Proposition du Comité de Monitoring pour un plan national VIH reconduit pour la période 2020-2026 accordant une attention particulière aux IST

Version du 30 janvier 2021

Remerciements

Depuis sa première édition en 2014, le Plan VIH belge réunit des experts de toutes disciplines qui ont tissé des liens de collaboration dans l'ensemble du territoire belge. Cela a également été le cas pour la présente édition du plan, qui n'aurait pu voir le jour sans une telle collaboration.

Les personnes vivant avec le VIH ont été mobilisées dès l'apparition du VIH en Belgique il y a 30 ans, certains en tant que militants, d'autres comme témoins silencieux, d'autres encore comme bénévoles dévoués, beaucoup en tant qu'acteurs du changement. Le Plan national VIH n'aurait pas été le même sans la prise en compte de leur avis et de leur histoire. Grâce à la participation active de nombreuses personnes vivant avec le VIH, le plan a pu répondre aux besoins actuels et pourra avoir un effet durable.

Un grand nombre de personnes, d'organisations et d'autorités ont contribué à ce processus, qui a donné naissance à un Plan national VIH unique, conçu en partant de la base – et c'est là sa principale caractéristique.

Le Comité de monitoring tient à remercier tous ses membres, une représentation diversifiée et large du champ de travail des ONG et des organisations communautaires, des cliniciens, des spécialistes de laboratoire et des scientifiques, pour avoir activement contribué à l'élaboration du Plan national VIH 2020-2026 : Jessika Deblonde, Sandra Van den Eynde, Thierry Martin, Christiana Noestlinger, Charlotte Pézeril, Chris Verhofstede, Joëlle Defourny, Anne-Françoise Genotte, Agnès Libois, Rémy Demeester, Steven Callens, Maureen Louhenapessy, Koen Block, Ria Koeck, Patrick Reyntiens et Grâce Ntunzwenimana. Nous adressons également un remerciement spécial au comité de rédaction du plan : Jessika Deblonde, Christiana Noestlinger, Dominique Van Beckhoven, Koen Block et Gert Scheerder.

Le présent plan couvre de nombreux domaines d'expertise en Belgique et implique donc divers niveaux de compétences. Benoit Mores, conseiller auprès du ministère fédéral de la Santé, nous a guidés à travers les nombreux niveaux du processus décisionnel. Nous souhaitons également remercier toutes les instances dirigeantes régionales pour leur contribution, leur collaboration et leur soutien constant.

Ce plan a été conçu sans l'aide financière d'organismes de parrainage ou de financement. Tous les travaux ont été réalisés par ses membres et partenaires en tant que contributions en nature. Le Comité de monitoring tient à remercier chacun d'entre eux pour son engagement volontaire et son enthousiasme.

Enfin et surtout, nous remercions tous les individus qui s'efforcent de mettre fin au VIH en Belgique, que ce soit en tant que bénévole au sein d'une ONG, spécialiste de laboratoire, clinicien, chercheur, conseiller ou personne vivant avec le VIH. Il est

indispensable que chacun fasse un effort pour que les objectifs du plan se concrétisent.

Nous tenons par ailleurs à rendre hommage aux personnes qui nous ont quittés, mais qui ont laissé une trace profonde dans notre esprit. Nos pensées vont en particulier à Joëlle Defourny, qui a ouvert la voie de la prévention du VIH grâce à son engagement indéfectible et qui restera longtemps une source d’inspiration.

Terminologie

Agents de santé communautaires : personnes (rémunérées ou non) qui offrent aux populations clés un accompagnement concernant la santé sexuelle et d'autres sujets de santé. Un agent de santé communautaire peut proposer des activités de promotion de la santé et/ou de santé publique en dehors des établissements de santé officiels. Ils appartiennent parfois, ou sont liés, aux communautés dont ils servent les intérêts (pairs).

Autoprélèvement (ou prélèvement à domicile) : terme utilisé pour désigner la procédure de prélèvement réalisée dans le cadre de la stratégie de dépistage du VIH. Il indique que les consommateurs/patients effectuent eux-mêmes ces prélèvements. Les échantillons prélevés de cette manière doivent être envoyés dans un laboratoire pour être analysés. Si le résultat s'avère réactif, il doit toujours être confirmé par un test de confirmation.

Autorités régionales de santé : terme utilisé pour désigner tous les services gouvernementaux et les décideurs politiques impliqués dans la politique de santé, tant ceux basés sur les compétences des communautés que ceux basés sur les compétences organisées au niveau régional.

Cascade du traitement ou continuum de soins : étapes séquentielles de la prise en charge médicale du VIH pour les personnes vivant avec le VIH ; il s'agit d'un outil de suivi pouvant être utilisé pour identifier les lacunes dans la prise en charge qui doivent être ciblées afin d'améliorer la riposte à l'épidémie dans l'ensemble des interventions.

Centre de référence VIH (CRV) : la Belgique compte douze CRV répartis dans les différentes régions du pays. Les CRV sont des services de consultations externes proposant une prise en charge multidisciplinaire du VIH.

Communauté : groupe de personnes possédant différentes caractéristiques qui sont unies par des liens sociaux, partagent des perspectives communes et participent à des actions collectives dans des zones ou environnements géographiques. Par exemple : La communauté des personnes vivant avec le VIH, la communauté des migrants, la communauté LGBTQI[1].

Demandeur d'asile : personne qui attend une décision à propos de sa demande du statut de réfugié en vertu des instruments internationaux et nationaux pertinents.

[1] MacQueen, K. M., McLellan, E., Metzger, D. S., Kegeles, S., Strauss, R. P., Scotti, R., Blanchard, L., Trotter, R. T. What is community? An evidence-based definition for participatory public health. American Journal of Public Health. Décembre 2001 ; vol. 91, n° 12, pp. 1929-1938.

Dépistage du VIH : processus au cours duquel (1) des échantillons sont prélevés, (2) un test de dépistage est réalisé sur ces échantillons, et (3) un test de confirmation est réalisé en cas de résultats réactifs.

Dépistage démédicalisé du VIH : test rapide de dépistage du VIH réalisé par un professionnel non médical conformément à l'arrêté royal du 19/07/2018. Ces tests permettent d'obtenir un premier résultat rapide à partir d'une ponction veineuse, d'une piqûre au doigt ou d'un prélèvement buccal. Il convient de confirmer les tests rapides réactifs conformément à la stratégie de dépistage de pointe du VIH.

GIPA (Greater Involvement of PLWH – participation accrue des personnes vivant avec le VIH) qui est un principe visant à garantir aux personnes vivant avec le VIH l'exercice de leurs droits et de leurs responsabilités, y compris leur droit à l'autodétermination et à la participation aux processus de prise de décisions qui affectent leur propre vie.

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) : hommes se livrant à des activités ou relations sexuelles avec d'autres hommes.

IST : infections sexuellement transmissibles autres que le VIH, parmi lesquelles la chlamydia (notamment le lymphogranulome vénérien – LGV), la gonorrhée, la syphilis, l'hépatite, le papillomavirus humain, l'herpès et la trichomonase. Plus de 30 pathogènes sont sexuellement transmissibles.

Laboratoire de référence SIDA (LRS) : la Belgique compte sept LRS. Leurs missions consistent à confirmer ou exclure l'infection à VIH en cas de test de dépistage réactif, à recenser les nouvelles infections et ainsi permettre le suivi épidémiologique et des recherches scientifiques, et à effectuer des analyses de la charge virale et de la pharmacorésistance pour les personnes vivant avec le VIH.

LGBTQI : abréviation signifiant « lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, queer et intersexes ». Des lettres peuvent être ajoutées à cet acronyme pour exprimer d'autres formes d'identité de genre ou d'orientation sexuelle.

Migrant : personne qui s'établit dans un pays autre que celui de sa résidence habituelle pour une période d'au moins 12 mois, de sorte que le pays de destination devient effectivement son nouveau pays de résidence habituelle.

Migrant sans papiers : non-ressortissant qui entre ou séjourne dans un pays sans les documents appropriés. Cette expression désigne, entre autres : une personne (a) qui ne possède pas la documentation juridique permettant d'entrer dans un pays, mais qui parvient à y entrer clandestinement, (b) qui entre ou séjourne dans un pays en utilisant des documents frauduleux, (c) qui, après être entrée grâce à la documentation juridique appropriée, a séjourné dans le pays au-delà de la durée

autorisée ou a violé les conditions d'entrée et est restée dans le pays sans autorisation.

MIPA : le sigle MIPA (Meaningful Involvement of PLWH – implication significative des personnes vivant avec le VIH) désigne le fait de mettre les personnes vivant avec le VIH au cœur de la conception et de la détermination des politiques, financements, services, recherches et initiatives les concernant. Il remplace le sigle GIPA.

Mise en lien avec des services de soins : première visite médicale dédiée au VIH le plus rapidement possible après le diagnostic d'infection à VIH.

Notification du partenaire : ce concept fait référence à la notification de la ou des personnes avec lesquelles on a eu des relations sexuelles (non protégées) après avoir été diagnostiqué avec une ou plusieurs IST ou le VIH. La notification est volontaire et peut être soutenue par le médecin.

PEP : la prophylaxie post-exposition (Post-Exposure Prophylaxis) est un traitement à court terme pris dès que possible après un risque élevé d'exposition au VIH. L'objectif de la prophylaxie post-exposition (PEP) est de réduire le risque d'infection.

Populations clés : groupes définis qui, en raison de comportements spécifiques à risque plus élevé et de vulnérabilités contextuelles, courent un risque accru d'exposition au VIH, indépendamment du type d'épidémie de VIH ou du contexte local. Par ailleurs, ces groupes ont souvent des problèmes juridiques et sociaux qui augmentent leur vulnérabilité au VIH et ne disposent généralement pas d'un accès adéquat aux services.

Population – localisation : dans le contexte du VIH, le concept de population et localisation ou d'épidémie locale est utilisé pour établir l'ordre de priorité des activités du programme dans le cadre de la riposte au VIH. Ce concept se réfère à la nécessité de se concentrer sur des zones et des populations spécifiques où la prévalence ou l'incidence du VIH est élevée[2]. Cette approche axée sur la population et la localisation permet une riposte plus efficace au VIH grâce à une meilleure connaissance de l'épidémie de VIH dans le pays.

PREMs : *Patient reported experience measures.* Instruments qui mesurent le la satisfaction des patients par rapport aux soins reçus.

[2] ONUSIDA 2015. On the Fast-Track to end AIDS by 2030. Focus on Location and Population. https://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/FocusLocationPopulation

PrEP : la prophylaxie pré-exposition (Pre-Exposure Prophylaxis) est une méthode de prévention du VIH pour les personnes séronégatives au VIH et exposées à un risque élevé d'infection à VIH. Cette méthode suppose de prendre quotidiennement ou occasionnellement une combinaison spécifique de médicaments antirétroviraux.

Prévention combinée : ensemble d'interventions stratégiquement choisies pour obtenir une influence maximale sur la prévention du VIH en associant des stratégies structurelles, biomédicales et comportementales fondées sur les droits de l'homme et sur des données probantes, dans le cadre d'une épidémie locale qui a été étudiée et comprise.

Principe I=I: « undetectable = untransmittable » (indétectable = intransmissible). Lorsqu'une personne vivant avec le VIH suit un traitement efficace, la quantité de VIH (charge virale) dans son sang diminue. Lorsque les niveaux sont faibles (en dessous de 200 copies/ml de sang), la charge virale est considérée comme étant indétectable. On parle également de « suppression de la charge virale ». À ce stade, le VIH n'est pas sexuellement transmissible.

Prise en charge du VIH : prise en charge médicale du VIH, et notamment traitement antirétroviral, mais aussi prise en charge psychosociale conformément à la vision inclusive de la prise en charge du VIH.

PROMs : *Patient reported outcome measures*. Instruments qui mesurent le résultat d'un traitement du point de vue du patient.

PVVIH : personne vivant avec le VIH.

Qualité de vie : l'Organisation mondiale de la Santé définit la qualité de vie comme étant « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ».

Qualité de vie liée à la santé : concept multidimensionnel englobant différents domaines liés au fonctionnement physique, mental, émotionnel et social. Ce concept va au-delà des mesures directes de la santé de la population, de l'espérance de vie et des causes de décès ; il se concentre sur l'impact de l'état de santé sur la qualité de vie.

Rapports sexuels sous influence chimique (chemsex) : consommation de stimulants comme le GHB, le GBL, la méthamphétamine/méphédrone et la kétamine afin de se livrer à des activités sexuelles avec un ou plusieurs partenaires.

Réfugié : personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut pas ou, du fait de cette crainte, ne veut pas se réclamer de la protection de ce pays.

SIDA : syndrome de l'immunodéficience acquise.

Syndémies[3] **:** interactions synergiques de deux maladies coexistantes ou plus, y compris des conditions sociales néfastes, qui entraînent une charge de morbidité excessive. Outre une prévalence accrue du VIH coexistant avec une plus grande fréquence de symptômes dépressifs et d'autres problèmes de santé mentale, on constate également que la toxicomanie et la compulsion sexuelle se produisent souvent simultanément.

Test de confirmation : tout test utilisé pour confirmer un test de dépistage réactif (immunodosage sur bandelettes, Western blot, etc.). Conformément à la « stratégie de dépistage de pointe du VIH », ce test de confirmation doit être réalisé par un LRS sur un échantillon de sang.

Traitement à des fins de prévention (TasP, Treatment as Prevention) : ce concept se réfère à l'utilisation de médicaments antirétroviraux par les personnes vivant avec le VIH afin de réduire la quantité de virus dans leur sang à des niveaux indétectables et que, ainsi, il n'y ait aucun risque de transmission du VIH lors des contacts sexuels .

VIH : virus de l'immunodéficience humaine.

[3] Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B., Mendenhall, E. Syndemics and the biosocial conception of health. The Lancet. 4 mars 2017 ; vol. 389, n° 10072, pp. 941-950.

Table des matières

I. Introduction

1. Principes généraux
2. Objectifs et cibles

II. Contexte

1. L'épidémie de VIH en Belgique
2. Les épidémies d'IST connexes
3. Populations clés
4. Recensement des acteurs du VIH

III. Principaux résultats du Plan VIH national 2014-2019

IV. Méthodologie appliquée pour élaborer le nouveau Plan VIH

V. Priorités et actions

1. Pilier « prévention »
2. Pilier « dépistage »
3. Pilier « prise en charge »
4. Pilier « qualité de vie »

VI. Suivi de la mise en œuvre du Plan VIH

1. Organismes de suivi
2. Indicateurs de suivi

I. Introduction

Le premier Plan national VIH qui couvrait la période 2014-2019, a été élaboré il y a plus de cinq ans par plusieurs organisations communautaires et de santé publique. Ces dernières années, le Plan national VIH a été un guide précieux pour les acteurs sur le terrain et a donné lieu à un certain nombre de résultats importants. Le Plan VIH 2014-2019 a pris fin et un nouveau Plan national VIH a donc été conçu pour guider la poursuite de la riposte au VIH, en tenant compte des tendances de l'épidémie et des évolutions récentes dans le domaine du VIH.

Principes généraux

Le Plan national VIH 2020-2025 comprend des principes directeurs pour permettre une riposte au VIH de grande qualité, équitable et éclairée par des données probantes et équitable. Le Plan national VIH repose sur la participation de tous les partenaires dans le domaine du VIH. L'aspect le plus important réside probablement dans la participation continue et significative des personnes vivant avec le VIH et dans l'implication des organisations dédiées aux populations clés. Cette participation est au cœur de l'approche de partenariat et est essentielle au succès du Plan VIH.

