

STRATÉGIES
CONCERTÉES
IST-SIDA



**Note stratégique du CPAM pour
la promotion de la santé sexuelle
et plus particulièrement la prévention des VIH/VHC/IST
dans la Région de Bruxelles-Capitale**

Mise à jour 2018-2023

<http://www.strategiesconcertees.be>

Abréviations.....	4
Présentation	5
Plan stratégique et opérationnel de Promotion de la santé sexuelle et de Prévention des VIH/VHC/IST.....	7
1. Cadre et vision	7
2. Finalités générales	8
3. Objectifs opérationnels.....	8
4. Stratégies et Activités.....	9
4.1. A destination des publics finaux et des relais-santé.....	10
4.2. A destination des professionnels.....	13
4.3. La recherche et le plaidoyer	14
Annexe 1 : Diagnostic épidémiologique et social	15
1. L'incidence et le dépistage du VIH.....	15
2. L'incidence des autres IST	18
3. Personnes vivant avec le VIH.....	19
Annexe 2 : Prévention combinée (diversifiée)	21
Annexe 3 : Les cadres de référence	24
1. La prévention du sida en Fédération Wallonie-Bruxelles	24
2. Le plan national VIH 2014-2019.....	24
3. Les Stratégies concertées des acteurs de prévention des IST/SIDA	25
Annexe 4 : Les opérateurs	26
1. Le dispositif hérité de la Fédération Wallonie-Bruxelles	26
2. Répertoire des organismes de prévention	28
Références utiles	29

Le **Comité de pilotage et d'appui méthodologique (CPAM)** est un organe représentatif des intervenants de la prévention des IST/SIDA à Bruxelles et en Wallonie.

Il se réunit régulièrement pour décider des grandes orientations du processus des Stratégies concertées des acteurs de prévention des IST/SIDA.

Sa composition est la suivante (voir <http://www.strategiesconcertees.be/cpam>) :

- Alias
- Centre de référence SIDA du CHU de Liège
- Centre de référence SIDA du CHU de Charleroi
- Conseil Positif francophone
- Espace P...
- Ex æquo
- Fédération laïque des Centres de Planning Familial
- Modus Vivendi
- Observatoire du sida et des sexualités (Université Saint-Louis)
- Plateforme Prévention Sida
- Service Education pour la Santé (SES)
- Service de santé affective, sexuelle et de réduction des risques (SASER) de la Province de Namur
- SidAids Migrants (Siréas)
- SIDA-IST Charleroi-Mons
- Sida Sol
- Sida'Sos

L'Observatoire du sida et des sexualités assure le soutien scientifique, méthodologique et organisationnel du réseau des Stratégies concertées et du CPAM.

ABREVIATIONS

ARV	: (traitement) anti-rétroviral
CDAG	: centre de dépistage anonyme et gratuit
CHU	: centre hospitalier universitaire
CHR	: centre hospitalier régional
CIM	: conférence inter-ministérielle
CLPS	: centre local de promotion de la santé
CPAM	: Comité de pilotage et d'appui méthodologique des SC-SS
CPF	: centre de planning familial
CRS	: centre de référence SIDA
CVI	: charge virale indétectable
ESP	: école de santé publique
EVRAS	: éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle
FSF	: femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes
FWB	: Fédération Wallonie-Bruxelles
HSH	: hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IST	: infection sexuellement transmissible
LGBTQIA	: lesbienne, gay, bisexuel, trans*, queer, intersexe, asexuel
PMS	: (centres) psycho-médico-sociaux
PrEP	: <i>pre exposure prophylaxis</i> (prophylaxie pré-exposition)
PSE	: (services de) promotion de la santé à l'école
PVVIH	: personne(s) vivant avec le VIH
RBC	: Région de Bruxelles-Capitale
RdR	: réduction des risques
RdRS	: réduction des risques sexuels
RW	: Région Wallonne
SC-SS	: Stratégies concertées des acteurs de prévention des IST/SIDA
SIDA	: syndrome d'immunodéficience acquise
TasP	: <i>treatment as prevention</i> (traitement comme prévention)
TDS	: travailleur(s) du sexe
TPE	: traitement post-exposition
TROD	: test rapide à orientation diagnostique
UD	: usager de drogues
UDI	: usager de drogues par injection
VHC	: virus de l'hépatite C
VIH	: virus de l'immunodéficience humaine

