 | 95 | 72 | 96 | 111 | 109 | 105 | 104 | 99 | 81 |
| | 40-49 | 30 | 44 | 44 | 64 | 56 | 52 | 46 | 65 | 48 | 38 |
| | 50+ | 8 | 8 | 16 | 20 | 21 | 26 | 23 | 36 | 44 | 29 |
| | Total | 127 | 158 | 154 | 199 | 208 | 208 | 191 | 225 | 217 | 166 |
| Hétéro. | 15-24 | 30 | 26 | 26 | 13 | 24 | 13 | 15 | 19 | 21 | 15 |
| | 25-39 | 104 | 83 | 75 | 82 | 88 | 86 | 93 | 100 | 89 | 69 |
| | 40-49 | 35 | 23 | 39 | 29 | 33 | 43 | 30 | 36 | 40 | 41 |
| | 50+ | 17 | 14 | 19 | 19 | 22 | 28 | 27 | 33 | 22 | 22 |
| | Total | 186 | 146 | 159 | 143 | 167 | 170 | 165 | 188 | 172 | 147 |
| UDI | 15-24 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| | 25-39 | 4 | 2 | 12 | 4 | 8 | 5 | 4 | 4 | 1 | 3 |
| | 40-49 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 1 | 2 | 0 |
| | 50+ | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | Total | 5 | 5 | 12 | 6 | 9 | 8 | 5 | 6 | 4 | 3 |
| Hommes | 15-24 | 17 | 22 | 34 | 21 | 29 | 28 | 21 | 32 | 31 | 28 |
| | 25-39 | 134 | 143 | 130 | 148 | 167 | 163 | 157 | 173 | 149 | 117 |
| | 40-49 | 51 | 63 | 71 | 90 | 82 | 89 | 67 | 104 | 81 | 74 |
| | 50+ | 17 | 25 | 33 | 33 | 34 | 56 | 48 | 65 | 65 | 51 |
| | Total | 219 | 253 | 268 | 292 | 312 | 336 | 293 | 374 | 326 | 270 |
| Femmes | 15-24 | 28 | 21 | 24 | 14 | 18 | 19 | 15 | 17 | 16 | 9 |
| | 25-39 | 74 | 47 | 56 | 56 | 64 | 66 | 78 | 67 | 57 | 60 |
| | 40-49 | 22 | 10 | 20 | 16 | 16 | 21 | 21 | 16 | 19 | 13 |
| | 50+ | 13 | 6 | 8 | 8 | 13 | 9 | 11 | 16 | 9 | 5 |
| | Total | 137 | 84 | 108 | 94 | 111 | 115 | 125 | 116 | 101 | 87 |
| Tous les adultes | 15-24 | 46 | 43 | 58 | 35 | 47 | 47 | 36 | 49 | 47 | 37 |
| | 25-39 | 208 | 191 | 186 | 204 | 231 | 229 | 235 | 240 | 206 | 177 |
| | 40-49 | 73 | 73 | 91 | 106 | 98 | 110 | 88 | 120 | 100 | 87 |
| | 50+ | 30 | 31 | 41 | 42 | 47 | 65 | 59 | 81 | 74 | 56 |
| | Total | 357 | 338 | 376 | 387 | 423 | 451 | 418 | 490 | 427 | 357 |

Tableau 6 | Nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH chez les adultes, par catégorie d'exposition, âge, et sexe, Wallonie, 2005-2014

| | Groupes d'âge | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-------------------------|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| HSH | 15-24 | 2 | 3 | 11 | 2 | 8 | 15 | 17 | 26 | 6 | 12 |
| | 25-39 | 15 | 22 | 16 | 26 | 28 | 43 | 35 | 24 | 38 | 29 |
| | 40-49 | 3 | 10 | 10 | 6 | 11 | 10 | 11 | 18 | 17 | 9 |
| | 50+ | 4 | 1 | 7 | 5 | 7 | 5 | 14 | 6 | 10 | 11 |
| | Total | 24 | 36 | 44 | 39 | 54 | 73 | 77 | 74 | 71 | 61 |
| Hétéro. | 15-24 | 15 | 13 | 9 | 15 | 12 | 14 | 16 | 13 | 8 | 12 |
| | 25-39 | 70 | 46 | 52 | 41 | 42 | 46 | 61 | 65 | 38 | 46 |
| | 40-49 | 19 | 16 | 29 | 16 | 12 | 19 | 15 | 30 | 24 | 19 |
| | 50+ | 9 | 17 | 13 | 10 | 11 | 21 | 8 | 10 | 11 | 16 |
| | Total | 113 | 92 | 103 | 82 | 77 | 100 | 100 | 118 | 81 | 93 |
| UDI | 15-24 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 25-39 | 4 | 3 | 1 | 6 | 0 | 1 | 1 | 3 | 4 | 2 |
| | 40-49 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 |
| | 50+ | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | Total | 5 | 5 | 3 | 6 | 1 | 1 | 2 | 3 | 7 | 3 |
| Hommes | 15-24 | 5 | 10 | 16 | 7 | 12 | 21 | 20 | 26 | 6 | 14 |
| | 25-39 | 43 | 43 | 26 | 49 | 45 | 55 | 52 | 52 | 51 | 41 |
| | 40-49 | 14 | 24 | 30 | 16 | 20 | 16 | 18 | 32 | 29 | 18 |
| | 50+ | 13 | 11 | 17 | 11 | 13 | 14 | 22 | 12 | 15 | 24 |
| | Total | 75 | 88 | 89 | 83 | 90 | 106 | 112 | 122 | 101 | 97 |
| Femmes | 15-24 | 13 | 8 | 6 | 12 | 9 | 11 | 14 | 13 | 8 | 10 |
| | 25-39 | 56 | 32 | 47 | 30 | 30 | 44 | 53 | 46 | 35 | 41 |
| | 40-49 | 13 | 7 | 12 | 8 | 8 | 16 | 9 | 18 | 16 | 11 |
| | 50+ | 6 | 10 | 7 | 4 | 7 | 15 | 5 | 7 | 8 | 7 |
| | Total | 88 | 57 | 72 | 54 | 54 | 86 | 81 | 84 | 67 | 69 |
| Tous les adultes | 15-24 | 18 | 18 | 22 | 19 | 21 | 32 | 34 | 39 | 14 | 24 |
| | 25-39 | 99 | 75 | 73 | 79 | 75 | 99 | 105 | 98 | 86 | 82 |
| | 40-49 | 27 | 32 | 42 | 24 | 28 | 32 | 27 | 50 | 45 | 29 |
| | 50+ | 19 | 21 | 24 | 15 | 20 | 29 | 27 | 19 | 23 | 31 |
| | Total | 163 | 146 | 161 | 137 | 144 | 192 | 193 | 206 | 168 | 166 |