Les principes généraux du plan sont :

- Respecter les droits de l'homme et les droits en matière de sexualité et de procréation ;
- Inclure la prévention combinée et la promotion de la santé ;
- Accorder une attention particulière aux IST ;
- Assurer la participation des partenaires concernés ;
- Assurer l'implication significative des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ;
- Assurer la participation et l'autonomisation des populations clés ;
- Adopter des principes directeurs tels que des services interdisciplinaires de qualité en matière de prévention, traitement et prise en charge, et un accès équitable à tous les services ;
- Réaliser des activités de recherche et de surveillance afin d'élaborer des politiques éclairées par des données probantes pour tous les piliers et à des fins d'évaluation ;
- Adopter les principes de bonne gouvernance.

Objectifs et cibles

Ce plan vise à améliorer les différents aspects de la qualité de vie et de la situation médicale des PVVIH – infection, diagnostic, traitement et prise en charge – tout au long de leur vie, en accordant une attention particulière à leur bien-être et dans le cadre de l'accès universel au traitement et aux soins. Ce plan porte également sur la prévention de l'infection à VIH tout en promouvant les conditions d'une sexualité saine et responsable.

Il s'inscrit dans la volonté d'atteindre les objectifs définis par l'ONUSIDA afin de mettre fin à l'épidémie de VIH/SIDA d'ici à 2030[4]. Ces objectifs incluent la cible 95–95–95 : d'ici à 2025, 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 95 % des personnes qui connaissent leur séropositivité reçoivent un traitement et 95 % des personnes sous traitement ont une charge virale supprimée, de sorte que leur système immunitaire reste fort et que le risque qu'elles transmettent sexuellement l'infection est considérablement réduit. L'ONUSIDA a également fixé des objectifs en matière de prévention primaire et d'élimination de la discrimination pour mettre fin au VIH et permettre aux PVVIH d'atteindre une qualité de vie optimale.

Étant donné que le Plan national VIH est le principal instrument permettant d'encadrer la riposte au VIH en Belgique, les objectifs sont importants pour mesurer la responsabilité et les progrès accomplis à travers le suivi et l'évaluation. Par conséquent, des objectifs spécifiques fondés sur le contexte épidémiologique et social de la Belgique ont été fixés pour couvrir les multiples facettes de la vie des personnes exposées à un risque d'infection à VIH ou vivant avec le VIH.

Les objectifs relatifs à la prévention de l'infection à VIH et à l'amélioration de la santé sexuelle visent à garantir que toutes les personnes exposées à un risque d'infection à VIH ont connaissance des outils de prévention adaptés à leurs besoins spécifiques, y ont accès et les reçoivent. En ce qui concerne les actions relatives au dépistage, au traitement, à la prise en charge et à la qualité de vie, le choix des objectifs a été guidé par l'approche du continuum de soins du VIH, ainsi que par le quatrième pilier relatif à la qualité de vie.

[4] ONUSIDA. Comprendre l'accélération. Passer à la vitesse supérieure pour mettre fin à l'épidémie de SIDA d'ici 2030. Disponible à l'adresse suivante : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_fr.pdf

Les objectifs clés suivants sont proposés :

- Accroître le nombre de personnes au sein des populations clés qui sont informées des mesures de prévention existantes concernant le VIH et les IST
- Accroître le nombre de personnes recevant des services de prévention (notamment l'utilisation de préservatifs, les conseils sur les stratégies de réduction des risques, les rapports sexuels sous influence chimique (chemsex), le dépistage du VIH)
- Garantir que toutes les personnes exposées à un risque élevé d'infection à VIH ont accès à la PrEP
- Garantir que tous les prestataires de soins reçoivent une formation sur les outils de prévention combinée et des informations socio-épidémiologiques actualisées sur le VIH pour favoriser le dépistage
- Atteindre la cible de 95 % des PVVIH connaissant leur statut sérologique d'ici à 2025 (premier objectif de l'ONUSIDA concernant le continuum de soins du VIH)
- Réduire le nombre de diagnostics tardifs de l'infection à VIH
- Garantir que les populations clés/les plus exposées non diagnostiquées ont accès à un dépistage communautaire du VIH
- Garantir l'accès des PVVIH et des utilisateurs de la PrEP à un dépistage régulier des IST
- Garantir une mise en lien rapide avec des services de prise en charge du VIH suite au diagnostic, puis le maintien de cette prise en charge
- Garantir que 95 % des PVVIH diagnostiquées reçoivent des antirétroviraux d'ici à 2025 (deuxième objectif de l'ONUSIDA concernant le continuum de soins du VIH)
- Garantir que plus de 95 % des PVVIH recevant des antirétroviraux atteignent une charge virale indétectable d'ici à 2025 (troisième objectif de l'ONUSIDA concernant le continuum de soins du VIH)
- Garantir l'élaboration et la mise en œuvre d'outils permettant de suivre la qualité de vie liée à la santé des patients dans les établissements prenant en charge le VIH
- Garantir que toutes les PVVIH ont accès à un accompagnement par les pairs dans le cadre d'organisations de patients en fonction de leurs besoins
- Réduire la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des PVVIH

I. Contexte

1. L'épidémie de VIH en Belgique

i. Évolution des diagnostics d'infection à VIH

Après la tendance à la baisse du nombre de nouveaux diagnostics de VIH entre 2012 et 2018, un plateau épidémiologique a été atteint en 2019. En 2020 le nombre de nouveaux diagnostics de VIH a diminué de 21 % par rapport à 2019. Cette diminution est fortement liée à la pandémie de COVID-19 et aux mesures pour restreindre sa propagation. Celles-ci ont eu un impact sur les activités de dépistage du VIH, le comportement sexuel et la dynamique migratoire.

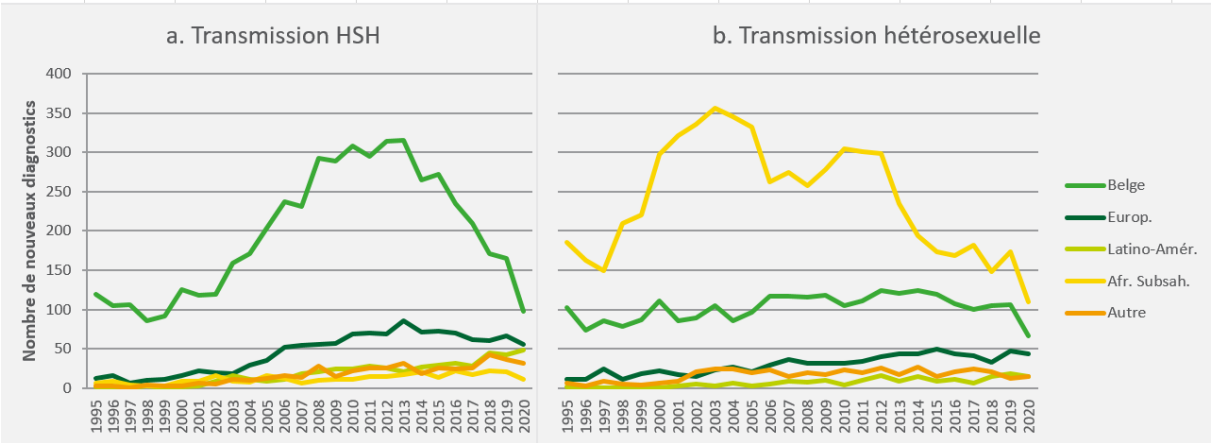
En 2020, 727 nouveaux diagnostics de VIH ont été réalisés en Belgique. Ce qui correspond à 2 nouveaux diagnostics par jour. La Belgique fait partie des pays d'Europe occidentale affichant les taux les plus élevés de nouveaux diagnostics d'infection à VIH (6,3/100 000 habitants)[1].

Depuis le début de l'épidémie de VIH en Belgique, 2 populations clés ont été particulièrement touchées, ce sont les hommes belges ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et les hommes et femmes hétérosexuels d'Afrique subsaharienne. Compte tenu de la diminution des diagnostics dans ces populations-clés, la proportion de populations avec d'autre profils est devenue comparativement plus importante au cours des dernières années et l'épidémie en Belgique est plus diversifiée. En 2020, 40% des nouveaux cas de VIH ont été diagnostiqués chez des HSH belges et des hétérosexuels d'Afrique subsaharienne.

La tendance à la baisse du nombre de nouveaux diagnostics de VIH chez les HSH belges s'est poursuivie en 2020 ; une légère augmentation a été observée chez les HSH d'Amérique latine. Parmi les hétérosexuels d'origine africaine subsaharienne, la tendance à la baisse semblait s'être arrêtée en 2019, mais elle a repris en 2020 ; on observe également une diminution chez les hétérosexuels de nationalité belge (figure 1).

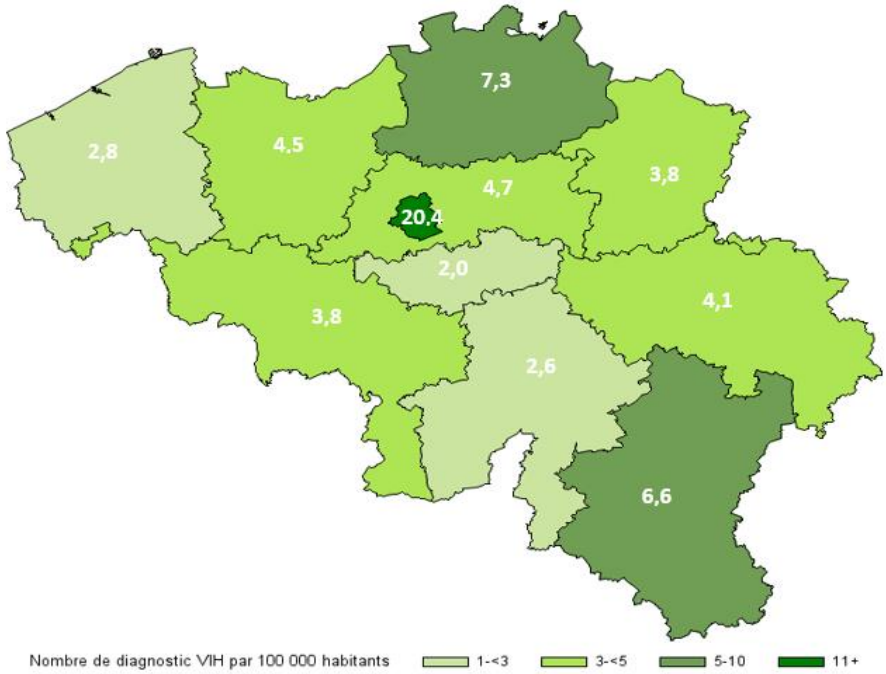
[1] Deblonde, J, De Rouck, M, Montourcy, M, Serrien B, Van Beckhoven, D. Épidémiologie du SIDA et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2020. Sciensano ; 2021. Version française disponible à l'adresse suivante : https://doi.org/10.25608/zepg-vg62 ; version néerlandaise disponible à l'adresse suivante : https://doi.org/10.25608/bbbj-e471

Figure 1 : Evolution du nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH par mode de transmission et nationalité en Belgique entre 1995 et 2020



Concernant la répartition géographique, le taux de diagnostic le plus élevé est observé à Bruxelles avec 20,4 nouveaux diagnostics par 100 000 habitants (figure 2). Le nombre de diagnostic VIH est plus élevé dans les villes (12,3 diagnostics par 100 000 habitants) que dans les agglomérations (3,5 diagnostics par 100 000 habitants) ou dans les zones rurales (2,6 diagnostics par 100 000 habitants). Le taux de diagnostics plus élevé à Bruxelles semble donc lié d'une part au caractère urbain de la région et d'autre part à des caractéristiques spécifiques de la capitale.

Figure 2 : Nombre de diagnostics VIH par 100 000 habitants par province et Bruxelles, 2020



ii. Processus de dépistage et de diagnostic

Le diagnostic tardif d'infection à VIH demeure un défi, parce que l'infection à VIH ne conduit pas nécessairement à un diagnostic immédiat. Le moment du diagnostic est influencé par différents facteurs tels que la vitesse de progression de la maladie, la disponibilité et la fréquence des activités de dépistage. En 2020, 36 % des infections à VIH ont été diagnostiquées tardivement (<350 CD4 /mm³ au moment du diagnostic). Le nombre de diagnostics tardifs a légèrement diminué au cours des dernières années et reste plus fréquent chez les hétérosexuels (47 %) que chez les HSH (22 %).
En 2020, la moitié des tests de dépistage du VIH en Belgique ont été effectués par des médecins généralistes, ceux-ci ont réalisé près de la moitié (42%) des diagnostics d'infection à VIH.

iii. Estimations du nombre de personnes diagnostiquées et non diagnostiquées vivant avec le VIH

En 2020, il a été estimé que 18 753 personnes vivaient avec le VIH, soit une prévalence de 1,7/1 000 habitants dans l'ensemble de la population. Récemment, des enquêtes menées auprès des populations les plus touchées ont montré une prévalence du VIH chez les migrants d'Afrique subsaharienne à 5,9 % pour les femmes et 4,2 % pour les hommes[2]. Concernant les HSH, deux enquêtes, l'enquête Sialon (basée sur des prélèvements biologiques) dans la Région bruxelloise[3] et l'enquête en ligne EMIS (basée sur des données auto déclarées) en Belgique[4], ont établi la prévalence du VIH à environ 12 %.

Les personnes infectées par le VIH peuvent ignorer qu'elles sont séropositives pendant un temps considérable avant le diagnostic. Ces personnes qui n'ont pas conscience de vivre avec le VIH ne peuvent pas bénéficier d'un traitement efficace et peuvent involontairement contribuer à la transmission de l'infection à VIH. En 2020, il a été estimé que 1 585 PVVIH ignoraient leur infection par le VIH. On estime que la proportion de PVVIH qui ignoraient leur statut sérologique est passée de 23,5 % en 2008 à 8,5 % en 2020. Les zones géographiques incluant les plus grandes villes de Belgique comptabilisaient la vaste majorité des infections à VIH non diagnostiquées

---

[2] Loos, J., Nöstlinger, C., Vuylsteke, B., Deblonde, J., Ndungu, M., Kint, I., Manirankunda, L., Reyniers, T., Adobea, D., Laga, M., Colebunders, R. First HIV prevalence estimates of a representative sample of adult sub-Saharan African migrants in a European city. Results of a community-based, cross-sectional study in Antwerp, Belgium. PLOS ONE. 2017 ; vol. 12, n° 4. Disponible à l'adresse suivante : https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0174677

[3] The Sialon II Project. Report on a Bio-behavioural Survey among MSM in 13 European cities. ISBN 978-88-98768-55-4 Cierre Grafica, 2016. Responsables de la publication : Massimo Mirandola, Lorenzo Gios, Nigel Sherriff, Igor Toskin, Ulrich Marcus, Susanne Schink, Barbara Suligoi, Cinta Folch, Magdalena Rosińska. Disponible à l'adresse suivante : http://www.sialon.eu/data2/file/133_Sialon%20II_Report%20on%20a%20Bio-behavioural%20Survey%20among%20MSM%20in%2013%20European%20cities.pdf

[4] Vanden Berghe W, Deblonde J, Detandt S, Pezeril C, Sergeant M, Barris S. The European Men who have sex with men Internet Survey (EMIS) 2017. Bruxelles, Belgique: Sciensano 2021; Observatoire du sida et des sexualités (ULB), D/2021/14.440/08. Disponible à l'adresse suivante : https://www.sciensano.be/fr/biblio/european-men-who-have-sex-men-internet-survey-emis-2017-resultaten-voor-belgie

et les personnes de nationalités étrangères étaient les plus touchées, en particulier les HSH non européens[5].

iv. Prise en charge des PVVIH

En raison des nouvelles infections et d'une faible mortalité, le nombre de PVVIH augmente en moyenne de 646 patients par an, à l'exception de l'année 2020 durant laquelle on a constaté une légère diminution du nombre de patients en suivi médical dans le contexte de la pandémie de COVID-19. En 2020, 17 018 patients ont été suivis pour une prise en charge du VIH en Belgique. On constate une augmentation de la proportion de patients âgés. En 2006, 19 % des patients en suivi médical étaient âgés de 50 ans ou plus et 44 % en 2020. En parallèle, on observe un allongement des durées moyennes depuis l'infection et depuis l'initiation du traitement antirétroviral d'où un risque plus élevé de (multi-)comorbidités liées au virus ou au traitement.

