



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
Diagnostiques tardifs	25
Diagnostiques 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 NOUVEAUX DIAGNOSTICS VIH PAR 1000 TESTS	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
Liste des Centres de référence sida	65
VIII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	66

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 nationalités sont 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 que 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.

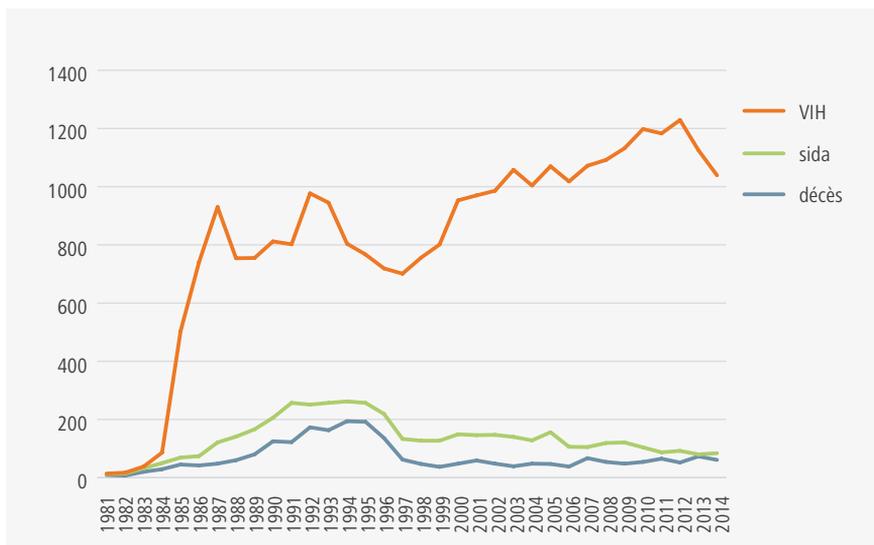
Au cours des 3 décennies passées, le nombre de nouvelles infections VIH diagnostiquées dans le pays a évolué entre 1,9 et 3,4 nouveaux diagnostics par jour en moyenne. La plus haute incidence a été observée en 2012 avec 1229 nouveaux cas diagnostiqués en cours d'année et la plus basse en 1997 avec 701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



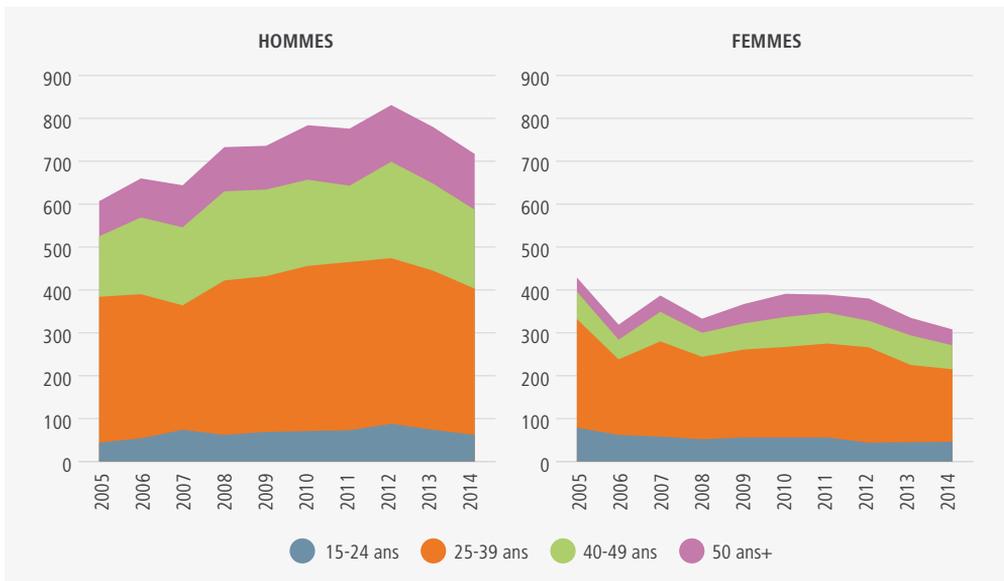
2. SEXE, ÂGE, RÉGION DE RÉSIDENCE ET NATIONALITÉ

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 %).

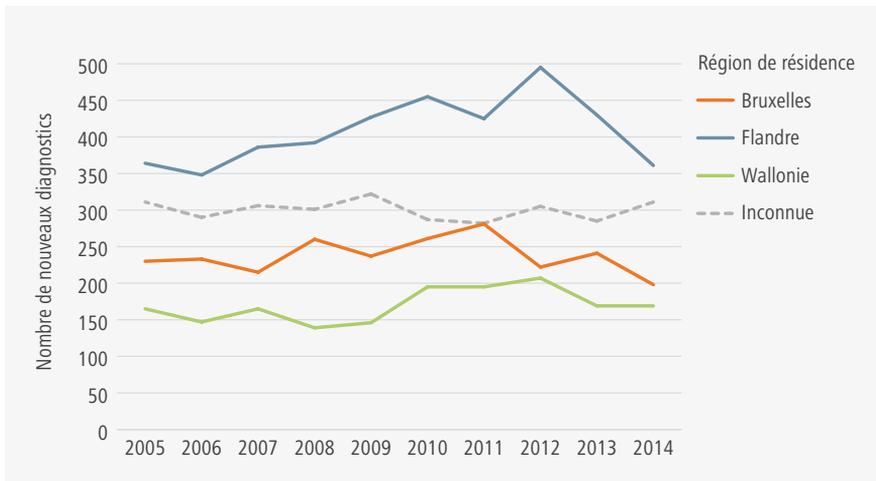
En 2014, la moyenne d'âge lors du diagnostic était de 36 ans chez les femmes adultes et de 39,5 ans chez les hommes adultes. En 10 ans, la moyenne d'âge des adultes diagnostiqués s'est élevée de 2 ans et 5 mois.