Tableau 7 | Évolution du nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH, par nationalités (groupées) et sexe, Belgique, 2005-2014

| Nationalités | Sexe | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Belge | Hommes | 246 | 293 | 294 | 343 | 312 | 353 | 350 | 381 | 361 | 308 |
| | Femmes | 46 | 51 | 40 | 46 | 45 | 36 | 37 | 44 | 47 | 45 |
| | Total | 292 | 345 | 334 | 390 | 357 | 389 | 387 | 425 | 408 | 353 |
| Européennes (hors belge) | Hommes | 53 | 71 | 82 | 87 | 81 | 90 | 101 | 85 | 115 | 87 |
| | Femmes | 15 | 16 | 22 | 18 | 24 | 16 | 22 | 29 | 27 | 24 |
| | Total | 68 | 87 | 104 | 105 | 105 | 106 | 123 | 114 | 142 | 111 |
| Africaines subsahariennes | Hommes | 142 | 141 | 97 | 106 | 107 | 119 | 98 | 113 | 84 | 86 |
| | Femmes | 250 | 166 | 217 | 160 | 181 | 215 | 223 | 192 | 154 | 127 |
| | Total | 393 | 307 | 316 | 266 | 288 | 334 | 321 | 306 | 238 | 213 |
| Africaines du Nord | Hommes | 5 | 9 | 8 | 8 | 8 | 8 | 12 | 14 | 14 | 10 |
| | Femmes | 4 | 0 | 4 | 3 | 2 | 5 | 3 | 2 | 3 | 5 |
| | Total | 9 | 9 | 12 | 11 | 10 | 13 | 15 | 16 | 17 | 15 |
| Autres (Amér., Asie,...) | Hommes | 22 | 32 | 32 | 42 | 42 | 52 | 52 | 47 | 48 | 47 |
| | Femmes | 17 | 13 | 13 | 15 | 15 | 14 | 14 | 20 | 10 | 18 |
| | Total | 40 | 45 | 45 | 57 | 57 | 66 | 66 | 67 | 58 | 65 |
| Inconnue | Hommes | 154 | 128 | 148 | 159 | 198 | 172 | 171 | 196 | 164 | 187 |
| | Femmes | 108 | 92 | 108 | 101 | 114 | 116 | 100 | 105 | 98 | 95 |
| | Total | 268 | 225 | 261 | 263 | 315 | 290 | 271 | 301 | 262 | 282 |
| Total | | 1070 | 1018 | 1072 | 1092 | 1132 | 1198 | 1183 | 1229 | 1125 | 1039 |

Tableau 8 | Transmission HSH ; nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH chez les adultes, par nationalité et catégorie d'âge, Belgique, 2005-2014

| Nationalités | Groupes d'âge | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|------------------------|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Belges | 15-24 | 12 | 12 | 31 | 29 | 24 | 35 | 31 | 39 | 32 | 21 |
| | 25-39 | 105 | 117 | 98 | 127 | 137 | 140 | 138 | 109 | 129 | 107 |
| | 40-49 | 47 | 64 | 53 | 74 | 61 | 70 | 59 | 89 | 63 | 48 |
| | 50+ | 18 | 17 | 24 | 31 | 28 | 32 | 44 | 46 | 53 | 43 |
| | Total | 182 | 210 | 206 | 261 | 250 | 277 | 272 | 283 | 277 | 219 |
| Européens (Bel. excl.) | 15-24 | 3 | 2 | 5 | 2 | 1 | 3 | 1 | 7 | 4 | 7 |
| | 25-39 | 24 | 28 | 24 | 25 | 25 | 38 | 46 | 32 | 40 | 33 |
| | 40-49 | 2 | 15 | 18 | 21 | 17 | 18 | 16 | 18 | 25 | 12 |
| | 50+ | 5 | 4 | 4 | 6 | 7 | 6 | 7 | 6 | 11 | 6 |
| | Total | 34 | 49 | 51 | 54 | 50 | 65 | 70 | 63 | 80 | 58 |
| Toutes nationalités | 15-24 | 21 | 18 | 43 | 34 | 36 | 48 | 46 | 55 | 44 | 38 |
| | 25-39 | 154 | 175 | 149 | 189 | 203 | 216 | 223 | 174 | 212 | 172 |
| | 40-49 | 56 | 84 | 79 | 104 | 99 | 96 | 81 | 116 | 102 | 70 |
| | 50+ | 24 | 22 | 28 | 40 | 39 | 41 | 57 | 52 | 67 | 53 |
| | Total | 255 | 299 | 299 | 367 | 377 | 401 | 407 | 397 | 425 | 333 |