Les indicateurs relatifs aux soins cliniques pour les patients suivis dans les Centres de référence VIH (CRV) sont excellents : la couverture des traitements antirétroviraux était de 75 % en 2008 et est passée à 98 % des patients en 2020. La charge virale était contrôlée (<200 copies/mL) chez 98 % des patients sous traitement antirétroviral depuis au moins 6 mois.

Une continuité des services est nécessaire à la prise en charge optimale des patients. D'un point de vue clinique et de santé publique, la prise en charge et le traitement précoces et durables du VIH sont associés à la suppression virale, à un meilleur état de santé et à une réduction des risques de transmission. Des facteurs de risque associés à un moindre maintien dans les soins du VIH en Belgique ont été identifiés : être jeune, consommer des drogues injectables, avoir été diagnostiqué récemment et ne pas être Belge ; les HSH avaient en moyenne une meilleure continuité des soins[6].

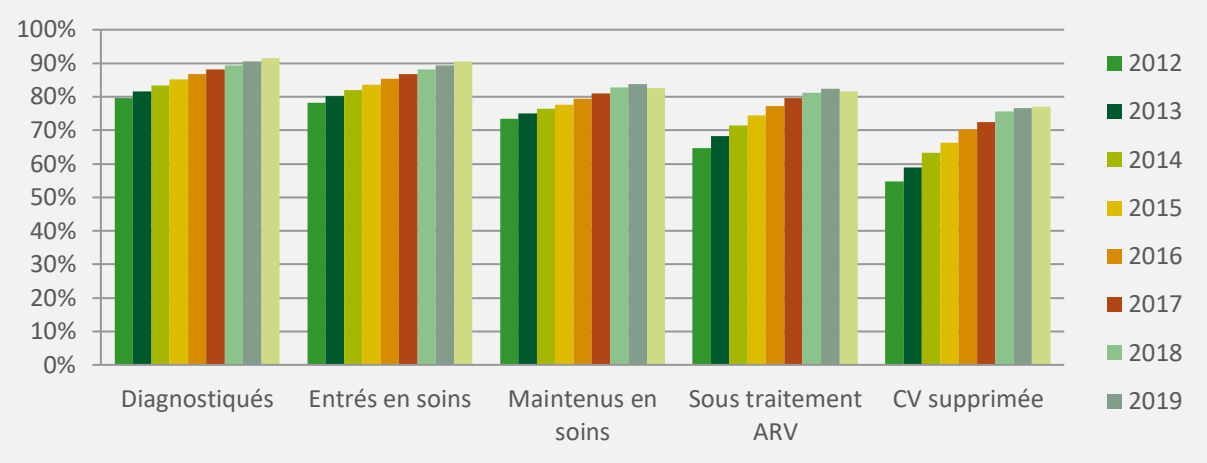
Le continuum de soins du VIH est un cadre de suivi qui utilise des indicateurs transversaux pour quantifier le nombre de personnes diagnostiquées, mises en lien avec les soins, dont les soins sont maintenus, sous traitement antirétroviral et atteignant une charge virale supprimée, en proportion du nombre estimé de personnes vivant avec le VIH. En 2020, parmi toutes les personnes vivant avec le VIH en Belgique, 92 % ont été diagnostiquées, 90 % ont été mises en lien avec des soins pour le VIH, les soins ont été maintenus pour 83 % d'entre elles, 82 % ont reçu un traitement antirétroviral et 77 % ont atteint une suppression de la charge virale (figure 3). Au fil des années, une amélioration a été observée à toutes les étapes du continuum de soins, en particulier au niveau de la prise des antirétroviraux et de la suppression de la charge virale.

---

[5] Marty, L., Van Beckhoven, D., Ost, C., Deblonde, J., Costagliola, D., Sasse, A., Supervie, V. et the HERMETIC Study Group. Estimates of the HIV undiagnosed population in Belgium reveals higher prevalence for MSM with foreign nationality and for geographic areas hosting big cities. JIAS. 2019 ; vol. 22 : e25371. Disponible à l'adresse suivante : https://doi.org/10.1002/jia2.25371

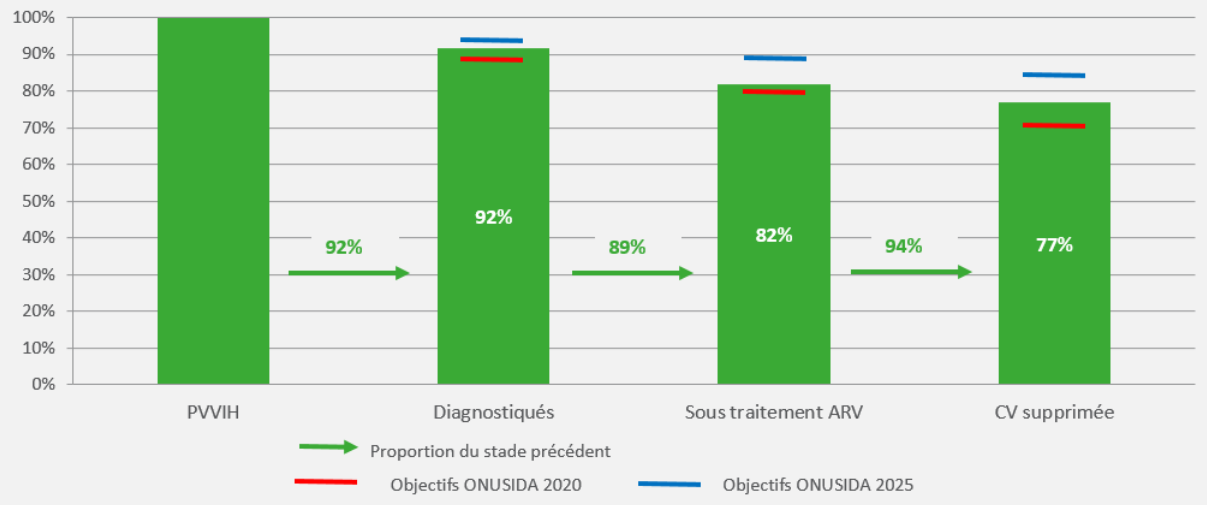
[6] Beckhoven D, Florence E, De Wit S, Wyndham-Thomas C, Sasse A, Van Oyen H, Macq J; Belgian Research on AIDS, HIV Consortium (BREACH). Incidence rate, predictors and outcomes of interruption of HIV care: nationwide results from the Belgian HIV cohort. HIV Med. 2020 Oct;21(9):557-566. doi: 10.1111/hiv.12901. Epub 2020 Jul 5. PMID: 32627351; PMCID: PMC7540395.

Figure 3 : Continuum de soins du VIH en Belgique, 2012-2020



L'ONUSIDA a adopté des objectifs mondiaux ambitieux 90-90-90 pour 2020 : 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, parmi celles-ci, 90 % reçoivent un traitement antirétroviral, et parmi celles-ci, 90 % ont une charge virale supprimée. Une fois cette cible à trois volets atteints, l'objectif global d'au moins 73 % des personnes vivant avec le VIH avec une charge virale supprimée sera atteint. La Belgique a atteint globalement l'objectifs 2020 : 92 % des personnes vivant avec le VIH étaient diagnostiquées, parmi celles-ci, 89 % étaient sous traitement antirétroviral et parmi celles-ci 94 % avaient une charge virale supprimée, soit 77 % de l'ensemble des PVVIH (Figure 4). Des efforts supplémentaires visant à réduire les nouvelles infections et à garantir un diagnostic précoce et un maintien dans les soins seront déterminants pour atteindre le prochain objectif de 95-95-95 en 2030.

Figure 4 : Continuum de soins du VIH en Belgique en 2020 en comparaison aux objectifs de l'ONUSIDA



2. Les épidémies d'IST connexes

i. Dynamiques épidémiologiques et comportementales

Des experts de l'ECDC (European Center for Disease prevention and Control, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies) ont récemment affirmé que l'intégration d'une stratégie de prévention et de lutte contre les IST dans une stratégie sur le VIH constitue le modèle de pratique le plus logique et le plus avantageux[7]. En outre, l'intégration d'une stratégie sur l'hépatite virale est recommandée en tant qu'option supplémentaire[8].

Les arguments en faveur de l'intégration sont renforcés par les modes communs de transmission, qui entraînent des chevauchements au sein des populations clés touchées. Au niveau individuel, cela se traduit par des co-infections. La présence d'une IST rend les individus plus vulnérables à une infection à VIH et le fait d'être infecté à la fois par le VIH et par une autre IST peut accroître le risque de transmission du VIH. Au niveau de la population, les épidémies de VIH et d'IST sont exacerbées par des dynamiques épidémiologiques similaires qui sont appelées « syndémies »[9]. En combinant les efforts de prévention et de dépistage, une approche synergique peut être utilisée pour lutter de façon plus efficace et efficiente contre le VIH et les IST.

Néanmoins, toutes les populations les plus touchées par le VIH ne sont pas exposées au même risque d'IST. En Belgique, comme dans la plupart des pays occidentaux, l'augmentation générale des cas de syphilis et de gonorrhée diagnostiqués depuis 2002 est principalement due à une transmission entre HSH[10] [11].

La chlamydia, la gonorrhée et la syphilis sont très répandues dans certains sous-groupes de HSH. Sur le plan comportemental, cette prévalence élevée des IST est associée à une utilisation moins systématique de préservatifs, au fait d'avoir des partenaires sexuels multiples et à la consommation de substances ou à la toxicomanie. Proportionnellement, le LGV (Chlamydia serovar L) et l'hépatite C transmise par voie sexuelle sont davantage diagnostiqués chez les HSH séropositifs au VIH. L'infection

[7] Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Developing a national strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections. Stockholm : ECDC ; 2019. Disponible à l'adresse suivante : https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/strategies-to-control-STIs.pdf

[8] Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Public health guidance on HIV, Hepatitis B and C testing in the EU/EEA - an integrated approach. Stockholm : ECDC ; 2018. Disponible à l'adresse suivante : https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-hep-guidance-brief-6-december.pdf

[9] Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B., Mendenhall, E. Syndemics and the biosocial conception of health. The Lancet. 4 mars 2017 ; vol. 389, n° 10072, pp. 941-950.

[10] Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Gonorrhoea. Dans : ECDC. Annual epidemiological report for 2017. Stockholm : ECDC ; 2019. Disponible à l'adresse suivante : https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/gonorrhoea-annual-epidemiological-report-2017.pdf

[11] Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Syphilis. Dans : ECDC. Annual epidemiological report for 2017. Stockholm : ECDC ; 2019. Disponible à l'adresse suivante : https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/syphilis-annual-epidemiological-report-2017.pdf

par le virus de l'hépatite C est associée à des pratiques sexuelles traumatiques à haut risque spécifiques, comme le fisting[12]. Néanmoins, depuis l'apparition de la PrEP, ces IST deviennent de plus en plus courantes chez les HSH séronégatifs au VIH sous PrEP[13] [14].

Les IST sont beaucoup moins répandues chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne que chez les HSH. Une étude récente menée auprès des communautés d'Afrique subsaharienne dans la ville d'Anvers a cependant révélé que les diagnostics d'IST sont associés à une infection à VIH.

ii. Cas enregistrés dans la surveillance épidémiologique[15]

La chlamydia est l'IST la plus répandue en Belgique. Le nombre de cas enregistrés est passé de 9,5/100 000 habitants en 2002 à 77,0/100 000 habitants en 2010. Cette augmentation a néanmoins été observée conjointement à une amélioration de la sensibilité des méthodes de diagnostic et à un dépistage mieux ciblé et plus approprié au sein des groupes à risque. Au niveau européen, la majorité des cas sont signalés parmi les hétérosexuels, principalement parmi les femmes. Toutefois, 10 % des cas de chlamydia sont diagnostiqués chez des HSH[16]. Entre 2014 et 2019, on a constaté une augmentation régulière du nombre de cas de LGV (*Chlamydia serovar L*) chez les HSH en Belgique.

Les cas de gonorrhée sont en hausse depuis 2002, passant de 2,6/100 000 habitants en 2002 à 26,0/100 000 habitants en 2019. En 2019, les cas de gonorrhée ont principalement été signalés chez des hommes âgés de 20 à 39 ans. Au niveau

---

[12] Apers, L., Vandenberghe, W., De Wit, S., Kabeya, K., Callens, S., Buyze, J., et coll. Risk factors for HCV acquisition among HIV-positive MSM in Belgium. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 2015 ; vol. 68, n° 5, pp. 585-593.

[13] Sasse, A., Deblonde, J., De Rouck, M., Montourcy, M., Van Beckhoven, D. Épidémiologie du SIDA et de l'infection à VIH en Belgique. Sciensano ; 2019. Version néerlandaise disponible à l'adresse suivante : https://doi.org/10.25608/5c9n-4t26 ; version française disponible à l'adresse suivante : https://doi.org/10.25608/k6sn-n789;

[14] Vuylsteke, B., Reyniers, T., De Baetselier, I., Nöstlinger, C., Crucitti, T., Buyze, J., Kenyon, C., Wouters, K. et Laga, M., 2019. Daily and event-driven pre-exposure prophylaxis for men who have sex with men in Belgium: results of a prospective cohort measuring adherence, sexual behaviour and STI incidence. Journal of the International AIDS Society ; vol. 22, n° 10 : e25407.

[15] Vanden Berghe, W., De Baetselier, I., Van Cauteren, D., Sasse, A., Quoilin, S. Surveillances des infections sexuellement transmissibles. Données pour la période 2017-2019. Bruxelles, Belgique : Sciensano. Numéro de rapport : D/2020/14.440/85. Disponible à l'addresse suivante: https://www.sciensano.be/sites/default/files/report_sti_sciensano_1719_fr.pdf

[16] Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Chlamydia infection. Dans : ECDC. Annual epidemiological report for 2017. Stockholm : ECDC ; 2019. Disponible à l'adresse suivante : https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_for_2017-chlamydia-infection.pdf

européen et dans les pays présentant un contexte social et épidémiologique similaire comme les Pays-Bas, jusqu'à 50 % des cas sont détectés chez des HSH[17].

