



**RÉSEAU**  
**parlementaire de lutte contre le VIH/sida,**  
**la tuberculose et le paludisme**

**Communication de**  
**M. le Député Hamza Fassi-Fihri, en remplacement de M. Pierre-Yves Jeholet<sup>1</sup>**

**Coordinateur**

**Section Belgique/Communauté française/ Wallonie- Bruxelles**

**Ouagadougou (Burkina-Faso)**  
**2 et 3 octobre 2016**

---

<sup>1</sup> Secrétariat administratif suivant les travaux de ce Réseau: M. Fatmir LECI

## 1. La situation actuelle de l'épidémie<sup>2</sup>

Chaque année, l'Institut scientifique de Santé publique (ISP) publie un rapport sur l'épidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique. Le dernier rapport est sorti en novembre 2015. Les chiffres exposés sont donc ceux de 2014.

En 2014, 1039 infections par le VIH ont été diagnostiquées en Belgique, ce qui correspond à 101 nouveaux diagnostics par million d'habitants, ou encore à 2,8 nouveaux diagnostics en moyenne par jour. Le nombre d'infections diagnostiquées en 2014 est en recul de 8% par rapport à l'année 2013.

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

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

Toutefois, le nombre de nouvelles infections diagnostiquées chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) est en diminution de 21 % par rapport à l'année précédente. **Cette diminution intervient après une augmentation importante et régulière au cours des quinze années précédentes.** Les diagnostics chez les HSH représentent actuellement 46 % des nouvelles infections pour lesquelles le mode de contamination a été rapporté.

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

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

### **Diagnostics tardifs**

38 % des infections diagnostiquées en 2014 étaient des infections diagnostiquées tardivement ; en 2000, cette proportion était de 47 %. Une diminution significative observée entre 2000 et 2008 suggère une évolution favorable en ce qui concerne la précocité du diagnostic VIH ( $p < 0.001$ ).

Cette diminution reste cependant limitée, et une augmentation sensible des diagnostics tardifs est observée au cours des 5 dernières années ( $p < 0.01$ ), notamment chez les HSH ( $p < 0.001$ ). Notons cependant qu'une augmentation de la proportion de diagnostics tardifs

---

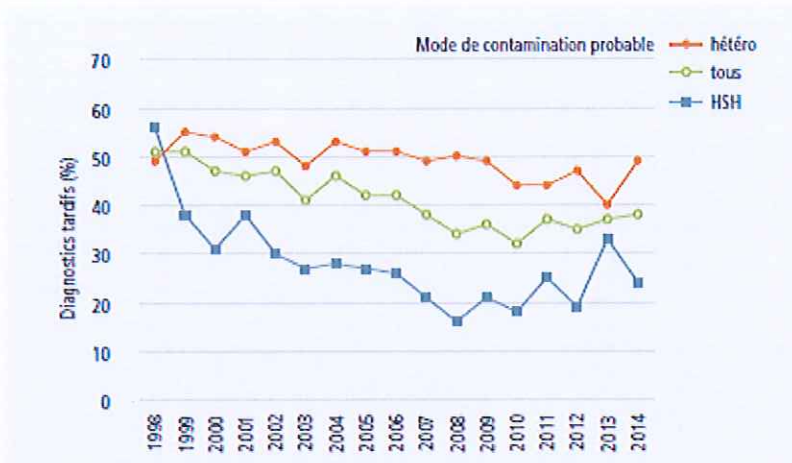
<sup>2</sup> SASSE A., Epidémiologie du SIDA et de l'infection à VIH en Belgique : situation au 31 décembre 2014, ISP, Bruxelles, 2015



peut être consécutive à une diminution récente de l'incidence, ou encore à un dépistage accru de personnes infectées de longue date.

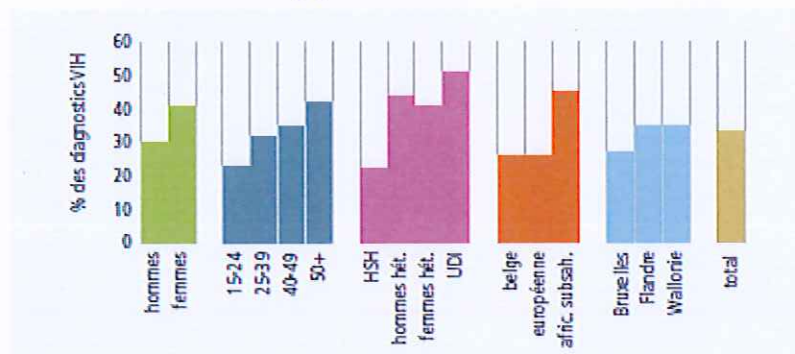
Voir tableau Fig. 13 ci-dessous.