Tableau 9 | Transmission HSH ; nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH chez les adultes, par nationalité et catégorie d'âge, Bruxelles, 2005-2014

| Nationalités | Groupes d'âge | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|------------------------|---------------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|------------|------------|-----------|------------|-----------|
| Belges | 15-24 | 4 | 0 | 5 | 7 | 3 | 5 | 3 | 5 | 5 | 1 |
| | 25-39 | 31 | 22 | 23 | 22 | 22 | 30 | 27 | 22 | 27 | 21 |
| | 40-49 | 11 | 15 | 9 | 13 | 9 | 17 | 8 | 14 | 11 | 11 |
| | 50+ | 6 | 9 | 2 | 9 | 5 | 6 | 10 | 7 | 8 | 5 |
| | Total | 52 | 46 | 39 | 51 | 39 | 58 | 48 | 48 | 51 | 38 |
| Européens (Bel. excl.) | 15-24 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 | 5 |
| | 25-39 | 11 | 13 | 10 | 14 | 12 | 17 | 25 | 13 | 19 | 20 |
| | 40-49 | 0 | 6 | 6 | 10 | 8 | 6 | 12 | 10 | 14 | 5 |
| | 50+ | 4 | 3 | 0 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 |
| | Total | 16 | 22 | 17 | 28 | 22 | 26 | 40 | 28 | 37 | 32 |
| Toutes nationalités | 15-24 | 7 | 4 | 10 | 11 | 7 | 9 | 11 | 9 | 10 | 7 |
| | 25-39 | 54 | 49 | 52 | 58 | 49 | 60 | 76 | 41 | 66 | 57 |
| | 40-49 | 15 | 22 | 20 | 27 | 26 | 27 | 23 | 30 | 32 | 17 |
| | 50+ | 10 | 12 | 2 | 14 | 7 | 9 | 16 | 10 | 9 | 10 |
| | Total | 86 | 87 | 84 | 110 | 89 | 105 | 126 | 90 | 117 | 91 |

Tableau 10 | Transmission HSH ; nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH chez les adultes, par nationalité et catégorie d'âge, Flandre, 2005-2014

| Nationalités | Groupes d'âge | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|------------------------|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Belges | 15-24 | 8 | 9 | 17 | 18 | 15 | 15 | 13 | 14 | 19 | 10 |
| | 25-39 | 57 | 79 | 57 | 79 | 89 | 77 | 79 | 68 | 69 | 61 |
| | 40-49 | 28 | 38 | 36 | 51 | 40 | 42 | 40 | 59 | 39 | 29 |
| | 50+ | 7 | 7 | 16 | 19 | 16 | 21 | 20 | 33 | 34 | 26 |
| | Total | 100 | 133 | 126 | 167 | 160 | 155 | 152 | 174 | 161 | 126 |
| Européens (Bel. excl.) | 15-24 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 |
| | 25-39 | 9 | 9 | 9 | 6 | 8 | 11 | 16 | 15 | 14 | 10 |
| | 40-49 | 2 | 3 | 6 | 9 | 6 | 7 | 3 | 4 | 5 | 3 |
| | 50+ | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 | 4 | 2 | 3 | 8 | 3 |
| | Total | 12 | 15 | 18 | 17 | 18 | 23 | 21 | 24 | 28 | 18 |
| Toutes nationalités | 15-24 | 12 | 11 | 22 | 19 | 20 | 21 | 17 | 20 | 26 | 18 |
| | 25-39 | 77 | 95 | 72 | 96 | 111 | 109 | 105 | 104 | 99 | 81 |
| | 40-49 | 30 | 44 | 44 | 64 | 56 | 52 | 46 | 65 | 48 | 38 |
| | 50+ | 8 | 8 | 16 | 20 | 21 | 26 | 23 | 36 | 44 | 29 |
| | Total | 127 | 158 | 154 | 199 | 208 | 208 | 191 | 225 | 217 | 166 |

Tableau 11 | Transmission HSH ; nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH chez les adultes, par nationalité et catégorie d'âge, Wallonie, 2005-2014

| Nationalités | Groupes d'âge | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|------------------------|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Belges | 15-24 | 0 | 3 | 9 | 2 | 6 | 14 | 15 | 20 | 6 | 10 |
| | 25-39 | 13 | 13 | 12 | 21 | 22 | 31 | 30 | 17 | 31 | 22 |
| | 40-49 | 3 | 7 | 7 | 5 | 10 | 9 | 11 | 16 | 11 | 6 |
| | 50+ | 3 | 1 | 6 | 3 | 6 | 5 | 11 | 6 | 9 | 10 |
| | Total | 19 | 24 | 34 | 31 | 44 | 59 | 67 | 59 | 57 | 48 |
| Européens (Bel. excl.) | 15-24 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 |
| | 25-39 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 8 | 1 | 2 | 3 | 2 |
| | 40-49 | 0 | 2 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 5 | 2 |
| | 50+ | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 1 |
| | Total | 4 | 5 | 8 | 4 | 3 | 9 | 4 | 6 | 8 | 5 |
| Toutes nationalités | 15-24 | 2 | 3 | 11 | 2 | 8 | 15 | 17 | 26 | 6 | 12 |
| | 25-39 | 15 | 22 | 16 | 26 | 28 | 43 | 35 | 24 | 38 | 29 |
| | 40-49 | 3 | 10 | 10 | 6 | 11 | 10 | 11 | 18 | 17 | 9 |
| | 50+ | 4 | 1 | 7 | 5 | 7 | 5 | 14 | 6 | 10 | 11 |
| | Total | 24 | 36 | 44 | 39 | 54 | 73 | 77 | 74 | 71 | 61 |