Les cas de syphilis ont également augmenté au cours de cette même période (2002-2019) en Belgique, passant de 0,4/100 000 habitants en 2002 à 21,6/100 000 habitants en 2019. En 2019, les cas de syphilis ont principalement été détectés chez des hommes âgés de 20 à 59 ans. Les données européennes relatives à la transmission de la syphilis montrent que jusqu'à 75 % des cas sont diagnostiqués chez des HSH[18].

[17] Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Gonorrhoea. Dans : ECDC. Annual epidemiological report for 2017. Stockholm : ECDC ; 2019. Disponible à l'adresse suivante : https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/gonorrhoea-annual-epidemiological-report-2017.pdf

[18] Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Syphilis. Dans : ECDC. Annual epidemiological report for 2017. Stockholm : ECDC ; 2019. Disponible à l'adresse suivante : https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/syphilis-annual-epidemiological-report-2017.pdf

3. Populations clés

Les HSH et les migrants originaires d'Afrique subsaharienne sont les populations les plus touchées par l'épidémie de VIH en Belgique. Toutefois, toutes les personnes appartenant à ces populations les plus touchées ne sont pas exposées à un risque égal : la dynamique de transmission du VIH dépend de l'influence des différents facteurs de risque et de vulnérabilité auxquels elles sont exposées et qui se renforcent mutuellement.

C'est pourquoi le Plan national VIH se concentre sur les populations clés, définies comme des groupes qui, en raison d'un comportement spécifique à risque plus élevé et de vulnérabilités contextuelles, courent un risque accru d'exposition au VIH et aux IST connexes. Ces populations jouent un rôle déterminant dans l'épidémie de VIH et dans la riposte au VIH en Belgique ; elles englobent les HSH, les migrants (sans papiers) originaires de pays à forte prévalence du VIH, les personnes transgenres, les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les détenus. Au sein de chaque population clé, les jeunes ont des besoins spécifiques liés à leur âgé ou à leur développement qui seront pris en compte dans des actions spécifiques du plan.

Mener une action à l'égard des populations clés pour le VIH implique donc de faire face à une combinaison de facteurs de vulnérabilité tels qu'un accès inadéquat aux soins de santé, une discrimination multiple et intersectionnelle, une stigmatisation associée au VIH et des inégalités socio-économiques.

Malgré l'existence de mécanismes de soutien visant à garantir des soins de santé universels – par exemple à travers la procédure des soins médicaux urgents –, les démarches administratives complexes peuvent constituer un obstacle important à l'accessibilité réelle des services. La Belgique dispose par ailleurs d'un cadre réglementaire solide et évolutif concernant la discrimination, notamment la discrimination fondée sur le sexe, l'appartenance ethnique, l'orientation sexuelle et l'état de santé actuel et futur[24]. Néanmoins, la stigmatisation et la discrimination perçues et réelles associées au VIH qui découlent de pratiques culturelles, de croyances religieuses, de restrictions légales et de la criminalisation de la transmission du VIH continuent d'accroître la vulnérabilité à l'infection à VIH. En plus du VIH – ou en lien avec le VIH –, les PVVIH peuvent être confrontés à une stigmatisation et une discrimination fondée sur la race, l'orientation sexuelle ou l'identité de genre. La discrimination et la stigmatisation (ou l'autostigmatisation) peuvent empêcher l'accès aux soins et conduire à une auto-exclusion du soutien social[25].

[24] UNIA. Les 19 critères de discrimination. Disponible à l'adresse suivante : https://www.unia.be/fr/criteres-de-discrimination/les-19-criteres-de-discrimination

[25] Pezeril, C. Lutte contre le SIDA et promotion de la santé sexuelle. Santé Conjuguée, 2019, n° 86. Disponible à l'adresse suivante : https://observatoire-sidasexualites.be/wp-content/uploads/SC-86-in-lgbt-def-pezeril.pdf

Par ailleurs, certaines populations clés font face à la pauvreté et ont un accès limité à des services essentiels tels que le logement, l'éducation, l'emploi, la protection et la justice[26]. Ces facteurs représentent des vulnérabilités supplémentaires dans la mesure où ils affaiblissent le contrôle de la santé sexuelle et augmentent le risque de violence sexuelle et de rapports sexuels monnayés. En outre, les liens entre migration, pauvreté et VIH sont reconnus dans le monde entier. Les recherches menées en Belgique ont révélé que l'infection à VIH parmi les migrants d'Afrique subsaharienne est non seulement associée au multipartenariat concomitant et au fait d'avoir des rapports sexuels principalement au sein de réseaux sexuels africains, mais aussi à la vulnérabilité socioéconomique[27]. Il a également été démontré que les migrants d'Afrique subsaharienne sont mobiles et peuvent adopter des comportements sexuels à risque lorsqu'ils se déplacent, ce qui accroît le risque d'infection à VIH post-migration[28].

Un certain nombre de bonnes pratiques ont révélé que les interventions ciblant directement les populations clés permettent d'obtenir des résultats positifs. En Belgique, les services de réduction des risques ont réussi à maintenir l'impact du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables à un niveau relativement faible par rapport à d'autres pays. L'approche préventive efficace adoptée envers – mais aussi par – les travailleurs du sexe a non seulement réduit le risque d'infections à VIH/aux IST, mais a aussi ciblé d'autres risques connexes tels que la violence. En outre, plusieurs organisations communautaires ont développé une expertise dans le cadre d'une approche participative ; elles ont ainsi collaboré étroitement avec les communautés touchées, augmenté la demande de prévention et favorisé l'adhésion à l'égard de services complémentaires tels que l'accompagnement par les pairs.

En résumé, des interventions continues sont nécessaires pour améliorer l'accès à la prévention du VIH et aux services de soins. Les programmes exhaustifs de prévention du VIH doivent porter non seulement sur les facteurs biologiques de l'infection à VIH, mais aussi sur le contexte social et les facteurs structurels qui influencent le comportement sexuel et les comportements favorables à la santé. Lutter efficacement contre le VIH implique de défendre les droits de l'homme, de combattre toutes les formes de discrimination et d'adopter une approche multisectorielle pour remédier aux inégalités socioéconomiques.

---

[26] Gennotte et coll. (2017). Présentation orale à l'occasion du colloque BREACH 2017, Anderlecht, Belgique. Disponible à l'adresse suivante : http://www.breach-hiv.be/media/docs/BREACHSympo2017/AMASE,AFGennotteBreach3pourlesite.pdf

[27] Loos, J., Nöstlinger, C., Vuylsteke, B., Deblonde, J., Ndungu, M., Kint, I., Manirankunda, L., Reyniers, T., Adobea, D., Laga, M., Colebunders, R. First HIV prevalence estimates of a representative sample of adult sub-Saharan African migrants in a European city. Results of a community-based, cross-sectional study in Antwerp, Belgium. PLOS ONE. 2017 ; vol. 12, n° 4. Disponible à l'adresse suivante : https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0174677

[28] Dias, S., Gama, A., Loos, J., Roxo, L., Simões, D., Nöstlinger, C. (2020). The role of mobility in sexual risk behaviour and HIV acquisition among sub-Saharan African migrants residing in two European cities. PLOS ONE ; vol. 15, n° 2 : e0228584. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228584

4. Recensement des acteurs du VIH

i. Organismes de prévention et d'accompagnement liés au VIH

Divers organismes axés sur la promotion de la santé, la prévention et l'accompagnement mettent quotidiennement en œuvre des activités en faveur des populations clés touchées par le VIH. Ces organismes proposent un ou plusieurs des services mentionnés ci-dessous :

- soutien général en faveur des populations clés, notamment les travailleurs du sexe, les LGBTQI, les migrants, les consommateurs de drogues injectables et les détenus
- services de prévention et d'information sur le VIH/les IST destinés au grand public ou aux populations exposées à un risque accru d'infection
- plaidoyer structurel pour défendre et protéger les droits des personnes susceptibles de faire l'objet de stigmatisation et de discrimination (sur le plan social/structurel)
- soutien direct en faveur des personnes touchées/infectées par le VIH par l'intermédiaire d'un accompagnement par les pairs, d'informations et de conseils

  what about testing activities from NGO ?

ii. Centres de référence VIH

Les Centres de référence VIH (CRV) belges sont des centres d'expertise reconnus par le gouvernement. Chaque CRV est rattaché à un hôpital et propose des soins accessibles et multidisciplinaires aux personnes vivant avec le VIH, notamment une prise en charge et des traitements médicaux, un accompagnement psychosocial et un dépistage des IST. Les CRV reconnus ont signé une convention avec l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), ce qui permet le remboursement du traitement médical, mais aussi des soins et de l'accompagnement multidisciplinaires. Depuis 2017, les CRV sont également chargés de fournir un service de PrEP. La Belgique compte 12 CRV reconnus répartis sur l'ensemble du territoire, ce qui assure l'accessibilité de ces soins spécialisés. Cinq d'entre eux sont situés en Région flamande (Anvers, Louvain, Hasselt, Gand, et Bruges), quatre dans la Région de Bruxelles-Capitale (UZ Brussel, Saint-Pierre, Erasme, Saint-Luc) et trois en Région wallonne (Liège, Charleroi, Namur).

iii. Laboratoires de référence SIDA

Les Laboratoires de référence SIDA (LRS) belges sont des centres d'expertise fondés en 1987. Les LRS travaillent en étroite collaboration avec les Centres de référence VIH. Trois d'entre eux se situent en Région flamande (Anvers, Gand et Louvain), trois dans la Région de Bruxelles-Capitale (Jette, Saint-Luc et Erasme) et un en Région wallonne (Liège). Leurs missions consistent à confirmer ou à exclure l'infection à VIH en cas de test de dépistage réactif ; à réaliser des analyses pour le suivi en laboratoire de l'infection à VIH, et notamment des analyses de la charge virale et de la pharmacorésistance ; à évaluer la qualité des tests utilisés pour le diagnostic et le suivi

des patients vivant avec le VIH ; et à recenser les nouvelles infections de façon à permettre le suivi épidémiologique et des recherches scientifiques. Les LRS travaillent en étroite collaboration avec Sciensano dans le cadre de cette dernière mission. Les LRS sont financés dans le cadre d'une convention avec l'INAMI.

iv. Centres de dépistage à bas seuil d'accès

Conformément à l'arrêté royal du 6 mars 2017 (précédemment l'arrêté royal du 28 décembre 2006), l'INAMI finance trois CRV en tant que centres de dépistage à bas seuil d'accès : Centre Elisa, CRV Saint-Pierre ; Sida Sol A.S.B.L, CRV Liège ; et Helpcenter, CRV Anvers. Le dépistage dont il est question dans cet arrêté s'adresse à toute personne qui présente un risque accru d'infection à VIH ou aux IST et qui fait partie d'un ou plusieurs des groupes cibles suivants :

- migrants originaires d'un pays où la prévalence du HIV est minimum 10 fois plus élevée que la prévalence du VIH en Belgique ;
- hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ;
- consommateurs de drogues par voie intraveineuse et leurs partenaires ;
- travailleurs du sexe et leurs partenaires ;
- clients de la prostitution et leurs partenaires ;
- personnes ayant des relations sexuelles non protégées en dehors du contexte d'une relation stable ;
- personnes ayant plusieurs partenaires ou ayant des relations sexuelles avec un partenaire qui a des partenaires multiples.

Ces personnes peuvent bénéficier d'un dépistage du VIH gratuit (et anonyme), complété au besoin par un dépistage des IST. Les activités de dépistage peuvent être proposées en dehors des locaux du centre de dépistage afin d'améliorer leur accessibilité auprès des groupes cibles.

v. Sciensano

Sciensano, l'institut de santé belge, est en charge de la surveillance épidémiologique du VIH/SIDA en Belgique. À cette fin, Sciensano recueille les notifications des nouveaux diagnostics d'infection à VIH auprès des LRS et des nouveaux cas de SIDA auprès des cliniciens. Depuis 2006, Sciensano collecte également des données individuelles sur les patients vivant avec le VIH suivis médicalement par les CRV et les LRS : il s'agit de la cohorte VIH belge. En 2018, le suivi des utilisateurs de la PrEP et de la PEP a été inclus dans la surveillance du VIH.

Les IST telles que la chlamydia, la gonorrhée et la syphilis ainsi que certaines autres IST sont suivies par Sciensano sur base de différentes sources de données de surveillance.

vi. BREACH

BREACH, le Consortium belge de recherche sur le VIH et le SIDA, est le fruit d'une collaboration entre les Centres de référence VIH et les Laboratoires de référence SIDA belges, des groupes de recherche scientifique et des organisations œuvrant dans le domaine de l'infection à VIH et du SIDA. BREACH vise à faciliter et soutenir la

recherche sur le VIH en Belgique sous toutes ses formes (essais cliniques, épidémiologie, santé publique, recherche fondamentale et translationnelle, économie de la santé) aux niveaux national et international, et à accroître sa visibilité générale. Dans cette optique, des colloques et des réunions scientifiques sont organisés chaque année. BREACH compte aussi un groupe de travail sur la santé publique et un groupe de travail sur la PrEP qui offrent des possibilités d'échanges et de collaborations.

III. Principaux résultats du Plan national VIH 2014-2019

L'élaboration du Plan national VIH 2020-2026 est une bonne occasion de se pencher sur les résultats obtenus par le Plan VIH 2014-2019[29]. Plusieurs réalisations positives, sur lesquelles est fondé le nouveau plan, peuvent être mentionnées.

Pour commencer, le plus important est sans doute la mobilisation des scientifiques, des cliniciens, des agents de santé communautaires et d'autres acteurs du domaine du VIH dans l'ensemble de la Belgique. C'était la première fois que des acteurs de la prévention, du dépistage, de la prise en charge clinique et de la qualité de vie, ainsi que des PVVIH, travaillaient ensemble en vue d'atteindre des objectifs bien définis pour une période de six ans. Cela a permis d'offrir un accompagnement, une prise en charge et un environnement politique optimales aux PVVIH et aux personnes à risque, en accordant une attention spéciale à celles qui en ont le plus besoin. La mise en œuvre du plan a été suivie par le Comité de monitoring mis en place par la Conférence Interministérielle Santé publique le 24 février 2014 (action 54).

Le premier Plan national VIH a été conçu pendant une période marquée par des changements majeurs dans le domaine de la prévention, du dépistage et de la prise en charge du VIH Ces nouveaux défis ont fait partie intégrante de dernier Plan National et l'ensemble des acteurs les ont intégrés dans leurs activités.

Au cours de la période couverte par le premier Plan national VIH, des projets de recherche ont été menés pour mieux comprendre les besoins et les comportements des personnes exposées à un risque d'infection à VIH qui utilisent la prophylaxie pré-exposition (PrEP), conformément à l'action 34 du Plan VIH. La faisabilité de la PrEP et son acceptabilité élevée parmi les HSH ont été démontrées dans le cadre d'un projet pilote belge sur la PrEP[30]. Par la suite, les prestataires de soins de santé liés au VIH, les organisations communautaires œuvrant dans le domaine de la prévention et les PVVIH se sont félicités de la décision du ministère fédéral de la Santé publique d'autoriser le remboursement de la PrEP pour les personnes exposées à un risque élevé d'infection à VIH. La Belgique a ainsi été l'un des premiers pays européens dans lesquels la PrEP était mise en œuvre au niveau national.