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

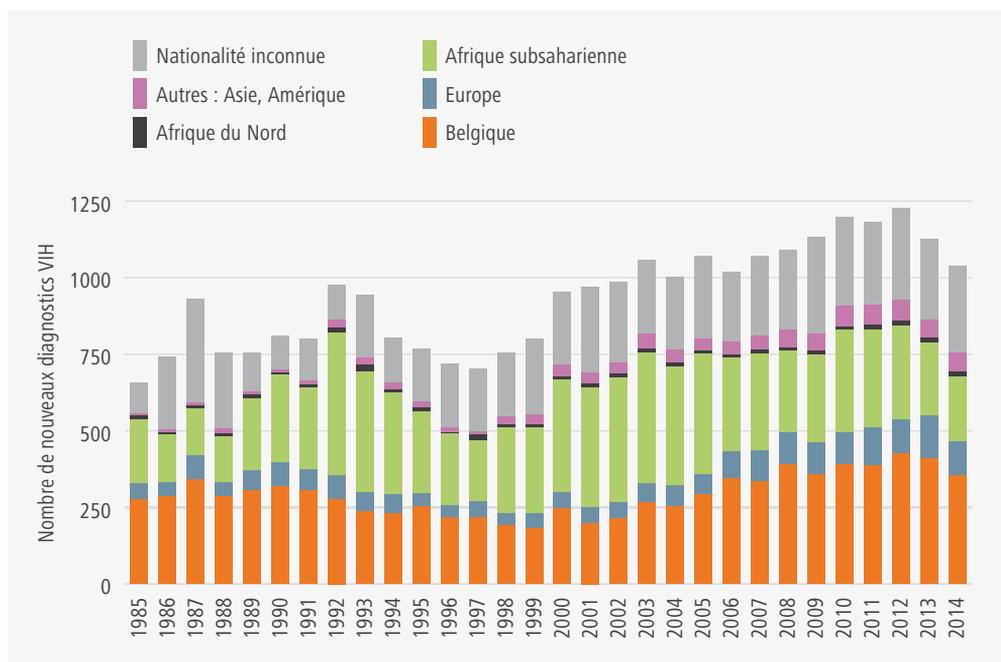


La nationalité des patients diagnostiqués en 2014 est connue pour 757 personnes (73 %), dont 47 % sont de nationalité belge, 15 % d'autres nationalités européennes et 29 % de nationalités africaines (figure 4 ; tableau 7).

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

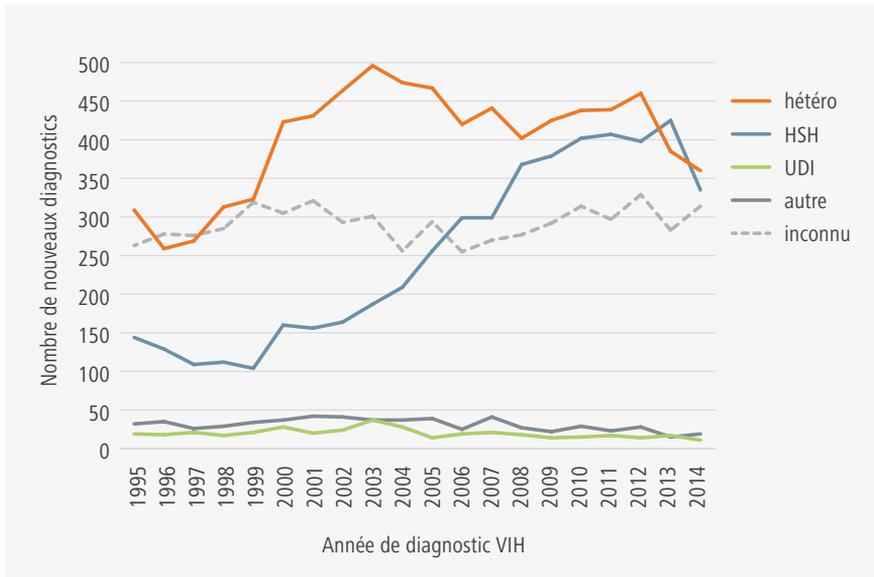
En 2014, le nombre de nouvelles infections diagnostiquées chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) est en diminution de 21 % par rapport à l'année précédente. Cette diminution intervient après une longue et importante augmentation : le nombre d'infections diagnostiquées en 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.

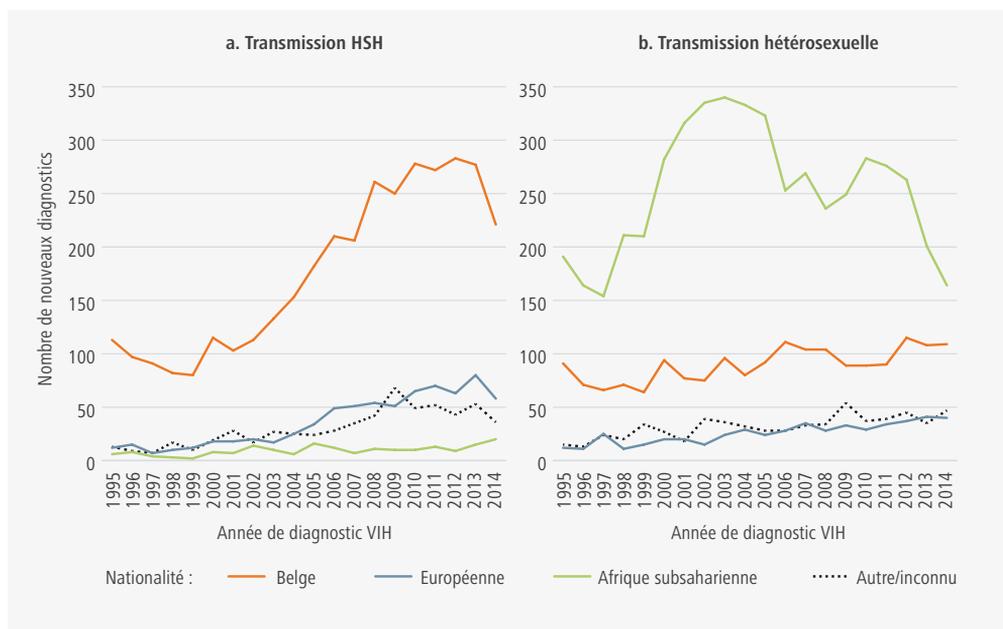
Figure 5 | Évolution du nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH, par mode de contamination probable, Belgique, 1995-2014



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

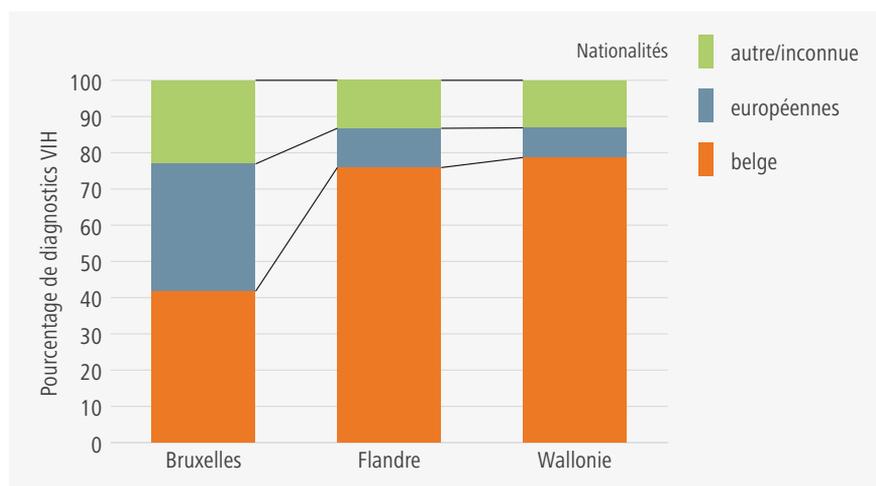
Les diagnostics chez les HSH concernent principalement des personnes de nationalité belge (66 % ; N=219). Les personnes d'autres nationalités européennes représentaient 17 % (N=58) des diagnostics chez les HSH en 2014, 6 % (N=20) ont une nationalité africaine subsaharienne et 10 % (N=32) ont d'autres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

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.