Tableau 12 | Transmission hétérosexuelle ; nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH chez les adultes, par sexe, nationalité, et catégorie d'âge, Belgique, 2005-2014

| Hétéro. | Groupes d'âge | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---------------------------|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Hommes belges | 15-24 | 1 | 3 | 4 | 3 | 0 | 1 | 4 | 4 | 9 | 2 |
| | 25-39 | 21 | 29 | 19 | 27 | 14 | 15 | 18 | 23 | 21 | 17 |
| | 40-49 | 16 | 16 | 23 | 17 | 17 | 20 | 11 | 25 | 13 | 26 |
| | 50+ | 15 | 17 | 21 | 17 | 17 | 22 | 23 | 24 | 21 | 25 |
| | Total | 53 | 65 | 67 | 64 | 48 | 58 | 56 | 76 | 64 | 70 |
| Femmes belges | 15-24 | 4 | 8 | 5 | 9 | 3 | 4 | 8 | 6 | 9 | 7 |
| | 25-39 | 22 | 24 | 11 | 14 | 18 | 14 | 14 | 16 | 16 | 15 |
| | 40-49 | 7 | 5 | 13 | 8 | 9 | 6 | 7 | 6 | 14 | 9 |
| | 50+ | 6 | 8 | 8 | 9 | 11 | 7 | 5 | 11 | 5 | 8 |
| | Total | 39 | 45 | 37 | 40 | 41 | 31 | 34 | 39 | 44 | 39 |
| Hommes Afrique subsahar. | 15-24 | 5 | 16 | 8 | 6 | 10 | 11 | 3 | 6 | 1 | 5 |
| | 25-39 | 59 | 49 | 29 | 47 | 46 | 38 | 38 | 51 | 31 | 26 |
| | 40-49 | 31 | 31 | 28 | 21 | 21 | 25 | 25 | 21 | 22 | 11 |
| | 50+ | 11 | 11 | 12 | 13 | 9 | 19 | 13 | 15 | 6 | 8 |
| | Total | 106 | 107 | 77 | 87 | 86 | 93 | 79 | 93 | 60 | 50 |
| Femmes Afrique subsahar. | 15-24 | 42 | 36 | 29 | 25 | 30 | 27 | 27 | 26 | 21 | 16 |
| | 25-39 | 130 | 75 | 116 | 91 | 94 | 105 | 123 | 106 | 78 | 69 |
| | 40-49 | 29 | 20 | 30 | 22 | 25 | 34 | 34 | 25 | 24 | 18 |
| | 50+ | 12 | 11 | 14 | 11 | 14 | 23 | 12 | 13 | 18 | 11 |
| | Total | 213 | 142 | 189 | 149 | 163 | 189 | 196 | 170 | 141 | 114 |
| Tous les hommes adultes | 15-24 | 7 | 20 | 13 | 9 | 15 | 13 | 9 | 11 | 10 | 11 |
| | 25-39 | 93 | 90 | 64 | 87 | 68 | 66 | 66 | 95 | 67 | 61 |
| | 40-49 | 49 | 53 | 57 | 48 | 49 | 56 | 47 | 56 | 48 | 50 |
| | 50+ | 31 | 37 | 41 | 35 | 35 | 45 | 44 | 44 | 31 | 37 |
| | Total | 180 | 200 | 175 | 179 | 167 | 180 | 166 | 206 | 156 | 159 |
| Toutes les femmes adultes | 15-24 | 51 | 48 | 43 | 39 | 37 | 35 | 42 | 36 | 32 | 29 |
| | 25-39 | 174 | 120 | 146 | 123 | 150 | 136 | 161 | 148 | 122 | 110 |
| | 40-49 | 40 | 26 | 49 | 39 | 42 | 52 | 46 | 39 | 47 | 38 |
| | 50+ | 18 | 20 | 24 | 22 | 29 | 34 | 22 | 31 | 27 | 24 |
| | Total | 283 | 214 | 262 | 223 | 258 | 257 | 271 | 254 | 228 | 201 |

Tableau 13 | Transmission hétérosexuelle ; nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH chez les adultes, par sexe, nationalité, et catégorie d'âge, Bruxelles, 2005-2014