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



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

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



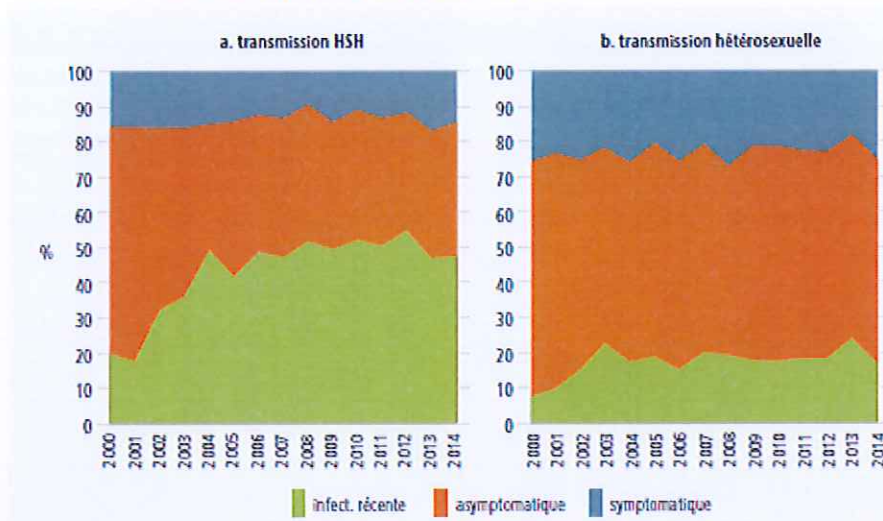
### Diagnosics précoces

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

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

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

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



## 2. Débat en cours

### Le dépistage démedicalisé :

Travaillant avec des groupes prioritaires, plusieurs associations ont fait la demande à la Ministre du Gouvernement fédéral de la Santé de permettre un dépistage démedicalisé dans le cadre légal. Cette demande, qui jusqu'aujourd'hui était resté lettre morte, a finalement eu l'aval de la Ministre de la Santé au niveau Fédéral. Pour rappel, elle a rencontré l'avis favorable de l'Ordre national des médecins qui soutient le développement de ce type de dépistage décentralisé à l'égard des groupes prioritaires, tels que les travailleurs du sexe, les HSH, les toxicomanes, etc.

La Ministre de la Promotion de la Santé au niveau des Régions et surtout à Bruxelles, a émis un avis favorable pour le financement des structures qui traitent de la question du VIH/SIDA pour effectuer un dépistage démedicalisé. La plate-forme prévention SIDA a, pour ce faire, recruté une infirmière afin de préparer l'arrivée des personnes qui souhaitent être testées, et l'association SidAids Migrants a recruté une infirmière qui effectuera de la prévention et tests démedicalisés sur le terrain auprès des communautés locales.

## 3. Actions de la section Belgique/ Communauté française/ Wallonie-Bruxelles

### Journée mondiale de lutte contre le VIH/Sida

Le 1<sup>er</sup> décembre 2015, le Parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles a souhaité, comme chaque année, marquer son soutien à la journée internationale de lutte contre le SIDA. A cette occasion, une centaine de jeunes bacheliers, futurs enseignants, étaient invités à participer à une activité pédagogique en vue de les sensibiliser aux questions relatives au SIDA et aux MST dans la perspective de leur future profession. Ces étudiants de Bruxelles et de Wallonie ont visionné un reportage traitant des progrès thérapeutiques, mais aussi des discriminations que subissent encore aujourd'hui les personnes vivant avec le VIH. Après avoir répondu à un test mesurant leur niveau de connaissance, les étudiants ont eu l'occasion de poser toutes leurs questions et de s'entretenir longuement avec des acteurs du terrain actifs dans différentes associations dont : la « Plateforme Prévention Sida », le



Planning familial-Midi » et l'association « Alter-Visio » spécialisée dans l'éducation à la vie relationnelle affective et sexuelle (EVRAS)

#### 4. La Tuberculose

##### La situation épidémiologique générale en 2013 :

En 2014, 959 cas de tuberculose ont été déclarés en Belgique. Ce nombre est le plus faible jamais enregistré. L'incidence diminue progressivement mais lentement. Au cours de cette même année, la sous-déclaration a été évaluée à 5,9% en Région bruxelloise et à 6,6% en Wallonie sur base des remboursements de Rifadine® opérés par les mutuelles.

L'incidence diminue progressivement, mais lentement, dans notre pays. Depuis 2007 (à l'exception de 2010) elle est sous le seuil de 10 cas par 100.000 habitants. En 2014, elle est de 8,6/100.000 ce qui positionne la Belgique parmi les pays d'Europe occidentale ayant une des plus hautes incidences juste après le Royaume Uni, l'Espagne et le Portugal.

Rester sous la barre de 10 cas par 100.000 habitants est un objectif à maintenir dans le futur. Etre sous ce seuil signifie, selon l'OMS, que la Belgique est un pays à basse incidence de tuberculose et qu'elle doit adapter sa stratégie pour arriver progressivement à la phase de pré-élimination (<10 cas/million) puis son élimination (<1 cas/million). Selon les estimations de l'OMS, notre pays devrait diminuer son incidence de l'ordre de 20% par an en moyenne pour arriver à l'élimination en 2035 et de 12% si l'échéance est reculée à 2050. Pour atteindre cet objectif, un effort particulier devra être fourni puisqu'entre 2000 et 2012 la régression annuelle n'a été que de 3,3% en Belgique<sup>3</sup>.