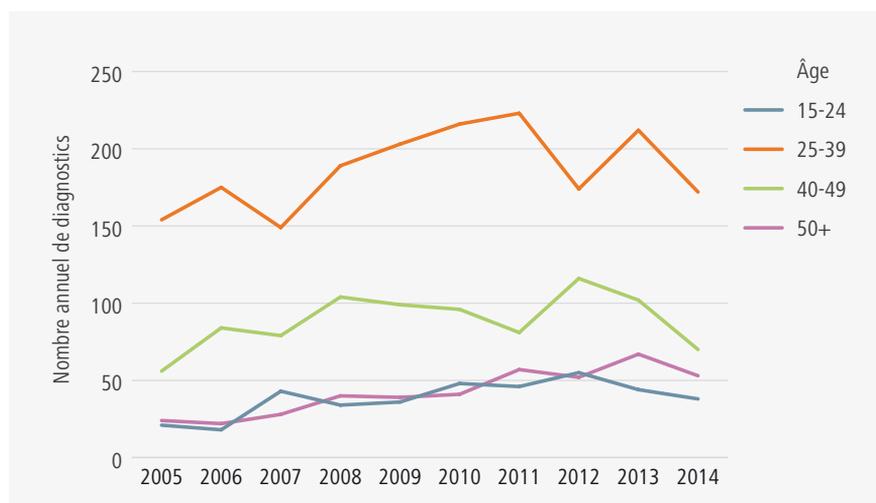
Les nationalités étrangères les plus fréquemment rapportées chez les HSH diagnostiqués en 2014 sont les suivantes : France (14 %), Brésil (14 %), Pays-Bas (9 %), Espagne (7 %), Italie (5 %), Cameroun (5 %), Portugal (4 %). Les nationalités étrangères sont proportionnellement beaucoup plus représentées 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



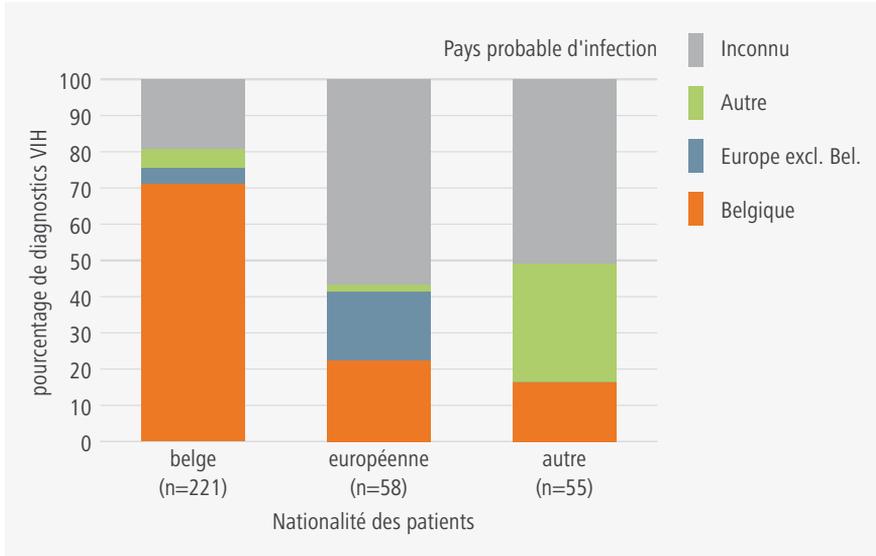
L'âge au moment du diagnostic a évolué au cours du temps chez les HSH. Les HSH de 25 à 49 ans représentaient 73 % des diagnostics de séropositivité en 2014, 16 % étaient âgés de 50 ans et plus, et 11 % de 15 à 24 ans. Entre 2005 et 2014, la proportion de jeunes de moins de 25 ans a légèrement augmenté (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

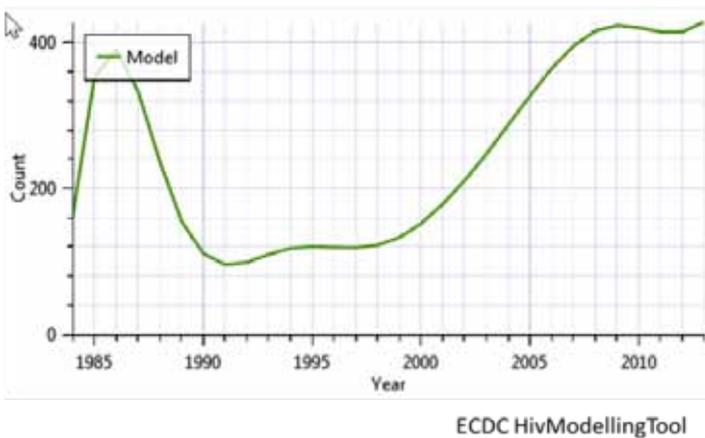
Estimations de l'incidence du VIH et de la fraction non diagnostiquée chez les HSH (1985-2013)

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.

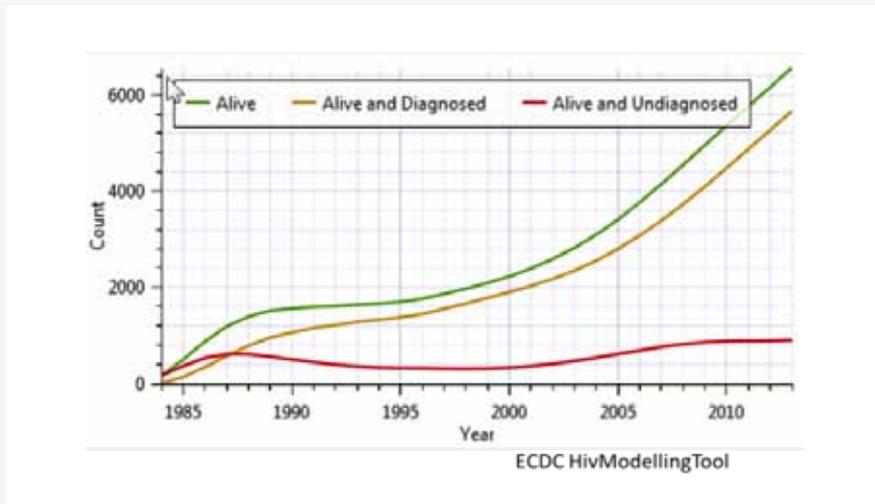
Entre 1984 et 2013, le nombre cumulé d'infections chez des HSH est estimé à 7450. Le nombre d'infections par le VIH a atteint un sommet vers 1986 avec 390 nouveaux cas d'infection au cours de cette année. Dans les années 1990, le nombre d'infections a varié autour de 120 par an. Depuis 2000, l'incidence 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.