| Hétéro. | Groupes d'âge | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---------------------------|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Hommes belges | 15-24 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 5 | 0 |
| | 25-39 | 2 | 6 | 3 | 6 | 5 | 3 | 2 | 4 | 3 | 6 |
| | 40-49 | 2 | 1 | 2 | 1 | 4 | 2 | 0 | 3 | 3 | 3 |
| | 50+ | 1 | 3 | 3 | 2 | 4 | 1 | 4 | 6 | 4 | 2 |
| | Total | 5 | 10 | 8 | 10 | 13 | 6 | 8 | 14 | 15 | 11 |
| Femmes belges | 15-24 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 0 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| | 25-39 | 5 | 6 | 0 | 2 | 9 | 3 | 1 | 5 | 3 | 2 |
| | 40-49 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 3 | 1 |
| | 50+ | 3 | 1 | 0 | 3 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 |
| | Total | 9 | 11 | 2 | 8 | 12 | 5 | 7 | 9 | 8 | 8 |
| Hommes Afrique subsahar. | 15-24 | 0 | 5 | 1 | 2 | 0 | 3 | 2 | 4 | 0 | 2 |
| | 25-39 | 20 | 15 | 8 | 19 | 12 | 16 | 10 | 17 | 10 | 11 |
| | 40-49 | 15 | 14 | 9 | 5 | 13 | 14 | 11 | 6 | 4 | 3 |
| | 50+ | 5 | 3 | 6 | 3 | 3 | 5 | 6 | 4 | 3 | 3 |
| | Total | 40 | 37 | 24 | 29 | 28 | 38 | 29 | 31 | 17 | 19 |
| Femmes Afrique subsahar. | 15-24 | 8 | 15 | 10 | 10 | 9 | 11 | 7 | 4 | 5 | 5 |
| | 25-39 | 36 | 20 | 35 | 30 | 26 | 31 | 26 | 23 | 23 | 13 |
| | 40-49 | 7 | 10 | 7 | 11 | 10 | 9 | 14 | 5 | 5 | 5 |
| | 50+ | 2 | 4 | 3 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 |
| | Total | 53 | 49 | 55 | 52 | 49 | 55 | 51 | 36 | 38 | 27 |
| Tous les hommes adultes | 15-24 | 0 | 5 | 1 | 3 | 2 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 |
| | 25-39 | 23 | 27 | 17 | 33 | 17 | 24 | 15 | 24 | 20 | 26 |
| | 40-49 | 17 | 15 | 14 | 14 | 22 | 19 | 18 | 13 | 12 | 10 |
| | 50+ | 10 | 9 | 12 | 6 | 8 | 8 | 15 | 12 | 8 | 5 |
| | Total | 50 | 56 | 44 | 56 | 49 | 55 | 53 | 54 | 45 | 44 |
| Toutes les femmes adultes | 15-24 | 11 | 20 | 15 | 14 | 12 | 14 | 14 | 8 | 7 | 8 |
| | 25-39 | 44 | 32 | 39 | 40 | 46 | 35 | 34 | 33 | 32 | 18 |
| | 40-49 | 9 | 11 | 10 | 15 | 15 | 15 | 18 | 8 | 12 | 8 |
| | 50+ | 5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 9 | 8 | 9 | 8 | 8 |
| | Total | 69 | 68 | 67 | 73 | 78 | 73 | 74 | 58 | 59 | 42 |

Tableau 14 | Transmission hétérosexuelle ; nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH chez les adultes, par sexe, nationalité, et catégorie d'âge, Flandre, 2005-2014

| Hétéro. | Groupes d'âge | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---------------------------|---------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|
| Hommes belges | 15-24 | 1 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 4 | 1 |
| | 25-39 | 14 | 18 | 12 | 15 | 7 | 11 | 13 | 15 | 17 | 7 |
| | 40-49 | 10 | 9 | 9 | 10 | 9 | 14 | 7 | 15 | 9 | 16 |
| | 50+ | 6 | 5 | 8 | 8 | 8 | 16 | 16 | 16 | 11 | 12 |
| | Total | 31 | 34 | 32 | 33 | 24 | 41 | 37 | 49 | 41 | 36 |
| Femmes belges | 15-24 | 2 | 4 | 3 | 4 | 1 | 3 | 3 | 3 | 6 | 2 |
| | 25-39 | 11 | 9 | 9 | 9 | 7 | 6 | 9 | 5 | 11 | 7 |
| | 40-49 | 6 | 2 | 5 | 5 | 5 | 3 | 2 | 4 | 5 | 2 |
| | 50+ | 3 | 4 | 4 | 3 | 7 | 1 | 2 | 5 | 2 | 2 |
| | Total | 22 | 19 | 21 | 21 | 20 | 13 | 16 | 17 | 24 | 13 |
| Hommes Afrique subsahar. | 15-24 | 2 | 5 | 3 | 1 | 6 | 3 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| | 25-39 | 19 | 19 | 12 | 15 | 22 | 15 | 11 | 18 | 16 | 6 |
| | 40-49 | 9 | 5 | 9 | 4 | 5 | 6 | 4 | 8 | 7 | 6 |
| | 50+ | 2 | 1 | 2 | 4 | 1 | 4 | 2 | 4 | 1 | 3 |
| | Total | 32 | 30 | 26 | 24 | 34 | 28 | 17 | 32 | 25 | 18 |
| Femmes Afrique subsahar. | 15-24 | 21 | 14 | 13 | 6 | 13 | 7 | 10 | 10 | 9 | 4 |
| | 25-39 | 41 | 22 | 25 | 32 | 34 | 36 | 43 | 35 | 22 | 29 |
| | 40-49 | 8 | 4 | 9 | 5 | 8 | 11 | 12 | 3 | 8 | 4 |
| | 50+ | 6 | 0 | 3 | 4 | 4 | 5 | 6 | 4 | 4 | 0 |
| | Total | 76 | 40 | 50 | 47 | 59 | 59 | 71 | 52 | 43 | 37 |
| Tous les hommes adultes | 15-24 | 4 | 7 | 6 | 1 | 8 | 3 | 1 | 5 | 5 | 6 |
| | 25-39 | 39 | 39 | 31 | 33 | 33 | 32 | 29 | 46 | 37 | 20 |
| | 40-49 | 19 | 16 | 21 | 16 | 18 | 26 | 14 | 26 | 24 | 29 |
| | 50+ | 8 | 9 | 12 | 12 | 11 | 22 | 18 | 22 | 15 | 17 |
| | Total | 70 | 71 | 70 | 62 | 70 | 83 | 62 | 99 | 81 | 72 |
| Toutes les femmes adultes | 15-24 | 26 | 19 | 20 | 12 | 16 | 10 | 14 | 14 | 16 | 9 |
| | 25-39 | 65 | 43 | 44 | 49 | 55 | 54 | 64 | 54 | 52 | 49 |
| | 40-49 | 16 | 7 | 18 | 13 | 15 | 17 | 16 | 10 | 16 | 12 |
| | 50+ | 9 | 5 | 7 | 7 | 11 | 6 | 9 | 11 | 7 | 5 |
| | Total | 116 | 74 | 89 | 81 | 97 | 87 | 103 | 89 | 91 | 75 |

