

# ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH EN BELGIQUE

SITUATION AU 31 DÉCEMBRE 2023

RAPPORT 2024

# QUI NOUS SOMMES

---

Sciensano, ce sont plus de 850 collaborateurs qui s'engagent chaque jour au service de notre devise « toute une vie en bonne santé ».

Comme notre nom l'indique, la science et la santé sont au coeur de notre mission. Sciensano puise sa force et sa spécificité dans une approche holistique et multidisciplinaire de la santé. Plus spécifiquement, nos activités sont guidées par l'interconnexion indissociable de la santé de l'homme, de l'animal et de leur environnement (le concept « One health » ou « Une seule santé »). Dans cette optique, en combinant plusieurs angles de recherche, Sciensano contribue d'une manière unique à la santé de tous.

Sciensano s'appuie sur plus de 100 ans d'expertise scientifique.

# Sciensano

Épidémiologie et santé publique - Épidémiologie des maladies infectieuses

Novembre 2024 • Bruxelles • Belgique

—  
DEBLONDE J.

•

SERRIEN B.

•

DE ROUCK M.

•

WILLIAMS A.

•

VAN BECKHOVEN D.

•

**Avec la collaboration de**

J. Tielemans (INAMI, Cellule Pharmanet)

et

D. De Geyter (LRS UZ Brussel), MA De Scheerder (CRV Gand), V. Doossche (Sensoa), E. Florence (UZ Anvers), B. Hensen (ITG), A. Libois (CRV St Pierre), T. Martin (Plateforme Prévention Sida), D. Van den Bossche (LRS Anvers) S. Vanden Eynde (Sensoa), K. Van Halem (CRV Hasselt)

Personne de contact : Dominique Van Beckhoven • T+32 2 642 57 09 • [dominique.vanbeckhoven@sciensano.be](mailto:dominique.vanbeckhoven@sciensano.be)

© Sciensano

Editeur responsable : Dr. Christian Léonard

ISSN : 1783-5178

Numéro de dépôt interne : D/2024.14.440/59

DOI : <https://doi.org/10.25608/11bj-2191>

[www.sciensano.be](http://www.sciensano.be)

*Ce projet est soutenu financièrement par :*



Santé publique  
Sécurité de la Chaîne alimentaire  
Environnement

*En partenariat avec :*



### **Remerciements**

L' équipe VIH-IST-Hépatites B & C du service Épidémiologie des maladies infectieuses de Sciensano tient à remercier tout particulièrement les laboratoires de référence sida (LRS) et les centres de référence VIH (CRV), pour la transmission des données nécessaires à l'analyse de l'épidémiologie du VIH en Belgique, décrite dans le présent rapport.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>1</b>
<b>LA SURVEILLANCE DU VIH : CONTEXTE ET MÉTHODES</b> .....	<b>4</b>
<b>DIAGNOSTICS ET DÉPISTAGE DU VIH</b> .....	<b>8</b>
<b>PERSONNES NOUVELLEMENT DIAGNOSTIQUÉES AVEC LE VIH</b> .....	<b>8</b>
1. Tendances générales.....	8
2. Données démographiques .....	9
3. Modes d'infection probables.....	13
4. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes .....	15
5. Les femmes et les hommes hétérosexuels .....	17
6. Caractère tardif ou précoce du diagnostic.....	19
7. Résistance de base aux médicaments et sous-types de VIH .....	23
<b>PERSONNES AVEC UN DIAGNOSTIC DE VIH PRÉEXISTANT</b> .....	<b>26</b>
<b>DÉPISTAGE DU VIH</b> .....	<b>27</b>
1. Nombre de tests VIH.....	27
2. Types de médecins effectuant les dépistages et diagnostics.....	29
3. Diagnostics VIH par 1000 tests .....	31
4. Motifs et contextes des dépistages et diagnostics .....	33
<b>PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH</b> .....	<b>35</b>
<b>PERSONNES NON DIAGNOSTIQUÉES</b> .....	<b>35</b>
<b>PERSONNES EN SUIVI MÉDICAL</b> .....	<b>37</b>
1. Tendances générales.....	37
2. Données démographiques .....	38
3. Prise en charge médicale.....	41
<b>CONTINUUM DE SOINS</b> .....	<b>44</b>
<b>TRAITEMENTS PRÉVENTIFS DU VIH</b> .....	<b>46</b>
<b>PROPHYLAXIE PRÉ-EXPOSITION (PREP)</b> .....	<b>46</b>
1. Délivrance de la PrEP .....	46
2. Consultations PrEP .....	48
<b>PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION</b> .....	<b>49</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>52</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>55</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>77</b>

# RÉSUMÉ

---

## Personnes nouvellement diagnostiquées avec le VIH

En 2023, 665 nouveaux diagnostics de VIH ont été enregistrés en Belgique, soit 57 nouveaux diagnostics par million d'habitants, ce qui correspond à une moyenne de 1,8 nouveaux diagnostics par jour. Le nombre d'infections diagnostiquées en 2023 est en augmentation de 13 % par rapport à l'année 2022.

En 2023, 49 % des infections au VIH nouvellement enregistrées ont été diagnostiquées chez des hétérosexuels et 45 % chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). La consommation de drogues injectables a été rapportée pour 3 % des diagnostics de VIH, la transmission sexuelle chez des femmes transgenres pour 2 % et la transmission périnatale chez moins d'1 %.

Le taux de diagnostics du VIH le plus élevé est observé dans la région de Bruxelles.

- **Les hommes ayant des rapports sexuel avec des hommes**

En 2023, 297 nouveaux diagnostics de VIH ont été posés chez des HSH ; cela représente une augmentation de 16 % par rapport à 2022, la tendance à la baisse des années précédentes est interrompue.

Une augmentation de 14 % est observée chez les HSH de nationalité belge par rapport à 2022 ; ils représentaient 48 % des diagnostics de VIH chez les HSH ; 18 % avaient une autre nationalité européenne et 13 % une nationalité latino-américaine.

- **Les hommes et femmes hétérosexuels**

En 2023, 328 nouveaux diagnostics de VIH ont été posés chez des personnes hétérosexuelles ; il s'agit d'une augmentation de 13 % par rapport à 2022.

Chez les femmes, l'augmentation est observée chez les personnes belges et européennes. Chez les hommes, l'augmentation est observée chez les personnes d'Afrique subsaharienne et européennes.

Chez les femmes, l'infection par contact hétérosexuel reste principalement rapportée par des personnes d'Afrique subsaharienne (53 %), suivies par celles de nationalité belge (24 %) et de nationalités européennes (15 %). Parmi les hommes, 36 % avaient la nationalité belge, 29 % une nationalité africaine subsaharienne et 20 % une nationalité européenne.

Les femmes représentaient 70 % des diagnostics de VIH chez les personnes hétérosexuelles d'Afrique subsaharienne et 47 % chez celles de nationalité belge.

- **Diagnostics précoces et tardifs**

En 2023, 45 infections aiguës par le VIH ont été diagnostiquées.

Par contre, 32 % des diagnostics ont été posés tardivement. La proportion de diagnostics tardifs varie en fonction du mode de transmission : 46 % chez les hommes hétérosexuels, 39 % chez les femmes hétérosexuelles et 20 % chez les HSH.

## Personnes vivant avec le VIH

- **Estimation des personnes vivant avec le VIH non diagnostiquées**

Le nombre de personnes vivant avec une infection par le VIH non diagnostiquée en Belgique en 2023 est estimé à 1325 personnes ; depuis 2011, le nombre estimé de personnes avec une infection par le VIH non diagnostiquée semble diminuer de manière constante.

- **Personnes en suivi médical**

Au cours de l'année 2023, 18 703 personnes ont eu au moins un contact médical pour le suivi du VIH en Belgique. Une augmentation régulière du nombre de personnes en suivi est observée.

L'âge moyen des personnes avec le VIH en suivi médical augmente d'année en année ; les personnes âgées de 50 ans et plus en représentaient 51 % en 2023.

Les personnes avec le VIH en suivi médical en 2023, comme dans les années précédentes, sont en majorité des hommes (66 %). Parmi ceux-ci, 67 % ont mentionné une infection par contact homosexuel et 29 % par contact hétérosexuel. Parmi les femmes, 93 % ont été infectées par contact hétérosexuel.

Les personnes avec le VIH belges représentent un peu plus de la moitié (52 %) de la population en suivi médical et 78 % d'entre elles sont des hommes ; 28 % des personnes en suivi sont originaires d'Afrique subsaharienne dont principalement des femmes (66 %).

Parmi les personnes avec le VIH suivies dans les centres de référence VIH, 98 % recevaient un traitement antirétroviral avec un taux de succès virologique très élevé : 97 % des personnes sous traitement antirétroviral depuis au moins 6 mois avaient une charge virale contrôlée (<200 copies/ml).

- **Continuum des soins**

A la fin de 2023, le nombre de personnes vivant avec le VIH en Belgique est estimé à 18 690. De cette population vivant avec le VIH, 93 % étaient diagnostiquées ; parmi celles-ci, 95 % étaient sous traitement antirétroviral et parmi celles-ci, 98 % avaient une charge virale supprimée, soit 87 % de l'ensemble de ces personnes.

## Traitements préventifs du VIH

- **Prophylaxie pré-exposition (PrEP)**

En 2023, 8 727 personnes ont utilisé une PrEP ; cela représente une augmentation de 1795 personnes par rapport à 2022. Les hommes représentaient 99 % des utilisateurs de la PrEP ; 62 % étaient âgés de 30 à 49 ans.

En 2023, 2 867 personnes ont utilisé la PrEP pour la première fois, ce qui correspond à 33 % des utilisateurs de la PrEP. Parmi les 6 932 utilisateurs de la PrEP enregistrés en 2022, 1 484 (21 %) n'ont pas poursuivi l'utilisation de la PrEP en 2023.

- **Prophylaxie post-exposition (PEP)**

En 2023, 2 242 personnes ont reçu une prophylaxie post-exposition (PEP) pour le VIH. Les hommes représentaient 59 % des utilisateurs de PEP ; 38 % de ces personnes étaient âgées de 20 à 29 ans et 29 % de 30 à 39 ans.

Au total, 2 335 traitements de PEP ont été enregistrés, soit une diminution de 3 % par rapport à 2022.

Chez les HSH, 86 % des traitements PEP étaient dus à une exposition potentielle lors de rapports sexuels consensuels non rémunérés ; chez les hommes ayant des contacts hétérosexuels, les rapports sexuels consensuels non rémunérés (48 %) et rémunérés (45 %) étaient les plus fréquemment rapportés. Chez les femmes, le viol par un homme était le plus fréquemment rapporté (71 %).

# LA SURVEILLANCE DU VIH : CONTEXTE ET MÉTHODES

La surveillance épidémiologique de l'infection par le VIH existe depuis 1985 et repose sur l'enregistrement des diagnostics de VIH par Sciensano.

Depuis 2006, cette surveillance est renforcée par la collecte de données des personnes avec 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.

Sur la base des données de l'INAMI, le nombre de tests VIH effectués ainsi que les activités de dépistage des médecins sont également cartographiés. Enfin, à partir de 2018, le suivi des traitements préventifs du VIH (PEP et PrEP) a été inclus dans la surveillance du VIH.

## PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES AVEC LE VIH

La surveillance des diagnostics du VIH en Belgique est basée sur l'enregistrement des diagnostics de séropositivité au VIH par les laboratoires de référence sida qui réalisent les tests de confirmation.

Il existe en Belgique sept laboratoires de référence sida (voir annexe). Une de leurs tâches est de réaliser les tests de confirmation sur les sérums réactifs lors d'un test de dépistage. Étant donné que seuls ces laboratoires sont financés pour réaliser ces tests, l'enregistrement des confirmations de séropositivité donne une image complète du nombre total de personnes vivant avec le VIH diagnostiquées en Belgique. Les données récoltées ne nécessitent donc pas de correction pour sous-rapportage. Comme plusieurs tests de confirmation sont souvent réalisés pour un même patient, il existe un risque élevé de double enregistrement. Les analyses portent sur les données dont ont été exclus les doubles enregistrements. La base de données des diagnostics VIH est dynamique, c'est-à-dire qu'elle est remise à jour entièrement chaque année. Un ajustement du nombre de diagnostics de l'année précédente est fait suite au rapportage tardif de diagnostics (moins de 10).

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 en Belgique.

La surveillance du VIH repose sur le suivi des diagnostics de l'infection par le VIH comme dans d'autres pays européens. Afin de mieux décrire la dynamique de l'épidémie, une distinction a été faite entre les personnes diagnostiquées pour la première fois et celles qui avaient déjà été diagnostiquées auparavant à l'étranger. Les personnes présentant un des critères suivants lors du diagnostic ont été catégorisées comme ayant un diagnostic de VIH préexistant : une charge virale inférieure à 200 copies/ml (excepté si une infection aiguë a été détectée sur base des tests de laboratoire ou si le diagnostic a été posé dans le cadre d'une prise en charge pour PEP ou PrEP), le contrôle d'une séropositivité connue comme motif de test, la prise d'un traitement antirétroviral ou une date de séropositivité ancienne rapportée. Les autres personnes ont été catégorisées comme nouvellement diagnostiquées. Cette catégorisation est mise à jour chaque année pour toutes les données de diagnostic sur la base des dernières informations collectées.

## ESTIMATION DE LA POPULATION NON DIAGNOSTIQUÉE

Une importante limitation de la surveillance est qu'elle ne représente pas l'incidence réelle de l'infection par le VIH. Les nouveaux diagnostics de VIH enregistrés incluent des personnes infectées récemment comme des personnes infectées depuis plusieurs années, mais les personnes vivant avec le VIH qui ignorent leur infection ne sont pas incluses. En effet, après infection par le VIH, plusieurs années peuvent s'écouler 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, y compris celles qui ne sont pas (encore) diagnostiquées, est importante pour une meilleure compréhension de l'épidémie du VIH en Belgique.

Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) a développé un modèle, appelé 'HIV modelling tool', qui permet d'estimer le nombre de personnes non diagnostiquées vivant avec le VIH (1).

Cette méthode utilise des données collectées dans le cadre de la surveillance nationale du VIH, à savoir les diagnostics de VIH et de sida et le taux de lymphocytes CD4 au moment du diagnostic. Les données utilisées concernent les personnes diagnostiquées avec le VIH de type 1 entre 1980 et 2023 et âgées de 15 ans ou plus lors du diagnostic.

Le modèle 'HIV modelling tool' estime la situation actuelle en utilisant des données (historiques) existantes et inclut certaines hypothèses. Un tel modèle ne produit pas un résultat exact mais une estimation par année du nombre de personnes vivant avec le VIH non diagnostiquées.

Pour tenir compte du fait que les diagnostics de personnes nées hors de la Belgique sont souvent liés à une infection contractée dans le pays d'origine, le modèle ECDC est corrigé à l'aide d'un second modèle qui calcule le lieu d'infection le plus probable sur une base individuelle (2). Des changements soudains dans les activités de dépistage font partie des facteurs affectant la précision et la validité des estimations. Il est essentiel d'examiner les estimations en tenant compte des intervalles de confiance.

## COHORTE VIH : PERSONNES AVEC LE VIH EN SUIVI MÉDICAL

Grâce à l'introduction des traitements antirétroviraux en 1996, l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) s'est considérablement améliorée et la population des personnes VIH suivies 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.

Les mesures régulières de la charge virale dans le cadre du suivi médical des personnes avec le VIH sont effectuées par les laboratoires de référence sida. Ces laboratoires sont en charge de l'ensemble des mesures de charge virale pour toute PVVIH en suivi médical.

Les données de traitement, d'évolution immunologique et les diagnostics de sida sont enregistrés par les centres de référence VIH qui prennent en charge plus de 80% des personnes vivant avec le VIH en suivi médical. Il existe en Belgique 12 centres de référence VIH (voir annexe).

Ces deux sources de données permettent d'obtenir une image complète du nombre, du profil et de l'évolution de la population infectée par le VIH en suivi en Belgique.

## DÉPISTAGE DU VIH

Les tests de dépistage pour le VIH effectués en laboratoire et prescrits par un médecin sont remboursés par l'INAMI. Sur base des données de remboursements de l'INAMI, Sciensano obtient un aperçu annuel du nombre de tests VIH effectués, ces résultats sont présentés dans ce rapport. Cependant, l'analyse du nombre de tests VIH prescrits par type de spécialisation du médecin est basée sur le nombre de tests remboursés, ces données détaillées des tests effectués n'étant disponibles qu'avec un délai plus long, ce qui peut donner lieu à une petite différence par rapport au nombre de tests effectués. Les tests effectués dans le cadre du don de sang, ainsi que les tests rapides et les tests anonymes, ne sont pas inclus dans les résultats ci-après.

Par ailleurs, depuis 2016, les numéros INAMI des médecins ayant prescrit les tests qui ont conduit aux diagnostics de VIH sont rapportés par les laboratoires de référence sida. Cela permet donc une mise en perspective des activités de dépistage et de diagnostic des médecins.

## PROPHYLAXIE PRÉ-EXPOSITION (PREP)

Depuis le 1er juin 2017, le traitement de prévention du VIH, la prophylaxie pré-exposition (PrEP), est disponible en Belgique et remboursé aux personnes présentant un risque accru d'infection par le VIH par voie sexuelle. La PrEP peut être obtenue auprès des centres de référence VIH (CRV). Une consultation de suivi trimestrielle est prévue pour effectuer, entre autres, le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST).

### Groupes cibles éligibles au remboursement PrEP

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à haut risque d'infection VIH	Personnes à haut risque individuel
Personnes ayant eu des pratiques sexuelles anales non protégées avec au moins deux partenaires lors des derniers 6 mois	PWID (People who inject drugs) pratiquant l'échange de seringues
Personnes ayant eu plusieurs IST (syphilis, Chlamydia, gonorrhée ou une primo-infection de l'hépatite B ou C) durant l'année écoulée	Personnes travaillant dans la prostitution exposées à des pratiques sexuelles non protégées
Personnes qui ont eu recours à la PEP plusieurs fois par an	Personnes exposées de manière générale à des pratiques sexuelles non protégées avec un haut risque d'infection par le VIH
Personnes qui utilisent des substances psychoactives lors de leurs activités sexuelles	Partenaire d'un patient VIH positif sans suppression virale (nouvellement sous traitement ou pas de suppression virale avec un traitement adéquat

Source: Arrêté ministériel 16 juin 2017. Remboursement de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) pour le VIH.

Les données de remboursement d'emtricitabine/tenofovir comme PrEP pour le VIH achetés dans une pharmacie belge sont disponibles auprès de Pharmanet. Il s'agit de données agrégées comprenant le sexe, l'âge, le lieu de résidence (province) et le nombre de comprimés achetés par année depuis 2018.

- Les initiateurs de la PrEP sont définis comme des personnes qui ont acheté au moins une boîte (30 ou 90 comprimés) d'emtricitabine/ ténofovir comme PrEP au cours de l'année étudiée et qui n'en avaient pas achetés au cours des années précédentes.
- Les personnes ayant arrêté la PrEP sont définis comme des personnes qui n'ont pas acheté d'emtricitabine/tenofovir comme PrEP au cours de l'année étudiée alors qu'elles l'avaient fait l'année précédente.
- En fonction du nombre de comprimés achetés par an, les utilisateurs de la PrEP sont divisés en plusieurs catégories : utilisateurs occasionnels (30 à 90 comprimés) , utilisateurs fréquents (120 à 270 comprimés) , utilisateurs quotidiens (300 comprimés ou plus).

Des données agrégées sont recueillies auprès des 12 centres de référence VIH. Elles concernent le nombre et le profil des personnes qui ont initié une PrEP, le régime choisi lors de l'initiation, le nombre d'épisodes d'IST diagnostiquées au cours du suivi, la prise de substances psychoactives pendant les activités sexuelles (chemsex).

## PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION (PEP)

La prophylaxie post-exposition (PEP ou TPE (traitement post-exposition)) est un traitement antirétroviral à court terme visant à réduire le risque d'infection par le VIH après une exposition accidentelle. Il peut être prescrit en cas d'exposition professionnelle (blessure par piqûre d'aiguille) ou d'exposition par des rapports sexuels non protégés ou le partage d'aiguilles (consommateurs de drogues injectables). La PEP peut être obtenue dans un hôpital disposant d'un centre de référence VIH ou dans un Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles.

La PEP doit être initiée le plus rapidement possible, au plus tard 72 heures après l'exposition au risque. Un traitement PEP complet implique un traitement antirétroviral standard de 28 jours. Après un traitement PEP complet, un test VIH est effectué 30 et 90 jours après l'exposition pour déterminer s'il y a ou non une infection par le VIH.

Depuis 2009, la PEP est remboursée par l'assurance obligatoire soins de santé à condition que le coût du traitement ne soit pas pris en charge par une assurance accidents du travail, ni par le Fonds des maladies professionnelles, ni par aucune autre assurance en Belgique ou à l'étranger. L'arrêté royal du 26 décembre 2015 (MB du 29-12-2015) stipule que les traitements PEP éligibles au remboursement doivent être enregistrés par les centres de référence VIH dans une base de données nationale. Le premier enregistrement de données sur la PEP concerne les données de l'année 2018.

## IMPUTATION DES DONNÉES MANQUANTES

Parfois, des informations importantes sur les personnes avec le VIH, telles que la nationalité, le mode d'infection probable ou la région de résidence, sont absentes des données enregistrées. Comme cela complique l'interprétation des tendances épidémiologiques, nous utilisons l'imputation multiple (IM). L'IM est une méthode statistique permettant de compléter les données manquantes. Les imputations sont basées sur un modèle où chaque variable avec des données manquantes est modélisée à partir des autres variables. L'algorithme MICE (3) du logiciel statistique R est utilisé pour effectuer les imputations. Pour ce rapport, 20 ensembles de données imputées ont été créés, chaque statistique a été calculée dans chaque ensemble de données complet et la moyenne de chaque statistique a été calculée sur ces 20 ensembles de données ; les figures et les tableaux ne montrent que cette moyenne pour faciliter la lecture, mais il est important de noter qu'il y a une certaine incertitude sur cette moyenne.

Les pourcentages de données manquantes pour les variables clés des nouveaux diagnostics de VIH en 2023, pour lesquelles une imputation a été effectuée, sont les suivants : sexe (0,2 %), âge (0,4 %), lieu de résidence (4,0 %), nationalité (18,9 %), mode d'infection probable (24,6 %), stade clinique au moment du diagnostic (46,6 %), nombre de CD4 (30,0 %) et charge virale (24,8 %). Pour les personnes avec le VIH en suivi médical, les proportions de données manquantes étaient les suivantes en 2023 : sexe (0,0 %), âge (< 0,1 %), année de diagnostic du VIH (3,0 %), nationalité (7,1 %), mode d'infection probable (9,1 %).

# DIAGNOSTICS ET DÉPISTAGE DU VIH

## PERSONNES NOUVELLEMENT DIAGNOSTIQUÉES AVEC LE VIH

### 1. TENDANCES GÉNÉRALES

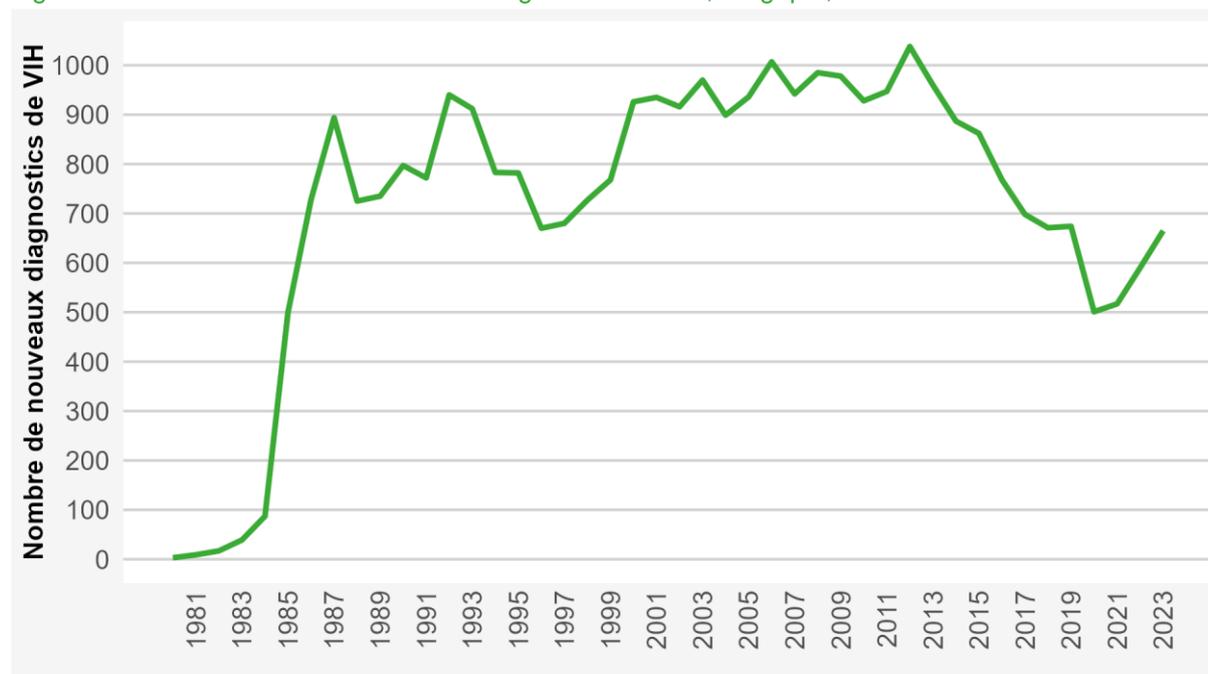
En 2023, 665 nouveaux diagnostics d'infection par le VIH ont été posés en Belgique, soit 57 nouveaux diagnostics par million d'habitants ce qui correspond à une moyenne de 1,8 nouveaux diagnostics par jour. Le nombre d'infections diagnostiquées en 2023 est en augmentation de 13 % par rapport à l'année 2022. Une augmentation du nombre de nouveaux diagnostics est constatée sur les 3 dernières années, elle fait suite à une diminution régulière dans les années qui ont précédé la pandémie de COVID-19. Le nombre de diagnostics en 2023 est comparable à celui de la dernière année pré-COVID (-1,3 % par rapport à 2019).

Les personnes diagnostiquées avec le VIH en 2023 avaient une infection VIH de type 1, à l'exception de 3 personnes qui avait une infection de type 2.

Depuis 1986, le nombre de nouvelles infections VIH diagnostiquées dans le pays a fluctué entre 1,4 et 2,8 nouveaux diagnostics par jour en moyenne. Le nombre le plus élevé de diagnostics a été observé en 2012 avec 1 038 nouveaux diagnostics et le plus bas en 2020 avec 501 diagnostics.

Au 31 décembre 2023, et depuis le début de l'épidémie, un total de 31 770 personnes ont été diagnostiquées séropositives pour le VIH (Figure 1; Tableau 1).

Figure 1 : Nombre annuel de nouveaux diagnostics de VIH, Belgique, 1980-2023



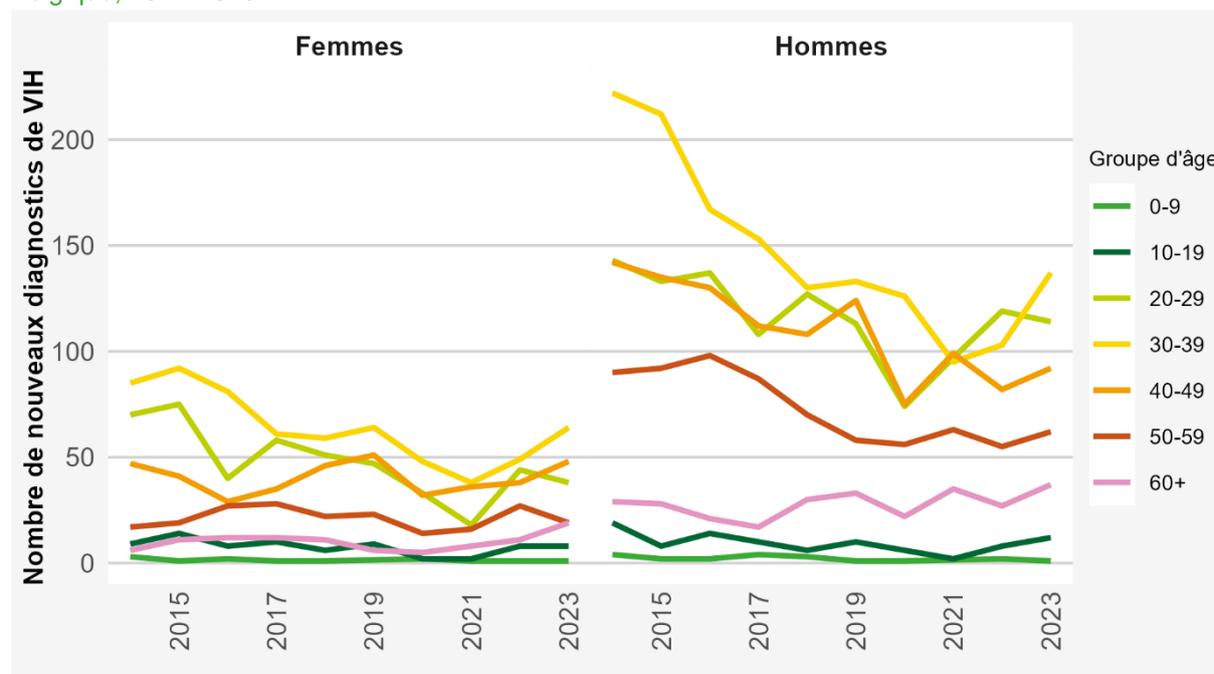
## 2. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

La proportion d'hommes parmi les personnes diagnostiquées avec le VIH était de 70 % en 2023. En comparaison à 2022, le nombre de nouveaux diagnostics a augmenté de 10 % chez les femmes et de 15 % chez les hommes ; les nombres sont similaires à 2019 (-1,5 % chez les femmes et -3,6 % chez les hommes). En 2023, 13 (2,0 %) diagnostics ont été posés chez des personnes transgenres, toutes étaient des femmes transgenres<sup>1</sup>.

Les personnes de 20 à 49 ans représentaient 76 % des diagnostics de séropositivité en 2023, 21 % étaient âgées de 50 ans et plus, 3 % de 15 à 19 ans et <1 % de moins de 15 ans.

Chez les hommes, l'augmentation est observée dans toutes les tranches d'âge à l'exception des 20-29 ans. Chez les femmes, l'augmentation du nombre de diagnostics par rapport à 2022 est observée principalement chez les personnes âgées de 30 à 49 ans, ainsi que chez les plus de 60 ans. La moyenne d'âge lors du diagnostic était de 40 ans chez les hommes et les femmes adultes. En 10 ans, la moyenne d'âge des adultes diagnostiqués s'est élevée de 1,7 ans.

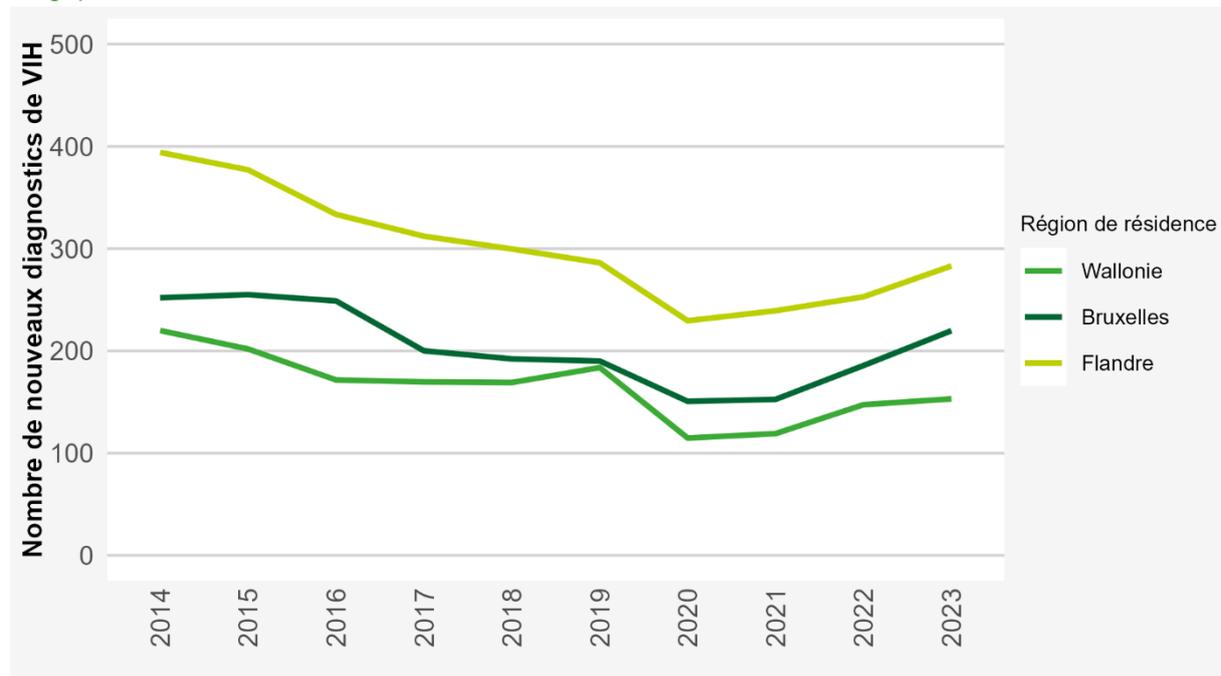
Figure 2 : Évolution du nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH par âge et sexe, Belgique, 2014-2023



Parmi les personnes diagnostiquées en 2023, 43 % résidaient en Flandre, 33 % à Bruxelles, et 23 % en Wallonie (1 % avaient un lieu de résidence en dehors de la Belgique). L'augmentation des diagnostics au cours des 3 dernières années est observée dans les 3 régions (Figure 3; Tableaux 3 à 6).