Conformément aux actions 1 et 3, le Plan national VIH fournissait un cadre permettant de faire évoluer les messages de prévention et d'informer les personnes exposées à

[29] Plan VIH national pour la Belgique 2014-2019. Disponible à l'adresse suivante : http://www.breach-hiv.be/media/docs/HIVPLan/NationalPlanFrench.pdf

[30] Vuylsteke, B., Reyniers, T., De Baetselier, I., et coll. Daily and event-driven pre-exposure prophylaxis for men who have sex with men in Belgium: results of a prospective cohort measuring adherence, sexual behaviour and STI incidence. Journal of the International AIDS Society. 2019 ; vol. 22, n° 10 : e25407. doi:10.1002/jia2.25407

un risque des différentes options dont elles disposent, pour se protéger elles-mêmes et pour protéger leurs partenaires. De nombreuses études ont démontré que l'utilisation d'une combinaison d'outils de prévention et leur adaptation aux besoins des personnes constituent l'approche la plus prometteuse pour réduire la transmission du VIH.

Une autre réussite réside dans les efforts constants déployés pour améliorer le dépistage et traiter les personnes le plus rapidement possible. L'accès à un traitement précoce du VIH a été amélioré en particulier grâce à l'action 36, qui recommandait de commencer le traitement du VIH chez les personnes récemment diagnostiquées, quel que soit leur taux de CD4. Cette action s'est concrétisée par un traitement plus précoce des PVVIH et par une atteinte plus rapide d'une charge virale indétectable, conduisant très probablement à un taux de transmission plus faible au niveau communautaire.

Par ailleurs, la décentralisation et la démédicalisation du dépistage du VIH (action 38) ont permis d'atteindre les populations les plus exposées qui, autrement, n'auraient pas accès aux services de dépistage du VIH. La légalisation du dépistage démédicalisé du VIH a constitué une étape importante pour les organisations communautaires qui offrent des services de dépistage avec l'aide de professionnels non médicaux, également appelés « prestataires communautaires ». Un programme de formation destiné aux prestataires communautaires a été développé et, bien que sa mise en œuvre ne fasse que débuter, plusieurs sessions de formation ont déjà été proposées.

Cela a permis d'offrir des services de dépistage du VIH/des IST en dehors des établissements de santé - médicaux, ce qui a facilité l'accès au dépistage et permis de diagnostiquer de nouveaux cas. Il convient toutefois de rappeler que ces interventions fondées sur la communauté ne se concentrent pas uniquement sur le dépistage. Elles visent aussi à sensibiliser et mobiliser les communautés locales et à prévenir les nouvelles infections à VIH/aux IST. Cette approche axée sur la promotion de la santé a donc une envergure beaucoup plus large et non limitée aux bénéfices du dépistage.

Grâce au soutien des autorités sanitaires nationales et régionales et de l'INAMI, la Belgique a été en mesure de proposer à différentes communautés une combinaison de traitements, de services préventifs (notamment la PrEP) et d'initiatives ciblées de dépistage. Tout porte à croire que la récente tendance à la baisse des nouveaux cas de VIH enregistrés au sein des groupes les plus touchés par l'épidémie – comme en témoignent les résultats de la surveillance nationale du VIH – est le fruit de cette approche axée sur la prévention combinée.

Des résultats positifs ont aussi été obtenus dans le domaine du traitement et de la prise en charge. Malgré le nombre croissant de PVVIH, les Centres de référence VIH ont continuer à offrir un accompagnement multidisciplinaire efficace aux PVVIH. La Belgique obtient d'assez bons résultats en ce qui concerne l'objectif 90-90-90, avec un grand nombre de personnes testées, traitées, mises en lien avec et maintenues dans les soins (actions 42, 43). Étant donné que les PVVIH vivent plus longtemps, leur

vieillissement en bonne santé et leur qualité de vie sont devenus des objectifs importants de leur prise en charge. Des efforts constants devront être déployés pour assurer la continuité des soins des PVVIH et les protéger de toutes autres infections et comorbidités. Les effets secondaires à plus long terme demeurent un sujet de préoccupation dans le cadre de la prise en charge, en particulier pour les personnes diagnostiquées depuis longtemps et qui vieillissent avec le VIH.

Comme en témoigne une récente évaluation des besoins, la stigmatisation et la discrimination demeurent des obstacles importants qui empêchent les PVVIH de vivre pleinement leur vie. Il est encourageant de constater qu'un nombre croissant de PVVIH appartenant à différentes communautés et catégories sociales souhaitent et peuvent donner un visage au VIH et le normaliser au sein de la société (actions 50 et 51). La création d'un Conseil Positif par la Conférence interministérielle Santé publique en date du 24 février 2014 a permis aux PVVIH de devenir des partenaires actifs dans le cadre du Plan VIH national (action 55).

Le premier Plan national VIH belge était le fruit d'un effort national et d'une initiative partant de la base ; il a donc été accueilli avec beaucoup d'enthousiasme par l'ensemble des acteurs du domaine du VIH. Avec son successeur, le Plan National VIH 2020-2026, nous espérons pouvoir nous appuyer sur ses résultats pour relever avec autant de succès les défis émergents. Si le Plan National VIH fournit pour ce faire un cadre stratégique solide, un engagement politique permanent et une collaboration entre tous les partenaires sont nécessaires pour atteindre les objectifs ambitieux du plan.

IV. Méthodologie appliquée pour élaborer le nouveau Plan national VIH

Au cours de l'année 2018, le Comité de Monitoring a enclenché le processus d'élaboration d'un nouveau Plan national VIH.

Un nouveau plan est nécessaire, car il fournit un cadre stratégique pour une collaboration et une communication efficace avec les autorités sanitaires. Les priorités et actions proposées relèvent donc des compétences de l'autorité sanitaire fédérale dans les domaines de la santé publique et des maladies chroniques. De plus, le Plan National VIH devait aussi être en lien avec les cadres régionaux correspondants pour la promotion de la santé et la prévention.

Le contenu du plan a été organisé autour des quatre piliers stratégiques de la lutte contre le VIH : la prévention, le dépistage, la prise en charge et la qualité de vie, suivant la même structure que le précédent Plan national VIH.

Un groupe de travail composé d'experts dans le domaine a été mis en place pour chaque pilier. S'appuyant sur une évaluation du contexte épidémiologique et des lacunes de la riposte, les groupes de travail ont formulé plusieurs priorités et actions. Dans un premier temps, ces priorités et actions ont été présentées à des organisations sur le terrain et à d'autres partenaires pour être validées. Différentes méthodes ont été utilisées, notamment des groupes de discussion, des ateliers, des enquêtes sous forme de questionnaires et une consultation Delphi. Le Conseil Positif a donné un feed-back transversal aux quatre groupes de travail précédemment mentionnés. Dans un second temps, une série de consultations avec les autorités sanitaires régionales a été organisée. Le feed-back reçu a été intégré et un groupe de rédaction composé des représentants de chaque pilier a été mis en place pour coordonner l'harmonisation et la réalisation du plan. Plusieurs cycles de révision interne ont guidé la rédaction. Enfin, le Comité de monitoring a invité le représentant de l'ONUSIDA auprès de l'Union européenne à soutenir le Plan VIH 2020-2025.

V. Priorités et actions

1. PILIER « PRÉVENTION »

Principes généraux et contexte

Une approche axée sur la prévention combinée impliquant plusieurs stratégies et interventions est essentielle pour assurer l'efficacité de la prévention du VIH. La riposte de la Belgique au VIH s'appuie sur les résultats obtenus et les enseignements tirés au cours des dernières décennies et est façonnée par les possibilités et les défis émergents.

À l'heure actuelle, la panoplie des outils de prévention du VIH est complétée par des outils biomédicaux tels que la prophylaxie post-exposition (PEP) pour les personnes qui ont pu être exposées au VIH, le traitement des PVVIH pour prévenir la transmission sexuelle (TasP) et, récemment, la prophylaxie pré-exposition (PrEP) pour les personnes exposées à un risque accru d'infection à VIH.

Bien que très bénéfiques, l'adoption des outils biomédicaux de prévention du VIH peuvent aussi représenter des défis lorsqu'ils sont utilisés dans certains contextes et milieux communautaires. La prévention du VIH doit donc viser à intégrer au mieux ces outils biomédicaux dans l'offre de prévention déjà existante. Les modes de transmission communs du VIH et des IST constituent par ailleurs un autre élément à prendre en compte. De ce fait les populations clés se chevauchent partiellement, ce qui nécessite une approche de prévention intégrée du VIH et des IST.

Ce Plan National VIH prête donc une attention renouvelée à la prévention combinée, et en particulier aux mesures structurelles de prévention incorporées dans une approche générale en matière de santé sexuelle. Les efforts de prévention primaire doivent permettre aux personnes et aux communautés d'acquérir les connaissances et compétences adéquates pour contrôler leur santé sexuelle et avoir une sexualité épanouie et satisfaisante. L'accès aux moyens de prévention doit être adapté aux contextes et milieux communautaires spécifiques, et notamment à ceux des jeunes. Pour ce faire, il sera nécessaire d'éliminer les obstacles institutionnels ou structurels, tels que la stigmatisation associée au VIH, qui entravent l'accès aux moyens de prévention du VIH et des IST.

Les preuves scientifiques et fondées sur la pratique montrent que les différents sous-groupes d'une population ne sont pas touchés de la même manière par le VIH et les IST. Les priorités et actions énoncées dans ce plan en matière de prévention mettent donc l'accent sur les groupes davantage exposés à des risques et plus vulnérables. Ces groupes incluent les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes et les personnes issues de l'immigration, en particulier les migrants d'Afrique

subsaharienne. Les personnes qui partagent plusieurs de ces caractéristiques, comme les HSH appartenant à une minorité ethnique, peuvent être particulièrement vulnérables et atteintes par le VIH[31].

Enfin, les stratégies existantes de prévention du VIH/des IST sont actuellement confrontées à la récente tendance à la baisse du recours au préservatif, les taux croissants d'IST autres que le VIH[32] [33], et l'usage sexualisé de drogues[34]. La prévention combinée visant à enrayer ces nouveaux phénomènes sera plus efficace si elle tient compte des facteurs contextuels qui façonnent les comportements individuels et si elle touche les populations exposées à un risque accru dans leur propre environnement social.

Dans la mesure du possible, les actions planifiées adopteront une approche participative. Cela permettra de les adapter de façon judicieuse aux besoins des personnes. Cette approche déterminera également leur succès.

Objectifs et axes prioritaires

L'objectif du pilier « prévention » est de réduire le risque de transmission du VIH et des autres IST dans la population générale et dans les populations clés en particulier, en combinant les stratégies et outils de prévention disponibles.

Portée

Le pilier « prévention » vise à couvrir la prévention primaire du VIH et des IST dans le contexte plus large de la promotion de la santé sexuelle. Il s'agit d'une combinaison des différents aspects de la prévention, à savoir l'information et la sensibilisation, le changement de comportement et les interventions préventives structurelles. Il s'appuie sur une riposte intersectorielle entre le secteur de la santé – notamment les agents de santé communautaires, les spécialistes du VIH, les médecins généralistes et les prestataires de soins de santé mentale – et les professionnels des secteurs de l'éducation, de l'aide sociale, de l'immigration et de la recherche. Bien que le dépistage du VIH et le traitement du VIH/des IST fassent clairement partie de la prévention

---

[31] Bil, J. P., Zuure, F. R., Alvarez-del Arco, D., Prins, J. M., Brinkman, K., Leyten, E., van Sighem, A., Burns, F., Prins, M. Disparities in access to and use of HIV-related health services in the Netherlands by migrant status and sexual orientation: a cross-sectional study among people recently diagnosed with HIV infection. BMC Infectious Diseases. 1er décembre 2019 ; vol. 19, n° 1, p. 906.

[32] Holt, M., Lea, T., Mao, L., Kolstee, J., Zablotska, I., Duck, T., Allan, B., West, M., Lee, E., Hull, P., Grulich, A. Community-level changes in condom use and uptake of HIV pre-exposure prophylaxis by gay and bisexual men in Melbourne and Sydney, Australia: results of repeated behavioural surveillance in 2013–17. The Lancet HIV. 1er août 2018 ; vol. 5, n° 8 : e448-56.

[33] Vuylsteke, B., Reyniers, T., De Baetselier, I., Nöstlinger, C., Crucitti, T., Buyze, J., Kenyon, C., Wouters, K., Laga, M. Daily and event-driven pre-exposure prophylaxis for men who have sex with men in Belgium: results of a prospective cohort measuring adherence, sexual behaviour and STI incidence. Journal of the International AIDS Society. Oct. 2019 ; vol. 22, n° 10 : e25407.

[34] Rosińska, M., Gios, L., Nöstlinger, C., Berghe, W. V., Marcus, U., Schink, S., Sherriff, N., Jones, A. M., Folch, C., Dias, S., Velicko, I. Prevalence of drug use during sex amongst MSM in Europe: results from a multi-site bio-behavioural survey. International Journal of Drug Policy. 1er mai 2018 ; vol. 55 : pp. 231-241

combinée du VIH, ces aspects seront abordés dans les sections « Pilier “dépistage” et Pilier « Prise en charge ».

Compétences mobilisées

Les responsabilités et compétences mobilisées pour la prévention primaire relèvent des autorités sanitaires régionales. Les subventions sont principalement accordées à court et à long terme aux organisations communautaires, qui jouent un rôle prépondérant dans la mise en œuvre des activités de prévention primaire. En outre, les centres de planning familial situés en Région wallonne et dans la Région de Bruxelles-Capitale sont des acteurs clés du domaine de la prévention. Les municipalités locales peuvent également contribuer au financement des activités de prévention.

La fourniture des services de PrEP et de PEP est néanmoins organisée par l’autorité sanitaire fédérale et financée par l’INAMI.

Une véritable prévention combinée exige une approche multisectorielle incluant – outre le secteur de la santé publique – les services de l’aide sociale, de l’éducation et de l’immigration au niveau régional ou local.

Priorités

À l’issue d’un processus participatif, les acteurs de la prévention primaire ont défini les axes prioritaires et actions suivants.