Tableau 15 | Transmission hétérosexuelle ; nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH chez les adultes, par sexe, nationalité, et catégorie d'âge, Wallonie, 2005-2014

| Hétéro. | Groupes d'âge | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---------------------------|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Hommes belges | 15-24 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | 25-39 | 3 | 4 | 4 | 4 | 2 | 1 | 2 | 3 | 0 | 4 |
| | 40-49 | 3 | 4 | 10 | 5 | 2 | 2 | 2 | 6 | 1 | 6 |
| | 50+ | 6 | 6 | 4 | 3 | 3 | 5 | 3 | 1 | 3 | 9 |
| | Total | 12 | 15 | 18 | 14 | 7 | 9 | 8 | 10 | 4 | 20 |
| Femmes belges | 15-24 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| | 25-39 | 6 | 7 | 2 | 3 | 2 | 5 | 4 | 6 | 2 | 4 |
| | 40-49 | 0 | 1 | 6 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 6 | 6 |
| | 50+ | 0 | 3 | 4 | 3 | 3 | 2 | 0 | 4 | 2 | 2 |
| | Total | 7 | 11 | 12 | 10 | 8 | 11 | 9 | 13 | 12 | 15 |
| Hommes Afrique subsahar. | 15-24 | 3 | 5 | 3 | 2 | 4 | 5 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | 25-39 | 14 | 11 | 5 | 10 | 9 | 5 | 9 | 13 | 4 | 6 |
| | 40-49 | 4 | 5 | 7 | 4 | 2 | 2 | 4 | 6 | 9 | 1 |
| | 50+ | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 0 | 1 |
| | Total | 22 | 24 | 17 | 18 | 17 | 16 | 16 | 21 | 13 | 8 |
| Femmes Afrique subsahar. | 15-24 | 11 | 6 | 5 | 8 | 8 | 7 | 10 | 12 | 6 | 7 |
| | 25-39 | 44 | 21 | 39 | 23 | 23 | 32 | 43 | 36 | 28 | 25 |
| | 40-49 | 11 | 3 | 6 | 4 | 3 | 9 | 5 | 12 | 7 | 3 |
| | 50+ | 2 | 5 | 2 | 1 | 3 | 9 | 2 | 2 | 5 | 3 |
| | Total | 68 | 35 | 52 | 36 | 37 | 57 | 60 | 62 | 46 | 38 |
| Tous les hommes adultes | 15-24 | 3 | 7 | 3 | 4 | 4 | 6 | 3 | 0 | 0 | 2 |
| | 25-39 | 18 | 16 | 9 | 15 | 13 | 7 | 12 | 20 | 7 | 10 |
| | 40-49 | 8 | 11 | 17 | 9 | 5 | 5 | 7 | 14 | 10 | 9 |
| | 50+ | 7 | 9 | 7 | 6 | 5 | 9 | 5 | 4 | 3 | 10 |
| | Total | 36 | 43 | 36 | 34 | 27 | 27 | 27 | 38 | 20 | 31 |
| Toutes les femmes adultes | 15-24 | 12 | 6 | 6 | 11 | 8 | 8 | 13 | 13 | 8 | 10 |
| | 25-39 | 52 | 30 | 43 | 26 | 29 | 39 | 49 | 45 | 31 | 36 |
| | 40-49 | 11 | 4 | 12 | 7 | 7 | 14 | 8 | 16 | 14 | 10 |
| | 50+ | 2 | 8 | 6 | 4 | 6 | 12 | 3 | 6 | 8 | 6 |
| | Total | 77 | 48 | 67 | 48 | 50 | 73 | 73 | 80 | 61 | 62 |

Tableau 16 | Diagnostiques tardifs ; proportion (%) des infections VIH qui ont été diagnostiquées tardivement, par sexe, âge, exposition, nationalité et région de résidence, Belgique, 2010-2014

| | | % diagnostics tardifs |
|----------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Sexe | Hommes | 30 % |
| | Femmes | 41 % |
| Âge | 15-24 | 23 % |
| | 25-39 | 32 % |
| | 40-49 | 35 % |
| | 50+ | 42 % |
| Exposition | HSH | 22 % |
| | Hommes hétéro. | 44 % |
| | Femmes hétéro. | 41 % |
| | UDI | 51 % |
| Nationalité | belge | 26 % |
| | européenne | 26 % |
| | africaine subsaharienne | 45 % |
| Région de résidence | Bruxelles | 27 % |
| | Flandre | 35 % |
| | Wallonie | 35 % |
| Total | | 33 % |