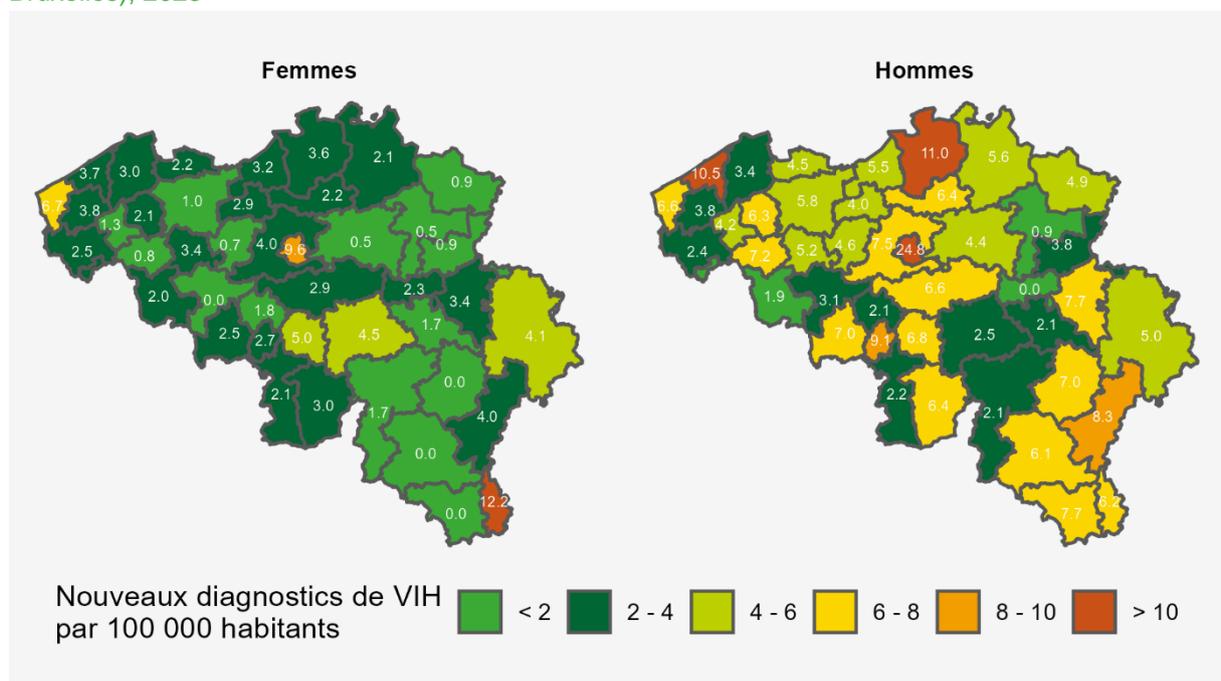
<sup>1</sup> Les résultats par sexe présentés dans ce rapport n'incluent pas les personnes transgenres.

Figure 3 : Évolution du nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH par région de résidence, Belgique, 2014-2023



Le nombre de diagnostics de VIH effectués en 2023 par 100 000 habitants par sexe et arrondissement est illustré dans la Figure 4. Globalement les taux de diagnostics de VIH les plus élevés sont rencontrés dans la région de Bruxelles (18 / 100 000), suivie des arrondissements d'Arlon (9 / 100 000) et d'Anvers (8 / 100 000). Les taux les plus élevés chez les hommes sont observés dans la région de Bruxelles, suivie des arrondissements d'Anvers, et d'Oostende. Chez les femmes, c'était également à Arlon que l'on a observé le taux le plus élevé, suivi de Bruxelles et de Veurne.

Figure 4 : Nombre de diagnostics VIH par 100 000 habitants par sexe et arrondissement (et Région de Bruxelles), 2023

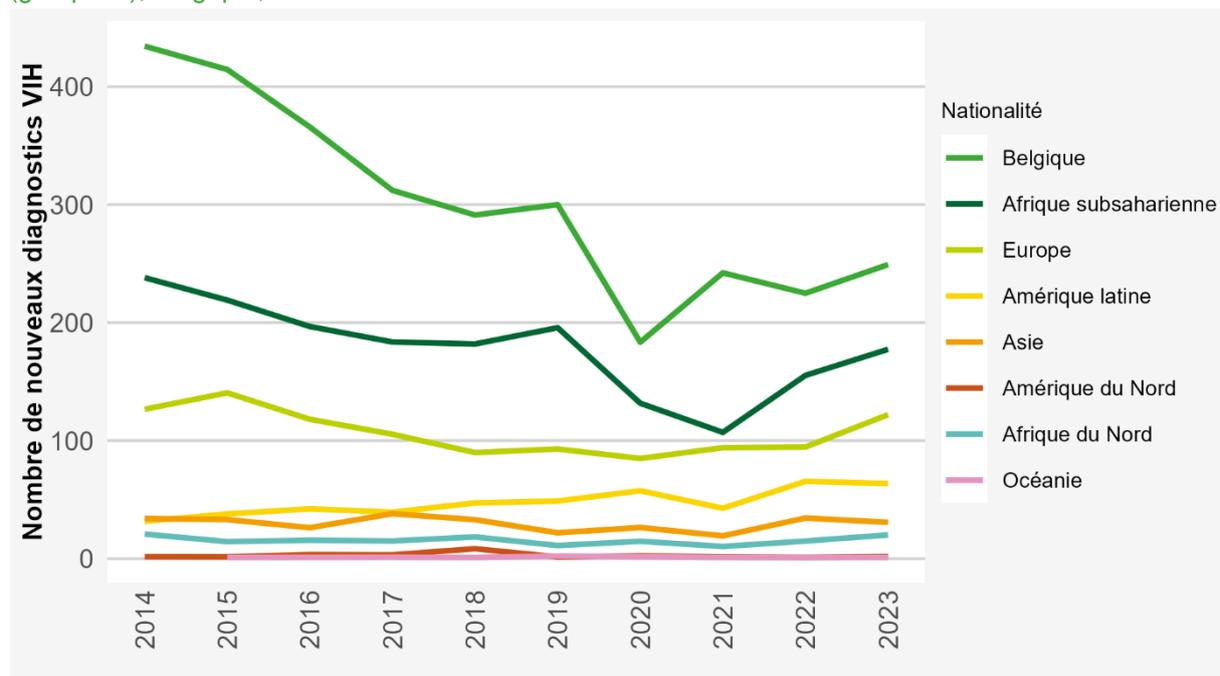


Les communes belges sont catégorisées en trois types en fonction de leur degré d'urbanisation (4): villes (zones densément peuplées), agglomérations et banlieues (zones de densité intermédiaire) et zones rurales (zones faiblement peuplées). En 2023, le nombre de diagnostic VIH était plus élevé dans les villes (11 diagnostics par 100 000 habitants) que dans les agglomérations (3 diagnostics par 100 000 habitants) ou dans les zones rurales (3 diagnostics par 100 000 habitants). Les taux de diagnostics plus élevés à Bruxelles et Anvers semblent donc liés à leur caractère urbain. De plus Bruxelles présente des caractéristiques spécifiques comme capitale.

En 2023, la distribution suivante a été observée pour les nationalités : 249 personnes (37 %) étaient de nationalité belge ; 177 (27 %) de nationalités d'Afrique sub-saharienne ; 122 (18 %) étaient d'autres nationalités européennes ; 64 (10 %) d'Amérique latine, 31 (5 %) de nationalités asiatiques et 23 (3 %) d'autres nationalités (Figure 5; Tableau 7). Parmi les personnes de nationalité latino-américaine, 9 étaient des femmes transgenres.

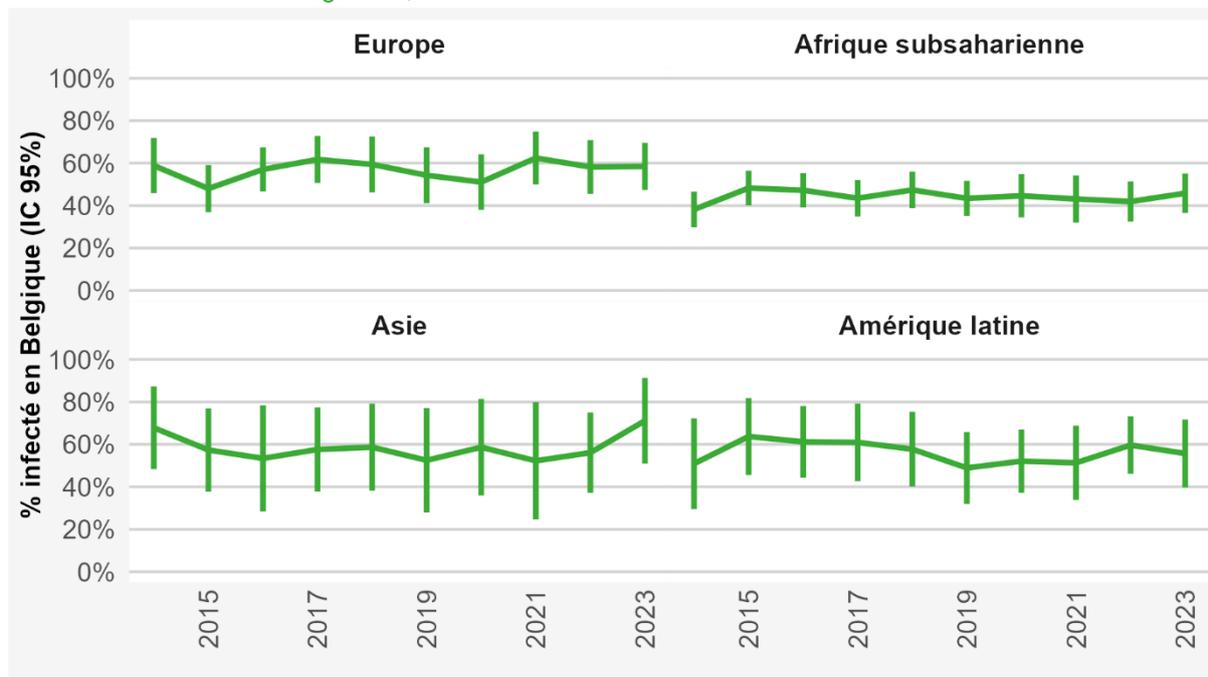
En 2023, une augmentation du nombre de diagnostics est observée chez les Belges (+11 %). Chez les personnes de nationalités d'Afrique subsaharienne, l'augmentation observée en 2022 se poursuit (+14 % par rapport à 2021), alors qu'en 2020 et 2021 le nombre de diagnostics étaient au plus bas. Une augmentation du nombre de diagnostics parmi les Européens est observée (+28 %). Entre 2022 et 2023, on observe de petites fluctuations chez les Latino-Américains (-2 diagnostics), chez les Asiatiques (-3 diagnostics) et chez les Nord-Africains (+5 diagnostics).

Figure 5 : Évolution du nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH par nationalités (groupées), Belgique, 2014-2023



Un modèle statistique (2) appliqué aux personnes nées à l'étranger permet d'estimer si l'infection par le VIH a été contractée avant ou après la migration en Belgique. Sur base de ce modèle, on estime qu'en 2023 46 % (IC 95 % [37 - 55]) des personnes d'Afrique subsaharienne nouvellement diagnostiquées ont été infectées en Belgique. Parmi les personnes européennes, asiatiques et latino-américaines, cette proportion était respectivement de 58 % (IC 95 % [47 - 70]), 71 % (IC 95 % [51 - 91]) et 56 % (IC 95 % [40 - 72]) (Figure 6).

Figure 6: Estimation du pourcentage de personnes nées à l'étranger infectées en Belgique par nationalité et année de diagnostic, 2014-2023

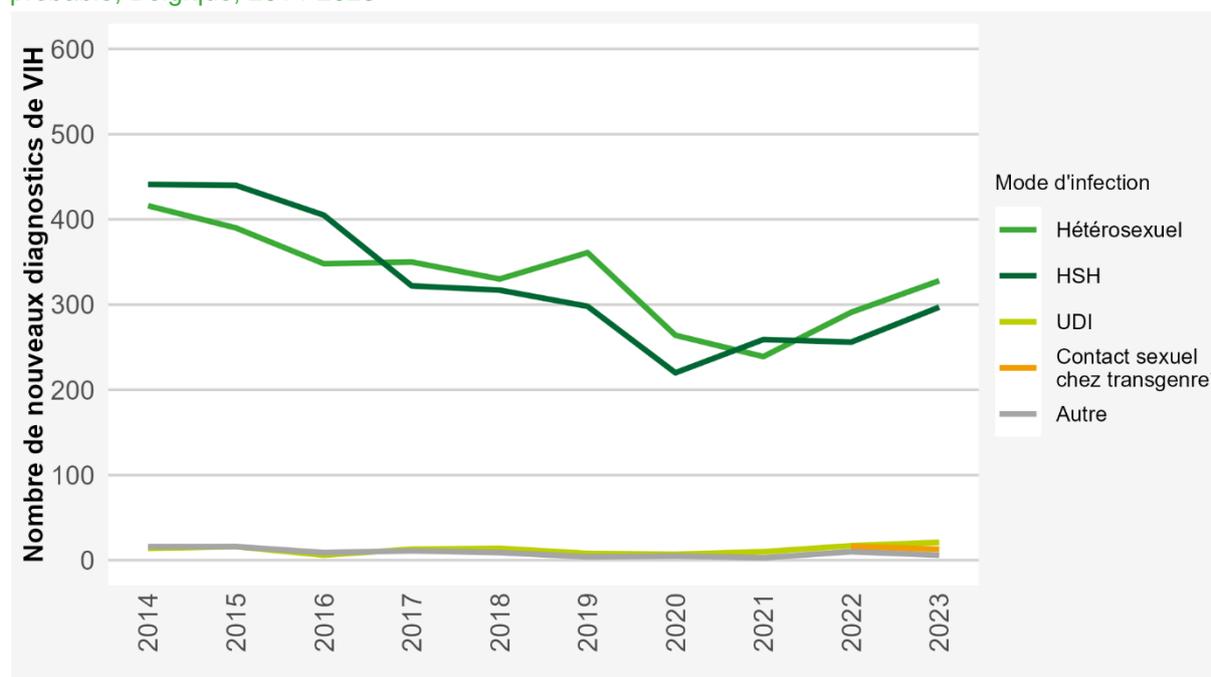


### 3. MODES D'INFECTION PROBABLES

En 2023, 49 % (N=328) des personnes diagnostiquées ont été infectées par des rapports hétérosexuels (96 % des femmes ; 31 % des hommes), 45 % (N=297) par des rapports sexuels entre hommes, 3 % (N=21) par usage de drogues injectables, 2 % (N=13) par des rapports sexuels chez des femmes transgenres (8 ont rapporté des rapports sexuels avec des hommes et 5 ont rapporté des rapports sexuels avec des hommes et des femmes) et <1 % par transmission périnatale (N=4).

L'augmentation des diagnostics est observée chez les hommes et femmes hétérosexuels et chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) : +13 % par rapport à 2022 chez les hétérosexuels et +16 % chez les HSH. (Figure 7).

Figure 7 : Évolution du nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH par mode d'infection probable, Belgique, 2014-2023



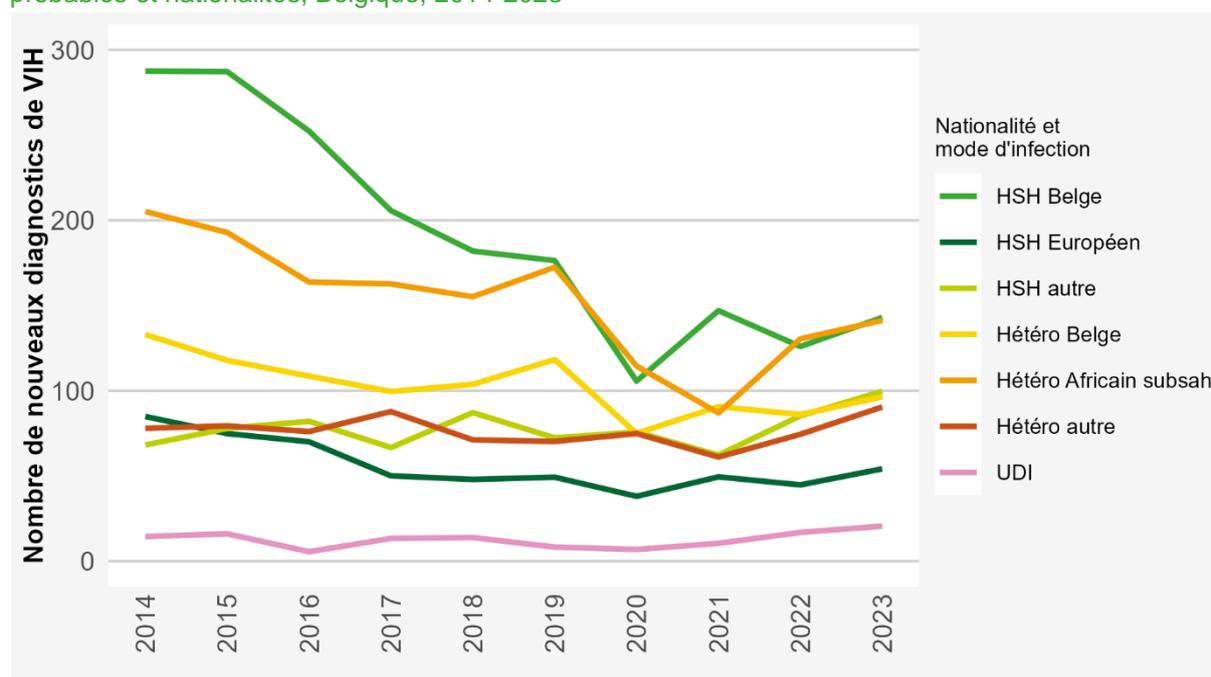
\* L'information sur les contacts sexuels chez les personnes transgenres est disponible depuis 2022

Actuellement, l'épidémie du VIH en Belgique est moins dominée par les deux populations historiquement les plus infectées, à savoir d'une part les HSH de nationalité belge et d'autre part les personnes qui ont contracté le virus via des rapports hétérosexuels et provenant de pays d'Afrique subsaharienne (Figure 8). Les profils des personnes diagnostiquées sont désormais plus diversifiés.

Tant chez les HSH que les personnes infectées par voie hétérosexuelle, la distribution des nationalités a sensiblement évolué au cours du temps :

- En 2023, la nationalité belge est rapportée pour 48 % des HSH diagnostiqués, une proportion en forte diminution par rapport aux années précédentes (66 % en 2014) (Figure 8).
- Parmi les personnes infectées par voie hétérosexuelle, les nationalités africaines subsahariennes représentent 43 % des cas en 2023 (49 % en 2014) (Figure 8).

Figure 8 : Évolution du nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH par modes d'infection probables et nationalités, Belgique, 2014-2023



## 4. LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES

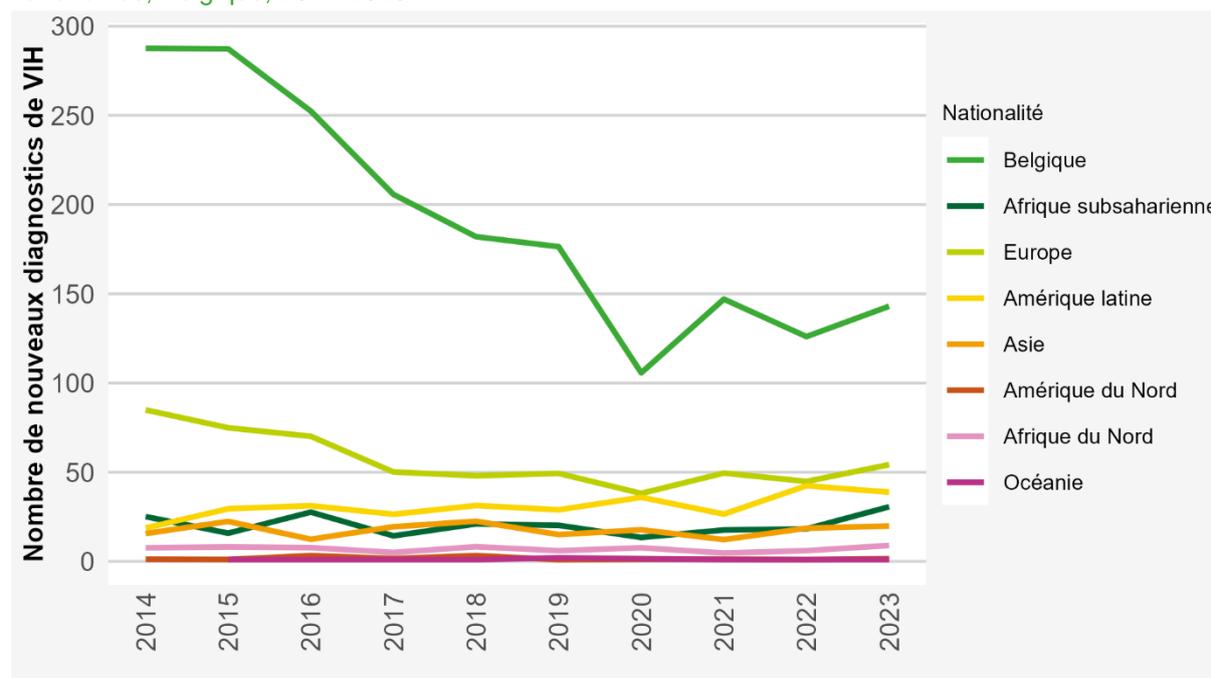
Le nombre d'infections (N= 297) rapportées en 2023 chez les HSH est de 16 % supérieur à celui de l'année 2022. Parmi ceux-ci 47 (16 %) hommes ont rapporté également des contacts sexuels avec des femmes.

Les personnes de nationalité belge représentent 48% (N=143) des HSH diagnostiqués en 2023. Le nombre de diagnostics chez des HSH belges a augmenté de 14 % par rapport à 2022 ; après la diminution observée durant les années précédant la pandémie de COVID-19, une tendance à la hausse est présente depuis 2020 (Figure 9).

Pour les HSH d'autres nationalités, on observe une légère augmentation des diagnostics chez les européens (+ 21 % (+ 9 diagnostics)) et personnes d'Afrique subsaharienne (+ 68 % (+ 12 diagnostics)). En 2023, les HSH européens représentaient 18 % (N=54) des diagnostics chez les HSH, 13 % (N=39) étaient de nationalité latino-américaine et 10 % (N=31) de nationalité africaine subsaharienne.

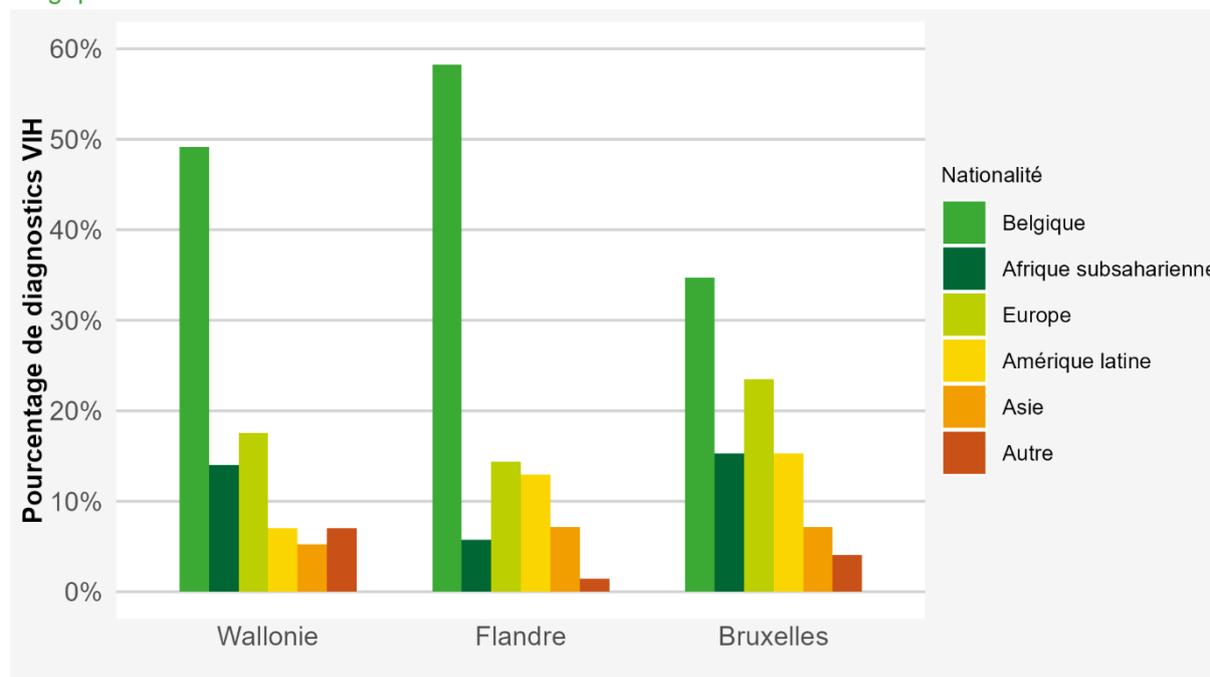
Les nationalités étrangères les plus fréquemment rapportées chez les HSH diagnostiqués en 2023 sont les suivantes : Brésil (7 %), Portugal (3 %), Cameroun (3 %) et France (3 %).

Figure 9 : Évolution du nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH chez les HSH par nationalités, Belgique, 2014-2023



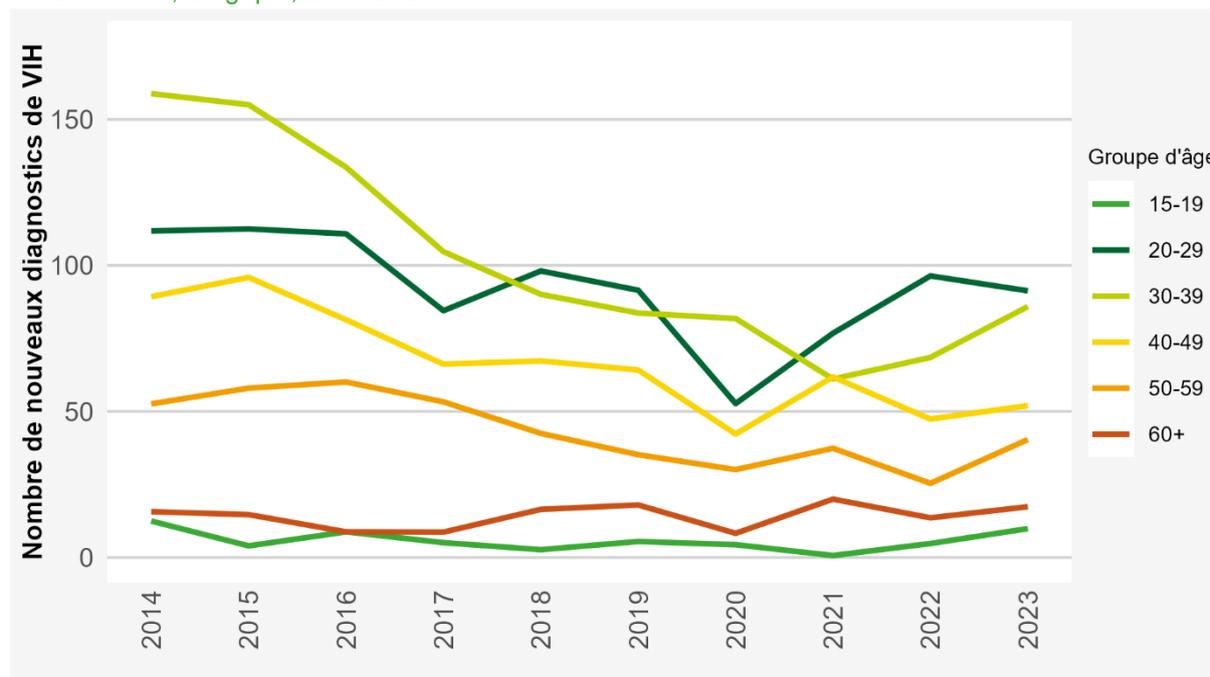
Les nationalités étrangères sont proportionnellement beaucoup plus représentées à Bruxelles que dans les deux autres régions. Les HSH de nationalités autres que belge constituent 65 % des diagnostics à Bruxelles, alors qu'ils en représentent 42 % en Flandre et 51 % en Wallonie (Figure 10). Les évolutions par régions, nationalités et groupes d'âge sont présentées dans les Tableaux 9 à 11 en annexe.

Figure 10 : Distribution (%) des nationalités des HSH diagnostiqués en 2023 par région de résidence, Belgique



L'âge moyen au moment du diagnostic a légèrement augmenté chez les HSH entre 2022 et 2023 (36,2 ans vs 37,6 ans). En comparaison à 2022, on constate en 2023 une augmentation des diagnostics dans presque tous les groupes d'âge et en particulier chez les 30-39 ans. C'est seulement chez les 20-29 ans, que le nombre de diagnostics est stabilisé après une augmentation importante au cours des deux années précédentes. Les personnes âgées de 20 à 29 ans représentaient 31 % du nombre de diagnostics en 2023, 29 % avaient entre 30 et 39 ans, 37 % avaient 40 ans et plus et 3 % avaient moins de 20 ans (Figure 11 ; Tableaux 8 à 11).

Figure 11 : Évolution du nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH par groupes d'âge chez les HSH, Belgique, 2014-2023



## 5. LES FEMMES ET LES HOMMES HÉTÉROSEXUELS

Le nombre de diagnostics (N= 328) rapportés en 2023 chez les personnes hétérosexuelles a augmenté de 13 % par rapport à 2022.

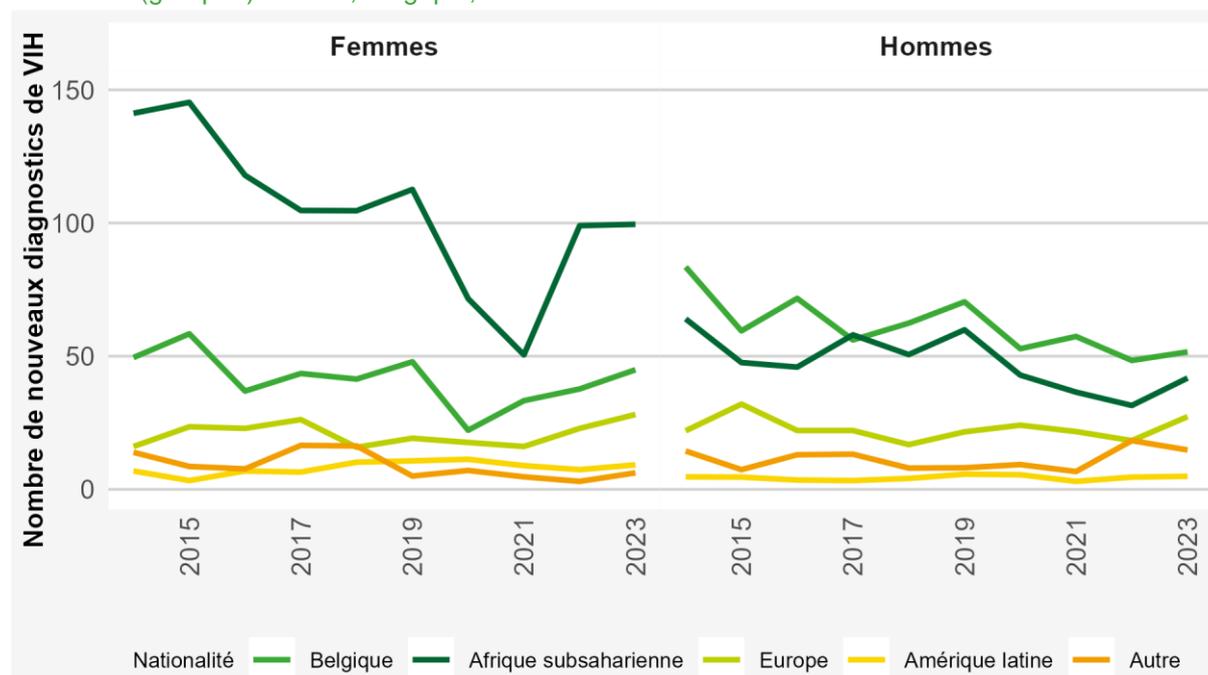
Une augmentation a été observée parmi les femmes de nationalité belge et d'autres nationalités européennes (respectivement +19 % et +23 % par rapport à 2022). Chez les femmes d'Afrique subsaharienne, le nombre de diagnostics est resté stable après une augmentation importante en 2022. Chez les hommes, les nombres de diagnostics étaient stables chez les Belges et une augmentation était observée chez les hommes d'Afrique subsaharienne et d'Europe (+ 33 % et + 49 % par rapport à 2022) (Figure 12).

Chez les femmes, l'infection par contact hétérosexuel reste principalement rapportée par des personnes d'Afrique subsaharienne (53 % ; N=100). Par ailleurs, 24 % (N=45) des femmes hétérosexuelles diagnostiquées en 2023 étaient de nationalité belge, 15 % (N=28) de nationalité européenne et 9 % (N=16) d'autres nationalités. Parmi les hommes hétérosexuels, 36 % (N=52) avaient la nationalité belge, 29 % (N=42) avaient la nationalité africaine subsaharienne, 20 % (N=27) la nationalité européenne et 15 % (N=22) d'autres nationalités (Figure 12).

Les femmes représentaient en 2023, 70 % des diagnostics posés chez des hétérosexuels d'Afrique subsaharienne et 47 % des personnes hétérosexuelles de nationalité belge (Figure 12; Tableau 12).

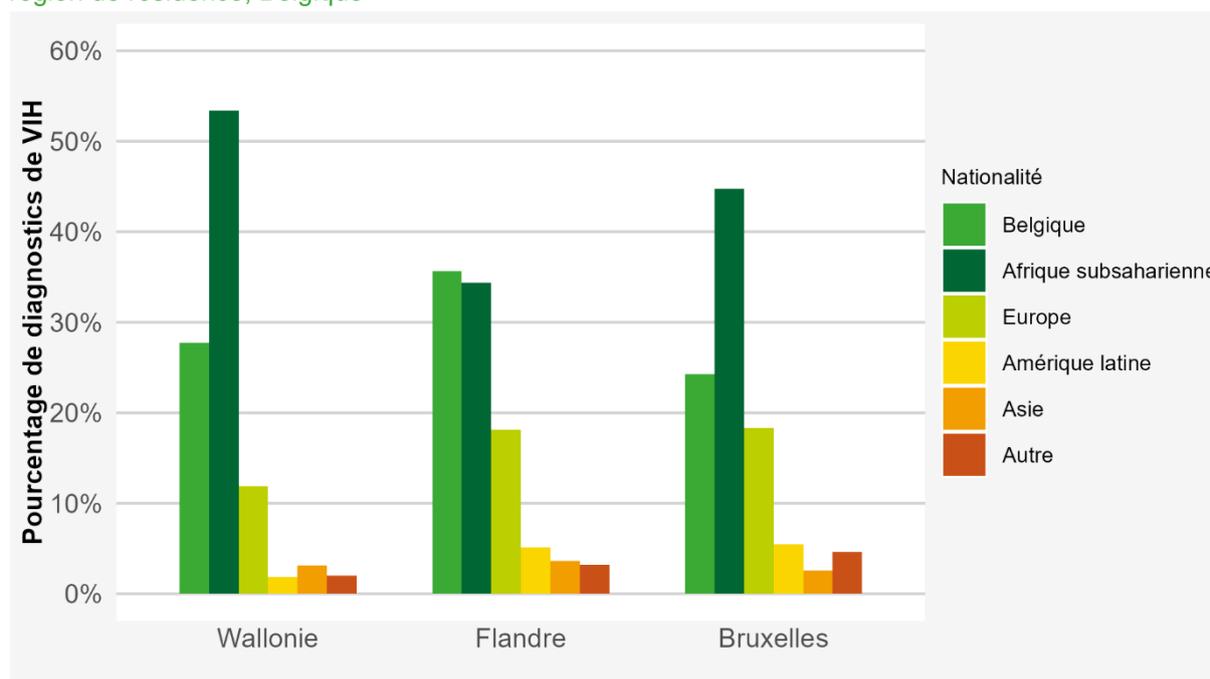
Les nationalités étrangères les plus fréquemment rapportées étaient les suivantes : Cameroun (15 %), République démocratique du Congo (5 %), Côte d'Ivoire (4 %) et Ukraine (4 %).