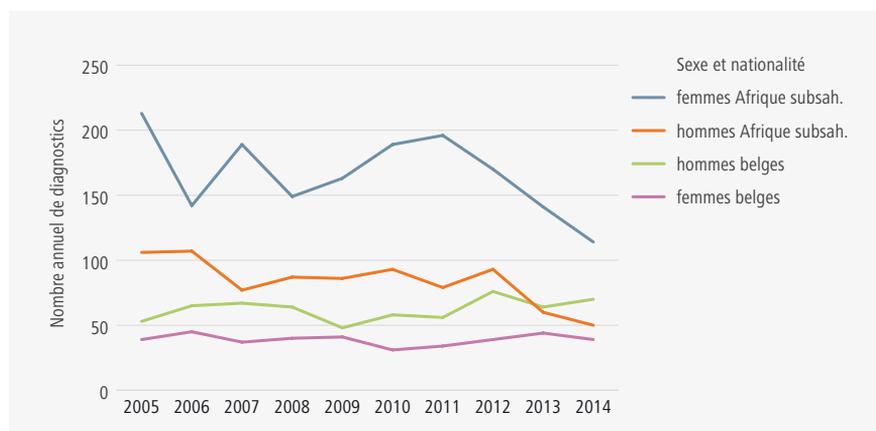
Ces estimations ont été calculées sur base des données disponibles. Les données manquantes, notamment en ce qui concerne les voies de transmission et les mesures de CD4, peuvent en affecter la précision et la validité. Notons aussi qu'une proportion des HSH diagnostiqués en Belgique sont de nationalités 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 et nationalité, Belgique, 2005-2014

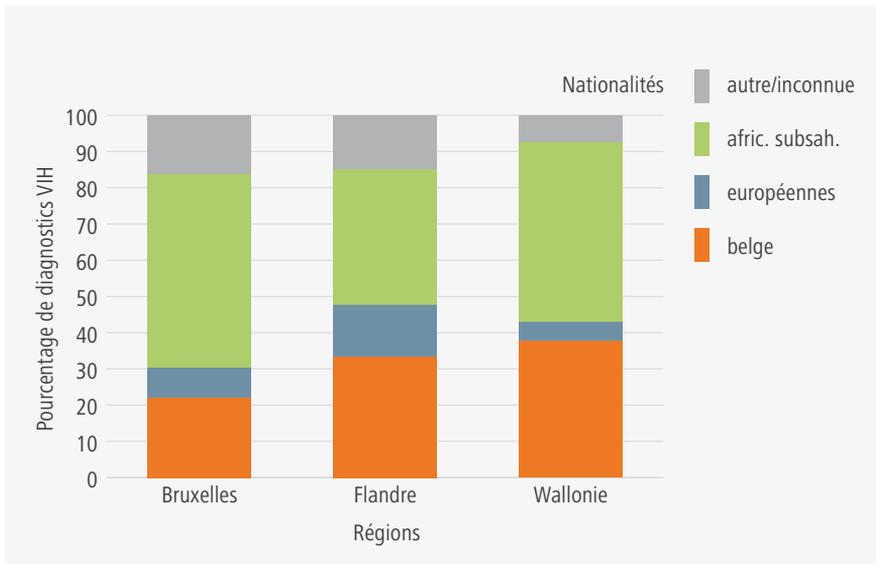


Le recul observé entre 2012 et 2014 chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne est observé à des degrés divers dans les trois régions : moins 31 % à Bruxelles, moins 35 % en Flandre, et moins 45 % en Wallonie. Les évolutions par régions, nationalités, sexe et groupes d'âge sont présentées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

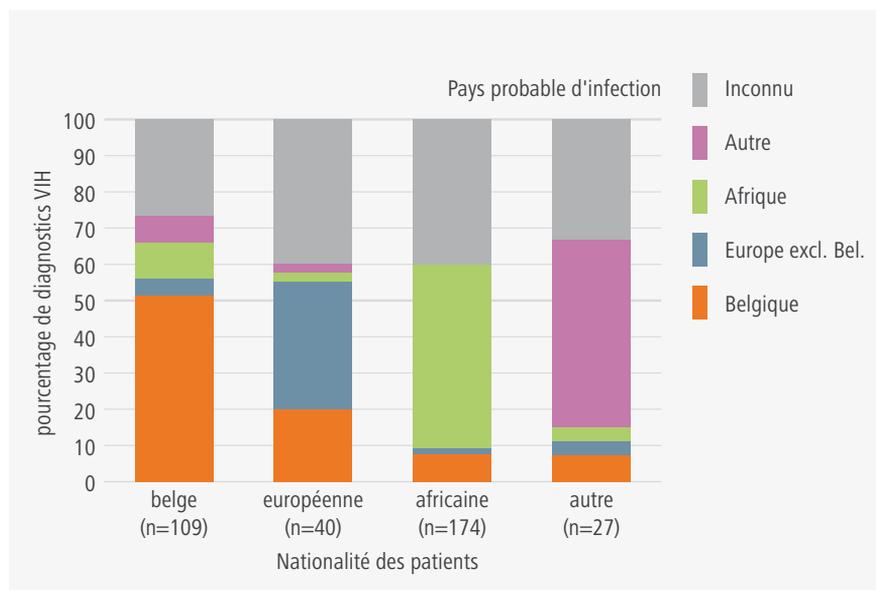
Les nationalités étrangères sont proportionnellement plus représentées à Bruxelles que dans les deux autres régions. Les personnes de nationalités subsahariennes constituent 53 % des diagnostics parmi les hétérosexuels à Bruxelles, 49 % en Wallonie, et 37 % en Flandre. (figure 11 ; tableaux 13 à 15).

Figure 11 | Distribution des personnes hétérosexuelles diagnostiquées en 2014, par nationalité et 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.

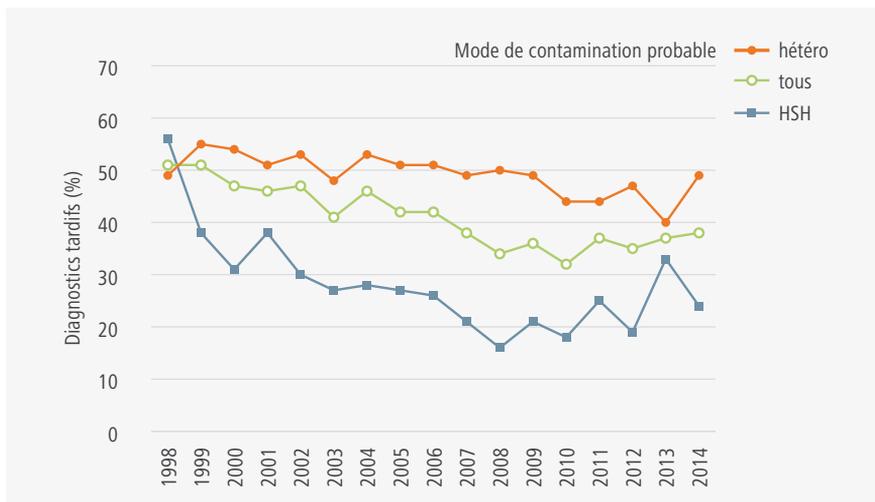
Le taux moyen de CD4 au moment du diagnostic était de 431 CD4/mm³ en 2014. Ce taux a progressé au cours du temps : il avoisinait les 350 CD4/mm³ en 1999-2000.