Tableau 17 | Nombre annuel de personnes en suivi pour le VIH par année de suivi, âge et sexe, 2006-2014

| | Âge (ans) | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------------------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| HSH | 15-24 | 45 | 74 | 82 | 85 | 99 | 100 | 139 | 139 | 131 |
| | 25-39 | 898 | 956 | 1016 | 1111 | 1263 | 1392 | 1469 | 1556 | 1612 |
| | 40-49 | 828 | 951 | 1064 | 1197 | 1255 | 1367 | 1444 | 1514 | 1509 |
| | 50+ | 494 | 551 | 650 | 755 | 882 | 1029 | 1177 | 1330 | 1526 |
| | Total | 2265 | 2532 | 2812 | 3148 | 3499 | 3888 | 4229 | 4539 | 4778 |
| Hétéro. | 15-24 | 153 | 160 | 163 | 167 | 170 | 162 | 170 | 162 | 143 |
| | 25-39 | 1638 | 1684 | 1746 | 1778 | 1832 | 1892 | 1892 | 1923 | 1849 |
| | 40-49 | 1269 | 1404 | 1555 | 1671 | 1787 | 1850 | 1969 | 1991 | 2035 |
| | 50+ | 711 | 860 | 964 | 1118 | 1316 | 1494 | 1692 | 1863 | 2033 |
| | Total | 3771 | 4108 | 4428 | 4734 | 5105 | 5398 | 5723 | 5939 | 6060 |
| UDI | 15-24 | 10 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 5 | 4 | 4 |
| | 25-39 | 96 | 96 | 92 | 92 | 77 | 78 | 74 | 72 | 52 |
| | 40-49 | 122 | 126 | 135 | 135 | 136 | 130 | 136 | 119 | 112 |
| | 50+ | 14 | 22 | 25 | 29 | 38 | 49 | 63 | 72 | 87 |
| | Total | 242 | 248 | 256 | 260 | 253 | 261 | 278 | 267 | 255 |
| Total, données mode de transmission disponibles | | 6536 | 7164 | 7797 | 8473 | 9192 | 9903 | 10607 | 11125 | 11490 |
| Hommes | 15-24 | 163 | 198 | 230 | 250 | 247 | 265 | 310 | 309 | 308 |
| | 25-39 | 1821 | 1888 | 1991 | 2120 | 2274 | 2417 | 2524 | 2648 | 2745 |
| | 40-49 | 1885 | 2108 | 2338 | 2487 | 2602 | 2751 | 2848 | 2910 | 2936 |
| | 50+ | 1171 | 1370 | 1562 | 1845 | 2097 | 2368 | 2684 | 2969 | 3385 |
| | Total | 5040 | 5564 | 6121 | 6702 | 7220 | 7801 | 8366 | 8836 | 9374 |
| Femmes | 15-24 | 233 | 241 | 250 | 267 | 279 | 286 | 301 | 287 | 272 |
| | 25-39 | 1566 | 1641 | 1691 | 1740 | 1826 | 1879 | 1853 | 1892 | 1882 |
| | 40-49 | 962 | 1077 | 1199 | 1338 | 1417 | 1454 | 1592 | 1615 | 1693 |
| | 50+ | 446 | 524 | 588 | 751 | 823 | 935 | 1072 | 1224 | 1387 |
| | Total | 3207 | 3483 | 3728 | 4096 | 4345 | 4554 | 4818 | 5018 | 5234 |
| Total, données sexe disponibles | | 8255 | 9058 | 9857 | 10807 | 11576 | 12367 | 13198 | 13870 | 14623 |

LISTE DES LABORATOIRES DE RÉFÉRENCE SIDA (LRS)

| | |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1 Pr M-P. HAYETTE | 5 Pr Ch. VERHOFSTEDE |
| Laboratoire de référence sida | Aids-Referentielaboratorium |
| CHU de Liège | Universiteit Gent |
| Domaine universitaire du Sart-Tilman | Vakgroep Klinische Biologie, Microbiologie en Immunologie |
| Service de Microbiologie médicale | UZGent |
| Niveau 2 - Bât. B23 | Blok A |
| 4000 Liège | De Pintelaan, 185 |
| Tél.: 04/366.24.54 | 9000 Gent |
| 2 Pr M. VAN RANST | Tél.: 09/332.51.61 |
| Aids-Referentielaboratorium | 6 Pr K. FRANSEN |
| UZ KU Leuven | Aids-Referentielaboratorium |
| Laboratoriumgeneeskunde | Instituut voor Tropische Geneeskunde |
| Herestraat, 49 | Klinische Wetenschappen |
| 3000 Leuven | Nationalestraat, 155 |
| Tél.: 016/34.79.08 | 2000 Antwerpen |
| 3 Pr J. RUELLE | Tél.: 03/247.63.32 |
| Laboratoire de référence sida | 7 Pr D. PIERARD |
| Université catholique de Louvain | Aids-Referentielaboratorium |
| IREC – Pôle de microbiologie médicale | Universitair Ziekenhuis Brussel |
| Tour Claude Bernard | Laerbeeklaan, 101 |
| Avenue Hippocrate, 54 Bte B1.54.05 | 1090 Brussel |
| 1200 Bruxelles | Tél.: 02/477.50.00 |
| Tél.: 02/764.54.92 | Dr S. VAN DEN WIJNGAERT |
| 4 Pr M-L. DELFORGE | CHU Saint-Pierre |
| Laboratoire de référence sida | Rue Haute, 322 |
| Hôpital universitaire ULB Erasme | 1000 Bruxelles |
| Laboratoire de virologie | Tél.: 02/535.45.30 |
| Route de Lennik, 808 | |
| 1070 Bruxelles | |
| Tél.: 02/555.57.83 | |