Figure 12 : Nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH chez les adultes hétérosexuels par nationalité (groupée) et sexe, Belgique, 2014- 2023



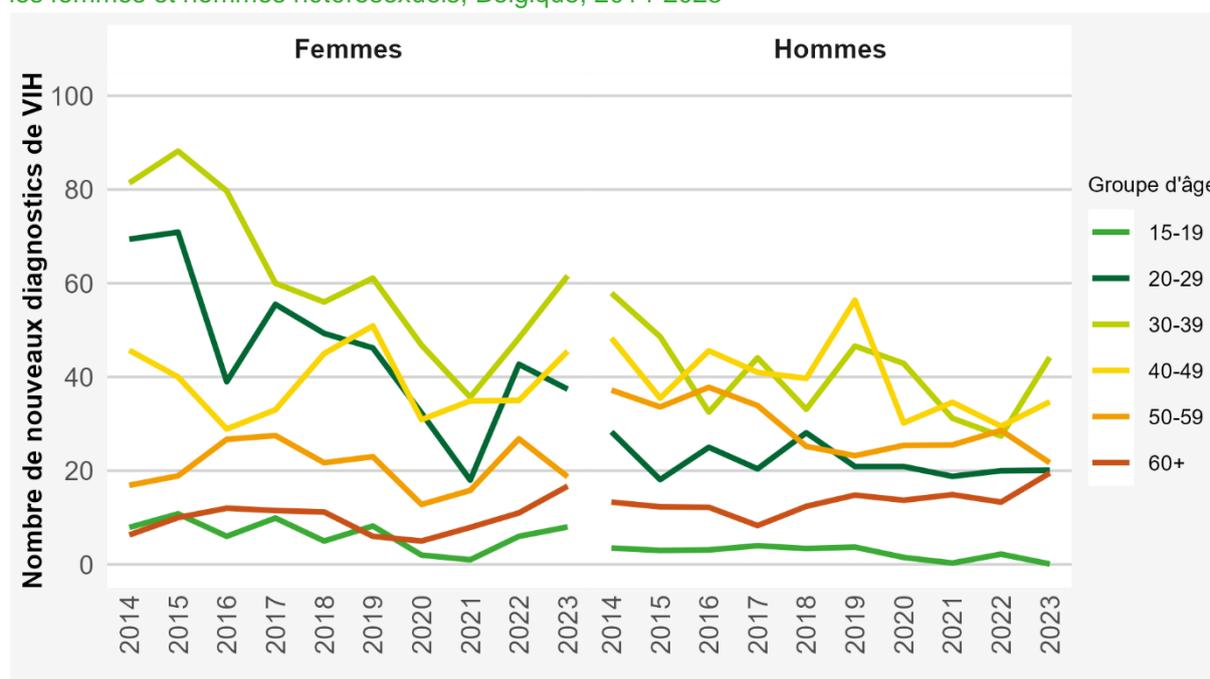
Les nationalités étrangères sont proportionnellement plus représentées à Bruxelles (76 %) et en Wallonie (72 %) qu'en Flandre (64 %) (Figure 13; Tableau 13 à 15).

Figure 13 : Distribution des nationalités des personnes hétérosexuelles diagnostiquées en 2023 par région de résidence, Belgique



L'âge moyen au moment du diagnostic a augmenté chez les femmes hétérosexuelles (39 ans en 2022 vs 40 ans en 2023) et est resté stable à 44 ans chez les hommes. Chez les femmes, le nombre de nouveaux diagnostics a augmenté chez les 30-49 ans (+ 29 %) et chez les plus de 60 ans (+ 52 %). Chez les hommes, les nombres de diagnostics ont augmenté dans les mêmes groupes d'âge (+ 39% chez les 30-49 ; + 47 % chez les 60+). Parmi les femmes hétérosexuelles diagnostiquées en 2023, 20 % avaient de 20 à 29 ans, 33 % entre 30 et 39 ans, 43 % étaient âgés de 40 ans et plus, et 4 % avaient entre 15 et 19 ans. Et parmi les hommes, 14 % avaient de 20 à 29 ans, 31 % entre 30 et 39 ans, 53 % étaient âgés de 40 ans et plus, et <1 % avaient entre 15 et 19 ans. (Figure 14).

Figure 14 : Evolution du nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH par groupe d'âge chez les femmes et hommes hétérosexuels, Belgique, 2014-2023



## 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 bas que l'infection est avancée. Il est généralement situé aux environs de 1000 CD4/mm<sup>3</sup> chez les personnes en bonne santé et inférieur à 200/mm<sup>3</sup> chez les personnes infectées par le VIH lors du passage au stade sida. Selon la définition de consensus internationale, un diagnostic d'infection est considéré comme tardif lorsque le taux de lymphocytes CD4 est inférieur à 350 CD4/mm<sup>3</sup> ou lorsqu'un sida clinique est présent au moment du diagnostic VIH, et qu'il n'y a pas d'indication d'infection récente (5).

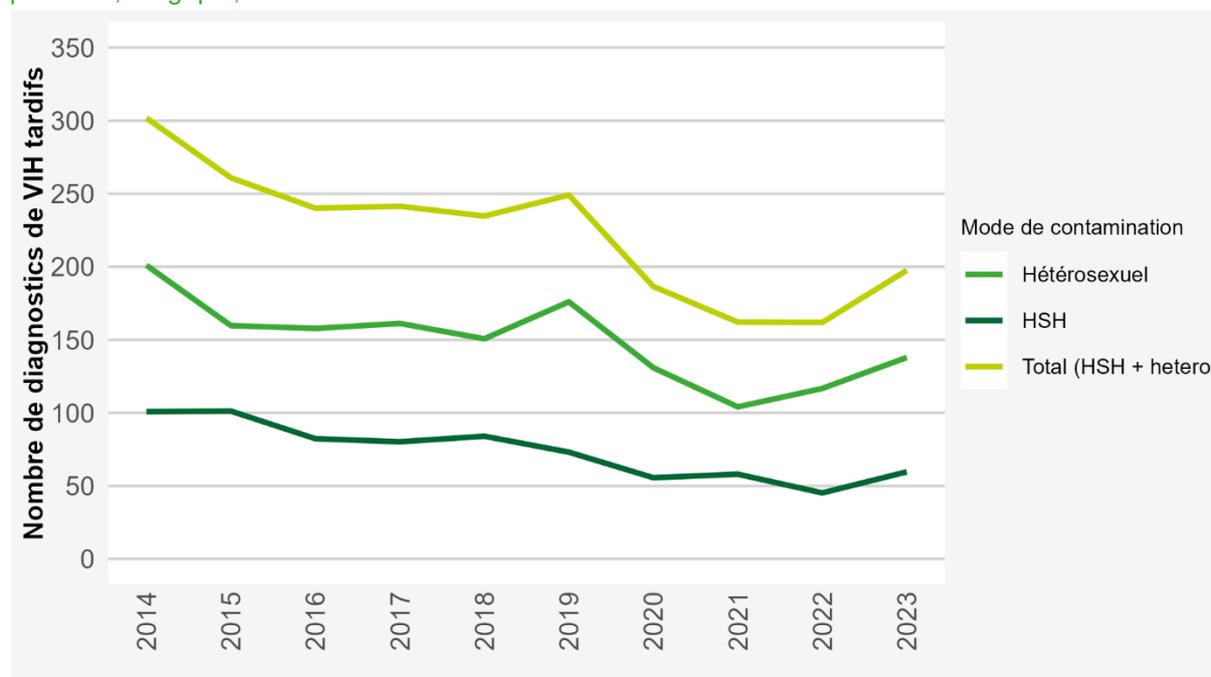
Le taux moyen de CD4 au moment du diagnostic était de 450 CD4/mm<sup>3</sup> en 2023. Ce taux a progressé au cours du temps : il était de 426 CD4/mm<sup>3</sup> en 2014.

### DIAGNOSTICS TARDIFS

En 2023, 32 % des infections diagnostiquées étaient des infections diagnostiquées tardivement ; une baisse de la proportion de diagnostics tardifs a été observée après 2000 ; ces dernières années, la proportion est restée stable (35 % en 2014). La proportion de diagnostics tardifs varie en fonction du mode d'infection : en 2023, elle était de 46 % chez les hommes hétérosexuels, 39 % chez les femmes hétérosexuelles et 20 % chez les HSH.

En 2023, on constate une légère augmentation du nombre de diagnostics tardifs du VIH chez les hétérosexuels et chez les HSH (Figure 15).

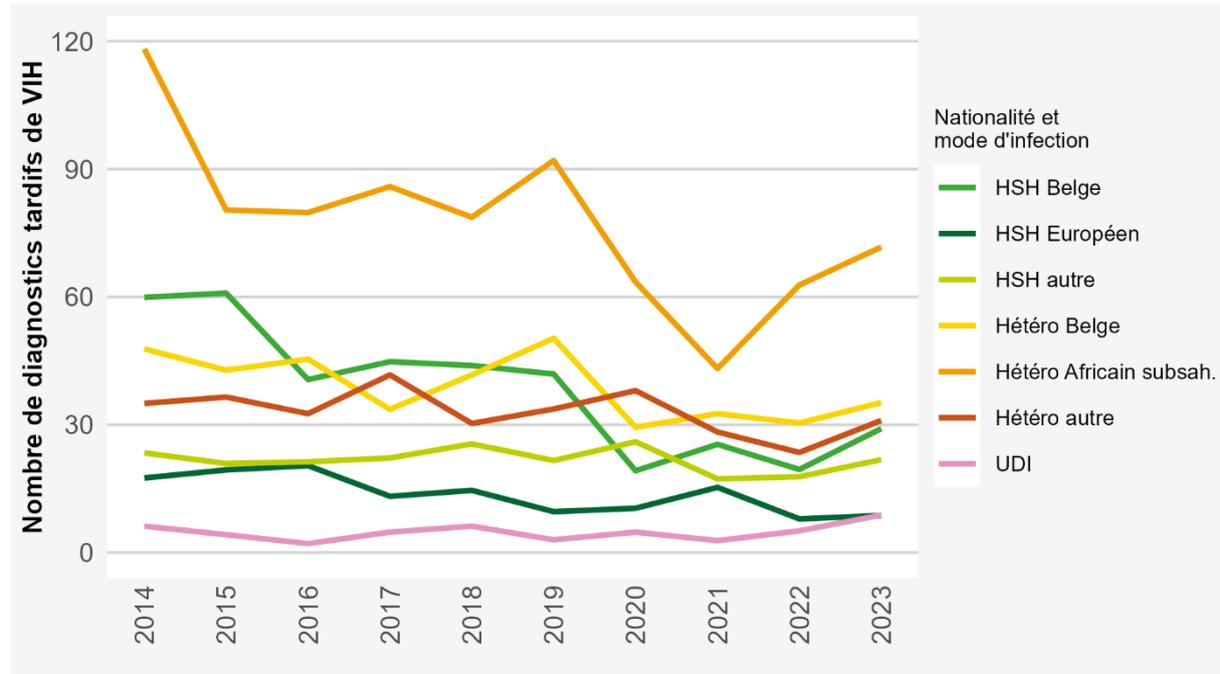
Figure 15 : Évolution du nombre d'infections VIH diagnostiquées tardivement par mode d'infection probable, Belgique, 2014-2023



En 2023, parmi les diagnostics chez les hommes hétérosexuels d'Afrique subsaharienne, 57 % étaient tardifs et 48 % parmi les femmes hétérosexuelles d'Afrique subsaharienne. Parmi les hommes et les femmes belges hétérosexuels, respectivement 43 % et 29 % des diagnostics étaient tardifs et 20 % parmi les HSH belges.

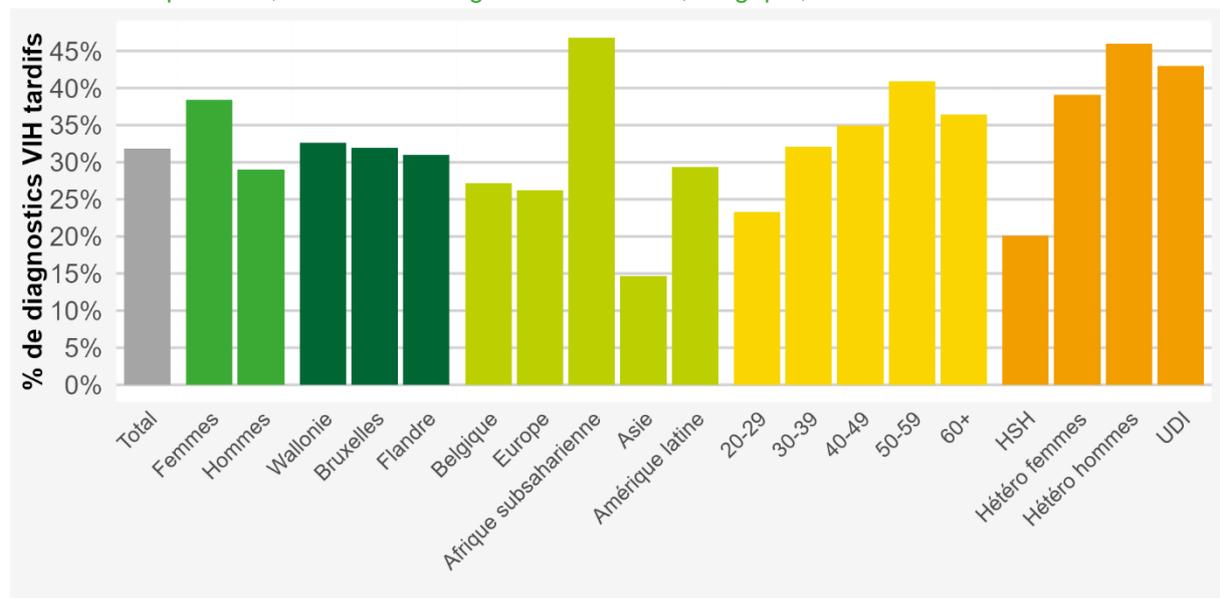
Une augmentation du nombre de diagnostics tardifs est observée dans toutes les populations (Figure 16).

Figure 16 : Évolution du nombre d'infections VIH diagnostiquées tardivement par nationalités groupées et mode d'infection, Belgique, 2014-2023



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 (Figure 17; Tableau 16).

Figure 17 : Proportion d'infections VIH qui ont été diagnostiquées tardivement par sexe, âge, voie de transmission probable, nationalité et région de résidence, Belgique, 2023



Une analyse multivariée réalisée sur la période 2019-2023 montre qu'un diagnostics tardif est associé au sexe masculin (vs. femme : OR = 1,3,  $p = 0,03$ ), à un âge plus élevé (vs. la catégorie des 20-29 ans : OR= 1,4 pour les 30-39 ans, OR = 1,8 pour les 40-49 ans, OR = 2,0 pour les 50-59 ans et OR = 2,3 pour les 60 plus ; tous  $p < 0,05$ ), l'infection par voie hétérosexuelle (vs. HSH : OR = 2,7,  $p < 0,001$ ), l'infection par usage de drogues injectables (vs. HSH : OR=2,5,  $p = 0,01$ ) et une nationalité étrangère (vs. nationalité belge : OR = 2,2 pour les personnes africaines subsahariennes, OR = 1,7 pour les Asiatiques et OR = 1,8 pour les Latino-Américains, tous  $p < 0,05$ ).

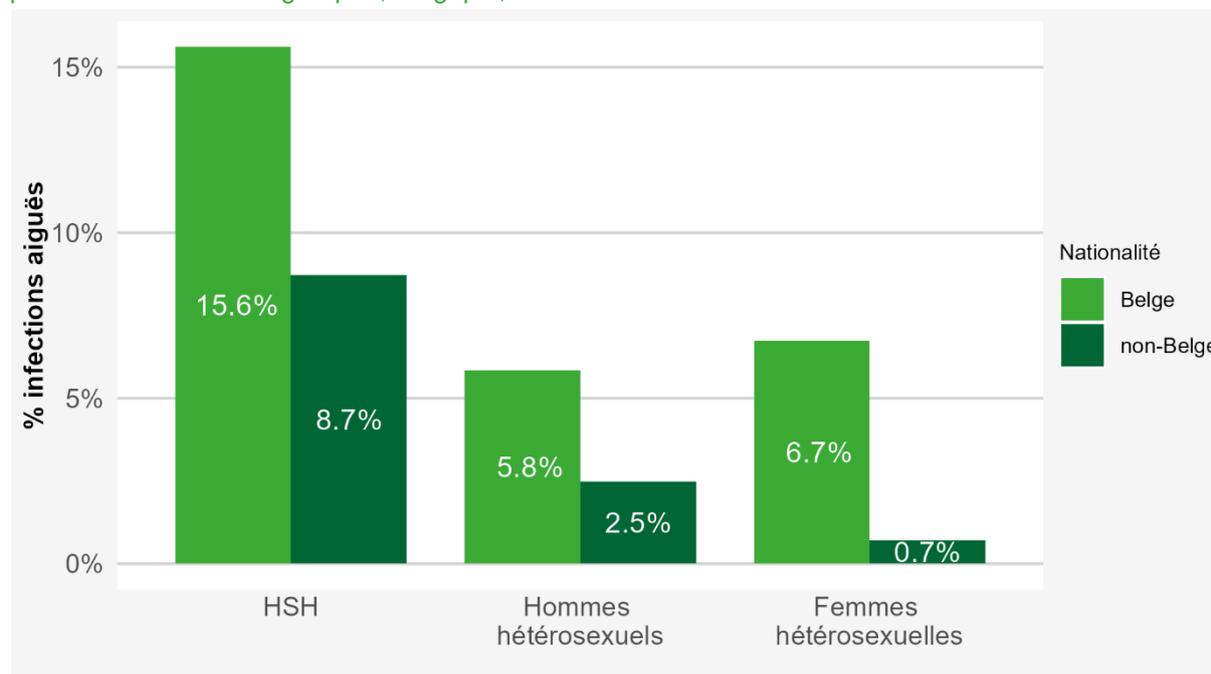
## DIAGNOSTICS PRÉCOCES : LES INFECTIONS AIGÜES

Lors du diagnostic de VIH, les infections au stade aigu peuvent être mises en évidence au moyen de tests de laboratoire. Une infection aiguë est définie par la détection de l'antigène p-24 ou la détection d'ARN viral plasmatique, en combinaison avec un résultat négatif ou indéterminé au test immunologique (InnoLIA ou Geenius). La période d'infection aiguë dure en général de 4 à 6 semaines. Cette information est enregistrée depuis l'année 2016.

La proportion d'infections aiguës parmi les personnes diagnostiquées en 2023 était de 7 %. Cette proportion était significativement plus élevée chez les personnes de nationalité belge, quel que soit le mode d'infection (Figure 18). La proportion d'infections aiguës lors du diagnostic est influencée d'un part par l'incidence des nouvelles infections (une incidence d'infections basse induit un nombre bas de diagnostics en phase aiguë), et d'autre part, par le nombre total de diagnostics effectués après la phase aiguë.

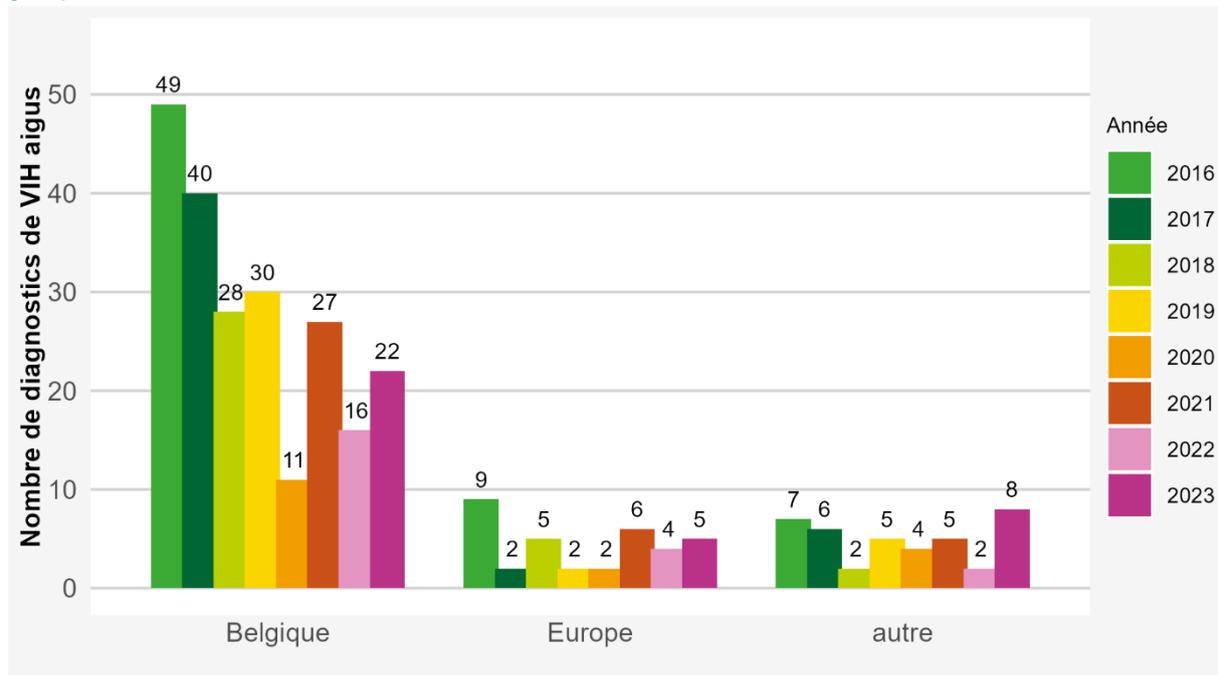
Le nombre d'infections aiguës diagnostiquées en 2023 ( $n=45$ ) a augmenté de 15 % par rapport à 2022 ( $n=39$ ) alors que la tendance était à la baisse dans les années précédentes (80 infections aiguës en 2016, 67 en 2017, 55 en 2018, 52 en 2019 27 en 2020 et 46 en 2021).

Figure 18 : Proportion d'infections aiguës au moment du diagnostic VIH (%) par mode d'infection probable et nationalité groupée, Belgique, 2023



La proportion d'infections aiguës était de 16 % chez les HSH belges diagnostiqués en 2023 et de 9 % chez les HSH non-Belges. On constate une augmentation du nombre d'infections aiguës chez les HSH belges et non-belges par rapport à 2022 (Figure 19). Chez les hommes et les femmes hétérosexuels, le nombre d'infections aiguës est resté stable (<10) ces dernières années, pour toutes les nationalités regroupées.

Figure 19 : Évolution du nombre d'infections aiguës chez les HSH diagnostiqués de 2016 à 2023 par groupe de nationalités



## 7. RÉSISTANCE DE BASE AUX MÉDICAMENTS ET SOUS-TYPES DE VIH

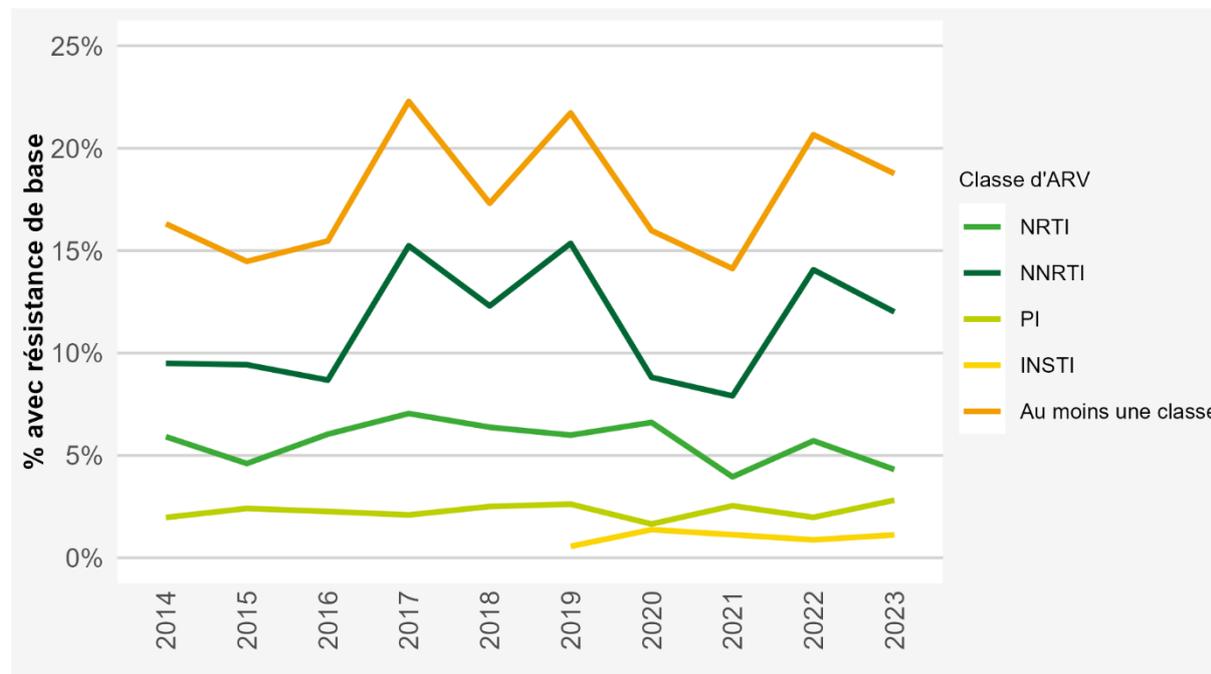
### RÉSISTANCE AUX MÉDICAMENTS

La détermination de la présence d'une résistance aux inhibiteurs de la protéase et de la transcriptase inverse fait partie depuis 2008 des tests de routine réalisés dans le cadre d'un nouveau diagnostic de VIH. Depuis 2019, la détermination systématique de la résistance aux inhibiteurs d'intégrase est également effectuée. L'objectif de la détermination de la résistance de base est de vérifier si une personne est infectée par un variant du VIH qui est moins sensible à un des traitements antirétroviraux. Cette information permet au médecin de choisir individuellement pour chaque patient le schéma thérapeutique optimal, condition essentielle au succès à long terme du traitement.

La détermination de la résistance de base se fait de préférence sur un échantillon prélevé immédiatement après le diagnostic chez des personnes n'ayant pas encore reçu d'antirétroviraux. Des tests de résistance de base ont été effectués chez 545 des 665 personnes nouvellement diagnostiquées en 2023. Chez 100 personnes (18 %) au moins une mutation associée à une résistance a été enregistrée. Chez 23 personnes (4 %) une résistance aux inhibiteurs nucléosidiques analogues de la transcriptase inverse (NRTI) a été mise en évidence, chez 64 personnes (12 %) une résistance aux inhibiteurs non nucléosidiques analogues de la transcriptase inverse (NNRTI), chez 15 personnes (3 %) une résistance aux inhibiteurs de protéase (PI) et chez 6 personnes (1 %) une résistance aux inhibiteurs d'intégrase (INSTI) (Figure 20).

La comparaison avec les résultats obtenus pour les années précédentes montre que la résistance de base aux médicaments reste stable (Figure 20).

Figure 20 : Évolution de la résistance chez les personnes nouvellement diagnostiquées en Belgique, 2014-2023



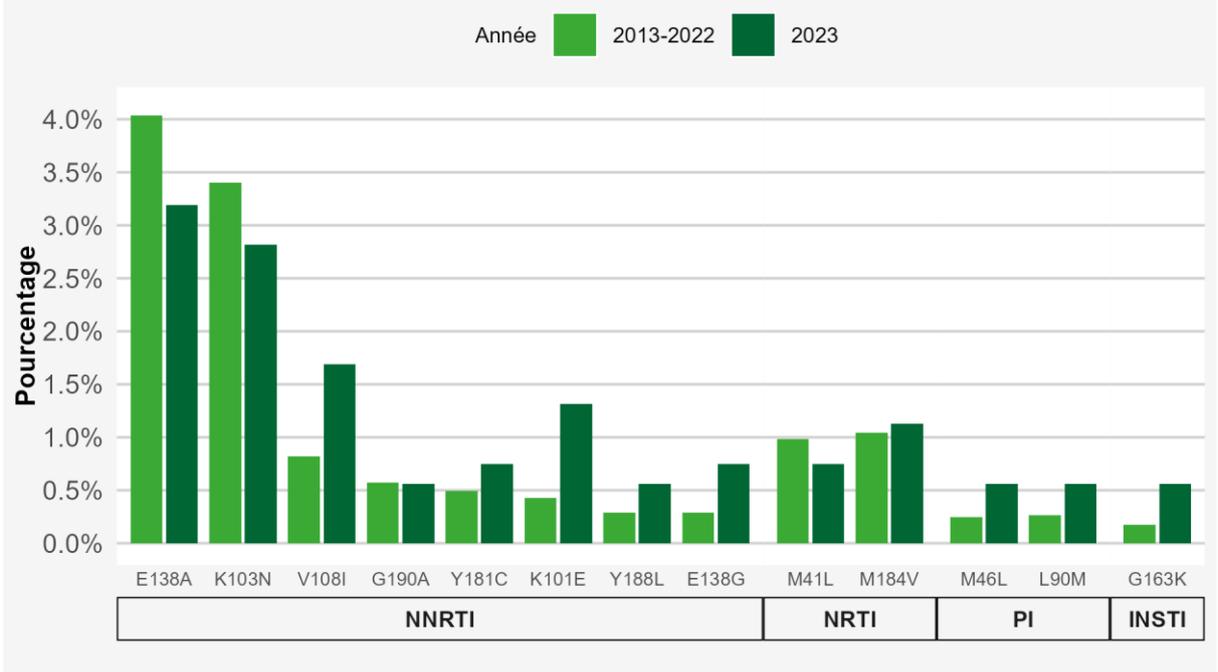
L'identification des mutations résistantes est basée sur l'algorithme de la base de données Stanford sur la résistance du VIH aux médicaments (6), avec un score de cut-off de 15.

INSTI : inhibiteurs d'intégrase, NNRTI : inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse, NRTI : inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse, PI : inhibiteurs de protéase.

Source : LRS de Gand

La Figure 21 donne un aperçu des mutations les plus fréquemment observées. Les mutations E138A et surtout M184V réduisent de manière sensible l'efficacité des régimes médicamenteux de première ligne couramment utilisés. Il est important de surveiller de près leur fréquence d'apparition. La Figure 21 montre une légère diminution de la fréquence d'apparition de la mutation E138A et une stabilité pour M184V en 2023 par rapport aux années précédentes. Pour les mutations Y181C, K101E et Y188L, on observe une légère augmentation, mais les chiffres restent limités. Ces mutations entraînent notamment une résistance modérée ou élevée à la Rilpivirine, qui est de plus en plus utilisée comme traitement injectable à action prolongée.

Figure 21 : Distribution des mutations de résistance médicamenteuse les plus fréquemment observées en 2013-2022 et 2023

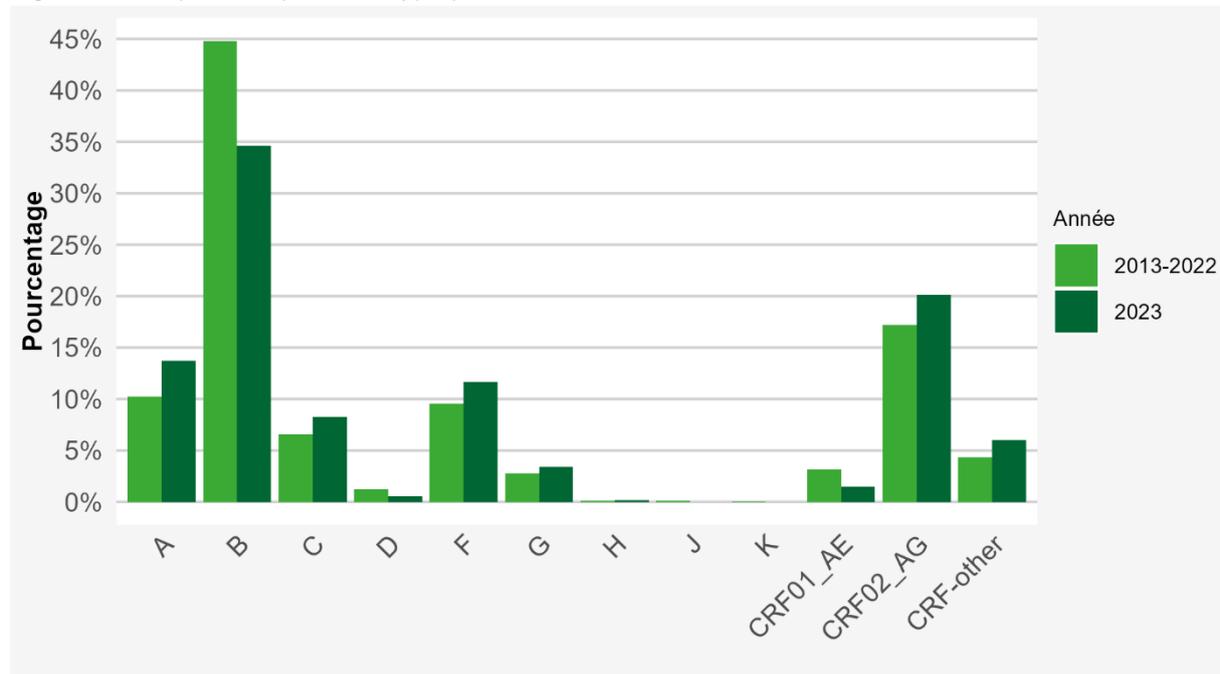


Source : LRS de Gand

## 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. En 2023, le sous-type B était responsable de 35 % de toutes les infections diagnostiquées. Parmi les sous-types non-B, le sous-type CRF02\_AG est le plus représenté (20 %), suivi du sous-type A (14 %) dont le nombre a fortement augmenté en 2023. La Figure 22 montre la répartition des sous-types en 2023 par rapport aux années précédentes.

Figure 22 : Répartition par sous-type pour les années 2013-2022 et 2023



Source : LRS de Gand

## CONCLUSION

En 2023, la prévalence de la résistance de base chez les personnes ayant reçu un nouveau diagnostic de VIH-1 était de 18 %. La situation n'a pas évolué par rapport aux années précédentes. Il convient donc de continuer à suivre de près la résistance de base. Par ailleurs, la fluctuation de la fréquence de certaines mutations entraînant une sensibilité réduite aux combinaisons antirétrovirales de première ligne actuellement recommandées et les plus utilisées nécessite une surveillance continue.