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

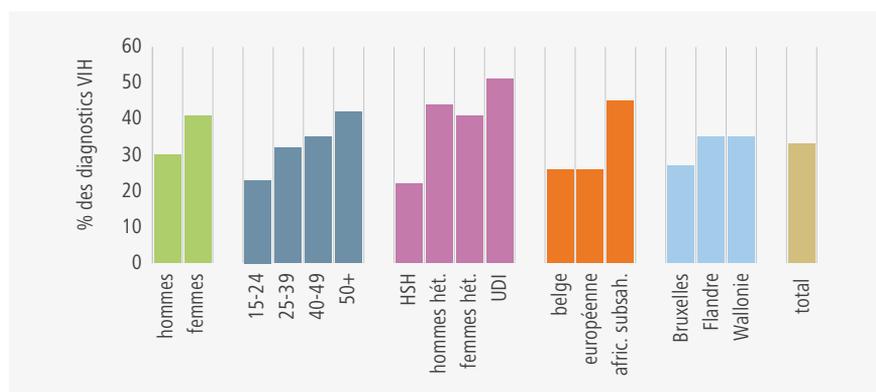
38 % des infections diagnostiquées en 2014 étaient diagnostiquées tardivement ; en 2000, cette proportion était de 47 %. Une diminution significative observée entre 2000 et 2008 suggère une évolution favorable en ce qui concerne la précocité du diagnostic VIH ($p < 0,001$). Cette diminution reste cependant 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



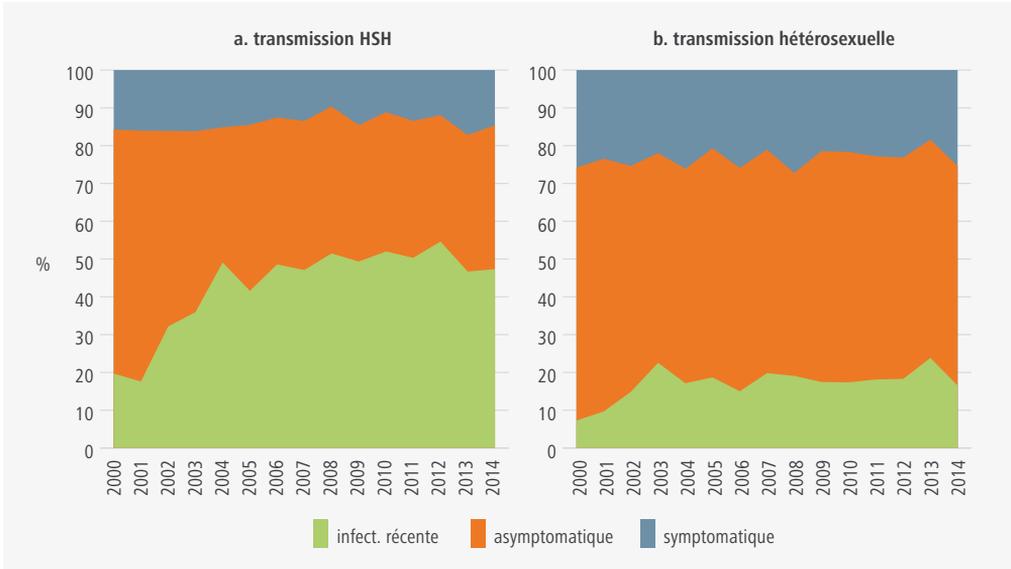
DIAGNOSTICS PRÉCOCES

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

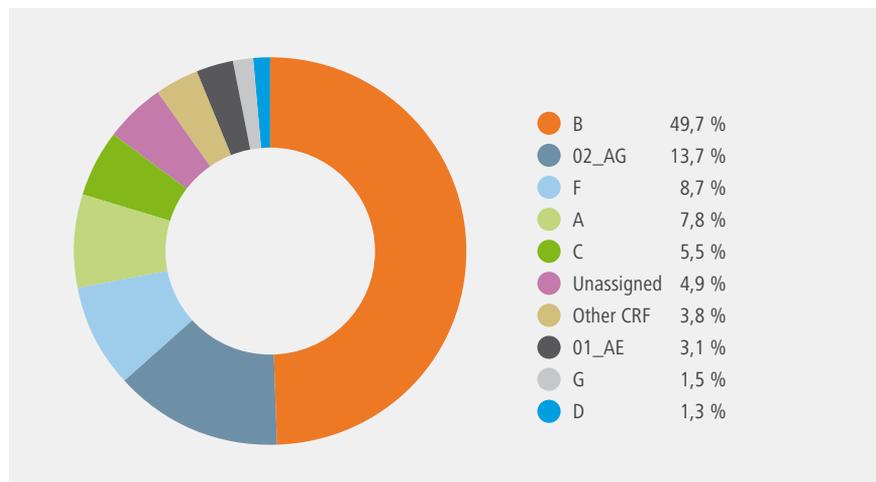
Les séquences de protéase et de transcriptase inverse du VIH générées pour l'analyse de la résistance permettent également de déterminer le sous-type de virus impliqué. Deux outils de sous-typage en ligne ont été consultés pour les séquences de 2014 : Rega v3 (<http://regatools.med.kuleuven.be/typing/v3/hiv/typingtool>) 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.