##### Groupes à risque et facteurs de risque de tuberculose

Peu de changements ont été enregistrés par rapport à 2013, à noter toutefois que :

- La baisse de l'incidence de la tuberculose en Belgique résulte principalement de la diminution de celle-ci en Région bruxelloise où elle a atteint son niveau le plus bas (24,9/100.000)
- L'incidence moyenne des grandes villes de plus de 100.000 habitants a atteint sa valeur historiquement la plus basse (20,1/100.000). Bruxelles et Liège ont conservé une incidence située au-delà de 20/100.000. Anvers est venu rejoindre ce duo de tête en 2014.
- La proportion des sujets de nationalité étrangère (52,4%) parmi les cas déclarés est restée stable par rapport à 2013 et se maintient au-dessus du seuil de 50% depuis plusieurs années. La majorité d'entre-eux (91,2%) proviennent de pays à haute endémie de tuberculose. Par ailleurs, 64,9% des cas déclarés sont nés en dehors de la Belgique dont la moitié (52%) sur le continent africain.
- Pour les sujets en séjour illégal, la tendance à la baisse n'est significative que si l'on considère une période plus longue (2001-2014)
- Les moins de 5 ans représentent 52,5% des 0-14 ans et 3,3% du total des cas déclarés en 2014. Parmi eux, les non-Belges sont plus particulièrement à risque avec une incidence 5 fois plus élevée que celle des Belges du même âge.

<sup>3</sup> [https://www.who.int/tb/publications/elimination\\_framework/en/](https://www.who.int/tb/publications/elimination_framework/en/)



- C'est en Wallonie et en Flandre que le taux de décès est le plus élevé (respectivement 9,5% et 10,2%) et en Région bruxelloise que le taux d'abandons est le plus important (13,6%) bien qu'il ait fortement diminué par rapport à l'année précédente (20,2%).

### Orientation stratégique

En fonction des constats épidémiologiques, il est important de définir des orientations stratégiques sur lesquelles se focaliser pour limiter la transmission des bacilles tuberculeux et arriver progressivement à l'élimination de la tuberculose :

- L'influence des grandes villes sur l'épidémiologie générale du pays est indéniable. Elles regroupent 46,5% des cas déclarés en Belgique en 2014. Le contrôle doit y être adapté en fonction de l'analyse de leurs spécificités et des moyens disponibles. Bruxelles, dont l'incidence est une des plus élevées parmi les capitales d'Europe occidentale doit prioritairement faire l'objet d'une optimisation des mesures de contrôle de la tuberculose. La limitation du taux d'abandons de traitements y est une mesure nécessaire ;
- La socio-prophylaxie dont un des objectifs est d'organiser un dépistage parmi les contacts de malades contagieux doit être renforcée ; En 2014, 11,5% des cas du registre ont eu un contact récent avec un patient tuberculeux.
- Le dépistage organisé dans les groupes à risque de tuberculose est un volet stratégique important afin de diagnostiquer précocement la maladie ; La tuberculose si elle peut atteindre n'importe quel individu du fait de sa transmission par voie aérienne, est toutefois plus fréquente dans certaines parties de la population. Les sans-abris (3,8%) et les sujets en séjour illégal (11,4%).
- Un meilleur encadrement du traitement.
- 83,7% des tuberculoses en 2014 ont été diagnostiquées en dehors de dépistage actifs, chez des personnes symptomatiques. Il est donc important de veiller au maintien de l'expertise des professionnels de la santé.
- La tuberculose est considérée comme une « baromètre socio-économique ». L'accentuation de la paupérisation suite à la crise économique est source d'inégalité sociale favorisant le développement et la transmission de la tuberculose. Il est donc primordial de garantir l'accès aux soins pour les plus démunis.<sup>4</sup>
- Le problème des perdus de vue est plus crucial dans la Capital (7,1%). Il est important de veiller à assurer un meilleur encadrement du traitement dans les populations marginalisées. Recourir aux incentives peut aussi contribuer à l'amélioration de la compliance.<sup>5</sup>

La 6<sup>ème</sup> réforme de l'Etat en Belgique et le transfert des compétences du niveau Fédéral aux entités fédérées est effective depuis 2014. Elle constitue un véritable challenge pour la prise en charge de la tuberculose aussi bien pour le secteur curatif que préventif. Dans ce contexte, il apparaît souhaitable d'élaborer un plan national spécifique à la tuberculose garantissant un contrôle optimal de la maladie et traçant les grandes lignes stratégiques pour son élimination. Le Conseil Supérieur de la Santé a pris position en ce sens dans le but de garantir la cohérence de la prise en charge de la tuberculose à tous les niveaux de pouvoir.

<sup>4</sup> <http://www.observatbru.be>

<sup>5</sup> <http://ecdc.europa.eu>