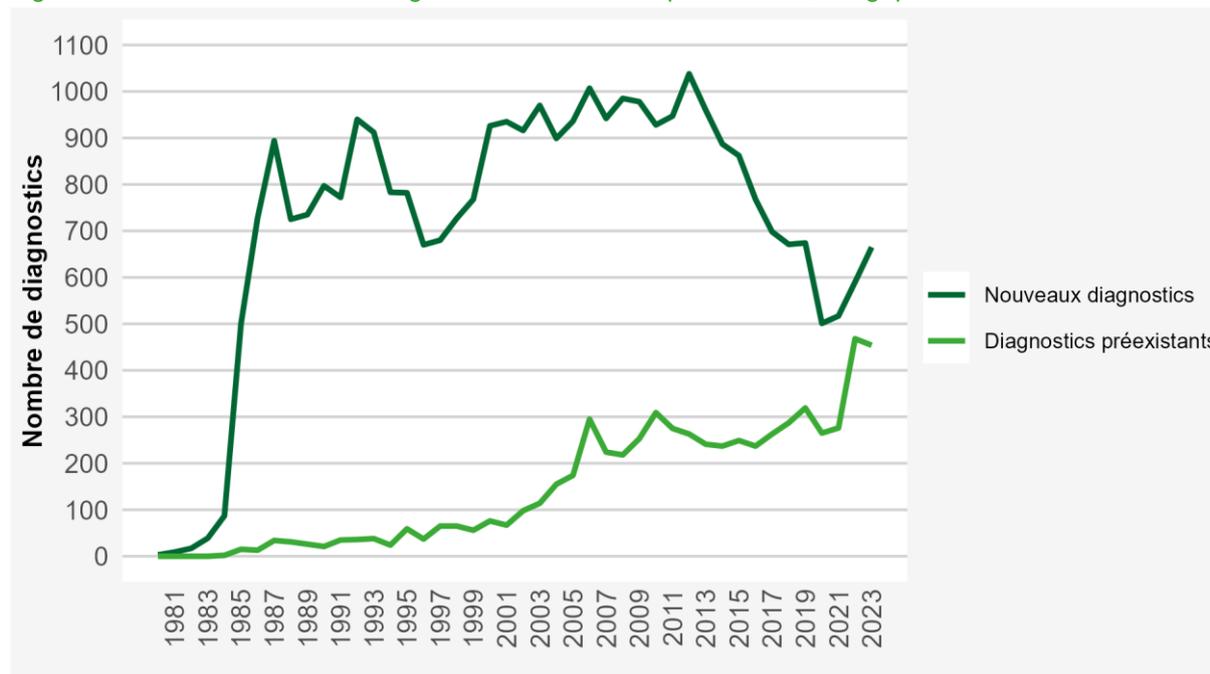
L'analyse des sous-types montre que 35 % des infections diagnostiquées en 2023 sont dues à une infection de sous-type B. Nous observons une diminution du nombre d'infections avec le sous-type B.

## PERSONNES AVEC UN DIAGNOSTIC DE VIH PRÉEXISTANT

Outre les 31 770 personnes chez lesquelles un nouveau diagnostic de VIH a été posé depuis le début de l'épidémie, 6 374 personnes ont reçu une première confirmation d'un diagnostic de VIH préexistant. Les personnes avec un diagnostic de VIH préexistant sont des personnes déjà diagnostiquées ou déjà en soins pour le VIH dans un autre pays avant leur première confirmation diagnostique en Belgique. Ces personnes avec une infection par le VIH connue ne représentent pas une population qui aurait pu bénéficier de mesures de prévention en Belgique, mais pour lesquelles il est cependant important de confirmer l'infection le plus précocement possible comme porte d'entrée aux soins.

Le nombre de personnes avec un diagnostic de VIH préexistant a augmenté au cours des années (Figure 23). En 2023, ils étaient 454.

Figure 23 : Nombre annuel de diagnostics nouveaux et préexistants, Belgique 1980-2023.



En 2023, 410 (90 %) des 454 personnes avec un diagnostic de VIH préexistant avaient une nationalité étrangère. Les nationalités non belges suivantes ont été le plus souvent signalées : Ukraine (N=44 ; 10 %), Cameroun (N=32 ; 7 %). Brésil (N=29 ; 6 %) Burundi (N=24 ; 5 %) et Colombie (N=21 ; 5 %).

Les 42 personnes de nationalité belge étaient, d'une part, des personnes ayant résidé dans un autre pays et diagnostiquées dans ce pays et, d'autre part, des personnes qui ont acquis la nationalité belge après leur arrivée en Belgique.

Parmi les personnes ayant un diagnostic de VIH préexistant en 2023, 201 (44 %) étaient des HSH, 132 (29 %) des femmes hétérosexuelles, 75 (17 %) des hommes hétérosexuels, 28 (6 %) des usagers de drogues injectables et 8 (2 %) des femmes transgenres. Parmi les Ukrainiens, 16 (37 %) étaient des femmes hétérosexuelles, 6 (13 %) étaient des hommes hétérosexuels, 16 (37 % ; 11 hommes et 5 femmes) étaient des usagers de drogues injectables, 5 (12 %) étaient des HSH et 1 personne avait été infectée par transfusion (1%).

L'âge médian au moment de la confirmation diagnostique en Belgique était de 38 ans ; 8 % avaient moins de 25 ans, tandis que 19 % avaient 50 ans ou plus.

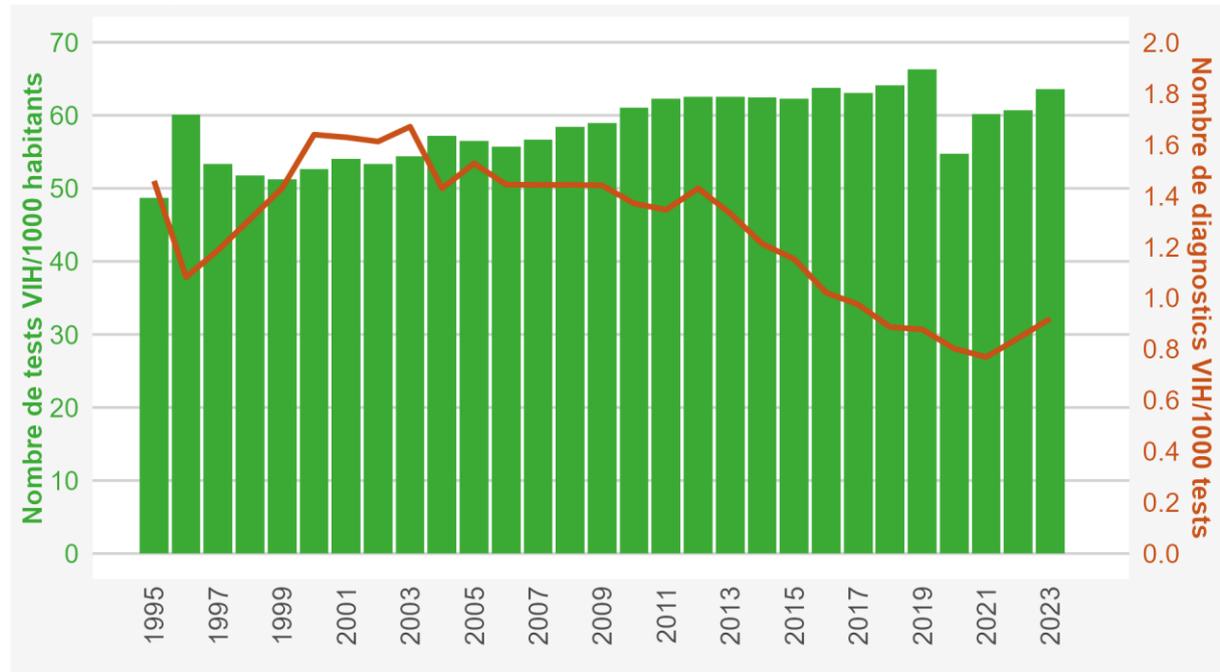
Pour 402 (89 %) de ces 454 personnes, il y avait des indicateurs d'initiation d'une thérapie antirétrovirale avant la confirmation de leur diagnostic en Belgique.

# DÉPISTAGE DU VIH

## 1. NOMBRE DE TESTS VIH

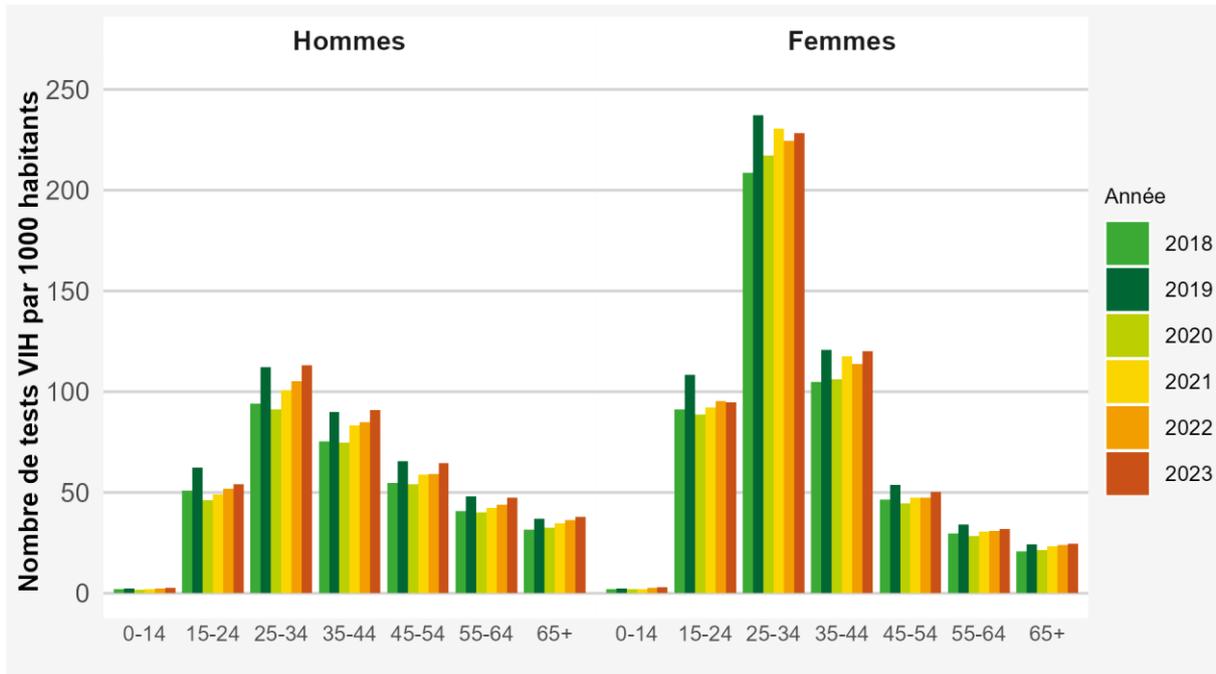
Comparée à d'autres pays européens (7), la Belgique a un taux de dépistage du VIH élevé et relativement stable. En 2023, un nombre total de 745 514 tests VIH ont été réalisés, ce qui représente un taux de dépistage de 64 par 1 000 habitants (Figure 24). Entre 2022 et 2023, le nombre de tests effectués a augmenté de 6 %.

Figure 24 : Évolution du nombre de tests de dépistage du VIH réalisés par 1000 habitants et taux de nouveaux diagnostics par 1000 tests, 1995-2023



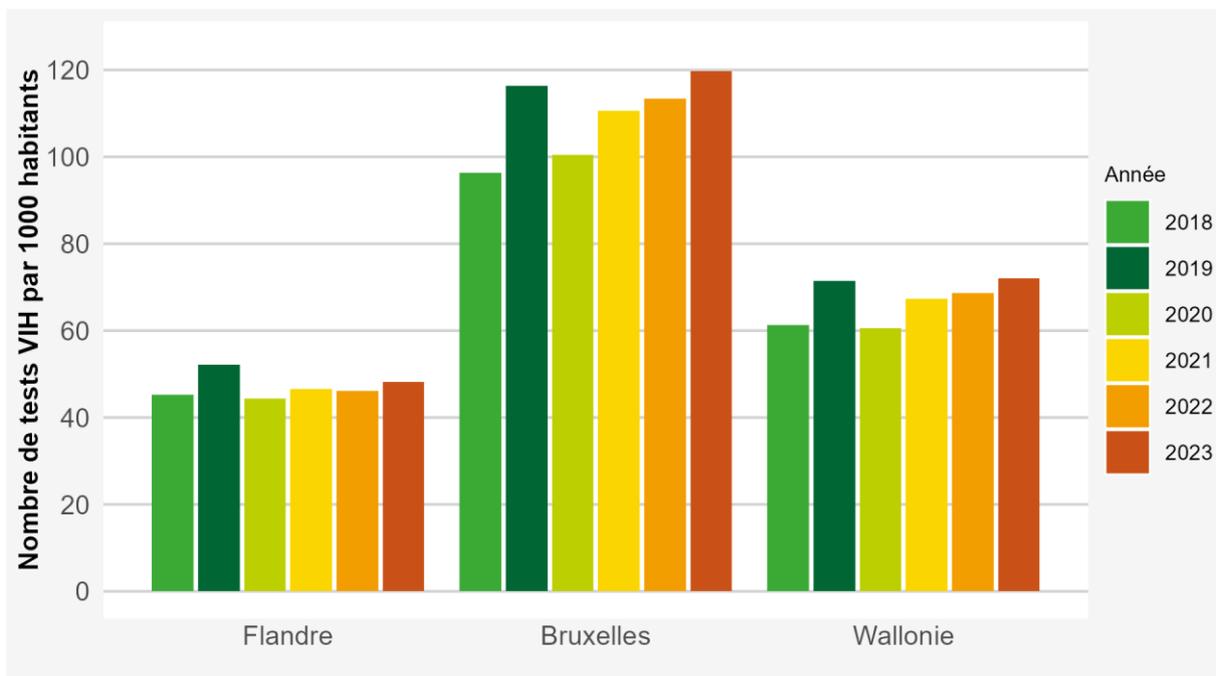
Les tests sont effectués beaucoup plus fréquemment dans le groupe d'âge 25-34 ans avec un taux annuel de 171 tests par 1 000 personnes comparativement à 106 par 1 000 dans le groupe 35-44 ans, 74 par 1 000 dans le groupe 15-24 ans, 58 par 1 000 dans le groupe 45-54 ans, 40 par 1 000 dans le groupe 55-64 ans et 31 par 1 000 pour les 65+ (Figure 25). Le taux de dépistage global des femmes est plus élevé que celui des hommes, correspondant à 71 tests par 1000 femmes contre 56 par 1000 hommes. Il est à noter qu'une partie des femmes sont testées dans le cadre du dépistage systématique prénatal du VIH.

Figure 25 : Nombre de tests de dépistage du VIH réalisés par 1000 habitants, par année, groupe d'âge et sexe, 2018-2023



La répartition par région montre que 44% de tous les tests VIH ont été effectués chez des personnes résidant en Flandre, 36 % en Wallonie et 20 % à Bruxelles. Le taux de dépistage est le plus élevé à Bruxelles (120 tests/1000 habitants), suivi par la Wallonie (72/1000) et la Flandre (48/1000) (Figure 26).

Figure 26 : Nombre de tests de dépistage du VIH par 1000 habitants, par région de résidence, 2018-2023



## 2. TYPES DE MÉDECINS EFFECTUANT LES DÉPISTAGES ET DIAGNOSTICS

### DÉPISTAGE

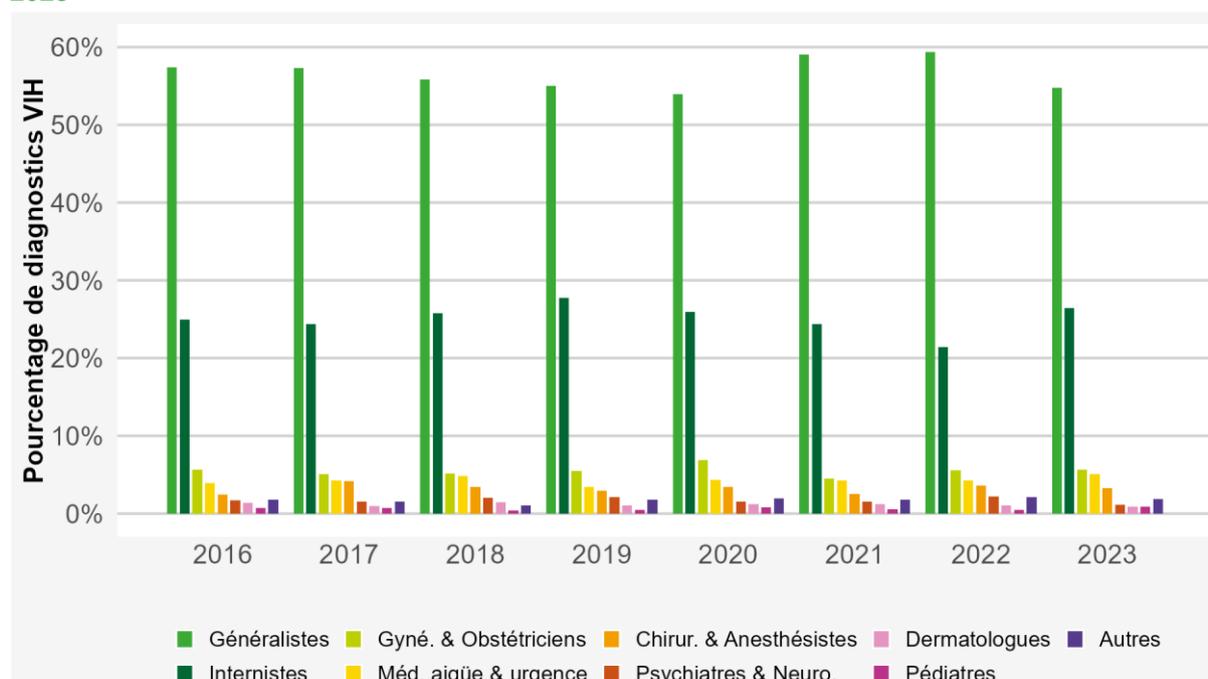
En Belgique, un test de dépistage du VIH peut être réalisé par un médecin généraliste ou spécialiste. De plus, 3 centres de référence VIH (CRV) offrent des services de dépistage gratuits et anonymes aux populations cibles. Le dépistage décentralisé, hors du cabinet médical ou milieu hospitalier, est également disponible via des organisations de terrain en collaboration avec des CRV afin d'améliorer l'accès des publics cibles au dépistage.

Les médecins généralistes ont prescrit 52 % des tests réalisés en 2023. Parmi les médecins spécialistes, les tests VIH sont le plus souvent prescrits par les obstétriciens / gynécologues (46 %), suivis par les internistes (29 %) et les chirurgiens (10 %).

### DIAGNOSTICS

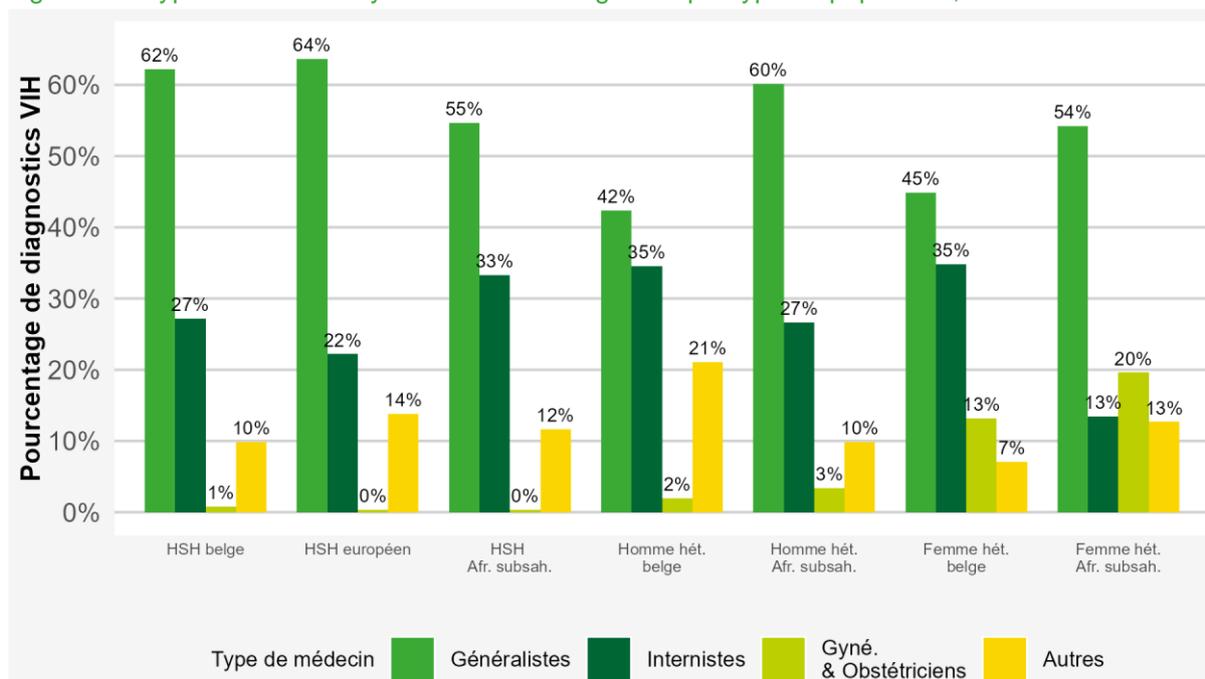
En 2023, la moitié des personnes (55 %) ont été diagnostiqués avec le VIH par des médecins généralistes, 27 % par des internistes et 6 % par des obstétriciens / gynécologues (Figure 27). La distribution du type de médecin posant le diagnostic est relativement stable au cours du temps.

Figure 27 : Distribution des spécialisations des médecins ayant réalisé des diagnostics VIH en 2016-2023



La Figure 28 illustre la répartition des personnes diagnostiquées avec le VIH par groupe de population ainsi que par type de médecin ayant effectué le diagnostic. Les différentes populations ont été principalement diagnostiquées par des médecins généralistes. Les gynéco-obstétriciens ont permis le diagnostic d'une proportion non négligeable de femmes, surtout parmi les personnes d'Afrique subsaharienne.

Figure 28 : Type de médecin ayant effectué le diagnostic par type de population, 2023

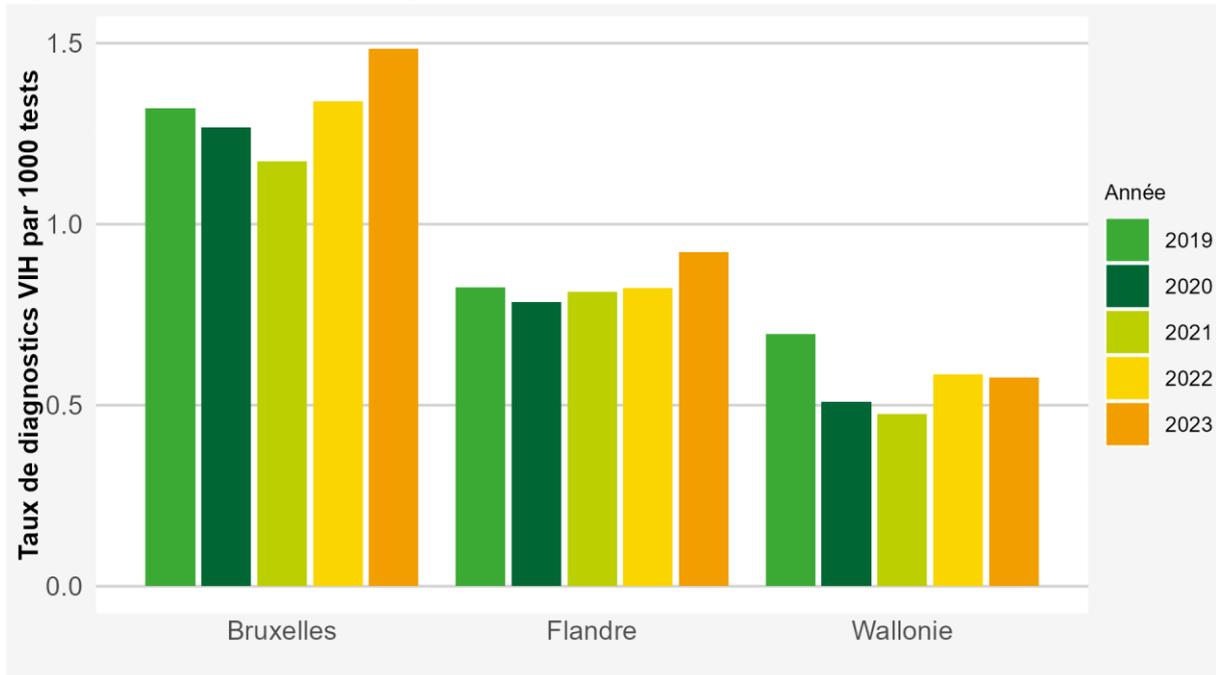


### 3. DIAGNOSTICS VIH PAR 1000 TESTS

En 2023, 0,9 nouveau diagnostic a été réalisé pour 1 000 tests effectués, ce qui représente une poursuite de l'augmentation qui a débuté en 2022 (Figure 24).

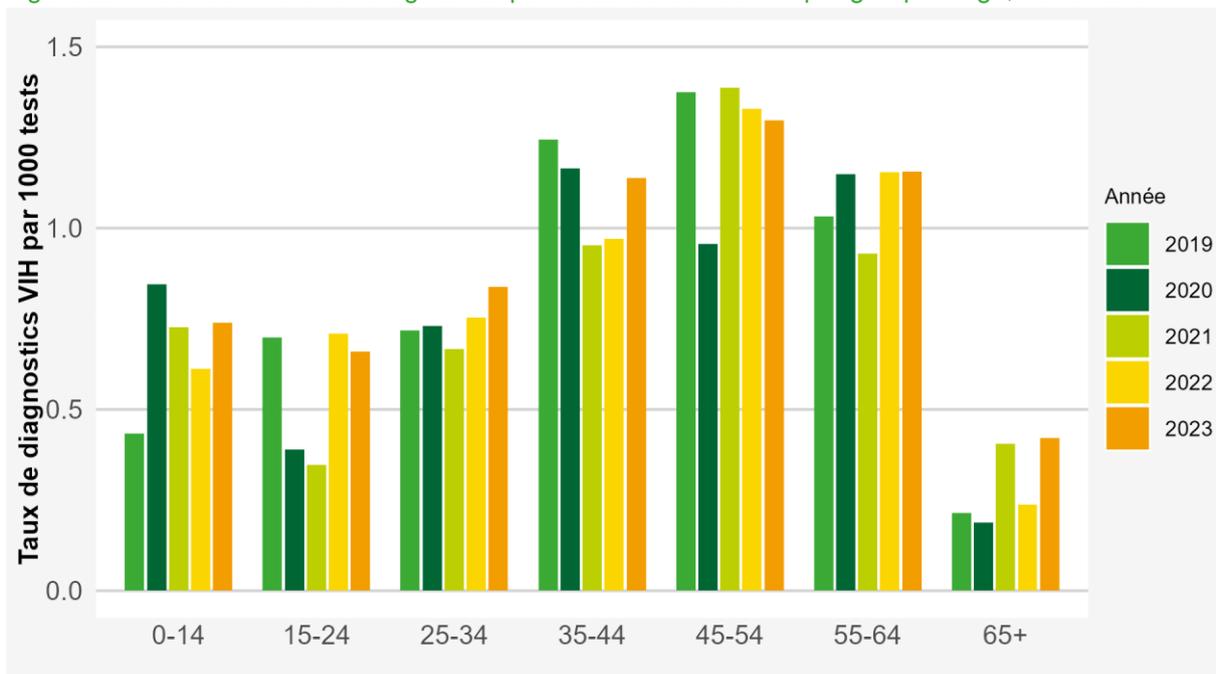
C'est à Bruxelles que se rencontrent les taux de diagnostics les plus élevés (Figure 29).

Figure 29 : Taux de nouveaux diagnostics par 1000 tests réalisés par région, 2019-2023



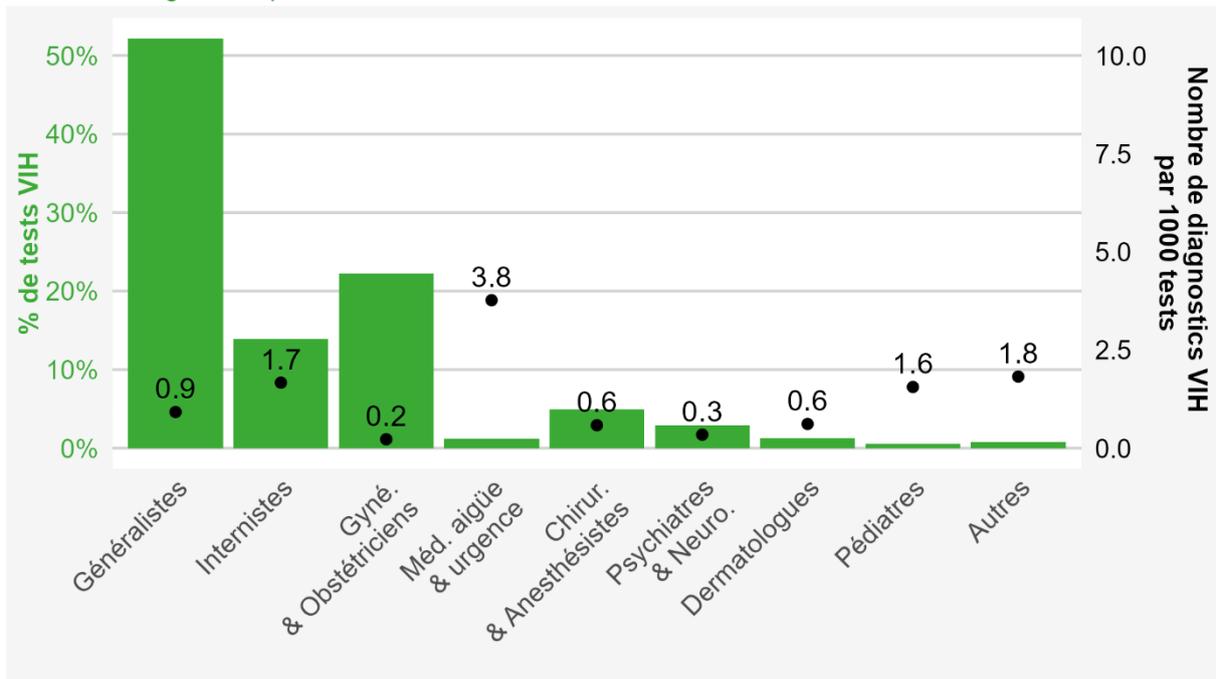
Le taux de diagnostics le plus élevé se rencontrait en 2023 parmi les 45-54 ans (Figure 30). Le taux de diagnostics relativement élevé chez les moins de 15 ans est lié au taux de dépistage très faible et plus ciblé dans cette classe d'âge.

Figure 30 : Taux de nouveaux diagnostics par 1000 tests effectués par groupe d'âge, 2019-2023



En 2023, le taux de nouveaux diagnostics par les médecins généralistes était de 0,9 pour 1 000 tests remboursés. En comparaison, ce taux est près de 2 fois plus élevé parmi les spécialistes en médecine interne et les pédiatres, et 4 fois plus élevé en médecine aiguë et urgence. Le taux est plus bas parmi les gynécologues / obstétriciens, les chirurgiens et anesthésistes, psychiatres et neurologues, et dermatologues (Figure 31). Il est à noter que cette analyse spécifique est basée sur les tests remboursés en 2023, les résultats pourraient légèrement varier s'ils étaient basés sur les tests effectués en 2023 (données pas encore disponibles).

Figure 31 : Distribution des tests de dépistage remboursés par spécialisation et ratio du nombre de nouveaux diagnostics pour 1000 tests remboursés, 2023

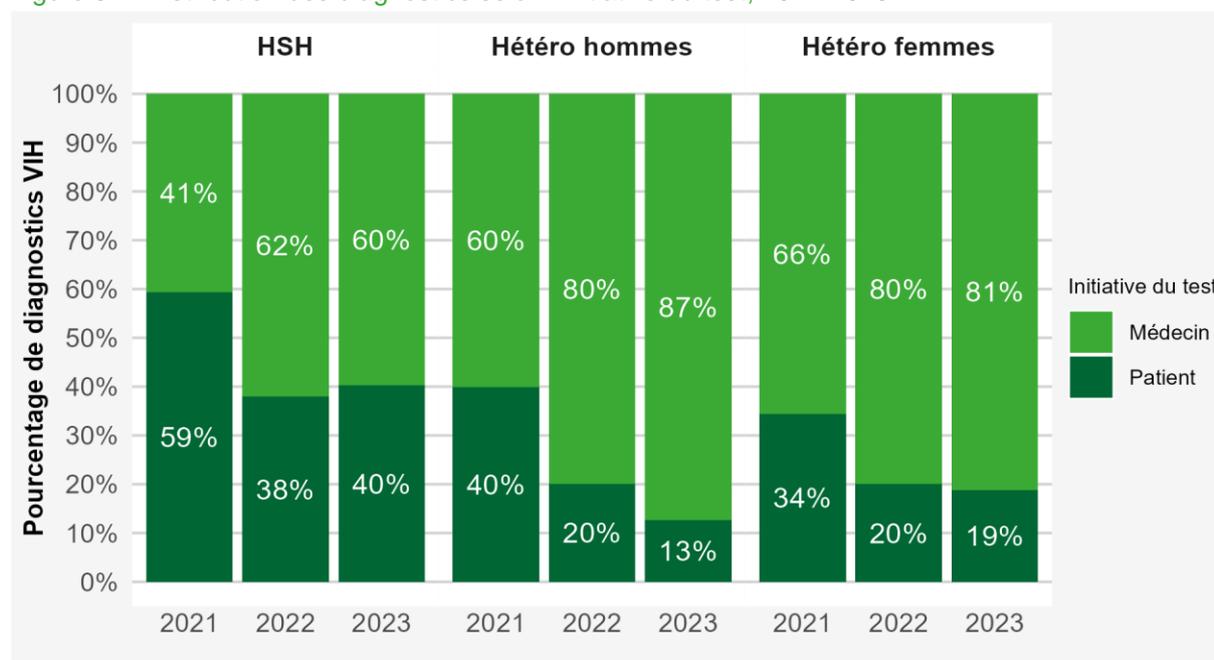


#### 4. MOTIFS ET CONTEXTES DES DÉPISTAGES ET DIAGNOSTICS

Les données de l'INAMI montrent que la proportion de tests de dépistage du VIH effectués chez des patients hospitalisés par rapport à celle des patients ambulatoires a diminué au fil du temps : de 30 % en 1990 à 7 % en 2023 (52 354/745 514).

L'information sur l'initiative du test était rapportée pour 54 % (N=358) des diagnostics en 2023. Parmi les cas pour lesquels l'information est disponible, 71 % des tests ont été proposés par le médecin et 29 % ont été effectués à la demande du patient. Pour les diagnostics réalisés par les médecins généralistes, ceux-ci ont proposés le test dans 56 % des cas; alors que chez les autres médecins ceux-ci ont proposé le test dans 89 % des cas. La proportion de tests effectués à la demande du patient est plus importante chez les HSH (40 %) que chez les hommes hétérosexuels (13 %) et les femmes hétérosexuelles (19 %) (Figure 32).