PRESENTATION

Dans le contexte de l'élaboration du Plan de Promotion de la santé 2018-2023 de la COCOF, le Comité de pilotage et d'appui méthodologique (CPAM)¹ du réseau des Stratégies concertées des acteurs de prévention des IST/SIDA (SC-SS) a mis à jour la note stratégique 2015-2020² afin de contribuer à **la planification des interventions de promotion de la santé sexuelle**, en particulier concernant la prévention des VIH/VHC/IST en incluant des aspects de réduction des risques liés aux usages de drogues (RdR) et d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS).

Cette note présente les objectifs finaux et les objectifs opérationnels à atteindre ainsi que les stratégies et les activités à mettre en œuvre pour les cinq prochaines années. Elle fait suite au plaidoyer³ des acteurs de prévention des IST/SIDA diffusé à l'occasion du 1^{er} décembre 2014 et prolonge le travail conduit, lors de la précédente législature, en vue d'adapter le Plan national VIH à la réalité et aux compétences de la Fédération Wallonie-Bruxelles⁴.

La régionalisation de la promotion de la santé constitue une opportunité pour rénover le cadre d'action et renforcer les **acteurs de terrain spécialisés**, reconnus et forts d'une expertise accumulée depuis de nombreuses années. De même, la participation réelle des **personnes vivant avec le VIH** (PVVIH) et des **publics concernés** aux programmes de lutte contre l'épidémie requiert des dispositifs spécifiques et un soutien accru.

Pour le CPAM, il reste capital de maintenir une **approche thématique** de la prévention des IST/VIH pour atteindre, en première ligne, les personnes les plus touchées. Une croissance de l'épidémie de VIH est observée depuis une quinzaine d'années en Belgique – croissance qui connaît toutefois un léger fléchissement depuis 2013. Elle se double d'une augmentation des cas de plusieurs IST (chlamydia, syphilis et gonorrhée).

La refonte des programmes d'action dans un nouveau plan stratégique et opérationnel doit tenir compte des incidences variables de l'épidémie de VIH selon les populations présente sur le territoire bruxellois. Le VIH touche **deux publics prioritaires** : les gays, bisexuels et autres HSH et les migrants subsahariens, dont bon nombre de femmes. Il touche également **des publics vulnérables** : les travailleurs du sexe, les usagers de drogues (par injection, UDI) et les détenus. Enfin, le VIH mais surtout d'autres IST touchent la population générale et les jeunes, ainsi que les lesbiennes, bisexuelles et autres femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes (FSF). Les personnes vivant avec le VIH et certains publics cibles sont également plus souvent touchés par l'hépatite C, en particulier les HSH et les UDI.

¹ Seuls les membres du CPAM actifs sur le territoire bruxellois ont contribué à cette note.

² Voir : <http://www.strategiesconcertees.be/CPAM%20note%20sida%20RBC%202015-2020.pdf>

³ Voir : <http://www.strategiesconcertees.be/plaidoyer-sida-1dec2014.pdf>

⁴ La Ministre Fadila Laanan avait chargé, en 2013, l'Observatoire du sida et des sexualités de coordonner, avec l'Administration de la Fédération Wallonie-Bruxelles, la réalisation d'un état des lieux de la mise en œuvre du Plan VIH et d'identifier des priorités d'action. Le document final intitulé « *Recommandations des acteurs du secteur de la prévention des IST/SIDA en Fédération Wallonie-Bruxelles. Pour un programme opérationnel VIH 2014-2019* » a été transmis à l'administration de la FWB le 14/02/2014. Le « *Rapport sida pour le Parlement de la Communauté française* » (2012) y a été annexé et contient une documentation détaillée, quoiqu'ancienne, sur les activités des opérateurs.