Axe prioritaire 1 : améliorer les connaissances sur la santé sexuelle, et notamment sur la prévention combinée du VIH et des IST et les stratégies de réduction des risques

1.1 Éduquer et informer la population générale sur la santé sexuelle, et notamment sur la prévention combinée du VIH/des IST, à travers l’éducation à la santé sexuelle dans les établissements scolaires et par des campagnes médiatiques
1.2 Éduquer et informer les populations clés sur la santé sexuelle, et notamment sur la prévention combinée du VIH/des IST, à travers des initiatives ciblées et des campagnes médiatiques
1.3 Mettre à jour, élaborer et déployer des outils informatifs et éducatifs sur la prévention du VIH/des IST et la réduction des risques pour les populations clés, et notamment sur la réduction de la stigmatisation et de la discrimination associées au VIH

Axe prioritaire 2 : accroître l'accessibilité et le recours aux méthodes de prévention du VIH/des IST et de réduction des risques pour les populations clés

2.1 Assurer une large distribution de préservatifs masculins et féminins et de lubrifiants gratuits dans les milieux communautaires pour les populations clés, par exemple dans les commerces gay et les lieux où les migrants d'Afrique subsaharienne se réunissent, notamment les organisations communautaires, les bars et les églises
2.2 Favoriser la disponibilité, l'accessibilité et le recours à la PEP, à la PrEP et aux programmes de vaccination contre le VHA, le VHB et le papillomavirus humain
2.3 Proposer un protocole de soins et un accompagnement aux personnes qui ont des rapports sexuels sous influence chimique (chemsex)
2.4 Améliorer l'accès et le recours à des méthodes de prévention du VIH/des IST et de réduction des risques en réduisant les obstacles aux niveaux structurels, pour le prestataire et l'usager
2.5 Déterminer comment l'approche axée sur la population et la localisation pour la prévention du VIH/des IST, en particulier l'initiative « Les villes s'engagent » de l'ONUSIDA, peut être adoptée et déployée dans le contexte belge

Axe prioritaire 3 : développer et améliorer la délivrance de la PrEP

3.1 Analyser les pratiques actuelles liées à la délivrance de la PrEP et étudier des modèles de prestation de services innovants, et notamment des modèles de prestation par les médecins généralistes et par les pairs
3.2 Veiller à ce que la fourniture de la PrEP soit combinée à des conseils en matière de santé sexuelle, à une prévention des IST, à un accès à des préservatifs et des lubrifiants, à un dépistage régulier des IST et à un accompagnement pour les personnes ayant des rapports sexuels dans le contexte du chemsex
3.3 Améliorer les connaissances des populations clés sur la PrEP et combattre les idées fausses et les attitudes négatives
3.4 Améliorer l'accès et le recours à la PrEP par les populations clés en réduisant les obstacles aux niveaux structurels, pour le prestataire et l'usager

Axe prioritaire 4 : permettre aux prestataires de soins de santé et aux agents de santé communautaires de soutenir les populations clés dans l'utilisation des méthodes de prévention combinée et de réduction des risques concernant le VIH et les IST

4.1 Améliorer les connaissances relatives aux méthodes de prévention disponibles, notamment la PEP, la PrEP, le TasP et les points d'entrée de dépistage du VIH/des IST
4.2 Améliorer les connaissances relatives à la consommation problématique de drogues, et notamment aux rapports sexuels dans le contexte du chemsex, et y remédier dans une approche de santé globale et du bien-être mental

4.3 Améliorer les compétences communicationnelles et interculturelles pour aborder sans stigmatisation ni discrimination et de façon anticipée la santé sexuelle en général et la prévention du VIH/des IST
4.4 Accroître la collaboration intersectorielle entre les prestataires de soins de santé et les acteurs qui ne font pas partie du domaine de la santé (secteurs de l'éducation, de l'immigration, de l'aide sociale) pour améliorer les interventions de prévention combinée, et notamment la prévention institutionnelle
4.5 Intégrer la santé sexuelle et la prévention combinée du VIH et des IST dans le programme d'étude dans le domaine médical et psychosocial

Axe prioritaire 5 : réaliser une recherche (action) sur les principaux déterminants de la santé et le comportement des populations clés pour définir des interventions de prévention étayées par des données probantes

5.1 Développer des méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes et réaliser une recherche-action participative sur les principaux déterminants de la santé et le comportement à risque et prudent des populations clés pour éclairer la prévention du VIH/des IST et la promotion de la santé sexuelle
5.2 Continuer à développer et à améliorer la surveillance (comportementale) pour suivre la prévention du VIH et la promotion de la santé sexuelle

2. PILIER « DÉPISTAGE »

Principes généraux et contexte

Une mesure prioritaire pour influer sur l'épidémie de VIH et les épidémies d'IST connexes consiste à diagnostiquer les personnes le plus rapidement possible après l'infection et à les mettre en lien avec des services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement appropriés. Conformément aux recommandations énoncées dans les directives internationales, l'organisation des activités de dépistage du VIH/des IST doit être envisagée du point de vue de la santé publique et des droits humains. Le dépistage doit dont être accessible, volontaire et confidentiel, et reposer sur un consentement éclairé.

La Belgique propose une combinaison stratégique de services de dépistage du VIH/des IST au sein d'établissements de santé et d' associations communautaires. Le pays compte par ailleurs trois centres de dépistage situés à Anvers, Bruxelles et Liège, qui permettent aux populations à haut risque de bénéficier d'un dépistage gratuit et anonyme du VIH[35]. Depuis 2016, des professionnels non médicaux sont autorisés, dans certaines conditions, à réaliser des tests rapides de dépistage du VIH[36]. Il est également possible d'acheter des autotests du VIH dans les pharmacies belges.

La Belgique n'a pas de politique nationale en matière de dépistage du VIH. En 2019, des guides de pratique clinique ont été élaborés concernant le diagnostic et le traitement de la gonorrhée, de la syphilis et de la chlamydia en première ligne[37]. Pour aider les médecins de première ligne à proposer un dépistage du VIH/des IST, un outil interactif appelé « Dépistage, traitement et suivi des IST en consultation » a été mis à leur disposition[38]. Enfin, il convient de mentionner les stratégies de dépistage des IST au sein des CRV, aussi bien pour les PVVIH que pour les utilisateurs de la PrEP.

---

[35] Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions visant à régler l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire dans les prestations pour des formes spécifiques de lutte contre le SIDA (AR du 6 mars 2017, publié le 23 mars 2017)

[36] Arrêté royal portant application de l'article 124, 1° de la loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de soins de santé, en vue d'encadrer les tests d'orientation diagnostique de l'infection du virus de l'immunodéficience humaine VIH (AR du 19 juillet 2018, publié le 19 septembre 2018)

[37] Jespers, V., Stordeur, S., Desomer, A., Carville, S., Jones, C., Lewis, S., Perry, M., Cordyn, S., Cornelissen, T., Crucitti, T., Danhier, C., De Baetselier, I., De Cannière, A-S., Dhaeze, W., Dufraimont, E., Kenyon, C., Libois, A., Mokrane, S., Padalko, E., Van den Eynde, S., Vanden Berghe, W., Van der Schueren, T., Dekker, N. Diagnostic et prise en charge de la gonorrhée et de la syphilis. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Report 310. D/2019/10.273/21. Disponible à l'adresse suivante : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_310_Diagnosis_management_Gonorrhoea_and_Syphilis_Report.pdf

[38] Jespers, V., Stordeur, S., Desomer, A., Cordyn, S., Cornelissen, T., Crucitti, T., Danhier, C., De Baetselier, I., De Cannière, A-S., Dhaeze, W., Dufraimont, E., Kenyon, C., Libois, A., Mokrane, S., Padalko, E., Van Den Eynde, S., Vanden Berghe, W., Van Der Schueren, T., Dekker, N. Prise en charge en 1re ligne des infections sexuellement transmissibles : développement d'un outil interactif d'aide à la consultation. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Report 321. D/2019/10.273/60. Disponible à l'adresse suivante : https://www.sti.kce.be/fr/

Par rapport aux autres pays européens, la Belgique affiche un taux de dépistage du VIH relativement élevé et stable avec plus de 700 000 tests de dépistage du VIH par an. En 2018, 1,2 nouveau diagnostic a été établi sur 1 000 tests. Plus de la moitié des diagnostics d'infection à VIH ont été réalisés par des médecins généralistes, suivis par des spécialistes de médecine interne et des gynécologues. On ne dispose pour le moment d'aucune donnée nationale concernant le rôle du dépistage communautaire du VIH dans les nouveaux diagnostics. En raison des obstacles importants qui entravent le dépistage du VIH et à cause des flux migratoires, un grand nombre de personnes vivant avec le VIH en Belgique sont diagnostiquées à un stade tardif de la maladie (<350 CD4/mm^3). Au niveau de la population, le diagnostic tardif est responsable de l'existence d'une épidémie « cachée » qui contribue à la propagation de l'épidémie.

Concernant le taux de dépistage des IST, on observe une tendance à la hausse. Dans le cas de la chlamydia, le nombre de tests est passé de 30 pour 1 000 habitants en 2017 à 37/1 000 habitants en 2019, et dans le cas de la gonorrhée, de 25/1 000 habitants en 2017 à 35/1 000 habitants en 2019. Chez les hommes, pour la chlamydia, il y a eu une augmentation de 12 tests/1000 habitants en 2017 et de 17 tests/1000 habitants en 2019, pour la gonorrhée, il y a eu une augmentation de 12 tests/1000 habitants en 2017 et de 21 tests/1000 habitants en 2019. Dans le cas de la syphilis, les données de l'INAMI montrent une tendance à la hausse du nombre de tests tréponémiques. Ces tendances à la hausse peuvent être liées à un dépistage plus opportun et mieux ciblé des IST et de la mise en œuvre de programmes de dépistage chez les groupes à risque tels que les HSH[39].

Objectif

L'objectif du pilier « dépistage » est d'améliorer la fréquence, la régularité et le ciblage du dépistage du VIH/des IST dans les populations clés afin d'accroître le taux de diagnostic précoce, d'améliorer le recours rapide à un traitement durable et de prévenir la transmission.

Portée

Le pilier « dépistage » vise à couvrir l'intégralité de la procédure, à savoir le dépistage, l'éventuel diagnostic d'infection à VIH/une IST, le consentement formel, les conseils, la notification au partenaire et la mise en lien avec des services de prévention, de soins et d'accompagnement appropriés.

[39] Vanden Berghe, W., De Baetselier, I., Van Cauteren, D., Sasse, A., Quoilin, S. Surveillances des infections sexuellement transmissibles. Données pour la période 2017-2019. Bruxelles, Belgique : Sciensano. Numéro de rapport : D/2020/14.440/85. Disponible à l'addresse suivante: https://www.sciensano.be/sites/default/files/report_sti_sciensano_1719_fr.pdf

Compétences mobilisées

Les responsabilités et compétences mobilisées pour le dépistage du VIH/des IST relèvent des autorités sanitaires fédérales et régionales. Le coût des tests de dépistage du VIH prescrits par un médecin est remboursé conformément aux règles de l'INAMI. La confirmation des tests de dépistage réactifs doit exclusivement être réalisée par les LRS financés par l'INAMI. Le coût des tests de dépistage des IST est aussi remboursé conformément aux règles de l'INAMI.

En outre, l'INAMI finance les trois centres de dépistage anonymes et gratuits et subventionne les programmes de dépistage du VIH/des IST destinés aux travailleurs du sexe en Flandre, dans la Région bruxelloise et en Wallonie. Les autorités sanitaires régionales et les communes contribuent également au financement de ces centres médico-sociaux pour les travailleurs du sexe.

L'organisation d'activités de dépistage du VIH/des IST dans des associations communautaires est financée par les autorités sanitaires régionales. Il s'agit principalement de projets dont les objectifs sont déterminés par des demandes de financement renouvelables qui s'inscrivent dans le cadre stratégique régional en matière de promotion de la santé et de prévention.

Priorités

À l'issue d'un processus participatif, les acteurs du dépistage ont défini les actions et axes prioritaires suivants.

Axe prioritaire 1 : améliorer les connaissances des prestataires de soins de santé, des agents de santé communautaires et des populations clés à l'égard des indications relatives au dépistage du VIH/des IST

1.1 Mettre à jour, élaborer et déployer des initiatives à caractère informatif pour les prestataires de soins de santé et les agents de santé communautaires à propos des indications relatives au dépistage du VIH/des IST
1.2 Promouvoir les recommandations et les guides de pratique clinique existants concernant le dépistage du VIH/des IST en première ligne, en particulier les guides de pratique clinique du KCE sur le diagnostic et le traitement de la gonorrhée, de la syphilis et de la chlamydia en première ligne et l'outil « Dépistage, traitement et suivi des IST en consultation »
1.3 Établir des réseaux de collaboration pour la formation de prestataires communautaires dans les milieux communautaires
1.4 Éduquer et informer les populations clés sur les indications relatives au dépistage du VIH/des IST

Axe prioritaire 2 : accroître l'accessibilité et le recours au dépistage du VIH/des IST et adapter les stratégies et les services de dépistage aux besoins spécifiques des populations clés

2.1 Tenir à jour un inventaire de tous les points d'entrée de dépistage du VIH/des IST disponibles dans les établissements de santé et les installations communautaires
2.2 Améliorer les compétences communicationnelles et interculturelles des prestataires de soins de santé – en particulier des médecins généralistes – et des agents communautaires pour proposer de façon anticipée un dépistage du VIH/des IST
2.3 Garantir l'accès à un dépistage gratuit et anonyme du VIH
2.4 Faire évoluer la cadre juridique du dépistage combiné du VIH et des IST par des prestataires communautaires
2.5 Fournir des kits d'autoprélèvement pour le dépistage du VIH et des IST aux personnes appartenant à des groupes et des communautés qui affichent un taux élevé d'infection à VIH
2.6 Collecter des données sur l'achat de l'autotest du VIH pour déterminer s'il est possible de mieux soutenir et promouvoir son utilisation
2.7 Déterminer comment l'approche axée sur la population et la localisation pour le dépistage, en particulier l'initiative « Les villes s'engagent » de l'ONUSIDA, peut être adoptée et déployée dans le contexte belge
2.8 Établir, en collaboration avec les décideurs politiques compétents, une politique complète de dépistage du VIH/des IST combinant toutes les stratégies de dépistage existantes

Axe prioritaire 3 : mettre en œuvre des outils étayés par des données probantes pour identifier les PVVIH non diagnostiquées et combler les lacunes au niveau du dépistage et de la prévention

3.1 Combiner les connaissances existantes issues de différentes disciplines sur les dynamiques de l'épidémie et les modèles de comportement sous-jacents
3.2 Utiliser des estimations de modélisation et les données disponibles sur les réseaux de transmission pour identifier les PVVIH non diagnostiquées
3.3 Élaborer et déployer des outils pratiques pour permettre aux prestataires de soins de santé – en particulier aux médecins généralistes – et aux agents communautaires d'identifier les PVVIH non diagnostiquées
3.4 Favoriser l'acceptabilité de la notification du VIH/des IST au partenaire dans les différentes populations clés en réduisant les obstacles aux niveaux structurels pour le prestataire et l'usager
3.5 Faciliter la mise en œuvre d'outils pour la notification au partenaire

Axe prioritaire 4 : veiller à ce que toutes les personnes diagnostiquées vivant avec le VIH et d'autres IST soient rapidement mises en lien avec des services de prévention, de soins et d'accompagnement (par les pairs) sans exception

4.1 Mettre en œuvre des initiatives et élaborer des lignes directrices pour aider les prestataires de soins de santé – en particulier les médecins généralistes – et les agents communautaires à gérer les résultats des tests, et notamment à délivrer des diagnostics d'infection à VIH
4.2 Améliorer la communication et la collaboration entre les services de dépistage, de soins et d'accompagnement
4.3 Définir des parcours d'aiguillage clairs, du dépistage à la prise en charge

Axe prioritaire 5 : regrouper la collecte harmonisée de données sur le dépistage communautaire du VIH/des IST

5.1 Harmoniser la collecte des données relatives aux activités de dépistage communautaire du VIH/des IST
5.2 Améliorer la qualité des données
5.3 Intégrer toutes les données pertinentes pour produire un ensemble de données nationales significatives qui rend compte des activités de dépistage des différentes organisations
5.4 Coordonner le regroupement des données nationales

Axe prioritaire 6 : recueillir et diffuser des données pour évaluer les pratiques actuelles de dépistage et les stratégies de traitement des IST pour les populations clés, notamment les utilisateurs de la PrEP et les PVVIH

6.1 Continuer à développer et à améliorer les activités de surveillance pour suivre les IST au sein des populations clés, notamment les utilisateurs de la PrEP et les PVVIH
6.2 Améliorer l'assise factuelle et évaluer l'objectif et l'impact des pratiques de dépistage et de traitement des IST
6.3 Suivre les évolutions dans le domaine du dépistage (rapide) des IST et évaluer la performance et l'applicabilité de ces procédures et méthodes

3.PILIER « PRISE EN CHARGE »

Principe général - Contexte

Une prise en charge de haute qualité des PVVIH est nécessaire pour réduire la morbidité et la mortalité parmi ces personnes, condition préalable à une bonne qualité de vie liée à la santé et à une meilleure intégration dans la vie active. La prise d'antirétroviraux permet également de réduire la transmission ultérieure du VIH et de contrôler l'épidémie. Une prise en charge de qualité est donc considérée comme un investissement rentable. Actuellement, les indicateurs concernant la prise en charge clinique de l'infection à VIH en Belgique sont excellents. Il convient toutefois d'accentuer ces efforts afin de maintenir la qualité de cette prise en charge clinique et d'en faire bénéficier toutes les PVVIH, y compris les populations vulnérables et difficiles à atteindre, en levant les obstacles qui freinent l'accès aux soins. Il est également important de renforcer l'attention portée à l'accompagnement psychosocial pour atteindre un niveau d'excellence similaire.