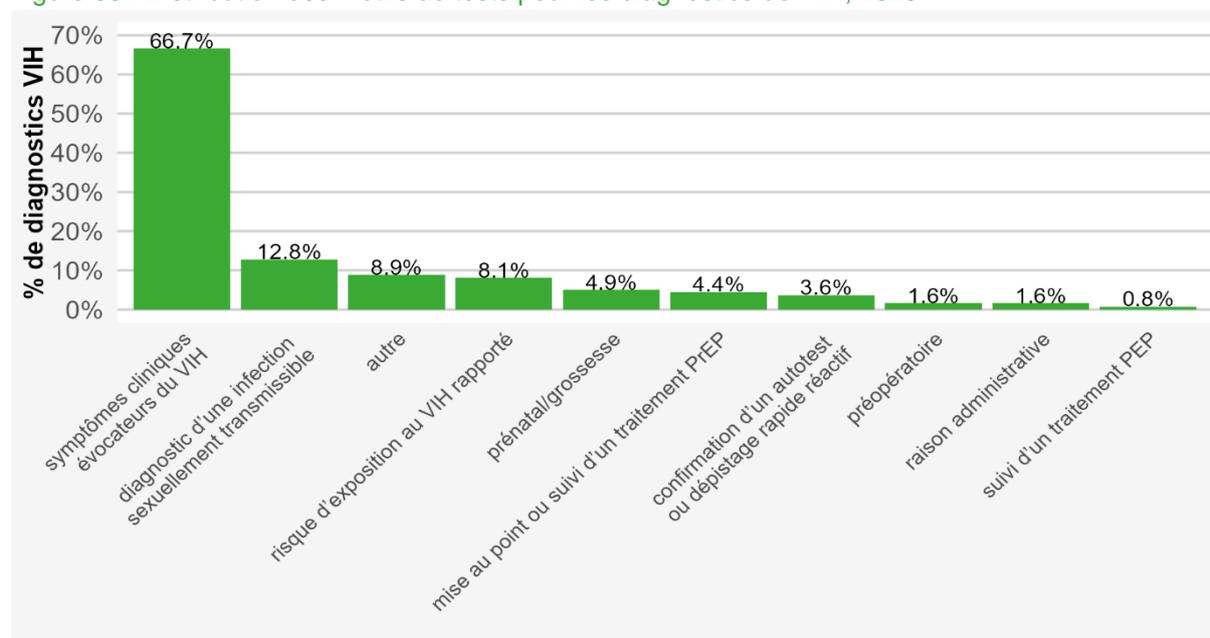
Figure 32 : Distribution des diagnostics selon l'initiative du test, 2021-2023



Le motif du test était rapporté pour 58 % des diagnostics en 2023. Parmi ceux-ci, les symptômes évocateurs du VIH étaient le motif (ou un des motifs) du test pour deux tiers des patients (67 %). La présence d'une autre IST a motivé 13 % des tests diagnostiques et l'identification d'un risque d'exposition 8 %. Peu de diagnostics ont été réalisés suite à un autotest ou test de dépistage rapide réactif ou dans le cadre d'un traitement de type PrEP ou PEP (Figure 33). Il est intéressant de noter que 3 % des personnes diagnostiquées n'avaient rapporté aucun risque identifié d'exposition au VIH.

Les médecins généralistes ont plus fréquemment réalisé un diagnostic suite à la présence d'une autre IST (18 % vs. 7 % chez les médecins spécialistes) et suite à l'identification d'un risque d'exposition (9 % vs. 7 % chez les médecins spécialistes), alors que les symptômes évocateurs du VIH ont été plus fréquemment le motif du dépistage chez les spécialistes (71 % vs. 63 % chez les médecins généralistes). Chez les gynéco-obstétriciens, 75 % des diagnostics ont été réalisés dans le contexte d'un suivi prénatal.

Figure 33 : Distribution des motifs de tests pour les diagnostics de VIH, 2023



Note : Plusieurs motifs de test peuvent être rapportés par personne diagnostiquée avec le VIH.

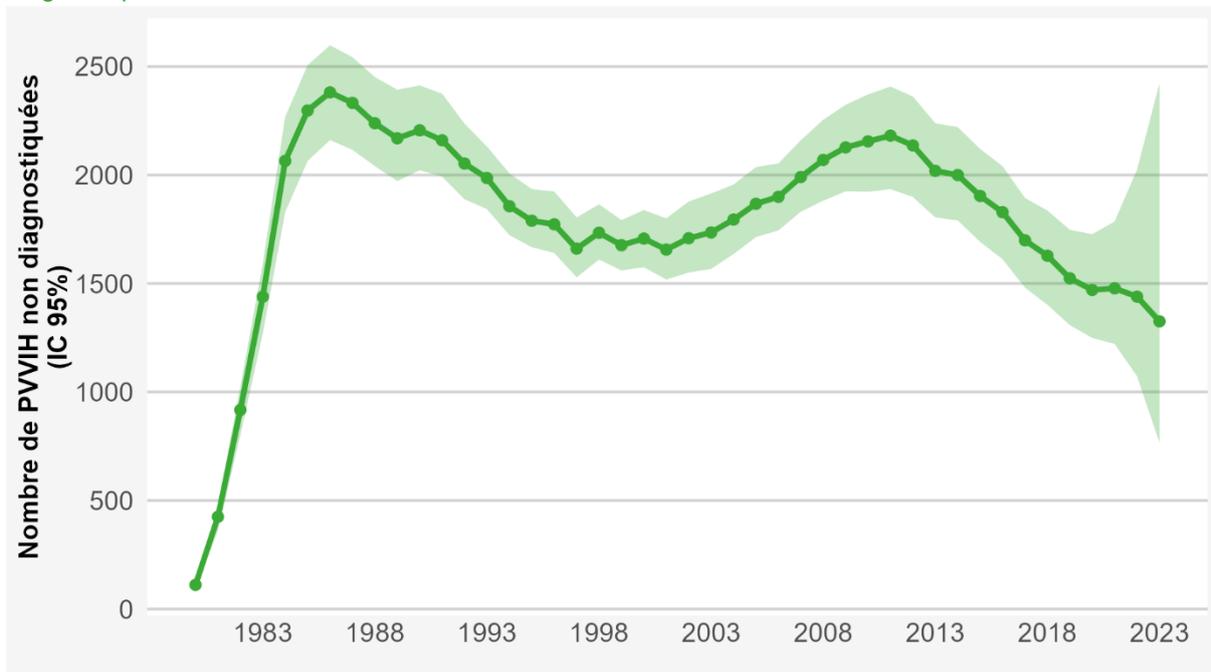
# PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

## PERSONNES NON DIAGNOSTIQUÉES

Un délai potentiellement long peut s'écouler entre l'infection par le VIH et le diagnostic. Le délai de diagnostic est influencé par divers facteurs tels que la vitesse de progression de la maladie et l'apparition, potentiellement tardive, des symptômes ainsi que la disponibilité et la fréquence du dépistage. Ce délai cause l'existence d'une épidémie « cachée » constituée des personnes vivant avec le VIH non diagnostiquées. Celles-ci peuvent, sans le savoir, transmettre l'infection à d'autres personnes et contribuer de manière significative à la diffusion de l'épidémie. En conséquence, il est important de pouvoir estimer et caractériser la population non diagnostiquée vivant avec le VIH en Belgique.

Le nombre de personnes non diagnostiquées vivant avec le VIH en Belgique à la fin de 2023 est estimé à 1325 (IC 95 % [767 – 2 422]), cependant les intervalles de confiance sont très larges pour les estimations des 2 dernières années. Sur base des estimations du modèle de l'ECDC, le nombre de personnes vivant avec une infection par le VIH non diagnostiquée semble diminuer régulièrement depuis 2011 (Figure 34). Le modèle statistique est appliqué sur les dernières données de diagnostic de VIH disponibles, cependant ces estimations pourront être modifiées dans le futur quand les données supplémentaires des prochaines années deviendront disponibles. Il est important de tenir compte de ces limitations dans l'interprétation des résultats présentés dans cette section, particulièrement pour les estimations des années les plus récentes.

Figure 34 : Estimation du nombre annuel de personnes vivant avec une infection par le VIH non diagnostiquée, 1980-2023



Sur base du même modèle statistique, le nombre de personnes hétérosexuelles vivant avec une infection par le VIH non diagnostiquée en 2023 était estimé à 828 (IC 95% [443 – 1731]) et le nombre de HSH à 417 (IC 95% [244 – 819]) (Table A).

Table A : Estimation du nombre de personnes vivant avec une infection par le VIH non diagnostiquée par nationalités groupées et mode probable d'infection, 2023

		Nombre de personnes VIH non diagnostiquées [IC 95%]
Population totale		1325 [767 – 2422]
Mode d'infection	HSH	417 [244 – 819]
	Hétéro	828 [443 – 1731]
	UDI	35 [12 – 79]
Mode d'infection et nationalité	HSH belge	213 [108 – 479]
	HSH européen	50 [15 – 228]
	HSH autre	103 [65 – 159]
	Hétéro belge	360 [248 – 549]
	Hétéro Africain Subsaharienne	214 [81 – 441]
	Hétéro autre	174 [89 – 325]

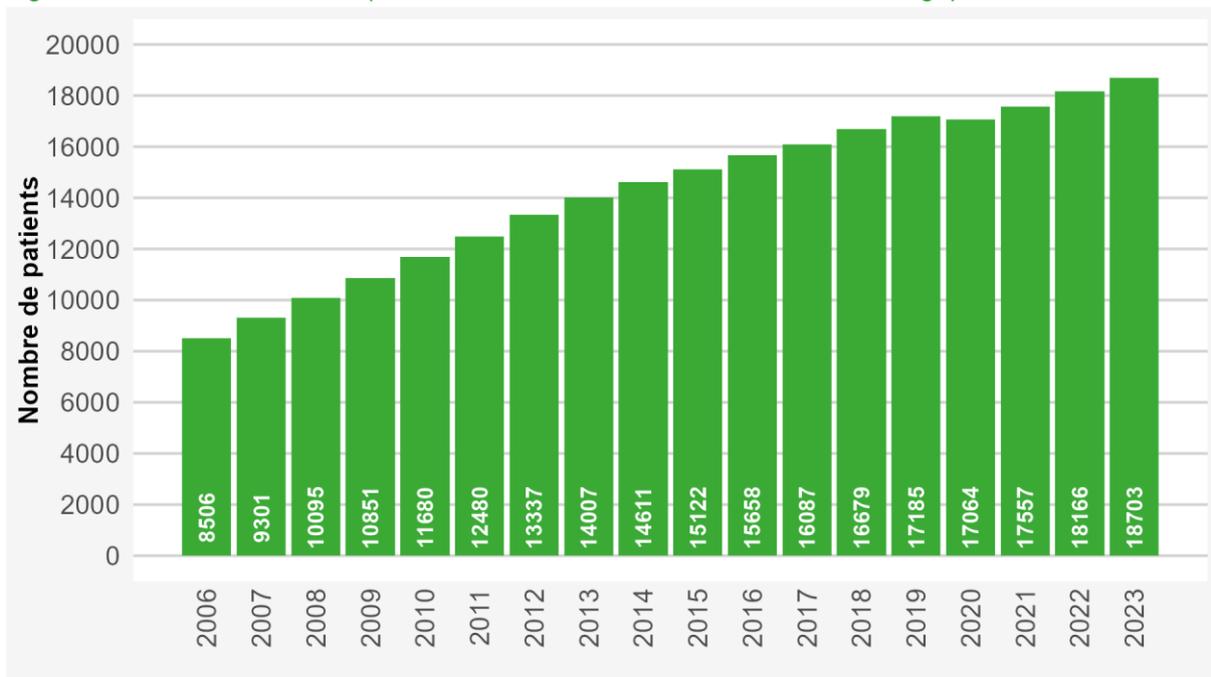
*Note: chaque estimation étant produite par un modèle individualisé, l'addition des estimations par sous-groupe ne correspond pas nécessairement au total.*

# PERSONNES EN SUIVI MÉDICAL

## 1. TENDANCES GÉNÉRALES

Au cours de l'année 2023, 18 703 personnes avec le VIH ont été suivies médicalement en Belgique (au moins un contact médical pour le suivi du VIH durant l'année). Une augmentation régulière du nombre de personnes en suivi est observée (Figure 35).

Figure 35 : Nombre annuel de personnes avec le VIH en suivi médical en Belgique, 2006-2023

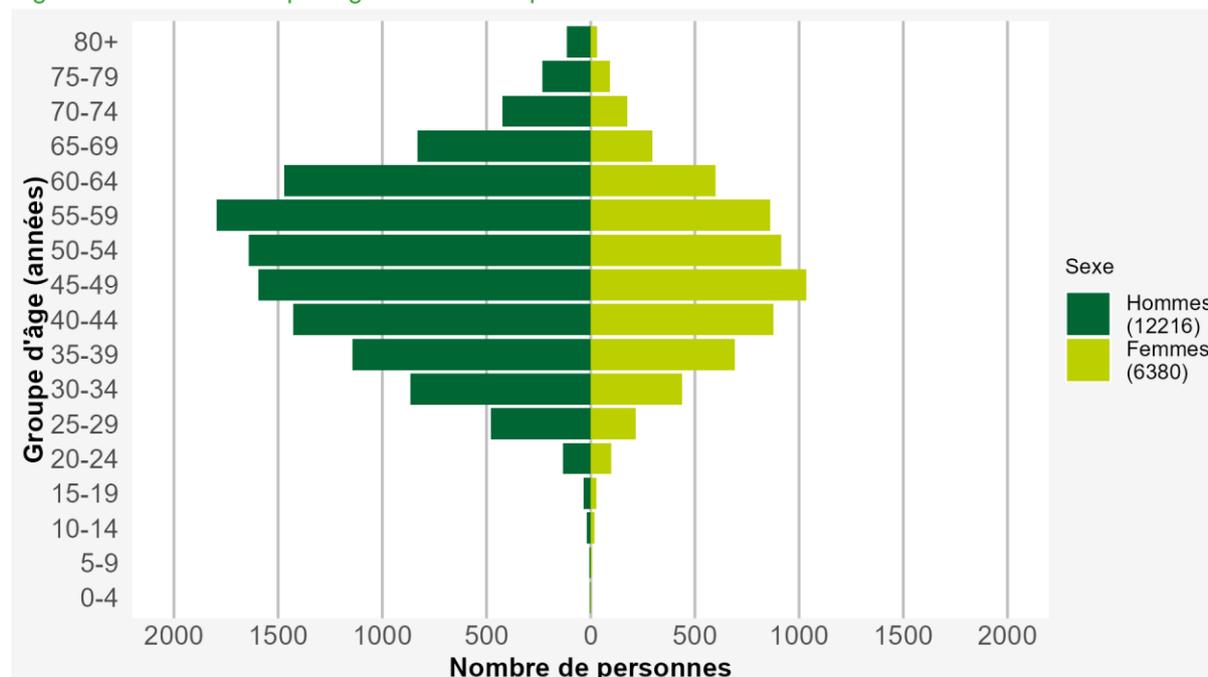


## 2. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

### ÂGE ET SEXE

Parmi les personnes avec le VIH en suivi médical en 2023, le ratio hommes/femmes était de 1,9 (Figure 36 ; Tableau 17). L'âge moyen de ces personnes était de 50 ans ; 51 ans chez les hommes et 49 ans chez les femmes. En 2023, 107 personnes transgenres étaient en suivi <sup>2</sup>.

Figure 36 : Distribution par âge et sexe des personnes avec le VIH en suivi médical en 2023

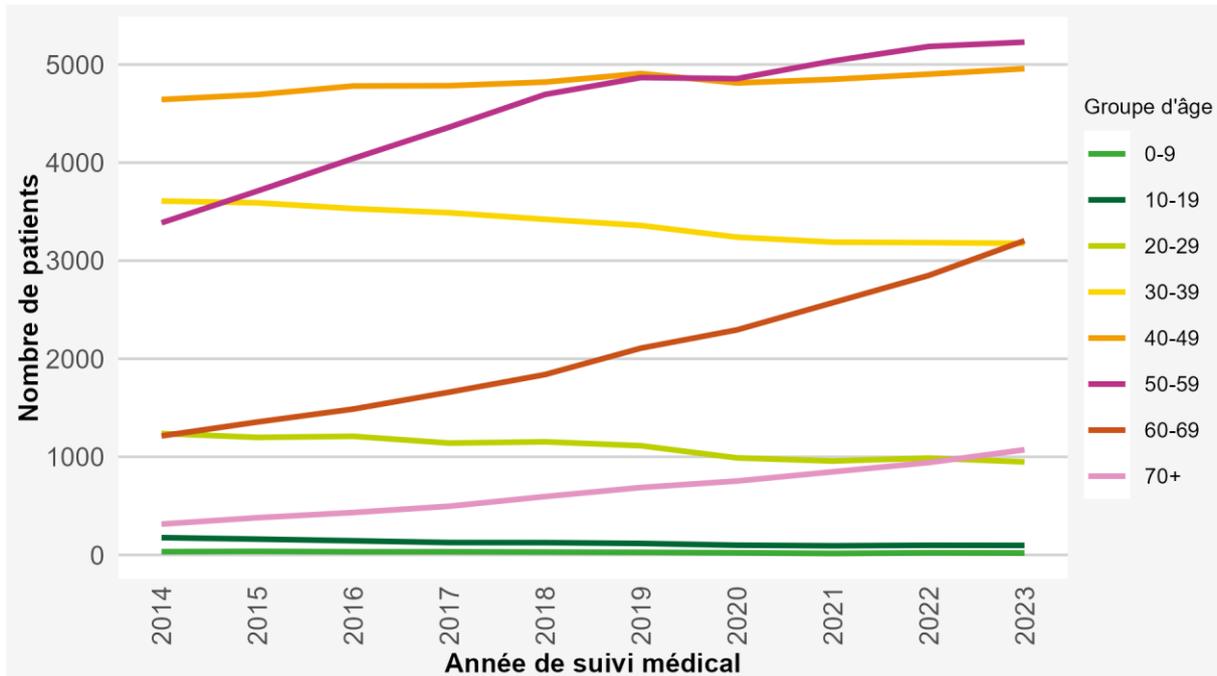


Le vieillissement des personnes avec le VIH en suivi médical est illustré dans la Figure 37: en 2023 9504 personnes étaient âgées de 50 ans et plus, elles représentaient 51 % des personnes en suivi. Le vieillissement est observé dans les deux sexes : l'âge moyen des femmes était de 39 ans en 2006 et 49 ans en 2023, et chez les hommes, de 43 ans en 2006 et 51 ans en 2023.

Cette augmentation en âge de la population vivant avec le VIH en suivi médical est principalement due à une amélioration de l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH depuis l'introduction des thérapies antirétrovirales. De plus, on constate aussi une légère augmentation de l'âge moyen au moment du diagnostic de VIH. La prise en charge des personnes avec le VIH a ainsi évolué vers une prise en charge globale prenant en compte les comorbidités liées au vieillissement d'une partie des personnes en suivi et nécessitant une collaboration interdisciplinaire optimale.

<sup>2</sup> Les résultats par sexe présentés dans ce rapport n'incluent pas les personnes transgenres.

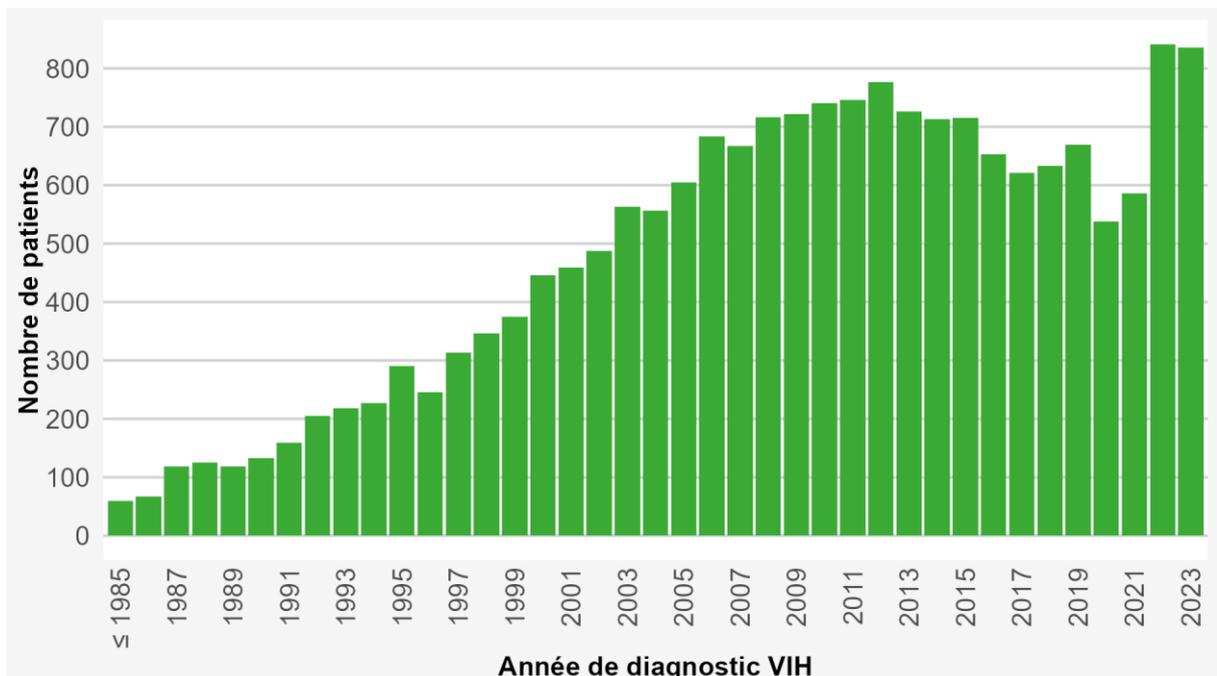
Figure 37 : Nombre de personnes avec le VIH par catégorie d'âge et année de suivi médical, 2014 – 2023



### ANNÉE DE DIAGNOSTIC VIH

Quinze pour cent des personnes en suivi médical en 2023 ont été diagnostiquées entre 2020 et 2023 ; 37 % en 2010-2019, 32 % en 2000-2009, 13% au cours des années 90 et <3 % au cours des années 80 (Figure 38).

Figure 38 : Distribution des années de diagnostic du VIH<sup>3</sup> pour les personnes avec le VIH en suivi médical en 2023



<sup>3</sup> L'année de diagnostic rapportée dans ce graphe correspond au premier diagnostic enregistré en Belgique (pour les personnes avec un diagnostic de VIH préexistant, l'année de diagnostic initial à l'étranger (peu rapportée) n'est pas prise en compte).

En 2023, les personnes avec le VIH en suivi étaient diagnostiquées depuis 14 années en moyenne comparé à 7 ans pour les personnes en suivi médical en 2006. La durée moyenne de suivi médical s'est allongée au cours du temps et une proportion croissante de personnes avec le VIH présente de longues durées de suivi et d'exposition au traitement antirétroviral.

Parmi les HSH en suivi médical en 2023, la moitié avait été diagnostiquée depuis au moins 12 ans et depuis au moins 14 ans pour les hommes hétérosexuels et 15 ans pour les femmes hétérosexuelles. La moitié des usagers de drogues injectables a été diagnostiquée depuis au moins 15 ans.

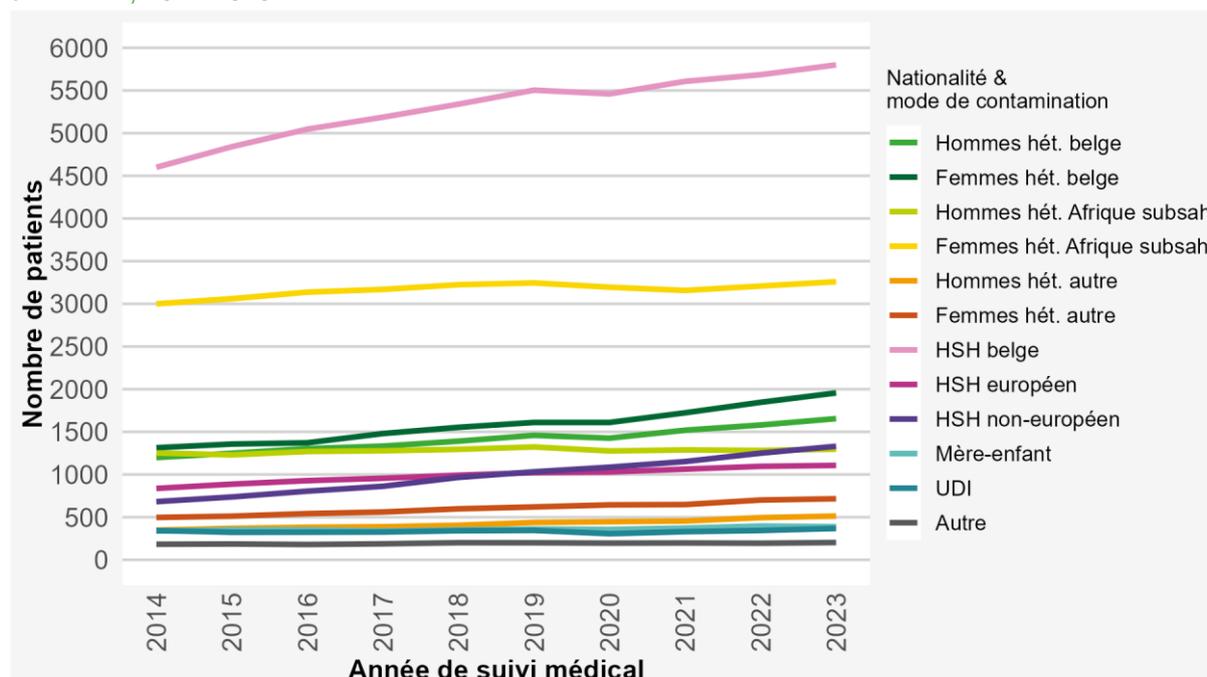
### MODES PROBABLE D'INFECTION ET NATIONALITÉS DES PERSONNES EN SUIVI

Parmi les hommes en suivi en 2023, 67 % ont mentionné des contacts homosexuels et 28 % des contacts hétérosexuels. Parmi les femmes, 93 % ont rapporté des contacts hétérosexuels. La transmission par usage de drogues injectables et la transmission périnatale ont été rapportées chacune pour 2 % des personnes.

La nationalité belge est rapportée pour 52 % des personnes, une nationalité d'Afrique subsaharienne pour 28 %, européenne pour 11 % et d'autres pays pour 9 %. En 2023, 78 % des personnes belges en suivi étaient des hommes. Parmi les personnes d'Afrique subsaharienne, 66 % était des femmes.

L'évolution du nombre de personnes en suivi par nationalités groupées et mode probable de transmission est illustrée dans la Figure 39. Le nombre de personnes en soins est resté stable ou a légèrement augmenté pour les diverses populations en 2023 après une diminution légère et temporaire en 2020.

Figure 39 : Évolution du nombre de personnes en suivi par nationalités groupées et mode probable d'infection, 2014-2023

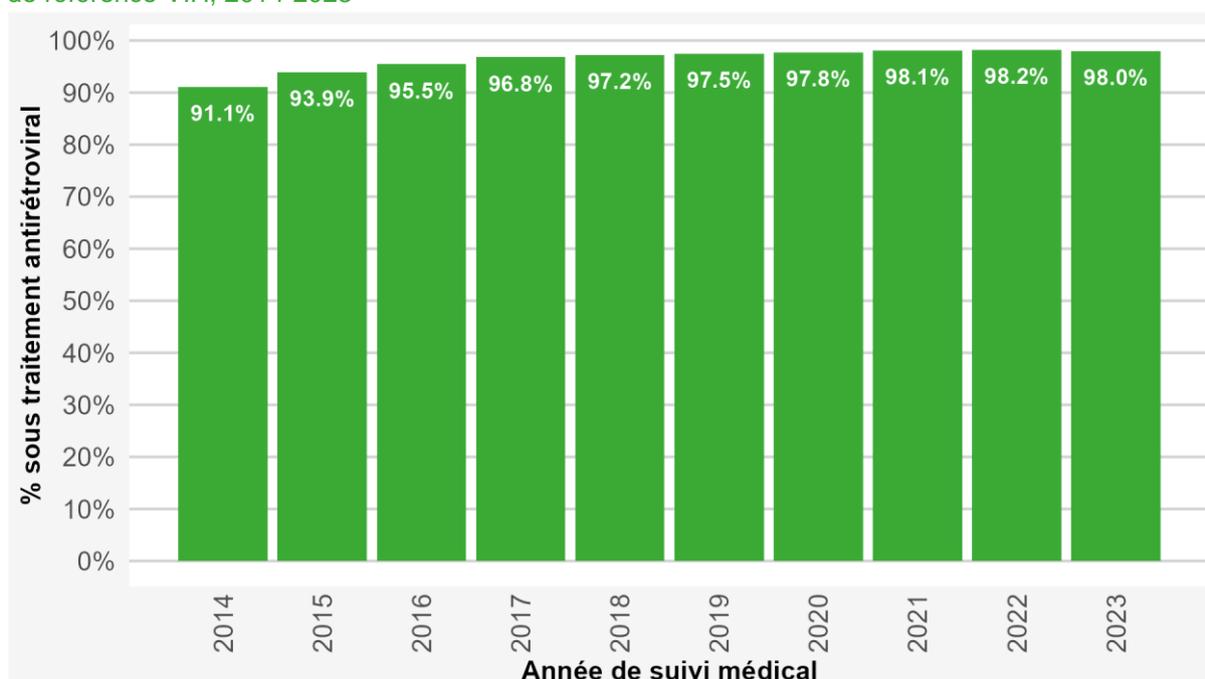


### 3. PRISE EN CHARGE MÉDICALE

#### TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL

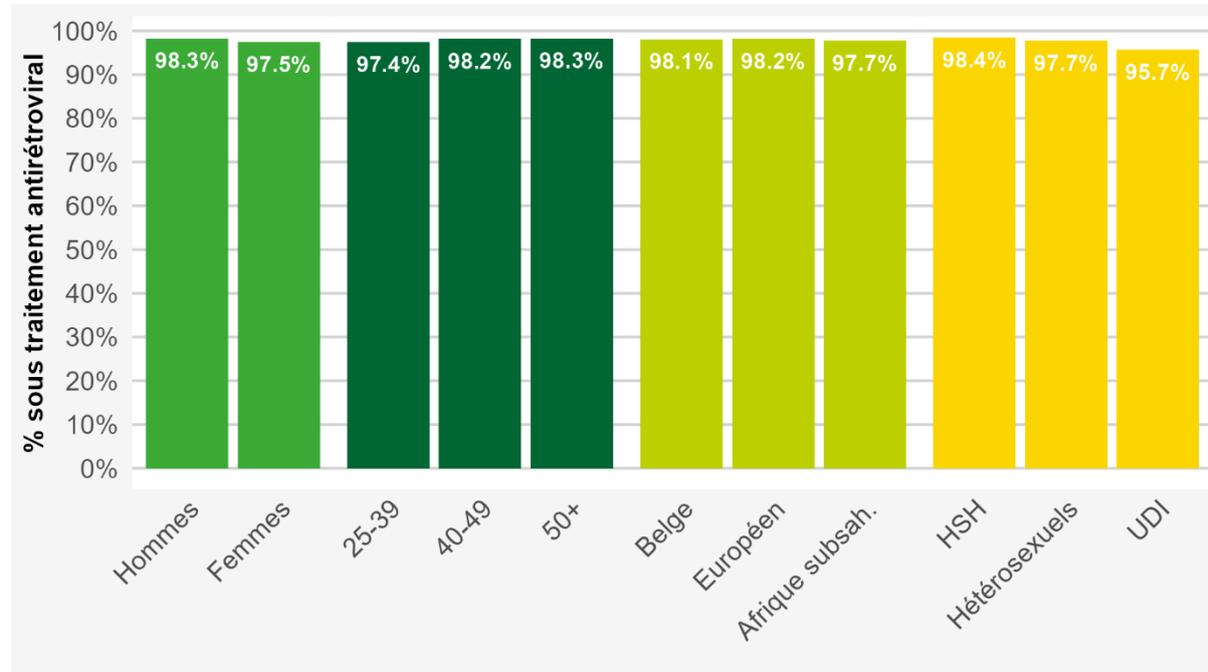
Les données de traitement antirétroviral sont récoltées auprès des centres de référence VIH. Les résultats présentés ci-dessous concernent les personnes avec le VIH en suivi dans les centres de référence VIH entre 2014 et 2023 (~80 % de l'ensemble des personnes avec le VIH suivies en Belgique). En 2023, 98 % des personnes en suivi dans les centres de référence VIH recevaient un traitement antirétroviral. La proportion de personnes sous antirétroviraux a augmenté au cours des dernières années (Figure 40) pour atteindre une couverture optimale de 97 % dès 2016. La très faible proportion de personnes ne recevant pas de traitement antirétroviral est constituée des patients non-progresseurs à long terme, des personnes récemment diagnostiqués pour lesquels le traitement n'a pas encore débuté ou est postposé pour raison médicale, et de quelques personnes ne souhaitant pas de traitement antirétroviral.

Figure 40 : Proportion de personnes sous traitement antirétroviral par année de suivi dans les centres de référence VIH, 2014-2023



La Figure 41 illustre la proportion de personnes sous traitement en 2023 en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques et montre une couverture en traitement antirétroviral supérieure à 97 % dans tous les groupes, excepté chez les UDI (96 %).

Figure 41 : Proportion de personnes sous traitement antirétroviral par caractéristiques démographiques, 2023



#### CHARGE VIRALE ET CD4

Parmi les personnes sous traitement antirétroviral depuis au moins 6 mois dans les centres de référence VIH, 97 % avaient une charge virale contrôlée (< 200 copies/ml) à la dernière mesure de l'année 2023. Une médiane de 2 examens de suivi du VIH (charge virale) ont été effectués chez les personnes en suivi durant l'année 2023.

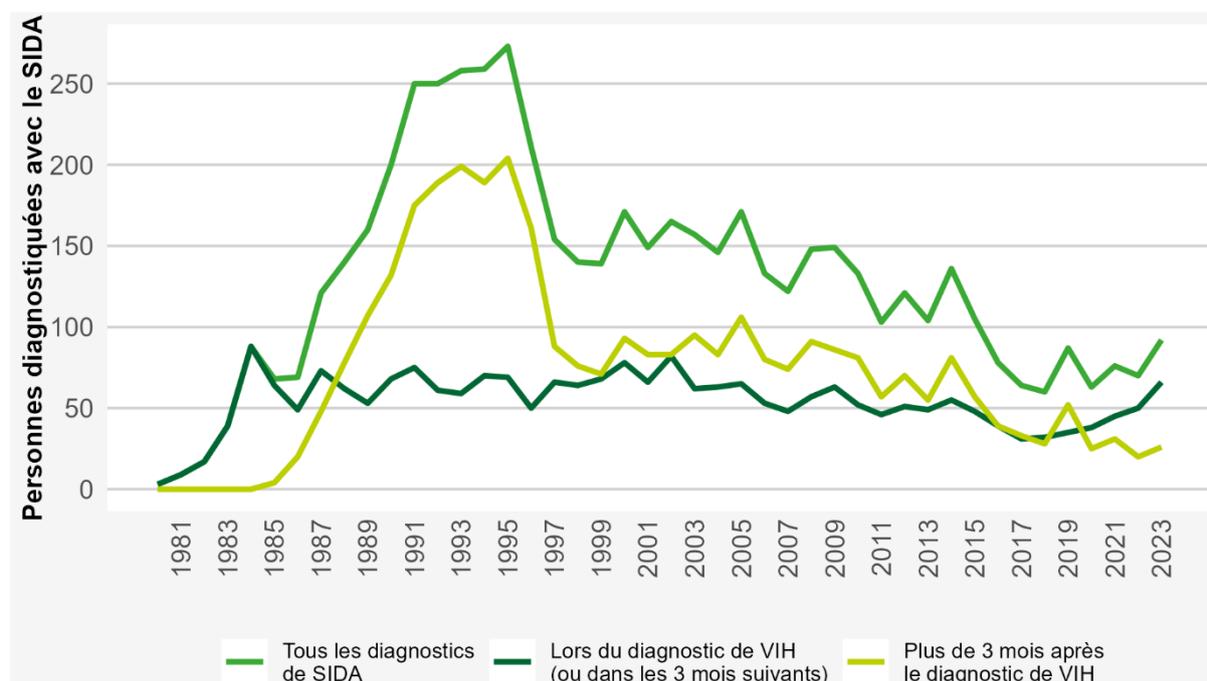
Le taux de CD4 médian des personnes en suivi dans les centres de référence VIH en 2023 était assez élevé à 706 CD4/mm<sup>3</sup>. Ce taux médian a augmenté en moyenne de 108 CD4/mm<sup>3</sup> par an au cours des dix dernières années, suivant l'évolution de la prise en charge vers une initiation plus précoce du traitement antirétroviral et une augmentation de la proportion de personnes sous traitement.