La prévention du VIH est marquée par un **contexte d'innovation** rapide principalement lié aux usages préventifs avérés des traitements antirétroviraux (ARV) – en plus de leur impact thérapeutique sur la qualité et l'espérance de vie. En effet, il est désormais établi que l'atteinte durable d'une charge virale indétectable rend le risque de transmission du VIH négligeable voire nul, structurant un nouveau message : « Indétectable = Intransmissible »⁵. Ces avancées posent de nouveaux enjeux quant à la santé sexuelle ou au vieillissement des PVVIH.

La **prévention combinée (ou diversifiée)**⁶ a réorienté le cadre d'action autour de l'équation :

RAPPORTS PROTEGES = PRESERVATIF/REDUCTION DES RISQUES + DEPISTAGES + TRAITEMENTS

En vue de réduire au maximum la diffusion de l'épidémie de VIH, ce paradigme repose sur la **diversification et la complémentarité entre les moyens de protection** :

- le préservatif et les stratégies de réduction des risques sexuels et liés aux usages de drogues ;
- le dépistage ponctuel ou en routine, médicalisé ou démedicalisé / communautaire ;
- l'usage préventif des traitements antirétroviraux par les personnes séropositives (traitement comme prévention /TasP) et par les personnes séronégatives (prophylaxie pré-exposition/PrEP et traitement post-exposition/TPE).

Une **cascade d'interventions** permettra donc de comprimer efficacement et durablement l'épidémie de VIH. L'ONUSIDA a fixé les objectifs chiffrés suivants à l'horizon 2020 : 90% des PVVIH connaissent leur statut sérologique ; 90% des personnes dépistées pour le VIH entrent dans les soins et reçoivent un traitement antirétroviral ; 90% des personnes sous traitement ont une charge virale indétectable.

Cette approche scelle ainsi des liens accrus entre préventions primaire, secondaire et tertiaire, mais aussi entre approches comportementale, environnementale et biomédicale et par conséquent entre acteurs de la prévention, acteurs des soins et acteurs des milieux de vie (communautaires). De plus, cette approche requiert de bâtir des stratégies davantage ajustées aux situations individuelles et doit avoir pour conséquence une rénovation et une complexification des **messages préventifs**.

Le renforcement des connaissances et des aptitudes des populations concernées doit donc aller de pair avec **un accès au matériel de prévention et de réduction des risques, une offre de dépistage** consistante et diversifiée ainsi qu'une garantie d'**entrée et de maintien dans les soins** y compris pour les populations éloignées du système de soin (notamment pour des raisons administratives, comme les personnes étrangères en situation de séjour irrégulière).

L'ensemble du dispositif devra assurer la **formation, le support et la concertation** des professionnels et des relais ainsi que des activités de **recherche** et de **collecte de données** sur les déterminants de la santé sexuelle et sur les réponses qui y sont apportées.

Enfin, sur le plan social, le VIH engendre toujours de la **stigmatisation** et des **discriminations**. Celles-ci se combinent à d'autres sources d'exclusion (racisme, homophobie, sexisme). En cela, l'infection à VIH se distingue des autres maladies chroniques comme le cancer ou les maladies cardiovasculaires. Des actions de terrain et de plaidoyer en matière de droits des personnes séropositives mais aussi de visibilité et de dicibilité du VIH sont donc pleinement nécessaires.

⁵ PREVENTION ACCESS CAMPAIGN. (2017). <https://www.preventionaccess.org/>

⁶ Se reporter à l'annexe 3 pour une présentation plus détaillée de la prévention combinée.

PLAN STRATEGIQUE ET OPERATIONNEL DE PROMOTION DE LA SANTE SEXUELLE ET DE PREVENTION DES VIH/VHC/IST

Afin d'assurer une réponse de qualité face aux défis posés par les épidémies de VIH/VHC/IST, le CPAM recommande de développer une stratégie ambitieuse de prévention pour les années 2018-2023, dans la continuité mais également la rénovation des interventions existantes.