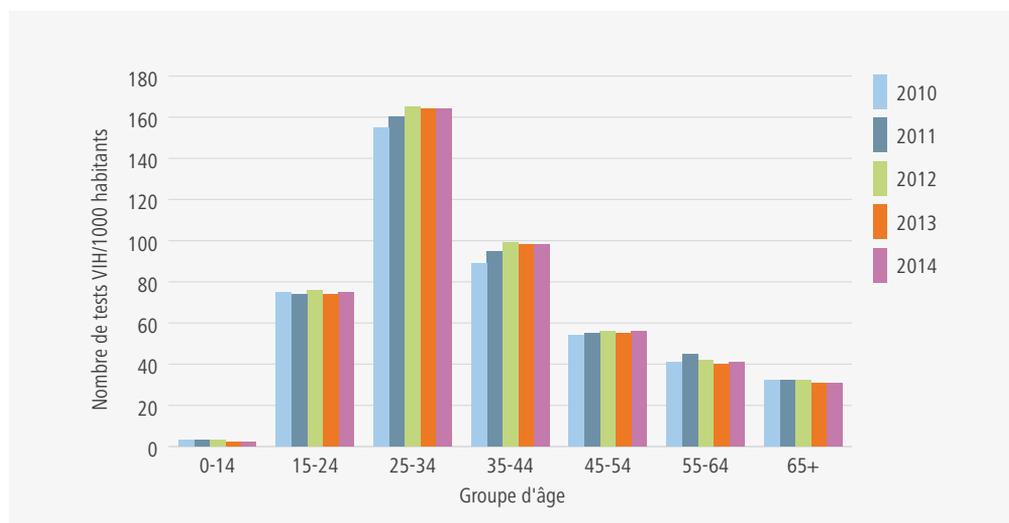
IV. DÉPISTAGE DU VIH

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

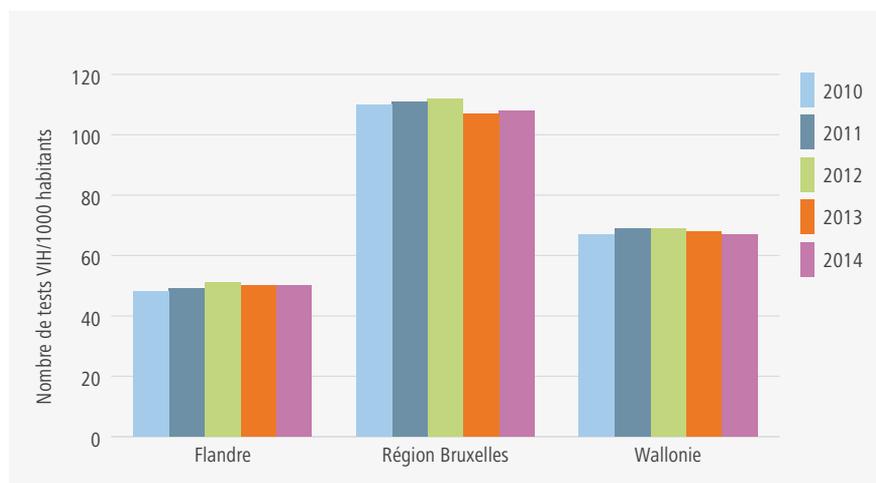
Comparée à d'autres pays européens (ECDC 2014 ; RIZIV/INAMI 2007-2014) , la Belgique a un taux de dépistage du VIH élevé et relativement stable (8). En 2014, un nombre total de 697 684 tests VIH ont été réalisés, pour atteindre un taux de dépistage de 62 par 1000 habitants. Les tests sont effectués beaucoup 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).

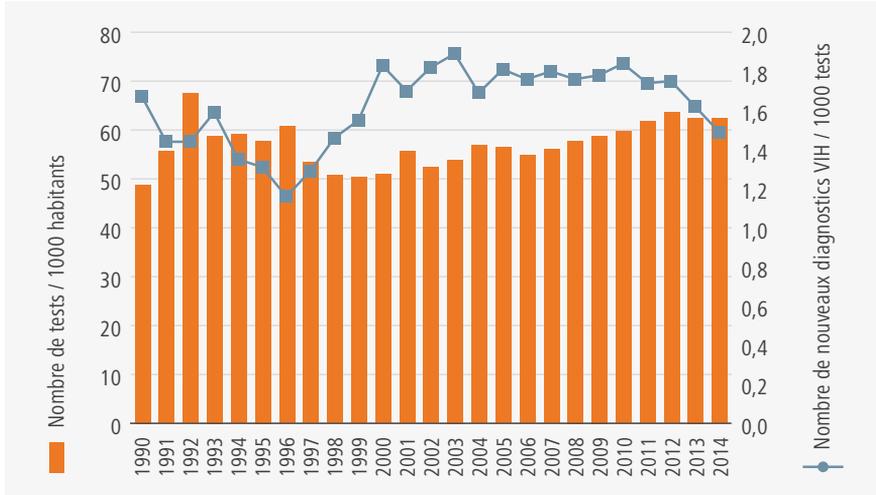
Figure 18 | Nombre de tests de dépistage du VIH par 1000 habitants par région, 2010-2014



2. TAUX DE NOUVEAUX DIAGNOSTICS VIH PAR 1000 TESTS

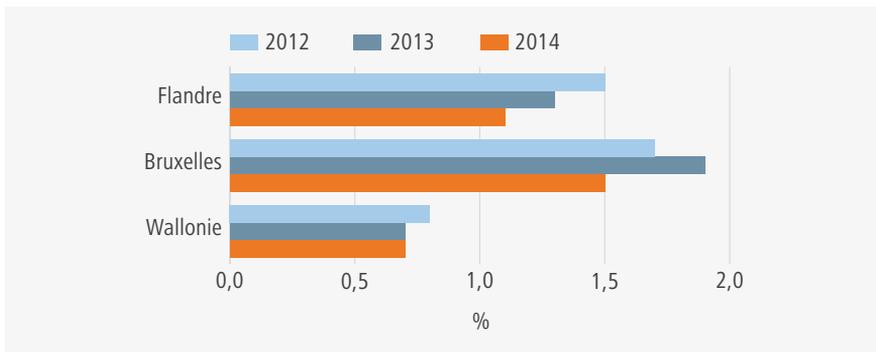
Ce taux a augmenté de près de 50 % entre 1996 et 2000 ; il diminue depuis 2012 et s'établit à 1,49 nouvelle infection diagnostiquée pour 1000 tests réalisés en 2014 (figure 19).

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



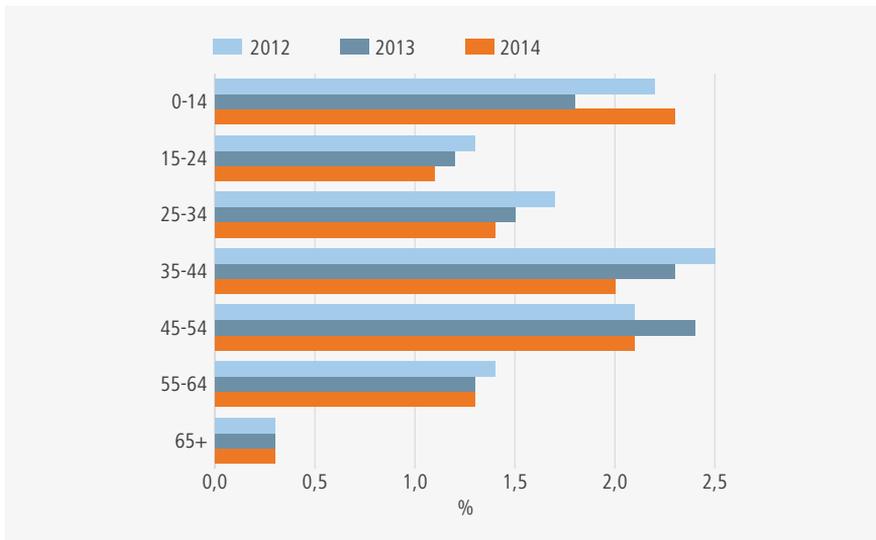
C'est à Bruxelles et en province d'Anvers que se rencontrent les taux de diagnostics les plus élevés (figure 20).

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 %).