## SIDA

Les cas de SIDA sont rapportés par les médecins lors du diagnostic de VIH, ou lors du suivi médical (initialement par tous les médecins, et depuis 2018 par les centres de référence VIH uniquement). Il est à noter que le nombre de diagnostics de SIDA est probablement sous-estimé, particulièrement pour les cas diagnostiqués durant le suivi médical, étant donné que le rapportage par les médecins et les CRV n'est pas exhaustif.

La figure 42 présente le nombre de personnes diagnostiquées avec le SIDA, rapportées dans le cadre de la surveillance nationale depuis le début de l'épidémie. Depuis la fin des années 90, le nombre de personnes diagnostiquées avec le SIDA a diminué grâce à l'accès aux traitements antirétroviraux. L'effet des traitements antirétroviraux est particulièrement visible chez les personnes qui développent le SIDA plus de 3 mois après le diagnostic de VIH, généralement au cours de leur suivi médical et thérapeutique.

Figure 42 : Nombre de PVVIH diagnostiquées avec le SIDA en fonction du moment du diagnostic (lors du diagnostic de VIH ou plus de 3 mois après), par année, 1980-2023



En 2023, 92 personnes ont été diagnostiquées avec le SIDA. Parmi elles, 66 (72 %) ont reçu ce diagnostic au moment du diagnostic de VIH ou dans les 3 mois suivants.

Parmi les 191 personnes en suivi dans les CRV diagnostiquées avec le SIDA (1<sup>er</sup> épisode) en 2020-2022, un décès dans l'année qui a suivi ce diagnostic a été rapporté pour 8 (4 %).

Les maladies indicatrices de SIDA les plus fréquemment rapportées entre 2021 et 2023 étaient :

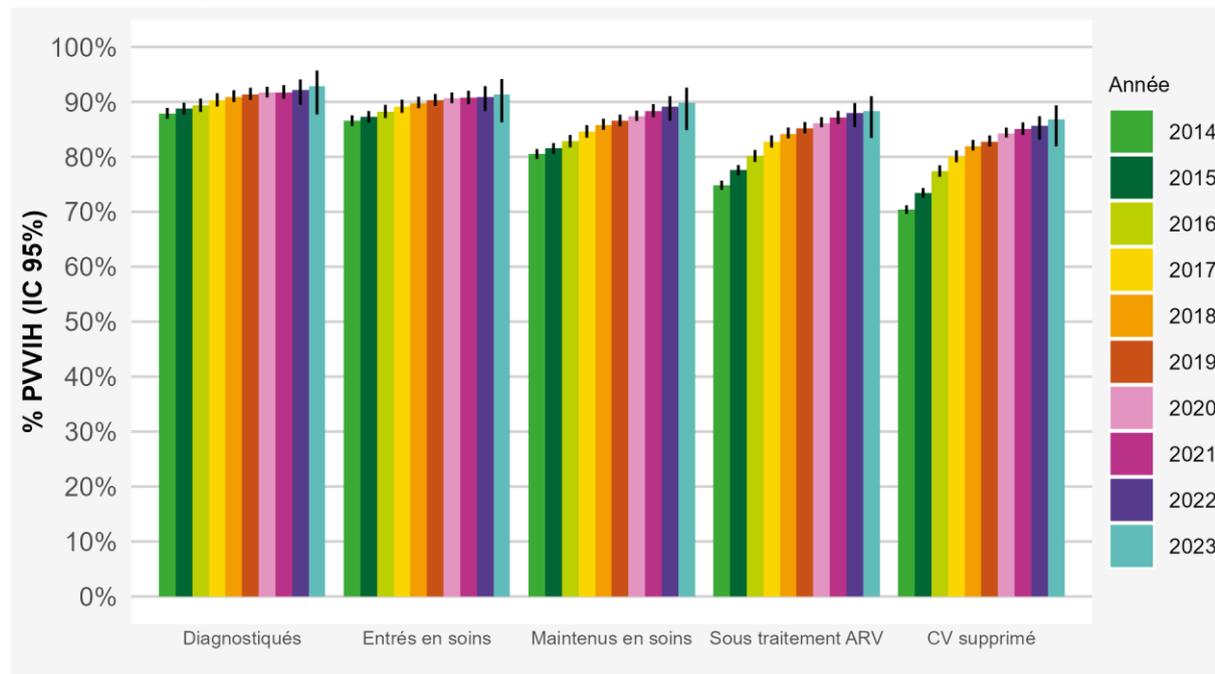
- Pneumonie à *pneumocystis jirovecii* (19 % de tous les épisodes)
- Sarcome de Kaposi (9 %)
- Tuberculose pulmonaire (9 %) et extra-pulmonaire (7 %)
- Toxoplasmose (8 %)
- Cachexie (wasting syndrome) (8 %)
- Candidoses œsophagiennes ou des voies respiratoires (7 %)
- Lymphome non-Hodgkinien (7 %)
- Infection à cytomégalovirus (7 %)

## CONTINUUM DE SOINS

La prise en charge optimale des personnes vivant avec le VIH nécessite un continuum de services tout au long des stades successifs de dépistage, de diagnostic, d'entrée et rétention en soins, de mise sous traitement antirétroviral et de contrôle de la réplication virale. Les personnes ayant une charge virale supprimée ont une évolution plus favorable et leur probabilité de transmission par voie sexuelle est négligeable, ce qui permet la prévention de nouvelles infections (8). L'analyse du continuum de soins des personnes vivant avec le VIH, adaptée d'une méthodologie publiée précédemment (9), permet de représenter la répartition des personnes vivant avec le VIH en Belgique par stade du continuum à une période donnée.

Selon l'analyse du continuum de soins, on estime que le nombre de personnes vivant avec le VIH en Belgique à la fin de 2023 était de 18 690, dont 93 % (n=17 364) étaient diagnostiquées<sup>4</sup>, 91 % (n=17 083) étaient entrées en soins pour le VIH, 90 % (n=16 800) étaient retenues en soins<sup>5</sup>, 88 % (n=16 518) recevaient un traitement antirétroviral et 87 % (n=16 215) avaient une charge virale supprimée (<200 copies/ml) (Figure 43). Au cours des années, on observe une amélioration dans tous les stades du continuum. Certains progrès importants ont été observés, notamment dans la couverture antirétrovirale et la suppression virale qui ont atteint des niveaux très élevés. D'autre part, l'amélioration reflète également une évolution naturelle liée à l'augmentation de l'espérance de vie des PVVIH, et en conséquence l'accroissement du nombre de PVVIH en soins depuis longtemps, ces dernières ayant franchi toutes les étapes des soins.

Figure 43 : Distribution des personnes vivant avec le VIH en Belgique par stade du continuum de soins et IC 95 %, 2014-2023



L'intervalle de confiance (IC) à 95 % tient compte de l'incertitude liée à l'estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH non diagnostiquées.

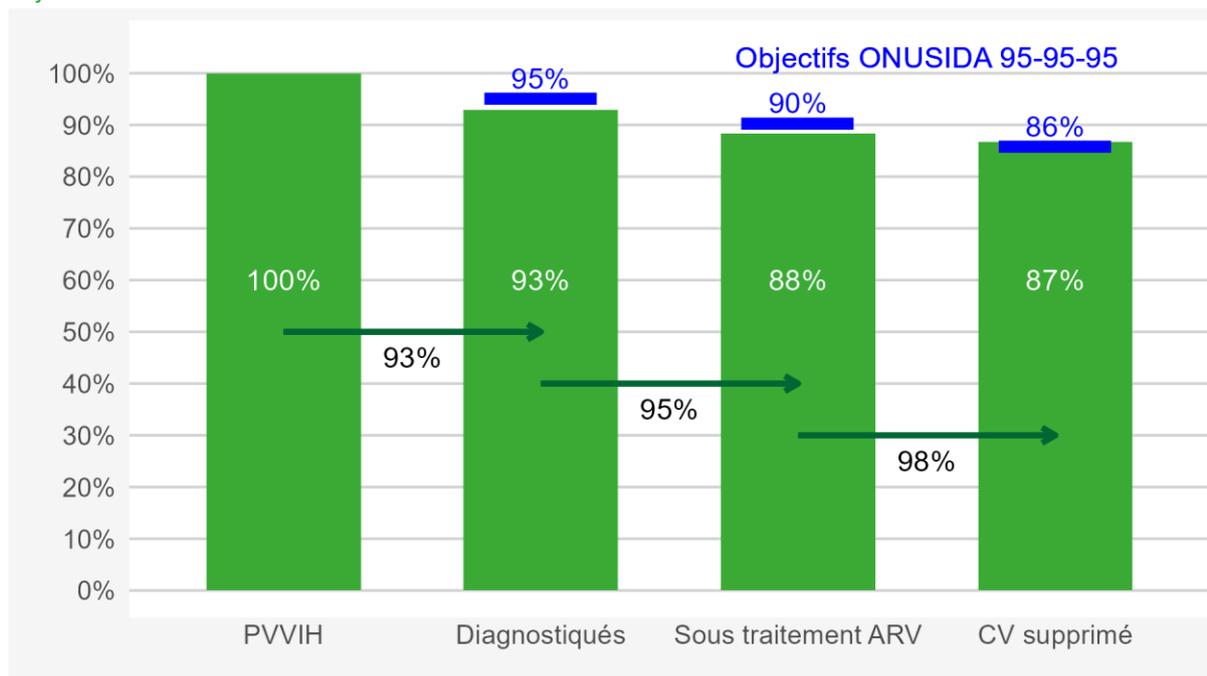
<sup>4</sup> L'estimation du nombre de personnes non diagnostiquées produite par le "modelling tool" de l'ECDC est utilisée pour la première étape du continuum. Les réserves et limitations détaillées dans la section "Personnes non diagnostiquées" s'applique aussi à ce premier stade du continuum.

<sup>5</sup> Les estimations du nombre de personnes perdues de vue (non entrées ou non retenues en soins) proviennent d'un modèle statistique. Ces estimations pourraient être modifiées dans le futur quand les données supplémentaires des années suivantes deviendront disponibles.

Le continuum de soins pour le VIH en Belgique présente peu de perte à chacun de ses stades. En 2023, les personnes ignorant leur séropositivité représentaient 7 % de l'ensemble de la population vivant avec le VIH. Leur dépistage, qui est la première étape du continuum de prise en charge, est donc l'étape à améliorer de manière prioritaire afin de leur permettre de bénéficier des soins de manière précoce et optimale. Les personnes perdues de vue, soit parce qu'elles ne sont jamais entrées en soins, soit parce qu'elles ne sont pas restées en soins, représentent 3 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH en Belgique en 2023. Les facteurs de risque de perte de vue suivants ont été identifiés : jeune âge, usage de drogues injectables, diagnostic récent et nationalité non belge, alors que les HSH ont une meilleure maintenance en soins (10). Une attention particulière doit être consacrée à cette population afin d'assurer leur maintien dans des soins réguliers, condition nécessaire à une initiation précoce et à une prise continue du traitement antirétroviral.

Avec l'ambition de mettre fin au VIH/sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030 et d'accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs de développement durable, en particulier l'objectif 3 relatif à la santé et au bien-être (11), l'ONUSIDA a fixé des objectifs mondiaux intermédiaires d'ici 2025, dont l'objectif 95-95-95 de dépistage et traitement (12). L'ONUSIDA plaide pour l'achèvement de ces objectifs dans toutes les sous-populations, tous les groupes d'âge et tous les contextes géographiques, soit : 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, parmi celles-ci, 95 % reçoivent un traitement antirétroviral, et parmi celles-ci, 95 % ont une charge virale supprimée. Une fois cette cible à trois volets atteinte, l'objectif global d'au moins 86 % des personnes vivant avec le VIH avec une charge virale supprimée est réalisé. La Belgique se situe actuellement à 93-95-98, soit 87% de suppression virale pour l'ensemble des PVVIH (Figure 44). L'objectif global est donc déjà atteint pour la Belgique, cependant la proportion estimée de personnes non diagnostiquées dépasse à nouveau l'objectif des 5 % en 2023.

Figure 44 : Continuum de soins des personnes vivant avec le VIH en Belgique en 2023 par rapport aux objectifs de l'ONUSIDA 2025



# TRAITEMENTS PRÉVENTIFS DU VIH

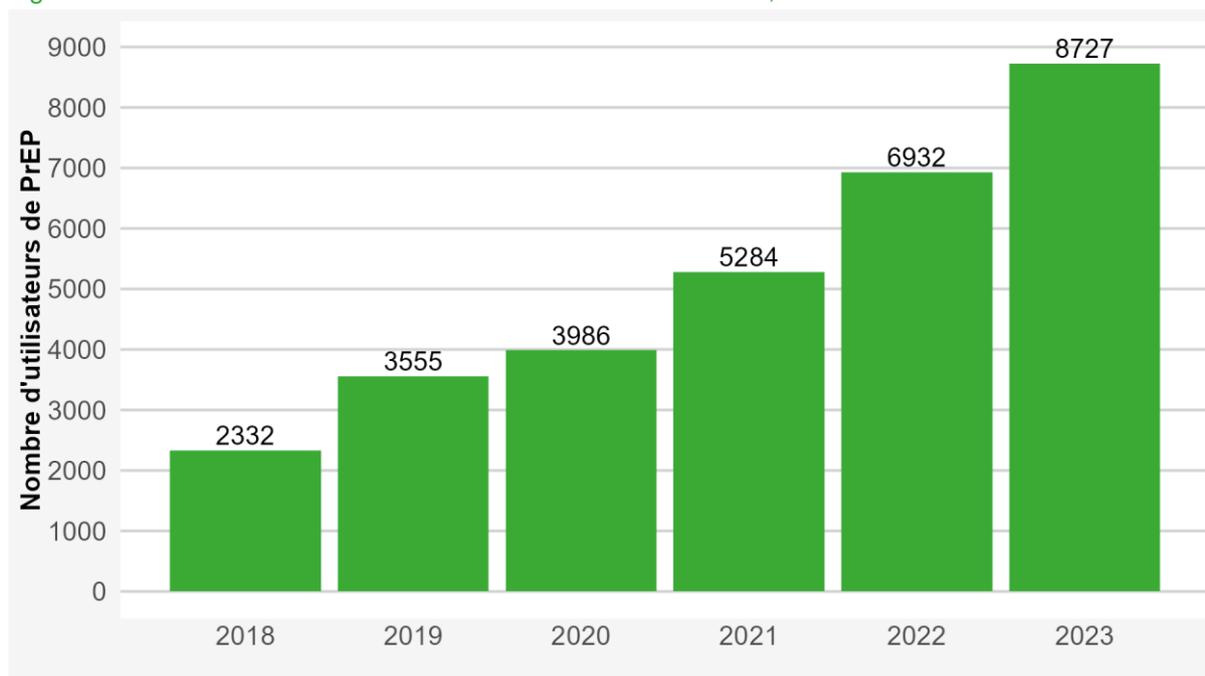
## PROPHYLAXIE PRÉ-EXPOSITION (PREP)

### 1. DÉLIVRANCE DE LA PREP

En 2023, 8 727 personnes ont acheté de l'emtricitabine/ténofovir en tant que PrEP pour le VIH dans une pharmacie belge; cela représente une augmentation de 1795 (26 %) personnes par rapport à 2022 (Figure 45; Tableau 18).

En outre, 1 % des comprimés de PrEP ont été délivrés par les pharmacies hospitalières en 2023 (données non incluses dans les résultats présentés).

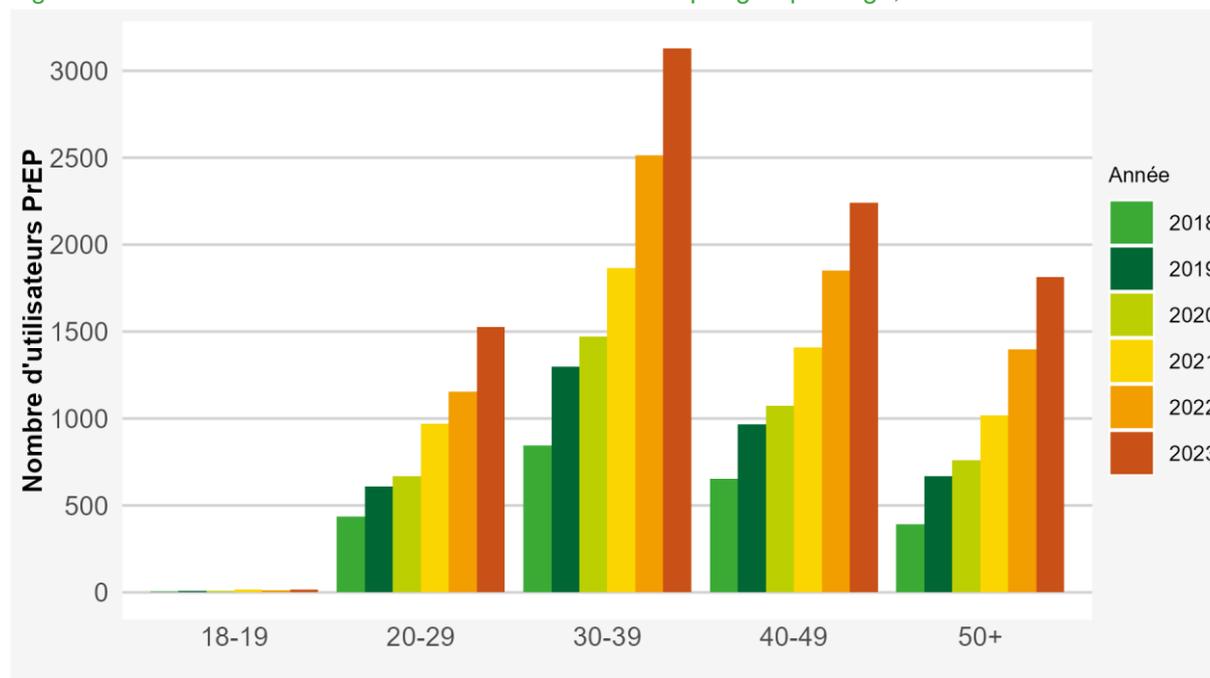
Figure 45 : Evolution du nombre annuel d'utilisateurs de la PrEP, 2018-2023



Source : Pharmanet

En 2023, 99 % des utilisateurs de la PrEP étaient des hommes ; 36 % étaient âgés de 30 à 39 ans et 26 % de 40 à 49 ans (Figure 46; Tableau 17). Parmi les utilisateurs de la PrEP, 30 % résidaient dans la région de Bruxelles-Capitale, 53 % en Flandre et 17 % en Wallonie.

Figure 46 : Evolution du nombre d'utilisateurs de la PrEP par groupe d'âge, 2018-2023



Source : Pharmanet

Le total des comprimés achetés en 2023 a augmenté de 27 % par rapport à 2022 ce qui correspond à l'augmentation du nombre d'utilisateurs de la PrEP.

Parmi les utilisateurs de la PrEP en 2023, 33 % étaient des utilisateurs occasionnels (ayant acheté 30 à 90 comprimés sur l'année), 42 % des utilisateurs fréquents (120 à 270 comprimés) et 25 % des utilisateurs quotidiens (300 comprimés ou plus). La proportion d'utilisateurs quotidiens de la PrEP est restée stable par rapport à 2022. Cette catégorisation repose sur la mesure de la consommation annuelle et doit être contextualisée. En effet, une réduction temporaire ou un arrêt de l'utilisation de la PrEP peut induire une catégorisation d'utilisateurs habituellement quotidiens dans la catégorie moins fréquente pour l'ensemble de l'année.

En 2023, 2 867 personnes ont utilisé la PrEP pour la première fois, ce qui correspond à 33 % des utilisateurs de la PrEP durant cette année. Il y a eu en moyenne 239 initiateurs par mois. Le nombre d'initiateurs a augmenté de 27 % par rapport à 2022.

Parmi les 6 932 utilisateurs de la PrEP enregistrés en 2022, 21 % (N=1484) n'ont pas poursuivi leur utilisation de la PrEP en 2023. Parmi ces personnes ayant arrêté la PrEP, 57 % étaient des utilisateurs occasionnels, 36 % des utilisateurs fréquents et 7 % des utilisateurs quotidiens.

## 2. CONSULTATIONS PREP

En 2023, 2 801 personnes<sup>6</sup> ont eu leur première consultation pour la PrEP dans un CRV. Parmi ces personnes ayant commencé la PrEP, 96 % étaient des HSH ; 69 % étaient belges, 3% avaient une nationalité d'Afrique sub-saharienne et 28 % avaient une autre nationalité. Au départ, 63 % ont opté pour un régime de PrEP intermittent.

Au total, 9 040 personnes<sup>7</sup> ont eu une consultation pour la PrEP dans un CRV en 2023. Parmi elles, 24 % ont été diagnostiquées avec au moins une IST au cours de l'année; la proportion varie de 10 % à 36 % entre les CRV. Les diagnostics de gonorrhée et de chlamydia, 14 % et 11 % respectivement, étaient les plus fréquents (Table B), La mpox a été diagnostiquée chez 1 utilisateur de la PrEP en 2023. Sept séroconversions pour le VIH ont été signalées chez des personnes ayant rapporté un usage inconsistant de la PrEP. L'information sur le chemsex était disponible pour 8 158 utilisateurs de la PrEP ; parmi ceux-ci, le chemsex était pratiqué par 15 % (N=1 198).

Table B : Fréquence et distribution des nouveaux épisodes d'IST diagnostiquées chez les utilisateurs de la PrEP, 2023

	Nombre	%
Au moins 1 IST (N=9 040)	2147	24
Gonorrhée (N=9 040)	1239	14
Chlamydia (N=9 040)	963	11
Syphilis (N=6 745)	391	6
Mpox (N=6 745)	1	0,01
Hépatite C (N=6 745)	4	0,06
Hépatite A (N=6 745)	1	0,01
Hépatite B (N=6 745)	0	0

Source: données agrégées transmises par les 12 CRV

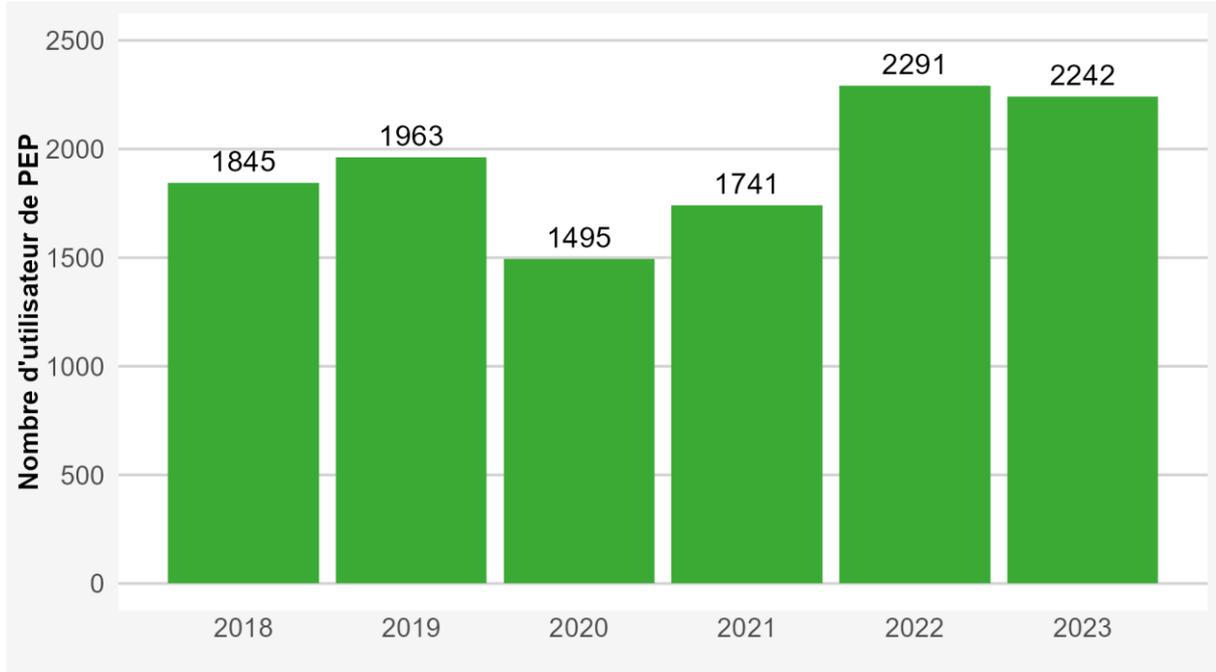
<sup>6</sup> Le nombre de personnes enregistrées comme ayant eu une première consultation pour la PrEP dans un CRV (N=2 801) en 2023 est légèrement moins élevé que le nombre de personnes ayant acheté de l'emtricitabine/ tenofovir comme PrEP pour la première fois dans une pharmacie belge (N=2 867). Etant donné que les données collectées auprès des CRV sont agrégées, il ne nous est pas possible de faire des analyses plus détaillées pour comprendre cette petite différence.

<sup>7</sup> Le nombre de personnes enregistrées comme ayant consulté pour une PrEP dans un CRV (N=9 040) en 2023 est plus élevé que le nombre de personnes ayant acheté de l'emtricitabine/tenofovir comme PrEP dans une pharmacie belge (N=8 727). Cela peut s'expliquer par le fait que certaines personnes consultent pour la PrEP dans plus d'un CRV ; la collecte de données agrégées ne permet pas d'identifier ces doublons. En outre, il est également possible que certaines personnes ayant consulté pour la PrEP n'aient par la suite pas acheté l'emtricitabine/tenofovir.

## PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION

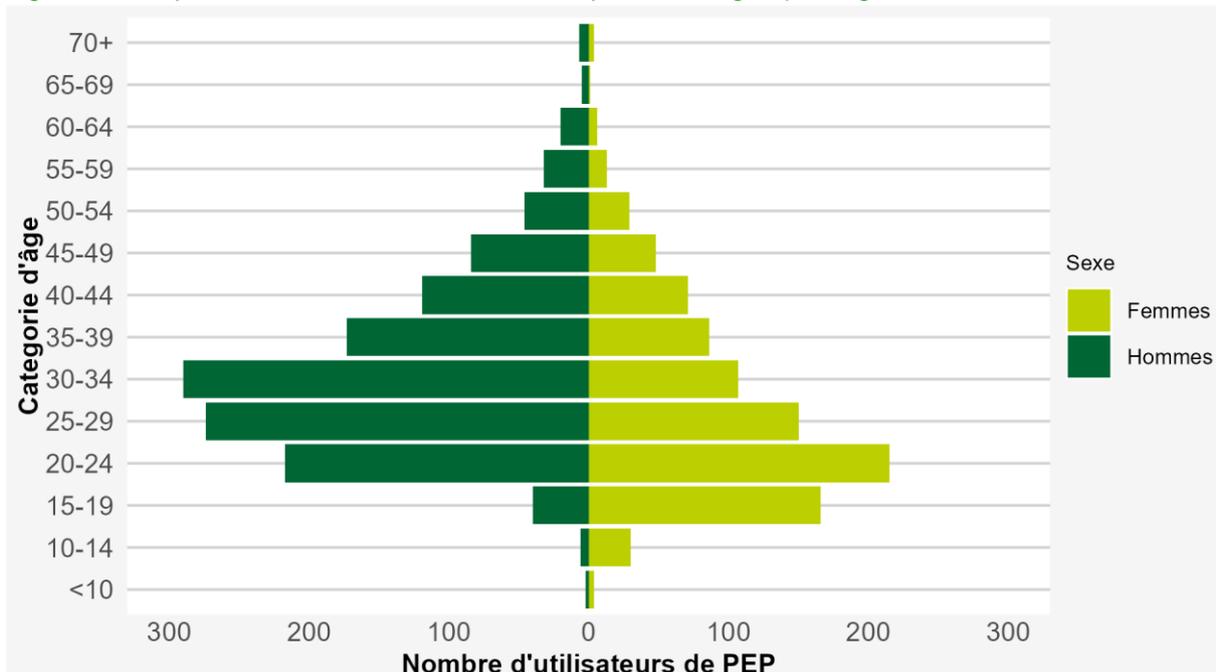
En 2023, 2 242 personnes ont reçu une prophylaxie post-exposition (PEP) pour le VIH (Figure 47).

Figure 47 : Nombre annuel d'utilisateurs de PEP, 2018-2023



Parmi ces utilisateurs de la PEP, 59 % étaient des hommes. Trente-huit pour cent de ces personnes étaient âgées de 20 à 29 ans et 29 % de 30 à 39 ans. Les femmes utilisatrices de PEP étaient plus jeunes (âge moyen de 30 ans) que les hommes (âge moyen de 34 ans) : 22 % des femmes avaient entre 10 et 19 ans et 39 % entre 20 et 29 ans, tandis que 37 % des hommes avaient entre 20 et 29 ans et 35 % entre 30 et 39 ans (Figure 48). Parmi les utilisateurs de la PEP dont la nationalité était connue, 74 % avaient la nationalité belge, 13 % une autre nationalité européenne, 4 % une nationalité d'Afrique subsaharienne, 4 % une nationalité latino-américaine et 5 % une autre nationalité. Les nationalités européennes les plus représentées étaient française, italienne et espagnole.

Figure 48 : Répartition des utilisateurs de la PEP par sexe et groupe d'âge, 2023

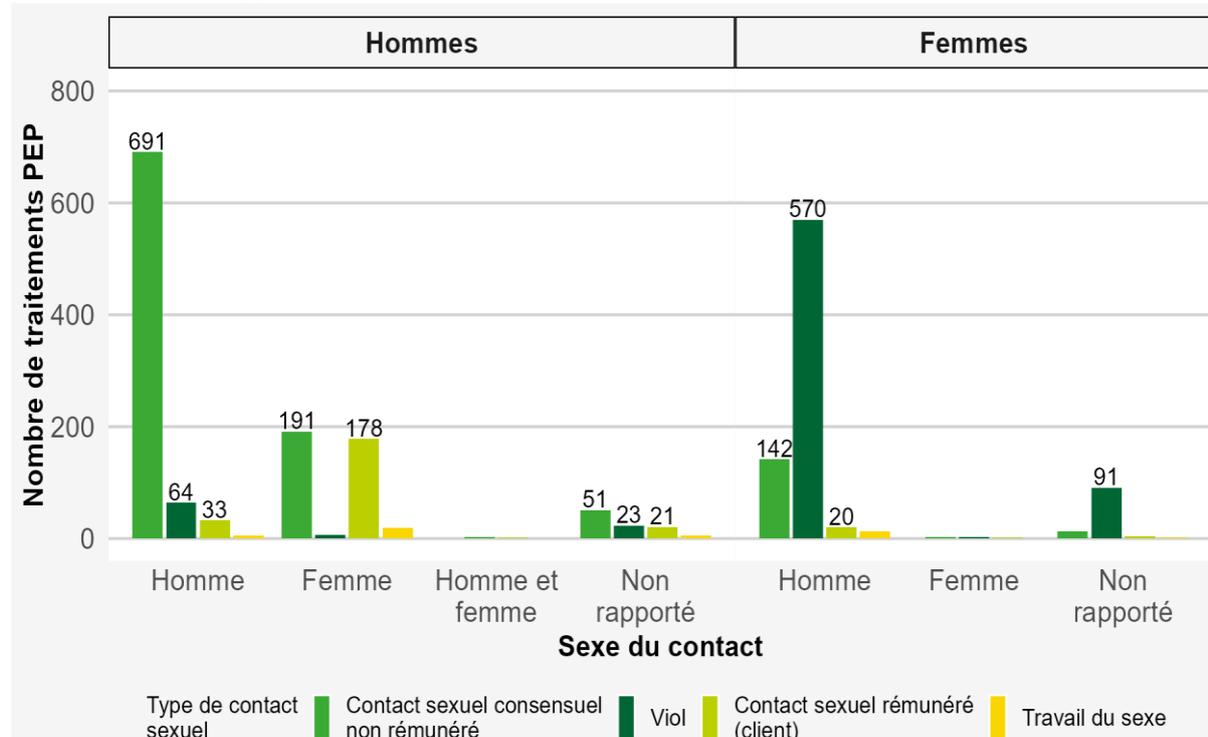


Au cours de l'année 2023, 2 161 personnes ont reçu 1 traitement PEP ; 71 ont reçu 2 traitements PEP et 10 ont reçu 3 traitements PEP ou plus. Parmi les personnes ayant reçu plus d'une fois la PEP en 2023 (n=81), 78 % étaient des hommes, 44 % avaient entre 20 et 29 ans et 64 % étaient belges.

Au total, 2 335 traitements PEP ont été enregistrés, soit une diminution de 3 % par rapport à 2022. Le type d'exposition potentielle ayant nécessité un traitement PEP était connu pour 2 298 épisodes, les contacts sexuels consensuels non rémunérés (48 %) ont été le plus souvent rapportés, suivis des viols (33 %) (Figure 49). Chez les HSH, 86 % des traitements PEP ont été effectués à la suite de rapports sexuels consensuels non rémunérés et 8 % pour des viols; chez les hommes ayant des contacts hétérosexuels, les rapports sexuels consensuels non rémunérés (48 %) et rémunérés (45 %) étaient les plus fréquemment rapportés. Chez les femmes, 71 % des traitements PEP étaient liés à un viol (Figure 49).

Des traitements PEP ont aussi été données pour une exposition professionnelle (1 %), suite à l'injection de drogue (0,8 %) et pour d'autres expositions (4 %).

Figure 49 : Nombre de traitements PEP suite à une exposition sexuelle à risque, par sexe de l'utilisateur, sexe du contact et type de contact, 2023



Quarante-neuf pour cent des traitements PEP ont été initiés dans les 24 heures suivant l'exposition à risque. Le traitement antirétroviral le plus couramment utilisé était la combinaison emtricitabine / ténofovir disoproxil / elvitegravir / cobicistat (63 %). Pour 3 %, le traitement initialement prescrit a été remplacé par un autre. Le statut d'achèvement du traitement PEP était connu pour 79 % des traitements ; parmi ceux-ci, 80 % (N=1 845) ont été suivis jusqu'à leur terme et 20 % ont été arrêtés prématurément. Parmi les traitements qui ont été arrêtés prématurément (N=372), 51 % l'ont été sur la base d'une réévaluation du risque et 2 % pour d'autres raisons ; pour 47 % la raison de l'arrêt du traitement était inconnue.