1. Cadre et vision

Les objectifs de la **prévention des VIH/VHC/IST** s'intègrent dans une perspective de santé publique composée des éléments suivants :

- **Une démarche globale de promotion de la santé sexuelle** par la mise en œuvre de principes et de méthodes visant l'action sur les déterminants et les inégalités de santé. Des interventions sont requises aux niveaux individuel, collectif et communautaire afin de doter la population des moyens nécessaires à la préservation et l'amélioration de sa santé. La participation effective et la valorisation de l'expertise des personnes concernées – en particulier les PVVIH – se joue sur toute la chaîne allant de la conception à la mise en œuvre des stratégies.
- **Une approche positive de la prévention et des sexualités** qui vise autant à éviter l'apparition ou l'aggravation de problèmes de santé qu'à améliorer le bien-être et la satisfaction sexuels. Ceci implique notamment de :
 - promouvoir le libre choix, le respect et la responsabilité en matière de sexualités en ce compris la défense des droits sexuels et reproductifs ;
 - lutter contre les discriminations, la coercition et les violences multiples – y compris institutionnelles et politiques – liées à l'état de santé mais aussi au genre, à l'orientation sexuelle, à ladite « race », au travail du sexe, etc.
- **Une stratégie intégrée de prévention combinée (ou diversifiée) du VIH** qui repose sur l'équation « rapports protégés = préservatif/RdR + dépistageS + traitementS » et qui articule :
 - des stratégies comportementales par la promotion des divers moyens de protection et de réduction des risques en adéquation avec les besoins individuels et compte tenu de la diversité sexuelle et culturelle des populations ;
 - des stratégies environnementales par le ciblage des populations prioritaires et vulnérables, l'accroissement de la couverture et de l'accès à l'offre de prévention et de soins, l'intersectorialité et la mobilisation des relais-santé (festifs, communautaires).
- **La complémentarité et la cohérence dans la chaîne d'intervention** entre :
 - acteurs du préventif, de la réduction des risques et du curatif ;
 - intervenants professionnels, « experts profanes », groupes communautaires et relais-santé ;
 - secteurs concernés (santé, social, jeunesse, immigration, égalité des chances, etc.) ;
 - réponse universelle et réponses spécifiques (population générale / publics cibles) ;
 - recherche et action (*know your epidemic*) ;
 - politiques régionale, fédérale, européenne et internationale.

2. Finalités générales

Améliorer la santé sexuelle, reproductive, relationnelle et affective des populations
Réduire l'incidence et la prévalence du VIH, du VHC et des autres IST
Promouvoir la qualité de vie des PVVIH

3. Objectifs opérationnels

A destination des publics finaux et des relais-santé

1. Renforcer le niveau d'information et les aptitudes des populations en matière de santé sexuelle, prévention et réduction des risques, dépistages et traitements ; en favorisant leur participation aux projets de santé qui les concernent.
2. Renforcer l'accès au matériel de prévention et de réduction des risques (préservatifs/lubrifiant, TPE/PrEP, outils d'information, matériel stérile de consommation de drogues, etc.).
3. Accroître le nombre de personnes connaissant leur statut sérologique par un dépistage précoce réalisé dans des conditions d'accueil adéquates ; que ce soit dans un parcours médicalisé ou démedicalisé.
4. Assurer un accompagnement individuel et un encadrement communautaire de la prévention combinée (y compris TasP, TPE, PrEP).
5. Faciliter l'entrée et le maintien dans les soins, donc *in fine* réduire la charge virale au niveau populationnel.
6. Améliorer la santé sexuelle et les conditions de vie des PVVIH et des publics vulnérables, y compris la lutte contre la stigmatisation.