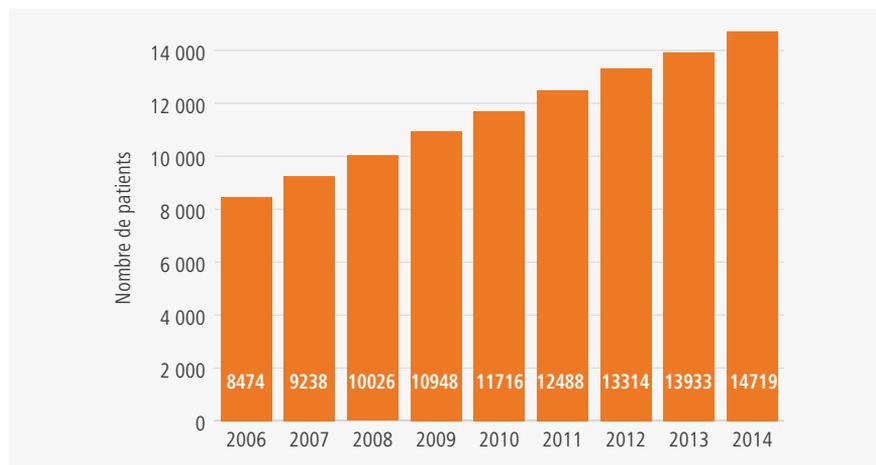
Parmi les cas de VIH diagnostiqués en 2014, 36 % des tests ont été effectués à la demande du patient et 38 % en raison d'arguments cliniques. La proportion de tests effectués à la demande du patient est plus importante chez les HSH (46 %) que chez les patients originaires d'Afrique subsaharienne (29 %), 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

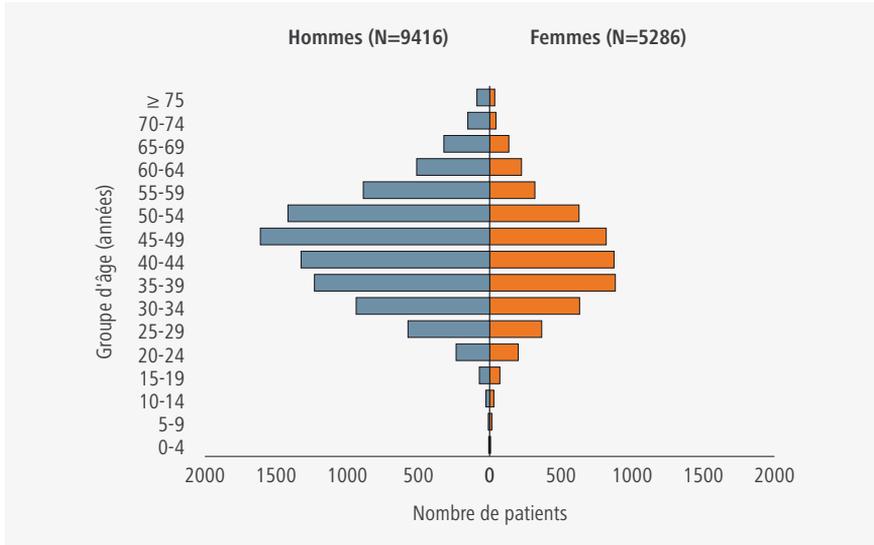


2. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

ÂGE ET SEXE

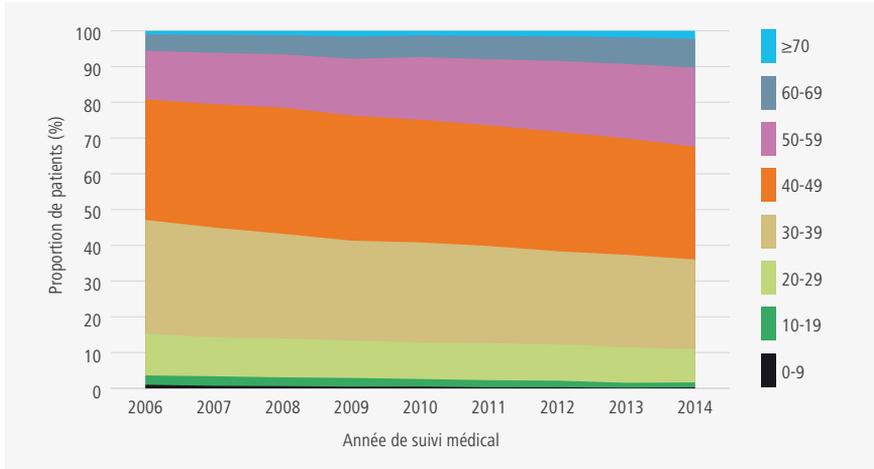
Parmi les patients en suivi médical en 2014, le ratio hommes/femmes était de 1,8 (figure 23 et tableau 17). L'âge moyen des patients était de 45 ans ; 46 ans chez les hommes et 43 ans chez les femmes.

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 à 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.

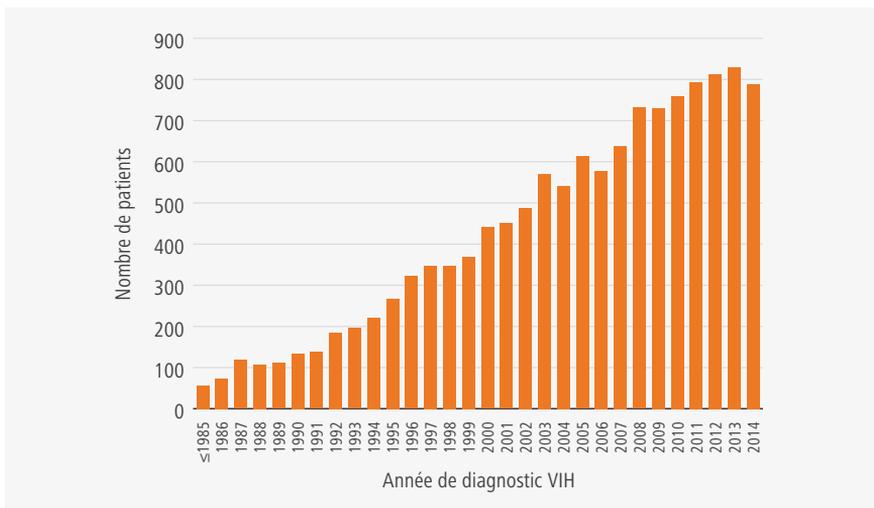
Figure 24 | Distribution des catégories d'âge des patients par année de suivi médical, 2006-2014



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

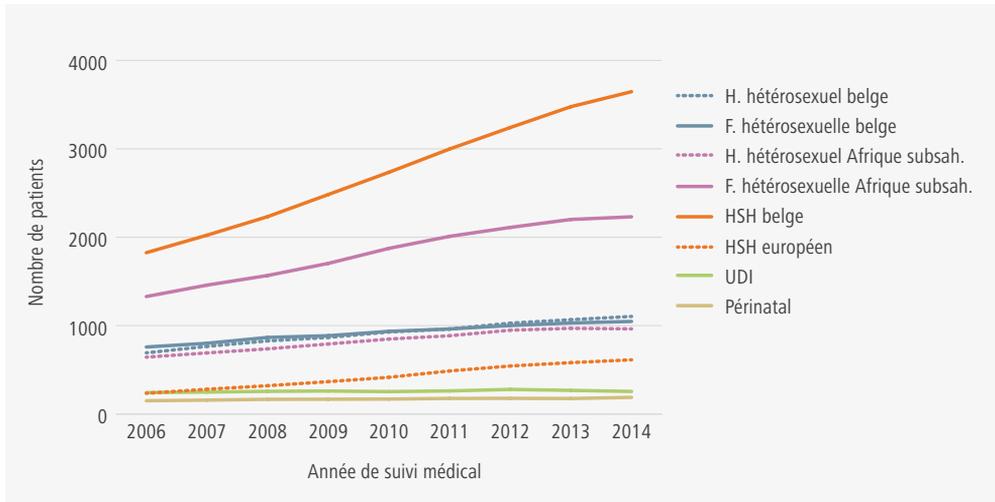
Parmi les patients masculins en suivi en 2014 chez qui le mode de transmission est connu, 63 % mentionnent des contacts homosexuels et 32 % des contacts hétérosexuels. Parmi les femmes chez qui l'information est disponible, 92 % ont rapporté des contacts hétérosexuels. La transmission par usage de drogue par voie intraveineuse a été rapportée chez 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, 67 % étaient 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.