Pour 49 % (N=723) des traitements PEP complétés (N= 1 473), l'information sur le suivi sérologique pour le VIH a été enregistrée : un test de dépistage a été réalisé chez 75 % (N=543) et un suivi sérologique n'a pas été réalisé pour 25 % (N=180). Le test de dépistage du VIH a été effectué entre 1 et 3 mois après le début du traitement pour 472 suivis, tous étaient négatifs ; et au moins 3 mois après le début du traitement pour 327 suivis. Parmi ces derniers un test était positif. Les données enregistrées ne permettent pas de conclusion définitive concernant la source de l'infection par le VIH chez cette personne bénéficiaire d'une PEP : une autre exposition avant ou après celle associée à la prise de la PEP peut également être à l'origine de l'infection.

Après la fin du traitement PEP, 47 % des personnes ont reçu la PrEP ; elle a été plus fréquemment donnée aux hommes, aux utilisateurs de la PEP âgés de 20 à 39 ans et dans le cadre de rapports sexuel entre hommes.

# CONCLUSION

---

En 2023, **665 nouveaux cas d'infection par le VIH** ont été diagnostiqués en Belgique, représentant une augmentation de 13 % par rapport à 2022. Cette hausse des diagnostics observée au cours des trois dernières années illustre que la tendance à la baisse régulière enregistrée depuis 2013 s'est inversée.

L'augmentation du nombre de nouveaux diagnostics de VIH a été observée **dans toutes les populations**. La tendance est à la hausse chez les HSH, en particulier chez les belges, avec une augmentation marquée dans le groupe d'âge des 30-39 ans, tandis que le nombre de diagnostics chez les 20-29 ans s'est stabilisé après une augmentation significative durant les années précédentes. Cette hausse est inquiétante : chez les HSH belges, elle met fin à 9 années de réduction régulière des diagnostics, ce qui suggère que les facteurs qui ont précédemment contribué à un déclin des infections par le VIH ne sont plus suffisants pour limiter efficacement la transmission.

Le nombre de diagnostics a également augmenté parmi les femmes hétérosexuelles de nationalité belge et d'autres nationalités européennes ; la moitié des diagnostics a été réalisée chez des femmes d'Afrique subsaharienne chez qui le nombre de diagnostics est resté stable après une forte hausse en 2022. Par ailleurs, une augmentation des diagnostics a également été enregistrée chez les hommes hétérosexuels, tant pour les personnes d'Afrique subsaharienne qu'euro péennes. Cette augmentation concerne principalement les groupes d'âge de 30 à 49 ans et de 60 ans et plus.

Une proportion significative des personnes nées à l'étranger semble avoir contracté l'infection après leur migration en Belgique. Cela souligne la nécessité d'améliorer l'accès et l'utilisation de toutes les stratégies de prévention afin de réduire le nombre de nouvelles infections au sein de la population migrante. Parallèlement, il est crucial de garantir un accès rapide aux soins et au traitement du VIH pour toutes les PVVIH, y compris celles infectées avant leur migration, en facilitant un diagnostic précoce et en réduisant les barrières à l'accès aux soins. Cela est d'autant plus important que les diagnostics tardifs, associés à un risque accru pour la santé, sont plus fréquents chez les personnes non-belges.

La tendance à la hausse des diagnostics illustre que la transmission du VIH est active malgré la disponibilité d'un **large panel de stratégies de prévention**. Ces mesures, regroupées sous le concept de prévention combinée, incluent l'utilisation du préservatif, le dépistage régulier, le traitement des PVVIH pour prévenir la transmission sexuelle (I=I), la PrEP et la PEP. La réussite de la prévention combinée du VIH repose sur l'implication et l'engagement actif des acteurs de terrain, des professionnels de santé, des décideurs politiques et des personnes à risque de VIH.

Le paysage du VIH s'est de plus en plus diversifié, transcendant la représentation autrefois limitée des personnes susceptibles d'être touchées. Pour que le potentiel de la prévention combinée soit pleinement réalisé, il est indispensable qu'un nombre important de personnes prennent conscience qu'elles sont exposées au risque de contracter le VIH. Pourtant de nombreuses personnes ou leurs partenaires sexuels adoptent des comportements sexuels à risque, même de manière occasionnelle, sans s'identifier comme faisant partie d'un groupe à risque élevé (13 ; 14). Cela suggère une **méconnaissance de leur vulnérabilité**, qui conduit par conséquent à **une utilisation insuffisante des mesures de prévention appropriées**. Ceci constitue un frein aux efforts d'interruption de la transmission du VIH.

De plus, le potentiel de la prévention combinée est affaibli par le **recul de l'utilisation du préservatif**, qui est pourtant un outil efficace dans la lutte contre le VIH depuis le début de l'épidémie. Il a été estimé que le nombre de PVVIH au niveau mondial serait cinq fois plus élevé sans l'utilisation du préservatif et que celui-ci a permis d'éviter 117 millions d'infections par le VIH depuis le début de l'épidémie (15). L'usage du préservatif est en baisse chez les jeunes au niveau mondial (16), ainsi qu'en Belgique (17; 18). Une étude récente menée à grande échelle en Flandre montre en outre que l'utilisation du préservatif est souvent inconsistante dans la population générale : 33 % des participants ayant eu des rapports sexuels au cours des six derniers mois ont parfois utilisé le préservatif, 40 % ne l'ont jamais utilisé et 28 % l'ont (presque) toujours utilisé. Les facteurs suivants associés à l'utilisation inconsistante du préservatif ont été identifiés: une attitude négative à l'égard des préservatifs, une combinaison de différents types de partenaires sexuels, un seul partenaire sexuel régulier, l'utilisation de la PrEP, la consommation de drogues avant ou pendant les rapports sexuels, avoir déjà effectué un test de dépistage des IST, le sexe masculin, les rapports sexuels principalement avec des hommes et être âgé de 50 ans ou plus (19).

En outre, la réduction de l'utilisation du préservatif contribue à **l'augmentation des autres infections sexuellement transmissibles (IST)**. Ces dernières années, cette augmentation a été observée particulièrement pour la gonorrhée et la chlamydia en Belgique (20). Cette augmentation est observée chez les hommes et les femmes suggérant une transmission hétérosexuelle en plus de la transmission entre hommes. Les IST augmentent le risque d'acquisition du VIH par le biais d'une inflammation locale et de lésions épithéliales (21). Ainsi, l'augmentation simultanée des infections par le VIH et des IST crée un contexte favorable à la progression de l'épidémie de VIH.

Bien que **l'utilisation de la PrEP chez les HSH continue de progresser**, l'augmentation du nombre de diagnostics dans cette population suggère la persistance de **lacunes dans la couverture**. En outre, d'autres populations à haut risque rencontrent des obstacles dans l'accès à la PrEP et dans son utilisation efficace (22), en partie en raison d'un manque de connaissances. Cela souligne la nécessité de mettre en œuvre des modèles de soins différenciés pour la PrEP (23 ; 24).

La **Région de Bruxelles** compte le plus grand nombre de diagnostics de VIH par habitant. Une **réponse intensifiée** au VIH à Bruxelles est donc nécessaire, avec une approche ciblée qui répond aux défis et aux besoins spécifiques du contexte métropolitain et des groupes cibles présents. Cette approche devrait comprendre une combinaison d'interventions visant à améliorer la prévention, à promouvoir un dépistage plus précoce et à mettre en place un traitement immédiat. En assumant ce rôle de meneuse, Bruxelles aura un impact significatif sur la lutte contre le VIH en Belgique. L'initiative Fast-Track City (25) peut fournir un cadre structuré pour renforcer la coordination entre les professionnels de la santé, les organisations de terrain et les autorités locales, et reproduire le succès d'une approche centrée sur la ville comme, par exemple, à Amsterdam (26).

Le nombre de **personnes avec le VIH en suivi médical** a encore augmenté, en continuité avec l'évolution des années précédentes, près de 19 000 PVVIH étaient en soins en Belgique en 2023. Plus de **la moitié de ces personnes étaient âgées d'au moins 50 ans**, soit environ 10 000 personnes. Ces personnes présentent davantage de (multi)comorbidités et certaines sont exposées depuis longtemps aux antirétroviraux. Leur prise en charge médicale est complexe et nécessite une collaboration interdisciplinaire optimale (27). Outre l'aspect médical des soins, une bonne qualité de vie doit également être garantie à toutes les personnes avec le VIH (28).

Afin d'atteindre les **objectifs 2025 '95-95-95' de l'ONUSIDA** concernant le continuum de soins pour le VIH, c'est **l'étape du diagnostic des PVVIH qu'il faut encore améliorer en priorité** en Belgique. Il faut veiller à ce que ces objectifs, dont particulièrement le dépistage et le diagnostic précoce, soient réalisés pour toutes les populations clés. Afin de progresser vers le contrôle de l'épidémie du VIH et son élimination comme menace de santé publique, ces avancées doivent être combinées aux autres cibles définies par l'ONUSIDA (29 & annexe). Pour la Belgique, l'objectif que 95 % des personnes exposées au VIH utilisent une prévention combinée est essentiel.

Afin de s'assurer que même les personnes les plus vulnérables de notre société ont accès à une prévention combinée, aux soins et au traitement pour le VIH, et qu'elles ne sont pas victimes de discrimination, le Comité de Monitoring surveille les progrès du **Plan national de lutte contre le VIH**, en mettant particulièrement l'accent sur les progrès réalisés dans l'élimination des barrières structurelles. Le Plan national VIH est le document politique, approuvé par la Conférence interministérielle de la santé publique, qui décrit la riposte au VIH en Belgique (30).

Etant donné l'augmentation des diagnostics de VIH, les **mesures suivantes** seraient essentielles pour renforcer la lutte contre l'épidémie :

- Offrir une éducation sexuelle et relationnelle étendue, tant dans les écoles que par des actions de prévention sur le terrain et d'autres canaux d'information, afin de favoriser une meilleure compréhension des risques et des comportements de prévention ;
- Améliorer l'accès aux outils de prévention combinée, en particulier pour les jeunes et les personnes à risque élevé, notamment en garantissant la disponibilité de préservatifs à prix abordable (19 ; 31) ;
- Faciliter et promouvoir le dépistage du VIH et des IST pour les jeunes et les personnes à risque en s'appuyant sur des structures à accès aisé telles que les centres de planning familial, afin de promouvoir un dépistage précoce et régulier ;
- Elargir et diversifier le modèle de délivrance de la PrEP afin d'atteindre efficacement un plus grand nombre de personnes présentant un risque élevé de contracter le VIH.

Ces mesures contribueront à ce que chaque personne développe une compréhension claire des méthodes de prévention les plus efficaces en fonction de sa situation personnelle, tout en facilitant un accès adéquat à ces méthodes. Cela soutiendra, pour chacun, des prises de décisions éclairées afin de réduire efficacement son risque d'infection par le VIH, renforçant ainsi les efforts de prévention à l'échelle individuelle et collective.

# ANNEXES

---

*Note explicative :*

*Les tableaux ci-dessous montrent la moyenne des données imputées (20 sets de données ; voir section "Contexte et méthodes"). En raison de l'arrondi des chiffres aux nombres entiers, la somme de ces moyennes arrondies par groupe peut différer légèrement du total.*

*Les chiffres dans les tableaux peuvent différer légèrement des chiffres dans le texte, d'une part pour la même raison que mentionnée ci-dessus et, d'autre part, en conséquence de différences mineures dans les définitions de populations entre les tableaux et le texte (par exemple, inclusion ou exclusion des personnes transgenres, inclusion ou exclusion des enfants <10 ans, inclusion ou exclusion des personnes résidant à l'étranger).*

Tableau 1: Nombre de diagnostics VIH/sida, et nombre de décès rapportés, Belgique, 1978-2023

	Nouveaux diagnostics de VIH	Diagnostics de sida
1978	1	1
1979	1	1
1980	3	3
1981	9	9
1982	17	17
1983	39	39
1984	87	88
1985	500	68
1986	728	69
1987	894	121
1988	725	140
1989	735	160
1990	797	200
1991	772	250
1992	940	250
1993	912	258
1994	783	259
1995	782	273
1996	670	211
1997	680	154
1998	727	140
1999	768	139
2000	926	172
2001	935	149
2002	916	167
2003	970	157
2004	899	146
2005	936	171
2006	1007	133
2007	942	122
2008	985	148
2009	978	149
2010	928	133
2011	947	103
2012	1038	121
2013	960	104
2014	887	136
2015	862	105
2016	768	78
2017	698	64
2018	671	60
2019	674	87
2020	501	63
2021	517	76
2022	590	70
2023	665	92
<b>TOTAL CUMULÉ</b>	<b>31770</b>	<b>5656</b>

Tableau 2: Nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH, par mode d'infection, âge et sexe, Belgique, 2014-2023

	Groupes d'âge	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hétéro	10-19	11	14	9	15	8	12	4	2	8	8
	20-29	98	89	64	76	77	67	53	37	63	58
	30-39	139	137	112	104	89	108	90	67	76	106
	40-49	94	76	74	74	85	107	61	70	64	80
	50+	74	75	89	81	70	67	57	64	80	77
	<b>Total</b>	<b>416</b>	<b>391</b>	<b>348</b>	<b>350</b>	<b>329</b>	<b>361</b>	<b>265</b>	<b>240</b>	<b>291</b>	<b>328</b>
HSH	10-19	12	4	10	5	3	6	4	2	5	10
	20-29	112	112	111	84	98	92	53	77	96	91
	30-39	159	155	134	105	90	84	82	61	68	86
	40-49	89	96	81	66	67	64	42	62	47	52
	50+	68	73	69	62	59	53	38	57	39	58
	<b>Total</b>	<b>440</b>	<b>440</b>	<b>405</b>	<b>322</b>	<b>317</b>	<b>299</b>	<b>219</b>	<b>259</b>	<b>255</b>	<b>297</b>
UDI	10-19	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	20-29	3	5	0	3	2	1	1	2	3	2
	30-39	7	7	2	6	8	4	2	5	7	9
	40-49	4	4	3	4	1	3	3	4	6	7
	50+	0	0	0	1	3	0	1	0	0	2
	<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>17</b>	<b>21</b>
Femmes	10-19	9	14	8	10	6	9	2	2	8	8
	20-29	70	75	40	58	51	47	33	18	44	38
	30-39	85	92	81	61	59	64	48	38	49	64
	40-49	47	41	29	35	46	51	32	36	38	48
	50+	23	30	39	40	33	29	19	24	38	38
	<b>Total</b>	<b>234</b>	<b>252</b>	<b>197</b>	<b>204</b>	<b>195</b>	<b>200</b>	<b>134</b>	<b>118</b>	<b>177</b>	<b>196</b>
Hommes	10-19	19	8	14	10	6	10	6	2	8	12
	20-29	143	133	137	108	127	113	74	97	119	114
	30-39	222	212	167	153	130	133	126	95	103	137
	40-49	142	135	130	112	108	124	75	99	82	92
	50+	119	120	119	104	100	92	78	98	82	100
	<b>Total</b>	<b>645</b>	<b>608</b>	<b>567</b>	<b>487</b>	<b>471</b>	<b>472</b>	<b>359</b>	<b>391</b>	<b>394</b>	<b>455</b>
Tous	10-19	28	22	22	20	12	19	8	4	16	20
	20-29	213	208	177	166	178	161	110	119	168	162
	30-39	307	304	248	215	190	196	176	133	159	204
	40-49	190	176	159	147	154	175	107	136	123	140
	50+	142	150	158	144	133	122	97	123	121	138
	<b>Total</b>	<b>880</b>	<b>860</b>	<b>764</b>	<b>692</b>	<b>667</b>	<b>673</b>	<b>498</b>	<b>515</b>	<b>587</b>	<b>664</b>

Tableau 3: Nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH, par région de résidence, Belgique, 1978-2023

	Bruxelles	Flandre	Wallonie	Total
<=1985	323	168	166	657
1986	355	218	155	728
1987	409	274	211	894
1988	360	196	168	724
1989	362	207	166	735
1990	354	250	193	797
1991	308	254	210	772
1992	356	311	273	940
1993	325	306	281	912
1994	306	257	220	783
1995	279	320	183	782
1996	274	234	160	668
1997	256	251	174	681
1998	309	257	160	726
1999	307	286	175	768
2000	372	335	218	925
2001	322	378	233	933
2002	321	352	224	897
2003	313	393	226	932
2004	290	372	204	866
2005	284	453	176	913
2006	323	437	218	978
2007	254	463	205	922
2008	307	469	184	960
2009	291	478	189	958
2010	274	429	202	905
2011	310	418	194	922
2012	280	508	230	1018
2013	281	416	238	935
2014	252	394	220	866
2015	255	377	202	834
2016	249	334	172	755
2017	200	312	170	682
2018	192	300	169	661
2019	190	286	184	660
2020	151	230	115	496
2021	153	239	119	511
2022	186	253	147	586
2023	220	283	153	656
<b>Total</b>	<b>11153</b>	<b>12698</b>	<b>7487</b>	<b>31338</b>

Tableau 4: Nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH, par catégorie d'exposition, âge et sexe, Bruxelles, 2014-2023

	Groupes d'âge	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hétéro	10-19	1	2	2	3	4	1	1	0	3	1
	20-29	24	26	19	20	32	18	18	10	24	20
	30-39	37	37	23	36	30	26	24	20	19	32
	40-49	25	28	26	20	24	25	23	22	15	31
	50+	22	14	36	24	20	14	16	12	19	20
	<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>107</b>	<b>106</b>	<b>103</b>	<b>110</b>	<b>84</b>	<b>82</b>	<b>64</b>	<b>80</b>	<b>104</b>
HSH	10-19	2	1	0	2	1	2	2	1	3	3
	20-29	36	39	33	25	26	34	18	28	44	32
	30-39	54	55	52	30	20	31	15	21	26	30
	40-49	30	28	29	14	16	24	13	16	13	21
	50+	13	18	23	19	12	12	10	16	9	13
	<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>141</b>	<b>137</b>	<b>90</b>	<b>75</b>	<b>103</b>	<b>58</b>	<b>82</b>	<b>95</b>	<b>99</b>
UDI	10-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	20-29	2	0	0	1	1	0	0	1	0	1
	30-39	0	2	0	1	1	1	0	1	1	3
	40-49	2	3	1	0	0	1	0	1	2	2
	50+	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>7</b>
Femmes	10-19	2	4	1	3	3	1	0	1	2	1
	20-29	12	20	12	14	23	12	12	4	17	13
	30-39	16	27	16	21	21	16	14	13	11	18
	40-49	15	14	10	6	12	9	15	11	6	16
	50+	10	4	18	11	11	5	6	3	8	13
	<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>69</b>	<b>57</b>	<b>55</b>	<b>70</b>	<b>43</b>	<b>47</b>	<b>32</b>	<b>44</b>	<b>61</b>
Hommes	10-19	3	1	2	2	2	2	3	1	4	5
	20-29	50	46	41	33	37	40	24	35	52	39
	30-39	76	66	59	47	32	41	26	29	36	47
	40-49	42	44	45	29	29	40	22	28	24	38
	50+	25	28	42	32	23	21	21	25	20	22
	<b>Total</b>	<b>196</b>	<b>185</b>	<b>189</b>	<b>143</b>	<b>123</b>	<b>144</b>	<b>96</b>	<b>118</b>	<b>136</b>	<b>151</b>
Tous	10-19	5	4	3	5	5	3	3	2	6	6
	20-29	62	66	53	48	59	53	39	41	70	59
	30-39	92	94	76	68	53	57	42	42	49	66
	40-49	57	58	56	35	40	50	37	39	32	54
	50+	35	32	59	43	34	26	27	28	28	35
	<b>Total</b>	<b>251</b>	<b>254</b>	<b>247</b>	<b>199</b>	<b>191</b>	<b>189</b>	<b>148</b>	<b>152</b>	<b>185</b>	<b>220</b>

Tableau 5: Nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH, par catégorie d'exposition, âge et sexe, Flandre, 2014-2023

	Groupes d'âge	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hétéro	10-19	3	9	6	8	1	7	1	0	4	4
	20-29	40	44	27	35	24	23	26	19	20	25
	30-39	62	62	57	33	30	44	38	29	36	45
	40-49	43	27	26	36	39	47	24	27	30	25
	50+	26	31	33	37	35	30	24	35	35	32
	<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>142</b>	<b>116</b>	<b>112</b>	<b>94</b>	<b>121</b>	<b>89</b>	<b>75</b>	<b>90</b>	<b>99</b>
HSH	10-19	6	2	4	3	1	2	1	1	2	5
	20-29	45	43	50	31	40	34	25	30	35	43
	30-39	80	63	55	50	52	40	44	26	28	40
	40-49	40	48	38	40	36	27	21	34	21	18
	50+	40	35	32	32	34	25	20	30	21	32
	<b>Total</b>	<b>171</b>	<b>156</b>	<b>147</b>	<b>124</b>	<b>129</b>	<b>103</b>	<b>91</b>	<b>91</b>	<b>86</b>	<b>106</b>
UDI	10-19	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	20-29	1	2	0	1	0	0	0	0	0	1
	30-39	3	3	1	1	3	3	0	3	2	3
	40-49	1	0	1	2	0	2	2	2	2	1
	50+	0	0	0	0	2	0	1	0	0	1
	<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
Femmes	10-19	2	8	6	5	0	4	0	0	4	4
	20-29	29	40	16	26	15	14	14	11	14	18
	30-39	40	43	41	18	21	23	17	14	23	24
	40-49	18	16	11	20	22	22	12	13	20	14
	50+	4	13	12	17	17	14	7	13	17	12
	<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>107</b>	<b>74</b>	<b>69</b>	<b>58</b>	<b>63</b>	<b>43</b>	<b>38</b>	<b>61</b>	<b>60</b>
Hommes	10-19	7	4	6	6	2	6	2	1	4	5
	20-29	57	50	61	41	48	43	37	38	43	51
	30-39	107	89	71	65	66	64	65	44	43	65
	40-49	67	59	55	60	53	54	36	50	35	30
	50+	61	53	53	52	54	41	38	52	41	54
	<b>Total</b>	<b>238</b>	<b>202</b>	<b>193</b>	<b>172</b>	<b>169</b>	<b>167</b>	<b>140</b>	<b>133</b>	<b>125</b>	<b>151</b>
Tous	10-19	9	12	12	11	2	10	2	1	8	9
	20-29	86	90	77	67	63	57	51	49	60	72
	30-39	146	132	112	84	87	88	82	58	71	91
	40-49	85	75	66	80	75	76	48	64	55	44
	50+	66	66	65	69	71	55	45	67	59	66
	<b>Total</b>	<b>326</b>	<b>309</b>	<b>267</b>	<b>242</b>	<b>227</b>	<b>231</b>	<b>183</b>	<b>172</b>	<b>194</b>	<b>216</b>

Tableau 6: Nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH, par catégorie d'exposition, âge et sexe, Wallonie, 2014-2023

	Groupes d'âge	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hétéro	10-19	6	3	1	4	4	4	2	1	1	2
	20-29	29	17	16	21	20	26	8	9	18	13
	30-39	37	34	30	31	28	34	27	15	19	29
	40-49	23	18	19	15	21	33	13	19	20	21
	50+	21	19	17	15	14	20	16	17	23	22
	<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>91</b>	<b>83</b>	<b>86</b>	<b>87</b>	<b>117</b>	<b>66</b>	<b>61</b>	<b>81</b>	<b>87</b>
HSH	10-19	5	1	6	0	0	2	1	0	0	2
	20-29	31	30	27	27	30	24	9	18	17	16
	30-39	24	35	25	25	17	13	22	14	14	15
	40-49	18	20	14	11	14	12	8	12	13	13
	50+	16	17	14	10	13	15	8	11	9	12
	<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>103</b>	<b>86</b>	<b>73</b>	<b>74</b>	<b>66</b>	<b>48</b>	<b>55</b>	<b>53</b>	<b>58</b>
UDI	10-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	20-29	1	2	0	0	0	0	0	0	2	0
	30-39	4	2	1	3	3	0	1	1	4	3
	40-49	0	1	1	0	0	0	0	0	1	5
	50+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
Femmes	10-19	4	2	1	2	3	4	2	1	2	2
	20-29	26	14	10	18	12	20	6	3	13	7
	30-39	28	19	22	18	16	23	16	8	15	22
	40-49	12	9	7	8	12	19	4	11	12	15
	50+	7	7	7	9	4	8	5	8	12	12
	<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>51</b>	<b>47</b>	<b>55</b>	<b>47</b>	<b>74</b>	<b>33</b>	<b>31</b>	<b>54</b>	<b>58</b>
Hommes	10-19	8	3	6	2	2	2	1	0	0	2
	20-29	35	35	33	32	40	30	11	24	24	22
	30-39	37	52	34	41	32	24	33	22	24	24
	40-49	29	30	27	20	24	26	17	20	22	24
	50+	30	30	24	17	23	26	18	20	20	22
	<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>150</b>	<b>124</b>	<b>112</b>	<b>121</b>	<b>108</b>	<b>80</b>	<b>86</b>	<b>90</b>	<b>94</b>
Tous	10-19	12	5	7	4	5	6	3	1	2	4
	20-29	61	49	43	50	51	50	17	29	38	29
	30-39	65	71	56	59	48	47	50	30	38	46
	40-49	42	39	34	28	36	45	21	31	35	39
	50+	37	38	30	26	27	35	24	28	32	34
	<b>Total</b>	<b>217</b>	<b>202</b>	<b>170</b>	<b>167</b>	<b>167</b>	<b>183</b>	<b>115</b>	<b>119</b>	<b>145</b>	<b>152</b>

Tableau 7: Évolution du nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH, par nationalités (groupées) et sexe, Belgique, 2014-2023

Nationalité	Sexe	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Belge	Femmes	56	61	39	46	44	49	24	36	40	48
	Hommes	378	353	327	266	248	251	160	207	183	201
	<b>Total</b>	<b>434</b>	<b>414</b>	<b>366</b>	<b>312</b>	<b>292</b>	<b>300</b>	<b>184</b>	<b>243</b>	<b>223</b>	<b>249</b>
Europe (hors belge)	Femmes	17	27	24	28	17	20	18	17	24	30
	Hommes	110	114	94	77	73	73	66	75	70	88
	<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>141</b>	<b>118</b>	<b>105</b>	<b>90</b>	<b>93</b>	<b>84</b>	<b>92</b>	<b>94</b>	<b>122</b>
Afrique subsaharienne	Femmes	143	151	121	107	108	114	75	52	104	101
	Hommes	95	68	76	77	74	82	56	55	52	76
	<b>Total</b>	<b>238</b>	<b>219</b>	<b>197</b>	<b>184</b>	<b>182</b>	<b>196</b>	<b>131</b>	<b>107</b>	<b>156</b>	<b>177</b>
Amérique Latine	Femmes	7	4	7	8	10	12	12	9	7	11
	Hommes	25	34	35	31	36	35	42	30	47	44
	<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>38</b>	<b>42</b>	<b>39</b>	<b>46</b>	<b>47</b>	<b>54</b>	<b>39</b>	<b>54</b>	<b>64</b>
Afrique du Nord	Femmes	5	4	2	5	6	1	5	2	2	3
	Hommes	16	11	14	10	13	10	10	8	12	17
	<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>19</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>20</b>
Asie	Femmes	10	5	6	10	7	4	2	3	1	3
	Hommes	24	28	20	29	26	18	24	17	32	28
	<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>33</b>	<b>26</b>	<b>39</b>	<b>33</b>	<b>22</b>	<b>26</b>	<b>20</b>	<b>33</b>	<b>31</b>
Autre	Femmes	0	0	0	2	4	0	0	0	0	0
	Hommes	1	2	3	2	5	4	2	2	0	2
	<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>3</b>

Tableau 8: Transmission HSH : nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH, par nationalités (groupées) et catégorie d'âge, Belgique, 2014-2023

Nationalité	Groupes d'âge	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Belge	10-19	8	3	9	3	2	4	2	0	3	3
	20-29	64	67	59	46	40	43	19	36	37	30
	30-39	100	92	76	62	52	50	33	30	32	34
	40-49	58	72	52	46	40	36	22	36	24	27
	50+	58	54	56	48	48	44	29	45	30	48
	<b>Total</b>	<b>288</b>	<b>288</b>	<b>252</b>	<b>205</b>	<b>182</b>	<b>177</b>	<b>105</b>	<b>147</b>	<b>126</b>	<b>143</b>
Europe (hors belge)	10-19	2	0	1	0	0	1	1	0	0	0
	20-29	28	17	22	10	10	16	7	14	16	20
	30-39	29	25	19	20	13	12	13	13	11	17
	40-49	20	19	17	9	14	17	10	14	11	12
	50+	6	14	10	11	10	3	6	8	6	6
	<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>75</b>	<b>69</b>	<b>50</b>	<b>47</b>	<b>49</b>	<b>37</b>	<b>49</b>	<b>44</b>	<b>54</b>
Afrique subsaharienne	10-19	0	0	0	1	1	0	0	1	1	4
	20-29	8	8	8	6	10	9	2	6	10	10
	30-39	9	6	13	5	6	5	8	7	4	10
	40-49	4	1	5	2	3	5	3	3	3	4
	50+	4	1	1	0	1	1	0	1	1	3
	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>16</b>	<b>27</b>	<b>14</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>13</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>31</b>
Amérique Latine	10-19	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	20-29	8	11	13	13	20	17	15	14	25	23
	30-39	8	15	14	8	7	8	17	8	14	12
	40-49	3	2	4	5	3	3	3	3	2	4
	50+	0	2	0	0	0	1	1	2	1	0
	<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>30</b>	<b>31</b>	<b>27</b>	<b>30</b>	<b>29</b>	<b>36</b>	<b>27</b>	<b>42</b>	<b>39</b>
Autre	10-19	2	1	0	0	0	0	0	0	0	3
	20-29	5	10	8	9	17	7	10	8	8	9
	30-39	13	17	12	10	12	9	11	3	8	13
	40-49	4	2	3	4	6	4	4	5	7	5
	50+	1	3	1	2	0	4	1	2	1	0
	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>33</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>35</b>	<b>24</b>	<b>26</b>	<b>18</b>	<b>24</b>	<b>30</b>

Tableau 9: Transmission HSH : nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH, par nationalités (groupées) et catégorie d'âge, Bruxelles, 2014-2023

Nationalité	Groupes d'âge	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Belge	10-19	0	0	0	1	1	1	0	0	2	1
	20-29	11	16	14	8	5	8	4	9	14	10
	30-39	22	23	21	10	8	10	2	7	10	7
	40-49	15	11	12	7	4	9	4	3	3	6
	50+	8	9	16	14	8	8	6	10	5	10
	<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>59</b>	<b>63</b>	<b>40</b>	<b>26</b>	<b>36</b>	<b>16</b>	<b>29</b>	<b>34</b>	<b>34</b>
Europe (hors belge)	10-19	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	20-29	15	9	7	5	3	9	2	7	7	7
	30-39	18	13	10	12	4	9	6	6	4	7
	40-49	10	12	10	5	9	8	5	7	4	7
	50+	2	6	5	5	4	2	2	4	2	1
	<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>40</b>	<b>32</b>	<b>27</b>	<b>20</b>	<b>28</b>	<b>16</b>	<b>24</b>	<b>17</b>	<b>22</b>
Afrique subsaharienne	10-19	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	20-29	4	4	2	1	1	4	0	4	6	4
	30-39	4	2	7	0	2	3	2	2	3	6
	40-49	1	0	2	0	1	4	1	2	1	3
	50+	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>15</b>
Amérique Latine	10-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	20-29	3	5	9	7	12	10	6	5	12	8
	30-39	5	9	8	2	2	6	1	2	5	4
	40-49	0	2	3	0	1	1	1	1	1	2
	50+	0	2	0	0	0	0	1	2	1	0
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>17</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>14</b>
Autre	10-19	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	20-29	3	4	2	5	4	4	6	3	6	3
	30-39	6	7	7	6	4	4	3	2	4	6
	40-49	4	2	1	1	1	1	1	2	3	1
	50+	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0
	<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>11</b>

Tableau 10: Transmission HSH : nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH, par nationalités (groupées) et catégorie d'âge, Flandre, 2014-2023

Nationalité	Groupes d'âge	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Belge	10-19	4	2	4	2	1	2	1	0	1	2
	20-29	33	27	29	21	18	17	10	15	13	13
	30-39	60	44	35	34	36	30	23	16	13	22
	40-49	31	44	31	30	23	18	13	24	15	14
	50+	36	29	27	25	30	22	16	25	19	30
	<b>Total</b>	<b>164</b>	<b>146</b>	<b>126</b>	<b>112</b>	<b>108</b>	<b>89</b>	<b>63</b>	<b>80</b>	<b>61</b>	<b>81</b>
Europe (hors belge)	10-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	20-29	8	6	14	4	6	7	2	6	6	9
	30-39	9	6	8	7	5	2	6	4	5	8
	40-49	6	4	6	3	4	5	5	7	5	1
	50+	2	6	4	5	3	1	4	2	2	2
	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>22</b>	<b>32</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>20</b>
Afrique subsaharienne	10-19	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
	20-29	1	0	2	3	5	2	1	1	2	4
	30-39	3	2	5	1	1	1	1	2	0	2
	40-49	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0
	50+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>8</b>
Amérique Latine	10-19	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	20-29	3	4	2	3	5	4	7	5	12	13
	30-39	2	4	4	5	4	2	10	4	7	4
	40-49	2	0	1	4	2	2	1	1	0	1
	50+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>18</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>18</b>
Autre	10-19	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	20-29	0	5	3	0	5	3	3	3	2	5
	30-39	7	7	4	2	5	5	5	0	3	4
	40-49	0	0	0	3	4	1	2	2	1	2
	50+	0	0	0	2	0	1	0	2	0	0
	<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>12</b>

Tableau 11: Transmission HSH : nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH, par nationalités (groupées) et catégorie d'âge, Wallonie, 2014-2023

Nationalité	Groupes d'âge	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Belge	10-19	4	1	5	0	0	0	1	0	0	0
	20-29	20	24	16	18	16	18	5	12	10	8
	30-39	19	25	20	18	8	10	8	6	8	6
	40-49	13	18	9	9	12	9	5	10	6	6
	50+	13	15	13	9	10	14	7	9	6	9
	<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>83</b>	<b>63</b>	<b>54</b>	<b>46</b>	<b>51</b>	<b>26</b>	<b>37</b>	<b>30</b>	<b>29</b>
Europe (hors belge)	10-19	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
	20-29	5	2	1	2	0	0	2	1	4	3
	30-39	2	5	2	1	2	0	1	2	1	2
	40-49	4	2	2	0	0	3	1	1	2	4
	50+	1	1	1	1	3	0	1	2	2	2
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>11</b>
Afrique subsaharienne	10-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	20-29	3	3	4	2	4	3	0	1	2	2
	30-39	2	2	1	4	3	1	5	2	1	2
	40-49	1	0	2	2	1	0	2	1	1	1
	50+	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>7</b>
Amérique Latine	10-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	20-29	1	0	2	2	2	3	1	3	1	1
	30-39	0	0	2	0	1	0	6	2	2	2
	40-49	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	50+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>
Autre	10-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	20-29	1	0	2	5	7	0	0	1	0	1
	30-39	1	2	0	2	2	0	3	0	2	2
	40-49	0	0	1	0	0	0	1	1	3	2
	50+	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0
	<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>6</b>