A destination des acteurs professionnels

7. Développer les connaissances et les compétences des professionnels en contact avec les populations concernées.
8. Organiser la concertation stratégique (planification) et la coordination opérationnelle entre tous les acteurs concernés par la promotion de la santé sexuelle.

Objectifs de recherche et de plaidoyer

9. Accroître la connaissance scientifique sur les dynamiques et déterminants de la santé sexuelle ainsi que sur la qualité et l'adéquation des politiques et des interventions de promotion de la santé sexuelle.
10. Développer un plaidoyer en matière de droits sexuels et reproductifs, y compris la défense des droits des PVVIH et la lutte contre les discriminations et les politiques répressives⁷.

⁷ Par exemple la criminalisation du travail du sexe.

4. Stratégies et Activités

Afin d'atteindre les objectifs opérationnels, plusieurs **stratégies d'interventions** doivent être mises en œuvre par les acteurs de prévention et leurs partenaires. Les stratégies sont regroupées dans ce document en fonction qu'elles visent :

- les publics finaux et les relais-santé (4.1) (*Les relais-santé désignent les usagers-pairs et les acteurs des milieux de vie (festif, communautaire), distincts des acteurs professionnels*) ;
- les professionnels (4.2) ;
- ou encore qu'elles assurent des missions de recherche et de plaidoyer (4.3).

Le ou les objectifs opérationnels visés par chaque stratégie sont mentionnés en dessous de celle-ci.

Ces stratégies sont globales et doivent donc être déclinées, dans la mise en œuvre des activités, en fonction des besoins spécifiques de chaque public ou milieu de vie. Pour chaque stratégie, un « **focus public** » indique le ou les publics visés se répartissant entre :

- POPULATION GENERALE ET JEUNES
- PUBLIC CIBLES : gays, bisexuels et autres HSH, migrant-es, travailleur-es du sexe, usagers de drogue (y compris par voie intraveineuse), détenus, FSF, trans*.

La colonne « **Activités** » précise le type d'actions à mettre en œuvre et, en regard, la colonne « **Gestion de la qualité** » identifie, de manière synthétique, les améliorations qui pourraient rapidement être apportées aux activités déjà existantes. Les activités sont formulées de manière générale ; elles peuvent être davantage précisées par les opérateurs qui les mettent en œuvre. Enfin, les types activités jugées prioritaires en 2017, au moment de confectionner cette note, ne peuvent prétendre couvrir tous les besoins d'un plan courant jusqu'en 2023. Le document devra être actualisé.

Une étape ultérieure de planification devra consister à élaborer, de manière concertée, une méthode et un outil d'évaluation des interventions. Un travail préliminaire de définition de critères et indicateurs d'évaluation de la qualité a déjà été entamé au sein des Stratégies concertées des acteurs de prévention des IST/SIDA et servirait de base à ce travail.