VIII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) European Centre for Disease Prevention and Control. HIV Modelling Tool. 2015. Disponible à : <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/aids/Pages/hiv-modelling-tool.aspx>
- (2) Antinori A, Coenen T, Costagiola D, Dedes N, Ellefson M, Gatell J, et al. Late presentation of HIV infection: a consensus definition. *HIV Med* 2011;12(1): 61-4. Disponible à : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-1293.2010.00857.x/full>
- (3) Lodi S, Phillips A, Touloumi G, Geskus R, Meyer L, Thibaut R, et al. Time From Human Immunodeficiency Virus Seroconversion to Reaching CD4+ Cell Count Thresholds <200, <350, and <500 Cells/mm³: Assessment of Need Following Changes in Treatment Guidelines. *Clinical Infectious Diseases* 2011;53(8): 817-25.
- (4) Sasse A, Florence E, Pharris A, De Wit S, Lacor P, Van Beckhoven D, et al. Late presentation to HIV testing is overestimated when based on the consensus definition. *HIV Med* 2015 doi: 10.1111/hiv.12292. Disponible à : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hiv.12292/full>
- (5) Bennett DE, Camacho RJ, Otelea D, Kuritzkes DR, Fleury H, Kiuchi M, et al. Drug Resistance Mutations for Surveillance of Transmitted HIV-1 Drug-Resistance: 2009 Update. *PLoS One* 2009;4(3):e4724. Disponible à : <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0004724>
- (6) Vercauteren J, Derdelinckx I, Sasse A, Bogaert M, Ceunen H, De Roo A et al. Prevalence and Epidemiology of HIV Type 1 Drug Resistance among Newly Diagnosed Therapy-Naive Patients in Belgium from 2003 to 2006. *Aids Research and Human Retroviruses* 2008;24 (3):355-362.
- (7) Muyldermans G, Sasse A. HIV-1 resistance and trend analysis in newly diagnosed patients in Belgium. *Acta Clinica Belgica* 2014;69(1):1-7.
- (8) European Centre for Disease Prevention and Control. HIV/AIDS surveillance in Europe 2013. Stockholm: ECDC; 2014. Disponible à : <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hiv-aids-surveillance-report-Europe-2013.pdf>
- (9) Van Beckhoven D, Florence E, Ruelle J, Deblonde J, Verhofstede C, Callens S, et al. Good continuum of HIV care in Belgium despite weaknesses in retention and linkage to care among migrants. *BMC Infectious Diseases* 2015;15:496. Disponible à : <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/15/496>

- (10) Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 2011;365(6):493-505. Disponible à : <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1105243>
- (11) Rodger A et al. HIV transmission risk through condomless sex if HIV+ partner on suppressive ART: PARTNER study. 21st Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, abstract 153LB, 2014.
- (12) Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F, Emery S, Grund B, Sharma S, et al. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. *N Engl J Med* 2015;373(9):795-807. Disponible à : <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1506816#t=abstract>
- (13) EACS. Guidelines. Version 8.0. European AIDS Clinical Society (EACS), editor. 2015. European AIDS Clinical Society (EACS). Disponible à : <http://www.eacsociety.org/guidelines/eacs-guidelines/eacs-guidelines.html>
- (14) WHO. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. World Health Organization; 2015. Disponible à : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/>
- (15) Brown AE, Nardone A, Delpech VC. WHO 'Treatment as Prevention' guidelines are unlikely to decrease HIV transmission in the UK unless undiagnosed HIV infections are reduced. *AIDS* 2014;28(2):281-3.
- (16) Skarbinski J, Rosenberg E, Paz-Bailey G, Hall HI, Rose CE, Viall AH, et al. Human immunodeficiency virus transmission at each step of the care continuum in the United States. *JAMA Intern Med* 2015;175(4):588-96.
- (17) UNAIDS. 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2014. Disponible à : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf
- (18) European Centre for Disease Prevention and Control. Thematic report: HIV continuum of care. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 progress report. Stockholm: ECDC; 2015. Disponible à : <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/dublin-declaration-continuum-of-care-2014.pdf>
- (19) Eyawo O, Hogg RS, Montaner JS. The Holy Grail: The search for undiagnosed cases is paramount in improving the cascade of care among people living with HIV. *Can J Public Health* 2013;104(5):e418-e419.
- (20) Phillips AN, Cambiano V, Miners A, Lampe FC, Rodger A, Nakagawa F, et al. Potential impact on HIV incidence of higher HIV testing rates and earlier antiretroviral therapy initiation in MSM. *AIDS* 2015;29(14):1855-62.

- (21) European Centre for Disease Prevention and Control. HIV testing in Europe. ECDC Evidence Brief. Stockholm: ECDC; 2015.
- (22) WHO. Consolidated guidelines on HIV testing services. WHO; 2015. Disponible à : <http://who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>
- (23) Conseil Supérieur de la Santé. Dépistage décentralisé et démedicalisé du VIH en Belgique : réponse à une demande d'avis émanant des autorités de santé publique. Brussels : High Health Council ; 2015. Disponible à : http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@shc/documents/ie2divers/19103882_fr.pdf

© WIV-ISP
SANTÉ PUBLIQUE ET SURVEILLANCE
Rue Juliette Wytsman 14
1050 Bruxelles | Belgique

www.wiv-isp.be