Objectifs

Les objectifs du troisième pilier sont de garantir une prise en charge multidisciplinaire de haute qualité pour toutes les PVVIH, et ainsi d'assurer à ces personnes une meilleure santé et une meilleure qualité de vie liée à la santé, et de contribuer au contrôle de l'épidémie de VIH en Belgique.

Les objectifs spécifiques sont :
(1) de contribuer à l'amélioration du continuum de soins en optimisant les étapes de la prise en charge du VIH, à savoir :

- Assurer l'accès en temps voulu aux soins du VIH à toutes les PVVIH diagnostiquées
- Assurer le maintien des soins pour toutes les personnes ayant commencé à en bénéficier
- Assurer l'accès rapide aux antirétroviraux pour toutes les personnes prises en charge
- Assurer l'atteinte d'une charge virale indétectable pour toutes les personnes sous antirétroviraux

(2) d'offrir à toutes les PVVIH l'accompagnement nécessaire pour avoir la meilleure qualité de vie possible à l'égard des aspects médicaux et psychosociaux.

En plus des priorités de soins énumérées ci-dessous, il convient d'encourager, d'une part, la surveillance épidémiologique nationale des activités cliniques et psychosociales liées au VIH, afin de permettre d'évaluer la prise en charge du VIH et la qualité de vie liée à la santé, et d'autre part, la recherche opérationnelle et clinique pour les améliorer.

Portée

Le pilier « prise en charge du VIH » entend couvrir la prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH, du diagnostic de l'infection à VIH jusqu'à l'atteinte d'une charge virale indétectable, en s'intéressant également à la qualité de vie liée à la santé tout au long du continuum de soins.

Compétences mobilisées

Les responsabilités et compétences mobilisées pour la prise en charge et le traitement médicaux dans les centres de référence du VIH ou autres structures médicales relèvent essentiellement des autorités fédérales.

Pour les patients atteints du VIH qui bénéficient de l'assurance maladie nationale, les frais médicaux sont couverts par l'INAMI. Le CPAS et Fedasil prennent en charge les frais des patients atteints du VIH non assurés. Les Services publics fédéraux de l'Intérieur et de la Santé publique financent la prise en charge médicale des patients incarcérés.

Priorités

À l'issue d'un processus participatif, les acteurs de la prise en charge du VIH ont défini les actions et axes prioritaires suivants.

Axe prioritaire 1 : garantir l'accès à une prise en charge de haute qualité et à des antirétroviraux pour toutes les PVVIH résidant en Belgique, quel que soit leur statut administratif

1.1 Faire en sorte que toutes les PVVIH diagnostiquées reçoivent des informations adéquates sur la prise en charge du VIH ainsi qu'un accompagnement multidisciplinaire
1.2 Faire en sorte que toutes les PVVIH diagnostiquées soient orientées en temps voulu vers des praticiens spécialisés dans la prise en charge du VIH pour une évaluation complète
1.3 Faire en sorte que toutes les PVVIH résidant en Belgique bénéficient rapidement du traitement antirétroviral le plus adéquat
1.4 Réduire sensiblement les obstacles administratifs freinant l'accès aux antirétroviraux des PVVIH en procédure de demande d'asile ou dépendant des soins médicaux urgents
1.5 Donner accès à une prise en charge de qualité du VIH aux PVVIH dans les prisons ou autres centres de détention
1.6 Donner accès à une prise en charge de qualité du VIH aux PVVIH dans les centres pour demandeurs d'asile
1.7 Donner accès à une prise en charge de qualité du VIH aux PVVIH dans les établissements psychiatriques, les foyers de soins, les maisons de repos ou autres structures de soins de longue durée
1.8 Informer les PVVIH de l'existence d'organisations de patients offrant un accompagnement entre pairs

Axe prioritaire 2 : garantir le maintien de la prise en charge du VIH pour toutes les PVVIH grâce à l'autonomisation des patients et à une démarche de collaboration avec les médecins généralistes et les organisations de patients

2.1 Assurer le traçage systématique des patients perdus de vue
2.2 Définir systématiquement avec chaque nouveau patient atteint du VIH la manière de le joindre en cas de rendez-vous manqués
2.3 Identifier les patients les plus à risque de se désengager et qui devraient bénéficier d'un accompagnement ciblé pour continuer les soins
2.4 Favoriser l'éducation (par les pairs) et l'autonomisation des PVVIH quant à leur prise en charge (du VIH) et à l'utilisation de la plate-forme eHealth
2.5 Améliorer les connaissances des médecins généralistes à l'égard de l'épidémie de VIH en Belgique, du traitement à des fins de prévention (TasP), du principe I=I, des objectifs 95-95-95 de l'ONUSIDA et de la qualité de vie liée à la santé
2.6 Assurer une communication claire entre les CRV et les médecins généralistes et les informer de l'offre de soins multidisciplinaires pour le VIH qui est proposée dans les CRV

Axe prioritaire 3 : permettre à toutes les PVVIH de recevoir le traitement antirétroviral le plus adéquat et le plus efficace en fonction de leur situation clinique et de leurs attentes afin d'atteindre une charge virale indétectable

3.1 Faire en sorte qu'un traitement antirétroviral conforme aux directives européennes (EACS) soit prescrit, en partenariat avec chaque patient
3.2 Informer et former les praticiens spécialisés dans la prise en charge du VIH en ce qui concerne les données disponibles les plus fiables sur la prescription de traitements antirétroviraux, afin de maintenir et renforcer une excellente prise en charge pour les PVVIH
3.3 Suivre la participation des CRV à la surveillance nationale du VIH
3.4 Soutenir la recherche opérationnelle et clinique

Axe prioritaire 4 : garantir une qualité de soins optimale pour les PVVIH dans le cadre d'une approche globale, incluant la prévention et la gestion des complications et des comorbidités

4.1 Assurer la complémentarité des soins dispensés par les médecins généralistes et les CRV (par exemple vaccination, dépistage et traitement des IST, interactions médicamenteuses) en clarifiant les tâches des généralistes dans la prise en charge du VIH
4.2 Assurer la disponibilité et l'accessibilité, notamment le remboursement, des vaccins pour les PVVIH, conformément aux recommandations des directives européennes (EACS)
4.3 Améliorer la collaboration entre les CRV et les autres spécialistes et assurer la coordination de soins multidisciplinaires pour les patients présentant des

comorbidités, en portant une attention particulière aux patients âgés et à leurs besoins spécifiques

4.4 Améliorer l’accès à un accompagnement multidisciplinaire, en particulier pour la notification au partenaire, le dépistage et le traitement des IST, la santé sexuelle et reproductive, la santé mentale, la toxicomanie, y compris les rapports sexuels sous influence chimique (chemsex), les exigences alimentaires, l’arrêt du tabac et l’accompagnement social

4.5 Intégrer des mesures du bien-être et de la qualité de vie liés à la santé dans la pratique des CRV dans le but de déterminer, en collaboration avec les PVVIH, les éventuels points à améliorer dans la prise en charge

1. PILIER « QUALITÉ DE VIE »

Principes généraux et contexte

Depuis l'introduction des traitements antirétroviraux, l'espérance de vie des PVVIH a considérablement augmenté, pour atteindre des niveaux similaires à ceux de la population générale, du moins dans des pays comme la Belgique où des traitements optimaux sont accessibles.

La qualité et la sécurité des traitements antirétroviraux se sont améliorées au cours de la dernière décennie par rapport aux traitements qui étaient disponibles dès l'année 1995. Des progrès considérables ont été accomplis pour atteindre l'objectif initial 90-90-90 de l'ONUSIDA ; la Belgique vise aujourd'hui à atteindre l'objectif 95-95-95. Ces avancées médicales ont également permis d'améliorer la qualité de vie des PVVIH. Cependant, les PVVIH continuent de rencontrer des difficultés pour parvenir à une bonne qualité de vie et pour la conserver, en particulier les personnes dont le diagnostic est récent et celles qui vieillissent avec le VIH.

Recevoir un diagnostic d'infection par le VIH reste difficile à plusieurs égards et s'accompagne généralement d'une période de crise personnelle. Par ailleurs les PVVIH de longue durée sont souvent confrontés à différentes comorbidités. En conséquence, leur vieillissement en bonne santé implique de répondre à des besoins spécifiques. Pour cela, il est important d'attirer l'attention sur la qualité de vie des PVVIH et d' ajouter un 4^{e} objectif à ceux de ONUSIDA « au-delà de la charge virale », en indiquant que la suppression virale n'est pas l'unique finalité[40].

À ce jour, aucune définition consensuelle de ce qui constitue la qualité de vie pour les PVVIH n'a été donnée[41] ; néanmoins, plusieurs études indiquent les principaux facteurs qui y sont associés[42]. Outre les facteurs cliniques comme la charge virale, les effets secondaires des médicaments, les interactions médicamenteuses et les comorbidités, d'autres facteurs physiques et mentaux, comme la qualité du sommeil, l'hygiène de vie, l'anxiété ou la dépression doivent être pris en compte. Enfin, l'accompagnement social, les expériences de stigmatisation et de discrimination, ainsi que les facteurs socioéconomiques et juridiques sont des aspects à prendre en compte pour assurer une bonne qualité de vie. Une enquête récente sur la qualité de vie des PVVIH en Flandre (N=505) a révélé que 26 % avaient déjà souffert de dépression, 43 % bénéficiaient de peu d'accompagnement social, 41 % citaient la stigmatisation comme principal obstacle les empêchant de bien vivre avec le VIH et 65 % avaient déjà subi une discrimination due au VIH[43].

Le pilier « qualité de vie » propose et soutient des initiatives pour améliorer la qualité de vie des PVVIH, avec notamment une bonne hygiène de vie et une vie sexuelle sûre. Le lien avec d'autres piliers du Plan VIH et avec le Conseil Positif est évident : les

personnes qui reçoivent un traitement optimal et qui sont maintenues en soins auront également plus de chances d'être en bonne santé. Un bon accompagnement psychologique permet de mieux faire face au VIH. Un traitement optimal réduit également le risque de transmission du VIH par les PVVIH, ce qui permet d'améliorer leur vie sexuelle et de réduire la stigmatisation.

Les PVVIH qui vivent dans des conditions de vulnérabilité, comme les migrants, les demandeurs d'asile, les personnes transgenres et les consommateurs de drogues injectables, ont à faire face à des multiples obstacles, ce qui les exposent à ne pas recevoir un traitement et une prise en charge optimale. Le pilier « qualité de vie » entend améliorer la situation des personnes dans le besoin, non seulement en prévoyant leur accompagnement individuel, mais aussi en promouvant des changements structurels et juridiques qui assureront l'égalité d'accès aux soins.

Une prise en charge et un accompagnement dans le cadre clinique - mais aussi à l'extérieur - sont indispensables à une bonne santé physique et mentale. Il est nécessaire de mener des efforts soutenus pour éviter et prévenir les problèmes de santé mentale et pour adopter une meilleure hygiène de vie, si l'on tient compte, par exemple, de la consommation élevée de tabac, d'alcool et de drogues par les PVVIH. Il est donc crucial de coordonner l'accompagnement de façon optimale entre ces différents cadres. La formation et le renforcement des capacités des agents de santé communautaires contribuent à améliorer l'accompagnement qui est proposé aux PVVIH et les aident à mieux faire face à leur situation. Un grand nombre d'initiatives peuvent être envisagées, comme des séances d'information thématiques, des week-ends d'entraide, l'élaboration de ressources éducatives pour les PVVIH, ou des informations adaptées qui tiennent compte des besoins des migrants.

La stigmatisation et la discrimination restent d'importants obstacles à l' amélioration de la qualité de vie des PVVIH. D'après l'enquête réalisée en Flandre, la stigmatisation était étroitement associée à une mauvaise image de soi, à des difficultés à faire face au VIH et à un piètre accompagnement social. Près de la moitié des répondants étaient sujets à une stigmatisation intériorisée (auto-stigmatisation) qui les empêchait, par exemple, de s'engager dans une relation. La discrimination était surtout citée avec les nouveaux partenaires (sexuels), mais un répondant sur trois avait également subi une discrimination dans le milieu médical. Un accompagnement est attendu des personnes qui côtoient les PVVIH, comme les partenaires, les membres de la famille et les amis, mais aussi les prestataires de santé, les employeurs, les autres prestataires de services et les pairs. Combattre la stigmatisation dans la société en général, mais aussi dans le secteur médical, ainsi que l'auto-stigmatisation, est donc une priorité du pilier « qualité de vie ».

Enfin, il convient de lever les obstacles structurels et les mesures discriminatoires qui freinent la participation active à la société, comme les restrictions d'accès à l'assurance, au logement et à l'emploi. Comme pour d'autres maladies chroniques, des efforts doivent être faits pour faciliter la (ré)intégration optimale des PVVIH dans

la société, en particulier dans le milieu professionnel, en tenant compte des besoins et des capacités des personnes concernées.

Objectif

L'objectif du pilier « qualité de vie » est de garantir que toutes les PVVIH puissent parvenir à une qualité de vie optimale, notamment en matière de santé mentale et d'accompagnement social, dans un environnement exempt de stigmatisation et de discrimination dans tous les aspects de la vie quotidienne.

Portée

Le pilier « qualité de vie » a pour but d'améliorer la qualité de vie globale des PVVIH durant toute leur existence, en s'intéressant spécifiquement à la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, à l'amélioration de l'accès aux services d'accompagnement et de soins, aux populations vulnérables, à l'hygiène de vie, à la santé sexuelle et au bien-être (mental). L'optique est de répondre pleinement aux besoins des PVVIH et de leur assurer une bonne qualité de vie liée à la santé.

Compétences mobilisées

Les responsabilités et compétences mobilisées pour assurer la qualité de vie des PVVIH relèvent essentiellement des autorités sanitaires régionales, étant donné qu'elles concernent la prévention et le bien-être.

La lutte contre la discrimination, entre autres sur le lieu de travail, à l'école et en matière de logement, exige la coopération du gouvernement fédéral et des autorités régionales pour assurer l'égalité des chances.