Tableau 12: Transmission hétérosexuelle : nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH, par sexe, nationalités (groupées) et catégorie d'âge, Belgique, 2014-2023

	Groupes d'âge	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Femmes belges	10-19	2	3	3	2	1	0	0	0	0	1
	20-29	14	20	9	14	9	13	5	7	6	6
	30-39	11	9	9	8	13	13	9	10	9	12
	40-49	12	12	4	7	10	11	4	8	6	10
	50+	10	14	12	13	8	10	4	9	16	15
	<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>58</b>	<b>37</b>	<b>44</b>	<b>41</b>	<b>47</b>	<b>22</b>	<b>34</b>	<b>37</b>	<b>45</b>
Hommes belges	10-19	1	2	1	2	1	1	0	0	0	0
	20-29	12	6	12	8	11	9	6	6	5	8
	30-39	15	15	12	16	11	16	16	10	10	11
	40-49	26	11	18	9	18	22	8	16	10	10
	50+	29	26	29	22	21	23	23	25	24	22
	<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>60</b>	<b>72</b>	<b>57</b>	<b>62</b>	<b>71</b>	<b>53</b>	<b>57</b>	<b>49</b>	<b>52</b>
Femmes Afrique subsaharienne	10-19	4	8	2	6	3	5	2	1	5	5
	20-29	45	40	25	30	30	25	18	8	28	20
	30-39	58	67	54	39	30	36	27	15	28	36
	40-49	26	20	16	16	23	33	15	18	22	24
	50+	9	10	20	13	18	14	9	8	16	15
	<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>145</b>	<b>117</b>	<b>104</b>	<b>104</b>	<b>113</b>	<b>71</b>	<b>50</b>	<b>99</b>	<b>100</b>
Hommes Afrique subsaharienne	10-19	2	1	1	3	2	2	1	0	2	0
	20-29	10	7	5	7	12	9	9	8	3	5
	30-39	24	17	11	19	11	15	14	13	8	16
	40-49	12	13	16	19	12	23	11	9	12	12
	50+	16	9	13	10	13	10	8	6	7	8
	<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>47</b>	<b>46</b>	<b>58</b>	<b>50</b>	<b>59</b>	<b>43</b>	<b>36</b>	<b>32</b>	<b>42</b>
Toutes les femmes	10-19	8	11	6	10	5	8	2	1	6	8
	20-29	69	71	39	56	49	46	32	18	43	37
	30-39	81	88	80	60	56	61	47	36	48	62
	40-49	46	40	29	33	45	51	31	35	35	46
	50+	23	29	39	39	33	29	18	24	38	35
	<b>Total</b>	<b>227</b>	<b>239</b>	<b>193</b>	<b>198</b>	<b>188</b>	<b>195</b>	<b>130</b>	<b>114</b>	<b>170</b>	<b>188</b>
Tous les hommes	10-19	4	3	3	5	3	4	2	0	2	0
	20-29	28	18	25	20	28	21	21	19	20	20
	30-39	58	49	32	44	33	47	43	31	27	44
	40-49	48	36	46	41	40	56	30	35	30	35
	50+	50	46	50	42	38	38	39	40	42	41
	<b>Total</b>	<b>188</b>	<b>152</b>	<b>156</b>	<b>152</b>	<b>142</b>	<b>166</b>	<b>135</b>	<b>125</b>	<b>121</b>	<b>140</b>

Tableau 13: Transmission hétérosexuelle : nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH, par sexe, nationalités (groupées) et catégorie d'âge, Bruxelles, 2014-2023

Groupes d'âge		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Femmes belges	10-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	20-29	2	2	1	3	3	1	1	1	2	3
	30-39	1	1	2	3	3	1	2	1	1	1
	40-49	3	2	0	0	1	0	3	3	0	3
	50+	2	2	2	2	1	0	1	0	2	4
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	
Hommes belges	10-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	20-29	4	2	1	2	3	1	1	0	2	3
	30-39	3	1	0	3	0	1	2	1	3	3
	40-49	5	3	5	1	2	4	2	4	2	5
	50+	4	4	6	5	4	3	4	3	4	4
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	
Femmes Afrique subsaharienne	10-19	1	2	0	2	2	0	0	0	2	1
	20-29	7	15	10	8	12	7	7	2	12	6
	30-39	12	22	11	14	10	9	8	8	7	13
	40-49	9	9	5	3	7	8	6	5	4	8
	50+	6	1	12	5	8	3	2	2	5	5
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>49</b>	<b>38</b>	<b>32</b>	<b>39</b>	<b>27</b>	<b>23</b>	<b>17</b>	<b>30</b>	<b>33</b>	
Hommes Afrique subsaharienne	10-19	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0
	20-29	6	2	1	4	5	3	3	3	0	2
	30-39	10	4	4	9	2	6	5	3	2	7
	40-49	3	4	7	8	6	7	2	5	4	4
	50+	6	4	8	4	5	5	4	2	4	1
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>14</b>	<b>21</b>	<b>25</b>	<b>19</b>	<b>21</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	
Toutes les femmes	10-19	1	2	0	3	3	1	0	0	2	1
	20-29	11	20	12	13	21	12	12	4	17	13
	30-39	16	27	16	21	19	16	14	13	11	17
	40-49	15	13	10	6	12	9	14	11	6	16
	50+	10	4	18	10	11	5	6	3	8	11
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>66</b>	<b>56</b>	<b>53</b>	<b>66</b>	<b>43</b>	<b>46</b>	<b>31</b>	<b>44</b>	<b>58</b>	
Tous les hommes	10-19	0	0	2	0	1	0	1	0	1	0
	20-29	13	6	6	7	10	6	6	6	7	7
	30-39	21	10	7	15	11	10	10	7	8	15
	40-49	10	14	16	14	12	16	9	11	8	16
	50+	12	10	18	13	10	10	11	8	11	9
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>40</b>	<b>49</b>	<b>49</b>	<b>44</b>	<b>42</b>	<b>37</b>	<b>32</b>	<b>35</b>	<b>47</b>	

Tableau 14: Transmission hétérosexuelle : nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH, par sexe, nationalités (groupées) et catégorie d'âge, Flandre, 2014-2023

Groupes d'âge		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Femmes belges	10-19	1	3	2	2	0	0	0	0	0	1
	20-29	7	17	4	6	4	6	4	4	2	1
	30-39	5	3	4	3	4	9	3	6	5	6
	40-49	3	5	2	5	7	5	0	3	4	4
	50+	3	9	7	10	6	7	2	4	9	6
<b>Total</b>		<b>19</b>	<b>37</b>	<b>19</b>	<b>26</b>	<b>21</b>	<b>27</b>	<b>9</b>	<b>17</b>	<b>20</b>	<b>18</b>
Hommes belges	10-19	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0
	20-29	5	3	7	4	3	4	4	4	1	4
	30-39	7	8	9	8	6	11	10	8	6	7
	40-49	14	3	8	6	9	12	3	7	6	3
	50+	15	15	16	13	12	12	12	17	11	14
<b>Total</b>		<b>41</b>	<b>30</b>	<b>41</b>	<b>32</b>	<b>30</b>	<b>40</b>	<b>29</b>	<b>36</b>	<b>24</b>	<b>28</b>
Femmes Afrique subsaharienne	10-19	1	5	2	3	0	3	0	0	2	2
	20-29	19	16	9	15	9	7	7	4	8	11
	30-39	29	32	26	8	11	11	9	3	12	10
	40-49	10	7	6	7	9	12	5	6	9	6
	50+	0	3	3	2	6	6	3	4	5	4
<b>Total</b>		<b>59</b>	<b>63</b>	<b>46</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>39</b>	<b>24</b>	<b>17</b>	<b>36</b>	<b>33</b>
Hommes Afrique subsaharienne	10-19	1	0	0	2	1	2	1	0	1	0
	20-29	3	2	2	2	3	3	4	1	1	0
	30-39	9	9	3	4	4	3	4	5	3	7
	40-49	6	5	4	6	4	10	5	3	2	4
	50+	4	1	3	2	5	3	3	3	3	3
<b>Total</b>		<b>23</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>21</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>14</b>
Toutes les femmes	10-19	2	8	5	5	0	4	0	0	3	4
	20-29	29	37	15	26	15	14	14	11	13	18
	30-39	38	42	40	17	20	22	17	12	23	24
	40-49	17	16	11	18	22	21	12	12	17	14
	50+	4	13	12	17	17	14	6	13	17	11
<b>Total</b>		<b>90</b>	<b>116</b>	<b>83</b>	<b>83</b>	<b>74</b>	<b>75</b>	<b>49</b>	<b>48</b>	<b>73</b>	<b>71</b>
Tous les hommes	10-19	1	1	1	3	1	3	1	0	1	0
	20-29	11	7	11	9	8	9	12	8	8	8
	30-39	23	20	17	16	11	22	21	17	13	21
	40-49	25	11	16	18	17	26	12	15	12	11
	50+	22	17	21	20	18	16	18	22	18	22
<b>Total</b>		<b>82</b>	<b>56</b>	<b>66</b>	<b>66</b>	<b>55</b>	<b>76</b>	<b>64</b>	<b>62</b>	<b>52</b>	<b>62</b>

Tableau 15: Transmission hétérosexuelle : nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection VIH, par sexe, nationalités (groupées) et catégorie d'âge, Wallonie, 2014-2023

	Groupes d'âge	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Femmes belges	10-19	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0
	20-29	4	2	4	5	1	6	0	1	2	2
	30-39	6	5	3	2	6	3	4	3	3	4
	40-49	6	4	2	2	2	5	1	2	1	4
	50+	4	3	3	2	1	3	1	5	5	5
	<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>17</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>15</b>
Hommes belges	10-19	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0
	20-29	3	0	3	2	5	3	0	1	2	2
	30-39	6	6	3	6	5	5	4	1	0	1
	40-49	7	5	4	2	7	5	3	5	2	2
	50+	10	7	6	4	5	8	6	6	9	4
	<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>21</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>9</b>
Femmes Afrique subsaharienne	10-19	2	1	0	1	1	2	2	1	1	2
	20-29	17	10	6	7	9	12	4	1	9	3
	30-39	16	12	17	14	9	14	10	3	9	13
	40-49	6	3	5	6	7	11	3	7	8	9
	50+	2	3	3	4	3	4	3	3	5	5
	<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>29</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>29</b>	<b>43</b>	<b>22</b>	<b>15</b>	<b>32</b>	<b>32</b>
Hommes Afrique subsaharienne	10-19	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0
	20-29	1	3	2	2	4	3	1	4	1	3
	30-39	6	4	4	6	5	7	5	5	3	3
	40-49	2	4	2	4	2	6	4	1	4	3
	50+	4	1	2	2	2	1	1	1	0	4
	<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>13</b>
Toutes les femmes	10-19	4	1	1	2	2	3	2	1	1	2
	20-29	25	13	10	17	12	20	6	3	13	7
	30-39	25	18	22	18	16	22	16	8	14	21
	40-49	12	8	7	8	11	19	4	11	11	14
	50+	7	6	7	9	4	8	5	8	12	11
	<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>46</b>	<b>47</b>	<b>54</b>	<b>45</b>	<b>72</b>	<b>33</b>	<b>31</b>	<b>51</b>	<b>55</b>
Tous les hommes	10-19	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0
	20-29	4	4	6	4	9	6	2	6	5	6
	30-39	11	16	9	13	11	12	11	7	5	8
	40-49	11	10	12	8	10	14	9	8	9	7
	50+	14	13	10	7	10	11	11	9	11	10
	<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>45</b>	<b>37</b>	<b>34</b>	<b>42</b>	<b>43</b>	<b>33</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>31</b>

Tableau 16: Proportion (%) des diagnostics VIH tardifs, par sexe, âge, exposition, nationalités (groupées) et région de résidence, Belgique, 2023

		% diagnostics tardifs
Sexe	Femmes	38,4%
	Hommes	29,0%
Groupes d'âge	20-29	23,3%
	30-39	31,7%
	40-49	35,0%
	50+	39,0%
Exposition	HSH	20,1%
	Hommes hétéro	46,0%
	Femmes hétéro	39,1%
	UDI	42,9%
Nationalité	Belge	27,2%
	Europe	25,5%
	Afrique subsaharienne	46,8%
Région de résidence	Bruxelles	31,7%
	Flandre	30,7%
	Wallonie	32,7%
<b>Total</b>		<b>31,6%</b>

Tableau 17 : Nombre annuel de personnes en suivi pour le VIH par catégorie d'âge, mode d'infection et sexe, Belgique, 2014-2023

Groupes d'âge		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hétéro	10-19	22	29	28	24	27	21	12	9	13	11
	20-29	534	492	478	444	433	397	348	327	321	313
	30-39	1896	1809	1732	1706	1634	1605	1512	1454	1433	1415
	40-49	2510	2519	2562	2580	2579	2609	2544	2537	2550	2590
	50-59	1765	1924	2106	2247	2453	2525	2528	2621	2750	2745
	60+	882	1003	1100	1208	1340	1537	1655	1842	2046	2326
<b>Total</b>	<b>7609</b>	<b>7776</b>	<b>8006</b>	<b>8209</b>	<b>8466</b>	<b>8694</b>	<b>8599</b>	<b>8790</b>	<b>9113</b>	<b>9400</b>	
HSH	10-19	14	7	8	10	5	6	4	4	5	12
	20-29	522	514	533	503	522	515	454	436	464	439
	30-39	1578	1650	1666	1651	1643	1602	1568	1558	1547	1551
	40-49	1932	1991	2035	2021	2058	2123	2107	2149	2172	2178
	50-59	1479	1626	1777	1938	2051	2145	2148	2214	2246	2279
	60+	596	679	763	883	1023	1172	1300	1473	1624	1815
<b>Total</b>	<b>6121</b>	<b>6467</b>	<b>6782</b>	<b>7006</b>	<b>7302</b>	<b>7563</b>	<b>7581</b>	<b>7834</b>	<b>8058</b>	<b>8274</b>	
UDI	10-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	20-29	14	12	8	10	7	5	4	3	4	6
	30-39	77	60	59	53	59	56	42	46	44	38
	40-49	139	124	130	118	112	108	96	93	110	119
	50-59	99	116	111	131	142	141	124	139	126	137
	60+	14	12	16	15	22	34	39	50	60	70
<b>Total</b>	<b>343</b>	<b>324</b>	<b>324</b>	<b>327</b>	<b>342</b>	<b>344</b>	<b>305</b>	<b>331</b>	<b>344</b>	<b>370</b>	
Femmes	10-19	88	89	79	65	70	62	53	49	51	46
	20-29	524	511	485	466	436	414	365	341	330	314
	30-39	1469	1408	1362	1341	1289	1251	1186	1151	1159	1128
	40-49	1705	1739	1773	1825	1856	1877	1861	1862	1856	1911
	50-59	985	1088	1201	1306	1462	1537	1556	1633	1766	1777
	60+	425	480	533	596	670	752	832	912	1029	1196
<b>Total</b>	<b>5196</b>	<b>5315</b>	<b>5433</b>	<b>5599</b>	<b>5783</b>	<b>5893</b>	<b>5853</b>	<b>5948</b>	<b>6191</b>	<b>6372</b>	
Hommes	10-19	88	72	65	61	55	55	46	43	46	51
	20-29	713	687	724	673	716	696	619	608	639	612
	30-39	2133	2175	2165	2142	2127	2100	2040	2027	1989	2009
	40-49	2928	2945	3000	2951	2957	3024	2945	2977	3030	3023
	50-59	2399	2619	2837	3052	3229	3324	3293	3393	3406	3435
	60+	1102	1254	1386	1558	1763	2042	2214	2503	2756	3075
<b>Total</b>	<b>9363</b>	<b>9752</b>	<b>10177</b>	<b>10437</b>	<b>10847</b>	<b>11241</b>	<b>11157</b>	<b>11551</b>	<b>11866</b>	<b>12205</b>	
Total	10-19	176	161	144	126	125	117	99	93	98	97
	20-29	1237	1198	1209	1140	1153	1113	989	957	987	948
	30-39	3608	3590	3531	3489	3422	3359	3240	3189	3184	3177
	40-49	4643	4693	4781	4784	4821	4908	4812	4849	4902	4958
	50-59	3386	3710	4042	4361	4695	4867	4856	5036	5184	5228
	60+	1527	1734	1919	2155	2434	2795	3047	3418	3790	4276
<b>Total</b>	<b>14577</b>	<b>15086</b>	<b>15626</b>	<b>16055</b>	<b>16650</b>	<b>17159</b>	<b>17043</b>	<b>17542</b>	<b>18145</b>	<b>18684</b>	

Tableau 18 : Profil des utilisateurs de la PrEP, Belgique, 2018-2023

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Sexe</b>						
Hommes	2321	3527	3953	5242	6857	8605
Femmes	11	27	33	42	74	121
<b>Groupe d'âge</b>						
18-19	5	10	10	15	13	18
20-29	437	610	667	972	1156	1528
30-39	845	1298	1473	1869	2515	3128
40-49	653	968	1075	1409	1851	2240
50+	392	668	761	1019	1396	1812
<b>Province de résidence</b>						
Anvers	615	875	981	1146	1372	1803
Bruxelles	583	946	1118	1561	2079	2592
Hainaut	95	167	216	302	395	505
Limbourg	43	56	60	137	298	394
Liège	136	234	239	351	462	584
Luxembourg	9	14	16	19	41	52
Namur	30	53	57	87	129	172
Flandre Orientale	354	521	578	763	925	1145
Flandre Occid.	186	280	309	366	491	605
Brabant Wallon	23	49	52	96	141	163
Brabant Flamand	215	287	315	384	500	593
<b>Type d'utilisateur</b>						
Occasionnel	821	1117	1541	1966	2346	2860
Fréquent	898	1430	1659	2233	2894	3709
Quotidien	613	1008	786	1085	1692	2158

Source: Pharmanet

## DES OBJECTIFS ET DES ENGAGEMENTS AMBITIEUX POUR 2025

### Objectifs 2025 sur le VIH



**MOINS DE 10 %**  
DES PERSONNES VIVANT AVEC  
LE VIH ET DES POPULATIONS  
CLÉS SONT VICTIMES DE  
STIGMATISATION ET DE  
DISCRIMINATION

**MOINS DE 10 %**  
DES PERSONNES VIVANT AVEC  
LE VIH, DES FEMMES ET DES  
FILLES, ET DES POPULATIONS  
CLÉS SONT VICTIMES  
D'INÉGALITÉS ET DE VIOLENCES  
REPOSANT SUR LE GENRE

**MOINS DE 10 %**  
DES PAYS ONT DES LOIS ET  
DES RÈGLES PUNITIVES

*Mettre au centre  
les personnes  
séropositives et  
les communautés  
exposées au VIH*

**95 % DES PERSONNES EXPOSÉES  
AU VIH UTILISENT UNE PRÉVENTION  
COMBINÉE**

**95 %-95 %-95 % POUR LE DÉPISTAGE,  
LE TRAITEMENT ET LA SUPPRESSION  
DE LA CHARGE VIRALE CHEZ LES  
ADULTES ET LES ENFANTS**

**95 % DES FEMMES ONT ACCÈS À DES  
SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET  
REPRODUCTIVE**

**95 % DE COUVERTURE DES SERVICES  
D'ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION  
VERTICALE DU VIH**

**90 % DES PERSONNES VIVANT AVEC  
LE VIH OBTIENNENT UN TRAITEMENT  
PRÉVENTIF CONTRE LA TUBERCULOSE**

**90 % DES PERSONNES  
SÉROPOSITIVES ET EXPOSÉES AU VIH  
SONT RENVOYÉES VERS D'AUTRES  
SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS**

## LISTE DES LABORATOIRES DE RÉFÉRENCE SIDA (LRS)

LISTE DES LABORATOIRES DE RÉFÉRENCE SIDA (LRS)	
<b>Pr M-L. DELFORGE</b>	<b>Pr D. DE GEYTER</b>
Laboratoire de référence SIDA	AIDS-Referentielaboratorium - VUB
Hôpital universitaire ULB Erasme	Universitair Ziekenhuis Brussel
Route de Lennik, 808	Laerbeeklaan, 101
1070 Bruxelles	1090 Brussel
Tél. : 02/555.57.83	Tél. : 02/477.50.00
<b>Pr M-P. HAYETTE</b>	
Laboratoire de référence SIDA	<b>Dr S. VAN DEN WIJNGAERT</b>
CHU Sart Tilman – ICAB – Route 656	AIDS-Referentielaboratorium - VUB
Service de microbiologie clinique	Site UMC Sint Pieter
Tour 6 – Niveau +2	Hoogstraat, 322
Avenue Hippocrate, 15	1000 Brussel
4000 Liège	Tél. : 02/435.20.60
Tel. : 04/323.22.90	
<b>Pr M. VAN RANST</b>	<b>Msc. D. VAN DEN BOSSCHE</b>
AIDS-Referentielaboratorium	AIDS-Referentielaboratorium
UZ KU Leuven	Instituut voor Tropische Geneeskunde
Laboratoriumgeneeskunde	Klinische Wetenschappen
Herestraat, 49	Nationalestraat, 155
3000 Leuven	2000 Antwerpen
Tél. : 016/34.79.08	Tél. : 03/345.55.97
<b>Pr B. KABAMBA MUKADI</b>	<b>Pr E. PADALKO</b>
Laboratoire de référence SIDA	AIDS-Referentielaboratorium
Université catholique de Louvain	Universiteit Gent
IREC – Pôle de microbiologie médicale	Vakgroep diagnostische wetenschappen
Tour Claude Bernard	MRB2, ingang 38
Avenue Hippocrate, 54 bte B1.54.05	Corneel Heymanslaan, 10
1200 Bruxelles	9000 Gent
Tél. : 02/764.54.92	Tél. : 09/332.51.61

<b>LISTE DES CENTRES DE RÉFÉRENCE VIH (CRV)</b>	
<b>Dr S. VANDECASTEELE</b>	<b>Dr R. DEMEESTER</b>
HIV-Referentiecentrum Brugge	Centre de référence VIH
AZ Sint-Jan Brugge AV	Hôpital civil Marie Curie
Ruddershove, 10	Chaussée de Bruxelles, 140
8000 Brugge	6042 Lodelinsart
Tél.: 050/45.23.12	Tel.: 071/92.22.58
<b>Pr F. FRIPPIAT</b>	<b>Dr N. AUSSELET</b>
Centre de référence VIH	Centre de référence VIH
CHU de Liège	CHU UCL Namur – site Godinne
Polyclinique Lucien Brull	Service de maladies infectieuses
Quai Godefroid Kurth, 45	Avenue G. Thérasse, 1
4020 Liège	5530 Yvoir
Tél. : 04/270.31.90	Tél. : 081/42.34.51
<b>Pr C. MARTIN</b>	<b>Pr J-C. GOFFARD</b>
Centre de référence VIH	Centre de référence VIH
CHU Saint-Pierre	Hôpital Erasme
Rue Haute, 322	Route de Lennik, 808
1000 Bruxelles	1070 Bruxelles
Tél.: 02/535.41.30	Tél. : 02/555.74.84
<b>Dr V. BARVAUX</b>	<b>Pr J. C. YOMBI</b>
HIV-Referentiecentrum Antwerpen	Centre de référence VIH
Instituut voor Tropische Geneeskunde	Clinique universitaire Saint-Luc
Department Klinische Wetenschappen	Centre de prise en charge route 472
Nationalestraat, 155	Avenue Hippocrate, 10
2000 Antwerpen	1200 Bruxelles
Tél. : 03/247 64 65	Tél. : 02/764 21 98
<b>Pr S. ALLARD</b>	<b>Pr S. CALLENS</b>
HIV-Referentiecentrum	HIV-Referentiecentrum
UZ Brussel	Universitair Ziekenhuis Gent
Laarbeeklaan, 101	C. Heymanslaan 10
1090 Brussel	9000 Gent
Tél. : 02/477.60.01	Tél.: 09/332.23.50
<b>Pr E. VAN WIJNGAERDEN</b>	<b>Pr P. MESSIAEN</b>
HIV-Referentiecentrum Leuven	HIV-Referentiecentrum Hasselt
Universitair Ziekenhuis Leuven	Dienst Infectieziekten & Immunitéit
Algemene Interne Geneeskunde	Jessa ziekenhuis
Herestraat, 49	Stadsomvaart, 11
3000 Leuven	3500 Hasselt
Tél. : 016/34.42.75	Tél. : 011/33.76.50

# RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) ECDC HIV Platform tool [software application]. Version 2.0.0 Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2021. Disponible à : <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-platform-tool>
- (2) Pantazis, N., Thomadakis, C., Del Amo, J., Alvarez-Del Arco, D., Burns, F. M., Fakoya, I., & Touloumi, G. (2019). Determining the likely place of HIV acquisition for migrants in Europe combining subject-specific information and biomarkers data. *Statistical methods in medical research*, 28(7), 1979–1997. <https://doi.org/10.1177/0962280217746437>
- (3) van Buuren, S., & Groothuis-Oudshoorn, K. (2011). mice: Multivariate Imputation by Chained Equations in R. *Journal of Statistical Software*, 45(3), 1–67. Disponible à : <https://doi.org/10.18637/jss.v045.i03>
- (4) Methodology - Degree of urbanisation - Eurostat [Internet]. Disponible à : <https://ec.europa.eu/eurostat/web/degree-of-urbanisation>
- (5) Croxford, S., Stengaard, A. R., Brännström, J., Combs, L., Dedes, N., Girardi, E., Grabar, S., Kirk, O., Kuchukhidze, G., Lazarus, J. V., Noori, T., Pharris, A., Raben, D., Rockstroh, J. K., Simões, D., Sullivan, A. K., Van Beckhoven, D., Delpech, V. C., & EuroTEST HIV Late Diagnosis Definition Working Group (2022). Late diagnosis of HIV: An updated consensus definition. *HIV medicine*, 23(11), 1202–1208. <https://doi.org/10.1111/hiv.13425>
- (6) HIVDB ALGORITHM UPDATES (version 9.6 van 9 mars 2024). Disponible à : <https://hivdb.stanford.edu/page/algorithm-updates/>
- (7) European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2023 (2022 data). Stockholm: ECDC; 2023. Disponible à : [https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/HIV-AIDS\\_surveillance\\_in\\_Europe\\_2023\\_%28\\_2022\\_data\\_%29\\_0.pdf](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/HIV-AIDS_surveillance_in_Europe_2023_%28_2022_data_%29_0.pdf)
- (8) U=U is taking off in 2017. Disponible à : <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2352-3018%2817%2930183-2>
- (9) Van Beckhoven, D., Florence, E., Ruelle, J., Deblonde, J., Verhofstede, C., Callens, S., Vancutsem, E., Lacor, P., Demeester, R., Goffard, J. C., Sasse, A., & BREACH Belgian Research on AIDS and HIV Consortium (2015). Good continuum of HIV care in Belgium despite weaknesses in retention and linkage to care among migrants. *BMC infectious diseases*, 15, 496. <https://doi.org/10.1186/s12879-015-1230-3>
- (10) Van Beckhoven, D., Florence, E., De Wit, S., Wyndham-Thomas, C., Sasse, A., Van Oyen, H., Macq, J., & Belgian Research on AIDS, HIV Consortium (BREACH) (2020). Incidence rate, predictors and outcomes of interruption of HIV care: nationwide results from the Belgian HIV cohort. *HIV Medicine*, 21(9), 557–566. <https://doi.org/10.1111/hiv.12901>
- (11) Resolution adopted by the UN General Assembly on 25 September 2015 (A/70/L.1) : Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. Disponible à : [https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A\\_RES\\_70\\_1\\_E.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf)

- (12) UNAIDS. Global AIDS Strategy 2021-2026. End Inequalities. End AIDS. Disponible à : [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_en.pdf)
- (13) Basten, M., den Daas, C., Heijne, J. C. M., Boyd, A., Davidovich, U., Rozhnova, G., Kretzschmar, M., & Matser, A. (2021). The Rhythm of Risk: Sexual Behaviour, PrEP Use and HIV Risk Perception Between 1999 and 2018 Among Men Who Have Sex with Men in Amsterdam, The Netherlands. *AIDS and behavior*, 25(6), 1800–1809. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-03109-4>
- (14) Vanden Bulcke, C., Deblonde, J., Necsoi, C., Van Praet, J., Van Cutsem, E., Mertens, L., Vanroye, F., Stoffels, K., Debaisieux, L., Mortier, V., Callens, S., & Verhofstede, C. (2024). Profile of Persons Recently Infected with HIV-1 in Belgium: New Insights to Tailor Prevention Efforts. *AIDS and behavior*, 10.1007/s10461-024-04488-8. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10461-024-04488-8>
- (15) Stover, J., & Teng, Y. (2022). The impact of condom use on the HIV epidemic. *Gates open research*, 5, 91. <https://doi.org/10.12688/gatesopenres.13278.2>
- (16) Költő A, de Looze M, Jåstad A, Nealon Lennox O, Currie D, Nic Gabhainn S. A focus on adolescent sexual health in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 5. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible à : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378547/9789289061155-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- (17) Universiteit Gent. Factsheet seksuele gezondheid en relaties. Studie jongeren en gezondheid 2021/22. Universiteit Gent, mei 2023. Disponible à : [https://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/wordpress/wp-content/uploads/2023/08/4\\_Factsheet\\_SeksueleGezondheid.pdf](https://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/wordpress/wp-content/uploads/2023/08/4_Factsheet_SeksueleGezondheid.pdf)
- (18) Service d'Information, Promotion, Éducation Santé – SIPES. Utilisation d'un préservatif lors de la première relation sexuelle. Disponible à : [https://www.ulb.be/medias/fichier/hbsc2022-preservatif-3\\_1703059702958-pdf](https://www.ulb.be/medias/fichier/hbsc2022-preservatif-3_1703059702958-pdf)
- (19) Koppen, E., Van den Eynde, S., Lodewyckx, E., Vergauwen, S., Doossche, V., Hulsmans, S., Magits, W., Peeters, J. (2024). Het Groot Condoomonderzoek. Rapport en aanbevelingen. Antwerpen: Sensoa. Disponible à : <https://www.sensoa.be/het-groot-condoomonderzoek-condoomgebruik-vlaanderen>
- (20) Lecompte, A., Serrien, B., Bensemmane, S., De Baetselier, I., Van den Bossche, D., Deblonde J., Van Beckhoven D. Surveillance des infections sexuellement transmissibles. Bruxelles, Belgique : Sciensano. Disponible à : <https://doi.org/10.25608/408r-bk15>
- (21) Mwatelah, R., McKinnon, L. R., Baxter, C., Abdool Karim, Q., & Abdool Karim, S. S. (2019). Mechanisms of sexually transmitted infection-induced inflammation in women: implications for HIV risk. *Journal of the International AIDS Society*, 22 Suppl 6, e25346. <https://doi.org/10.1002/jia2.25346>

- (22) Van Landeghem, E., Dielen, S., Semaan, A., Rotsaert, A., Vanhamel, J., Masquillier, C., Wouters, E., Wouters, K., Vuylsteke, B., Reyniers, T., & Nöstlinger, C. (2023). Insights into barriers and facilitators in PrEP uptake and use among migrant men and transwomen who have sex with men in Belgium. *BMC public health*, 23(1), 712. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15540-y>
- (23) Vanhamel, J., Reyniers, T., Wouters, E., van Olmen, J., Vanbaelen, T., Nöstlinger, C., Mieghem, H. V., Landeghem, E. V., Rotsaert, A., Laga, M., & Vuylsteke, B. (2022). How Do Family Physicians Perceive Their Role in Providing Pre-exposure Prophylaxis for HIV Prevention?-An Online Qualitative Study in Flanders, Belgium. *Frontiers in medicine*, 9, 828695. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.828695>
- (24) Vanhamel, J., Reyniers, T., Vuylsteke, B., Callens, S., Nöstlinger, C., Huis In 't Veld, D., Kenyon, C., Van Praet, J., Libois, A., Vincent, A., Demeester, R., Henrard, S., Messiaen, P., Allard, S. D., Rotsaert, A., & Kielmann, K. (2024). Understanding adaptive responses in PrEP service delivery in Belgian HIV clinics: a multiple case study using an implementation science framework. *Journal of the International AIDS Society*, 27 Suppl 1(Suppl 1), e26260. <https://doi.org/10.1002/jia2.26260>
- (25) IPAC, UNAIDS, UN-Habitat, Fast Track City Initiative. Disponible à : <https://www.fast-trackcities.org/>
- (26) H-team Amsterdam. Samen naar een toekomst zonder nieuwe hiv-infecties. Disponible à : <https://hteam.nl/>
- (27) Milic, J., Russwurm, M., Cerezales Calvino, A., Brañas, F., Sánchez-Conde, M., & Guaraldi, G. (2019). European cohorts of older HIV adults: POPPY, AGEHIV, GEPO, COBRA and FUNCFRAIL. *European geriatric medicine*, 10(2), 247–257. <https://doi.org/10.1007/s41999-019-00170-8>
- (28) Bristowe, K., Clift, P., James, R., Josh, J., Platt, M., Whetham, J., Nixon, E., Post, F., McQuillan, K., Ní Cheallaigh, C., Murtagh, F., Anderson, J., Sullivan, A. and Harding, R. (2019), Towards person-centred care for people living with HIV: what core outcomes matter, and how might we assess them? A cross-national multi-centre qualitative study with key stakeholders. *HIV Med*, 20: 542-554. <https://doi.org/10.1111/hiv.12758>
- (29) UNAIDS. Des objectifs et des engagements ambitieux pour 2025. Disponible à : [https://www.unaids.org/sites/default/files/ambitious-targets-and-commitments-for-2025-infographic\\_fr.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/ambitious-targets-and-commitments-for-2025-infographic_fr.pdf)
- (30) HIV Plan 2020-2026. Disponible à : <https://hiv-plan.be/fr/>
- (31) Bom, R. J. M., van der Linden, K., Matser, A., Poulin, N., Schim van der Loeff, M. F., Bakker, B. H. W., & van Boven, T. F. (2019). The effects of free condom distribution on HIV and other sexually transmitted infections in men who have sex with men. *BMC infectious diseases*, 19(1), 222. <https://doi.org/10.1186/s12879-019-3839-0>

**PLUS  
D'INFORMATIONS**

—  
Visitez notre site

[www.sciensano.be](http://www.sciensano.be)

## **CONTACT**

[dominique.vanbeckhoven@sciensano.be](mailto:dominique.vanbeckhoven@sciensano.be)

Sciensano · Rue Juliette Wytsman 14 · 1050 Bruxelles · Belgique  
T +32 2 642 51 11 · T presse +32 2 642 54 20 · [info@sciensano.be](mailto:info@sciensano.be) · [www.sciensano.be](http://www.sciensano.be)

Éditeur responsable : Christian Léonard, Directeur général · Rue Juliette Wytsman 14 · 1050 Bruxelles · Belgium