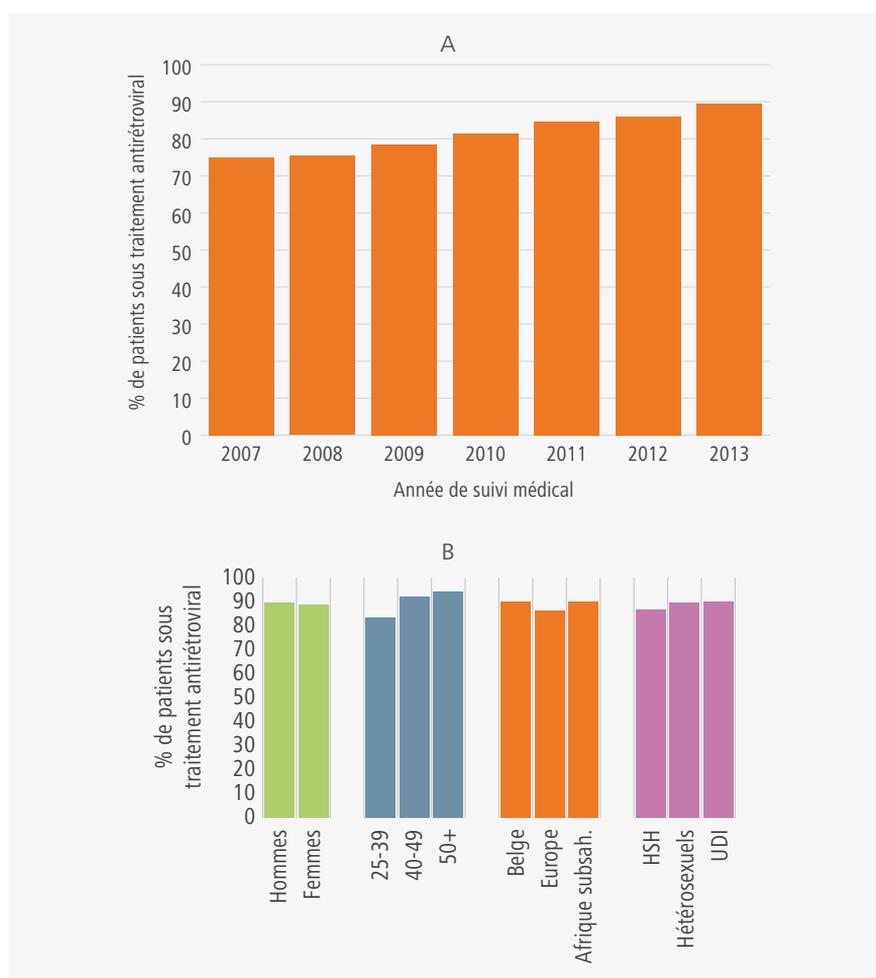
TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL

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 socio-démographiques. 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 initié 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 répllication 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.

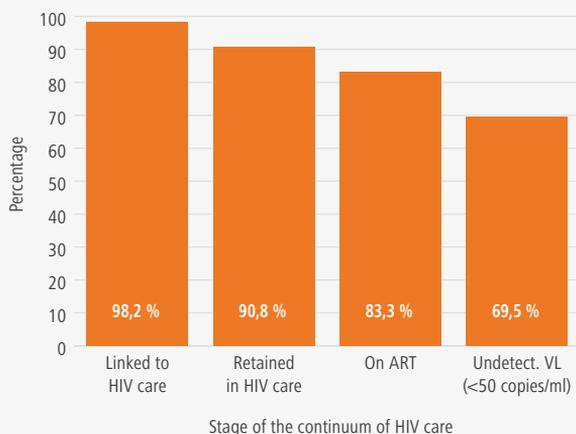
Une analyse du continuum de soins de la population vivant avec le VIH a été récemment publiée (voir encadré). Cette analyse a permis d'étudier la répartition des personnes vivant avec le VIH en Belgique, en 2011, en fonction des stades du continuum de soins dans lesquels elle se trouvent. Dans cette 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 maintenus 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 plaide 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, ce qui 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 personnes 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, mode de transmission 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 avec 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 avec 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	

LISTE DES CENTRES DE RÉFÉRENCE SIDA (CRS)

AIDS-REFERENTIECENTRUM	CENTRE DE RÉFÉRENCE SIDA
AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV	CHU de Charleroi
Ruddershove, 10	Centre Arthur Rimbaud
8000 Brugge	Boulevard Paul Janson, 92
Tél.: 050/45.23.12	6000 Charleroi
CENTRE DE RÉFÉRENCE SIDA	Tél.: 071/92.23.06
CHU de Liège	CENTRE DE RÉFÉRENCE SIDA
Polyclinique Brull	CHU Dinant Godinne
Quai Godefroid Kurth, 45	Avenue Dr Gaston Therasse, 1
4020 Liège	5530 Yvoir
Tél.: 04/366.72.35	Tél.: 081/42.20.81
CENTRE DE RÉFÉRENCE SIDA	CENTRE DE RÉFÉRENCE SIDA
CHU Saint-Pierre	Hôpital Erasme
Rue Haute, 290-322	Route de Lennik, 808
1000 Bruxelles	1070 Bruxelles
Tél.: 02/535.41.30	Tél.: 02/555.45.36
AIDS-REFERENTIECENTRUM	CENTRE DE RÉFÉRENCE SIDA
ITG	Cliniques universitaires Saint-Luc
HIV-SOA Polikliniek	Avenue Hippocrate, 10
Kronenburgstraat, 43/3	UCL 10.50
2000 Antwerpen	1200 Bruxelles
Tél.: 03/247.64.55	Tél.: 02/764.10.50
AIDS-REFERENTIECENTRUM	AIDS-REFERENTIECENTRUM
UZ Brussel	UZ Gent
Laarbeeklaan, 101	De Pintelaan, 185
1090 Brussel	9000 Gent
Tél.: 02/477.60.01	Tél.: 09/332.23.45
AIDS-REFERENTIECENTRUM	
UZ Leuven	
Campus Gasthuisberg	
Herestraat, 49	
3000 Leuven	
Tél.: 016/34.42.75	

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

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