La lutte contre la discrimination dans le domaine des assurances exige la coopération de l'autorité fédérale de santé publique et de l'autorité fédérale chargée des affaires économiques, en particulier de la protection des consommateurs.

Le travail représente une garantie importante contre la pauvreté et favorise le bien-être social. La politique de retour sur le marché du travail et de réintégration socio-professionnelle est le résultat des efforts conjoints de l'autorité fédérale des affaires sociales et de l'autorité fédérale de l'emploi et du travail.

Priorités

À l'issue d'un processus participatif, les PVVIH et les acteurs ont défini les actions et axes prioritaires suivants.

Axe prioritaire 1 : donner les moyens aux PVVIH d'opter pour un mode de vie sain, de vivre une vie (sexuelle) saine et de faire valoir leurs droits

1.1 Améliorer les connaissances des PVVIH en ce qui concerne le traitement à des fins de prévention (TasP), le principe I=I, la vaccination, la gestion du VIH et les comorbidités associées
1.2 Mettre à jour, élaborer et déployer des outils informatifs et éducatifs pour les PVVIH s'intéressant particulièrement à l'hygiène de vie, notamment à l'impact de la consommation de drogues, à l'arrêt du tabac et à l'exercice physique
1.3 Élaborer et mettre en œuvre des initiatives ayant trait à la santé mentale et au bien-être affectif pour les PVVIH, en s'intéressant particulièrement aux besoins de la population vieillissante
1.4 Élaborer et mettre en œuvre des initiatives pour aider les PVVIH à faire face au VIH, à lutter contre l'(auto-)stigmatisation et la discrimination, et à développer leur résilience
1.5 Améliorer l'accompagnement social des PVVIH en favorisant le contact avec des groupes de pairs et l'élargissement des relations sociales
1.6 Permettre aux PVVIH, quel que soit leur statut administratif, d'entamer des poursuites judiciaires en cas de traitement discriminatoire

Axe prioritaire 2 : faire en sorte que les prestataires de santé, les agents de santé communautaires et les organisations de patients soient sensibles aux besoins des PVVIH et y répondent

2.1 Renforcer les connaissances des prestataires de soins afin qu'ils fournissent des services appropriés répondant aux besoins d'accompagnement et de prise en charge des PVVIH, en particulier des personnes les plus vulnérables
2.2 Définir, en collaboration avec toutes les acteurs, y compris les PVVIH, un parcours de soins et d'accompagnement intégrés afin d'améliorer la santé physique et mentale des PVVIH dans le cadre d'une approche globale
2.3 Consolider les capacités et le rôle des agents communautaires et des organisations de patients pour fournir aux PVVIH des services d'éducation, de prévention, d'accompagnement et de défense des droits
2.4 Revoir et rationaliser les parcours de soins proposés par les prestataires de santé et les agents communautaires, en particulier vers les services d'accompagnement hors du cadre clinique, afin qu'ils reflètent les besoins et les choix des PVVIH
2.5 Renforcer les connaissances des prestataires de santé exerçant dans des établissements non spécialisés dans le VIH afin qu'ils fournissent des services de soins généraux aux PVVIH sans stigmatisation ni discrimination

2.6 Réduire les obstacles et améliorer la préparation des maisons de repos et d'autres services d'hébergement afin que ces établissements puissent répondre adéquatement aux besoins spécifiques des PVVIH

Axe prioritaire 3 : s'assurer que toutes les PVVIH parviennent à une qualité de vie optimale, exempte de stigmatisation et de discrimination

3.1 Promouvoir un environnement non discriminant pour les PVVIH par des initiatives d'information et d'éducation qui normalisent le VIH et réduisent la stigmatisation sociale
3.2 Militer en faveur d'une législation et de politiques non discriminatoires à l'encontre des PVVIH, en particulier dans les domaines de l'accès aux soins, de l'emploi, de l'assurance et du logement
3.3 Signaler et contester les lois et les politiques discriminatoires à l'encontre des PVVIH
3.4 Élaborer et mettre en œuvre des initiatives qui réduisent la stigmatisation et la discrimination structurelles et qui diminuent leur impact sur les comportements favorables à la santé ainsi que sur l'état de santé des personnes
3.5 Élargir la portée de la loi du 4 avril 2019 de sorte que les PVVIH bénéficient du « droit à l'oubli » dans le contexte de certains contrats d'assurance
3.6 Assurer un environnement favorable permettant de faciliter, comme pour d'autres patients atteints de maladies chroniques, la (ré)intégration des PVVIH dans le milieu professionnel, à l'aide de programmes comme weeraandeslag.be / jeveuxreprendre.be
3.7 Continuer de combattre la criminalisation de la transmission du VIH en normalisant le VIH et en diffusant les preuves, de plus en plus nombreuses, du traitement à des fins de prévention (TasP) et du principe I=I
3.8 Évaluer la qualité de vie liée à la santé et le bien-être des PVVIH à l'aide d'outils d'évaluation validés et durables mis en œuvre dans les CRV

VI. Suivi de la mise en œuvre du Plan VIH

1. Organismes de suivi

Le Comité de Monitoring

Le Comité de Monitoring a été mis en place par la Conférence Interministérielle Santé publique le 24 février 2014. Il a été créé sur la base de l'action 54 du Plan VIH 2014-2019 afin d'assurer le suivi de la mise en œuvre du Plan VIH.

Avec le Conseil Positif, les représentants des piliers « prévention », « dépistage », « prise en charge » et « qualité de vie » du Plan VIH constituent la structure permanente du Comité de Monitoring.

Au cours des dernières années, Le Comité de Monitoring a utilisé le Plan VIH 2014-2019 comme cadre stratégique pour communiquer avec les autorités sanitaires. Des réunions semestrielles ont été organisées pour discuter des dernières avancées dans le domaine du VIH en Belgique. Une sélection de priorités a été proposée et défendue annuellement.

Énoncé de mission

Le Comité de Monitoring a pour mission 1/ de suivre les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan VIH et 2/ de communiquer avec les autorités sanitaires compétentes au niveau fédéral et régional pour la réalisation des priorités et des actions du Plan VIH

Le Comité de Monitoring tâche d'atteindre ces objectifs en agissant dans les domaines suivants :

- Organiser au moins deux rencontres annuelles avec les représentants de chaque pilier et le Conseil Positif
- Proposer un plan d'action annuel
- Communiquer avec d'autres partenaires politiques concernés
- Encourager les initiatives politiques pour la réalisation des actions du Plan VIH
- Assurer le suivi des actions du Plan VIH au moyen d'indicateurs de suivi
- Examiner et analyser les données, notamment le continuum de soins par populations clés et régions géographiques, afin d'identifier les lacunes de la riposte et de proposer des ajustements si nécessaire

Le Conseil Positif

Le Conseil Positif est un organe consultatif à l'intention des PVVIH mis en place par la Conférence Interministérielle Santé publique le 24 février 2014. Depuis sa mise en place, le Conseil Positif est membre permanent du Comité de Monitoring.

Il est habilité à fournir des conseils spécialisés, sur demande ou de sa propre initiative, sur toute question concernant les PVVIH comme, par exemple, les traitements médicaux et le suivi, l'accompagnement, la qualité de vie et le bien-être, l'éducation, le contexte juridique, les barrières socioéconomiques et la promotion de la recherche sur le VIH.

Malgré le manque de ressources financières et de personnel, le Conseil Positif s'est montré très actif. Au cours des dernières années, il a été consulté par le ministère de la Santé. À l'occasion des discussions concernant la nouvelle convention entre l'INAMI et les CRV (2018), le Conseil Positif a fourni des informations sur les besoins et les préoccupations des PVVIH.

Pour pouvoir mener à bien sa mission, le Conseil Positif a besoin du soutien et de la collaboration des différentes acteurs de la riposte au VIH en Belgique. Il est souhaitable que le Conseil Positif soit consulté et impliqué chaque fois que cela est approprié, selon le principe MIPA.

Énoncé de mission

Le Conseil Positif a pour mission 1/ de garantir l'implication significative des PVVIH à tous les niveaux qui les concernent, 2/ d'ajouter le point de vue des patients à l'expertise des prestataires de santé, des agents de santé communautaires et d'autres professionnels et 3/ de jouer un rôle consultatif auprès des décideurs politiques, des organisations de patients, des organisations communautaires, des populations clés et du Comité de monitoring.

Le Conseil Positif tâche d'atteindre ces objectifs en agissant dans les domaines suivants :

Concertation

1.1 Tenir compte de la grande diversité de la communauté des PVVIH
1.2 Assurer la communication avec les PVVIH et leur consultation par le biais de réunions annuelles et d'une plate-forme de consultation
1.3 Offrir un accompagnement individuel aux PVVIH et endosser le rôle de médiateur chaque fois que c'est nécessaire
1.4 Établir un échange régulier avec les nombreuses organisations de patients et organisations communautaires
1.5 Maintenir et renforcer le contact avec les CRV et les acteurs politiques de façon régulière et chaque fois que c'est nécessaire

Collaboration

2.1 Renforcer la collaboration avec le Comité de monitoring afin d'assurer la participation du Conseil Positif à la mise en œuvre du Plan VIH

2.2 Intégrer les activités consultatives du Conseil Positif dans les procédures de travail du Comité de monitoring

Consultation

3.1 Travailler en liaison avec les CRV afin d'améliorer les parcours de soins vers les services d'accompagnement, de sorte qu'ils reflètent les besoins des PVVIH et tiennent compte des recommandations de pairs

3.2 Soutenir le développement d'un outil de monitoring pour évaluer la mise en œuvre du Plan VIH et assurer l'intégration du point de vue des PVVIH

2. Indicateurs de suivi

Le Plan VIH aura un impact sur l'épidémie de VIH et sur la vie des PVVIH si les actions proposées sont mises en œuvre. Pour savoir si les actions énoncées dans le Plan sont effectivement mises en œuvre, il est nécessaire d'en faire le suivi.

Les indicateurs de suivi permettront de mesurer la progression vers la réalisation des objectifs du Plan. Les indicateurs proposés mesurent à la fois des processus et des résultats. Ce sont les principaux indicateurs à utiliser au niveau national lorsque c'est possible, ou alternativement au niveau régional ou local. L'estimation de ces indicateurs peut se baser sur la réorganisation, la triangulation et l'utilisation stratégique d'indicateurs et de données qui existent déjà. Le suivi est un processus dynamique, et des indicateurs supplémentaires ou alternatifs peuvent se révéler adéquats pendant la mise en œuvre du Plan.

Objectifs	Indicateurs de suivi	Sources d'informations potentielles
Accroître le nombre de personnes au sein des populations clés qui sont informées des mesures de prévention existantes concernant le VIH et les IST	Part de la population cible qui est informée des mesures de prévention existantes contre le VIH et les IST	Enquêtes auprès des populations clés (par exemple EMIS[44], PROMISE[45])
Accroître le nombre de personnes ayant accès aux services de prévention des services de prévention (utilisation de préservatifs, conseils sur les stratégies de réduction des risques, chemsex, dépistage du VIH)	Nombre de personnes et part de la population cible bénéficiant de services de prévention	Enquêtes auprès des populations clés (par exemple EMIS, PROMISE) Compte-rendu des activités d'organisations communautaires
Garantir que toutes les personnes exposées à un risque élevé d'infection au VIH ont accès à la PrEP	Nombre et part de personnes à risque élevé d'infection à VIH qui bénéficient d'une PrEP	Enquêtes auprès des personnes à risque élevé (par exemple PROMISE) Données nationales de surveillance sur la PrEP associées à une estimation du nombre de personnes à risque élevé
Garantir que tous les prestataires de soins reçoivent une formation sur les outils de prévention	Nombre et part de prestataires de santé recevant une formation sur	Audit de la formation des médecins Monitoring des séances de groupe sur le VIH et les IST

[44] http://sigmaresearch.org.uk/projects/item/project76

[45] https://promise-prep.be/fr/home-fr/

combinée et des informations socio-épidémiologiques actualisées sur le VIH pour favoriser le dépistage	les outils de prévention combinée.	organisées pour les généralistes
Atteindre la proportion de 95 % des PVVIH connaissant leur statut sérologique d'ici à 2025 *(premier objectif de l'ONUSIDA concernant le continuum de soins du VIH)*	Nombre et part de PVVIH diagnostiquées et non diagnostiquées vivant en Belgique	Estimations sur base d'un modèle mathématique à partir des données nationales de surveillance du VIH
Réduire le nombre de diagnostics tardifs de l'infection à VIH	Nombre et part de diagnostics tardifs de l'infection à VIH	Données nationales de surveillance du VIH
Garantir que les populations clés et les population plus exposées non diagnostiquées ont accès à un dépistage communautaire du VIH	Nombre et proportion de tests réactifs et de nouveaux diagnostics VIH confirmés parmi les tests réalisés dans les structures communautaires	Surveillance des activités de dépistage communautaire (COBATEST[46]: *network of community based testing*)
Garantir l'accès des PVVIH et des utilisateurs de la PrEP à un dépistage régulier des IST	Proportionde PVVIH et d'utilisateurs de la PrEP soumis à un dépistage des IST conformément aux directives	Données nationales de surveillance du VIH
Garantir une mise en lien rapide avec des services de prise en charge du VIH suite au diagnostic, puis le maintien de cette prise en charge	Proportion de patients chez lesquels l'infection au VIH a été diagnostiquée qui font l'objet d'une prise en charge	Données nationales de surveillance du VIH
	Proportion de personnes qui interrompent la prise en charge du VIH (hors patients décédés, transférés ou émigrés)	Données nationales de surveillance du VIH
Garantir que 95 % des PVVIH diagnostiquées reçoivent des antirétroviraux d'ici à 2025 *(deuxième objectif de l'ONUSIDA concernant le continuum de soins du VIH)*	Proportion de patients chez lesquels l'infection à VIH a été diagnostiquée qui reçoivent des antirétroviraux	Données nationales de surveillance du VIH
Garantir que plus de 95 % des PVVIH recevant des antirétroviraux atteignent une charge virale indétectable d'ici à 2025 *(troisième objectif de*	Proportion de patients sous antirétroviraux qui atteignent une charge virale indétectable	Données nationales de surveillance du VIH

[46] https://cobatest.org/

l'ONUSIDA concernant le continuum de soins du VIH)		
Garantir l'élaboration d'outils permettant de suivre la qualité de vie liée à la santé des patients et garantir la mise en œuvre de ces outils dans les établissements prenant en charge le VIH	Preuves documentées de l'élaboration d'outils de suivi de la qualité de vie	Rapports et communications au sujet des outils de suivi de la qualité de vie dans les établissements prenant en charge le VIH
	Proportion de patients pris en charge auprès desquels est évaluée la qualité de vie liée à la santé	Mesures des résultats déclarés par les patients (PROMs)
Garantir que toutes les PVVIH ont accès à un accompagnement par les pairs dans le cadre d'organisations de patients en fonction de leurs besoins	Preuves documentées de modalités de référence vers un accompagnement par des pairs en matière de prévention, de dépistage, de prise en charge et de qualité de vie	Rapports d'organisations d'accompagnement et d'organisations de patients Mesures de l'expérience rapportée par les patients (PROMs)
Réduire la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des PVVIH	Proportion de PVVIH signalant une stigmatisation ou une discrimination	Enquêtes auprès des populations clés Plaintes officielles et poursuites judiciaires