4.1. A destination des publics finaux et des relais-santé

<p>Stratégie 1 : Premier accueil</p> <p>ASSURER UN ACCUEIL DES DEMANDES D'INFORMATION ET DE MATERIEL DE PREVENTION/RDR/RDRS</p> <p>OBJECTIFS OPERATIONNELS : 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6</p> <p>FOCUS PUBLIC : POPULATION GENERALE ET PUBLICS CIBLES (TOUS)</p>	
<p>Activités prioritaires</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ecoute des demandes dans la confidentialité. ✓ Diffusion d'informations et mise à disposition de matériel de prévention/RdR/RdRS. ✓ Orientation et/ou accompagnement des personnes vers une prise en charge dans le réseau existant. 	<p><u>Gestion de la qualité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborer un cadre de référence pour les lignes d'écoute. - Former les accueillants (contenu et méthodes). - Développer la présence en ligne. - Garantir des bas seuils d'accès pour les publics vulnérables. - Récolter des données d'évaluation.
<p>Stratégie 2 : Travail de rue et travail de proximité</p> <p>ASSURER UNE PRESENCE ACTIVE DANS LES MILIEUX DE VIE ET UN CONTACT DIRECT AVEC LES PUBLICS</p> <p>OBJECTIFS OPERATIONNELS : 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6</p> <p>FOCUS PUBLIC : POPULATION GENERALE ET PUBLICS CIBLES (TOUS)</p>	
<p>Activités prioritaires</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Création et maintien dans la durée d'un lien de confiance avec les publics vulnérables. ✓ Identification des demandes et orientation/accompagnement vers le réseau existant. ✓ Diffusion d'informations et mise à disposition de matériel de prévention/RdR. ✓ Elaboration de projets participatifs (par et pour les usagers-pairs). 	<p><u>Gestion de la qualité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Formaliser une méthode et des critères de qualité pour le travail de rue / de proximité. - Former les pairs au travail de rue. - Elaborer un cadre de référence pour les collaborations avec les relais festifs et communautaires. - Développer la présence en ligne. - Récolter des données d'évaluation.
<p>Stratégie 3 : Distribution de matériel de prévention et de réduction des risques</p> <p>GARANTIR UN ACCES GRATUIT AUX PRESERVATIFS/LUBRIFIANT ET AU MATERIEL DE RDR DANS LES MILIEUX DE VIE ET LES LIEUX CONCENTRANT LES PUBLICS CIBLES.</p> <p>OBJECTIF OPERATIONNELS : 1 – 2</p> <p>FOCUS PUBLIC : POPULATION GENERALE ET PUBLICS CIBLES (TOUS)</p>	
<p>Activités prioritaires</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Approvisionnement des lieux festifs/de sociabilisation (avec ou sans consommation sexuelle), des espaces de travail du sexe et du milieu carcéral en préservatifs/lubrifiant de qualité et matériel de RdR (seringues stériles, filtres, pailles, etc.). ✓ Sensibilisation des publics à la prévention combinée. ✓ Orientation vers le dépistage. 	<p><u>Gestion de la qualité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Créer des packs innovants adaptés au contexte festif et aux besoins des publics sur les lieux de vie. - Gérer une centrale d'achat ou un programme de mise à disposition de matériel de prévention/RdR qui soit financé structurellement. - Améliorer l'accessibilité du matériel via les services infirmiers des établissements pénitentiaires. - Récolter des données d'évaluation.

Stratégie 4 : Information et communication en promotion de la santé sexuelle

DIFFUSER DES INFORMATIONS ET DES MESSAGES SUR LA SANTE SEXUELLE ET LA PREVENTION COMBINEE

OBJECTIFS OPERATIONNELS : 1 – 2 – 3 – 6

FOCUS PUBLIC : POPULATION GENERALE ET PUBLICS CIBLES (TOUS)

Activités prioritaires

- ✓ Diffusion d'informations complètes sur les stratégies de prévention, dépistage et soin VIH/VHC/IST (préservatif, RdR/RdRS, TasP, TPE, PrEP, CVI).
- ✓ Conception et diffusion d'outils d'animation sur la santé sexuelle.

Gestion de la qualité

- Actualiser et harmoniser les messages concernant la prévention combinée.
- Multiplier les canaux de communication et développer la présence en ligne.
- Récolter des données d'évaluation.

Stratégie 5 : Réduction des risques liés aux usages de drogues (RdR)

PREVENIR LES DOMMAGES QUE LES USAGES DE DROGUES PEUVENT OCCASIONNER CHEZ LES PERSONNES QUI NE PEUVENT OU NE VEULENT PAS S'ABSTENIR DE CONSOMMER DES DROGUES.

OBJECTIFS OPERATIONNELS : 1 – 2 – 3 – 6

FOCUS PUBLIC : POPULATION GENERALE ET PUBLICS CIBLES (TOUS)

Activités prioritaires

- ✓ Diffusion d'informations et de messages sur les risques liés aux usages de drogues et au partage du matériel de consommation.
- ✓ Mise à disposition de matériel de prévention et de réduction des risques sur des sites diversifiés (pharmacies, comptoirs d'échange de seringues, autres services spécialisés, bornes).

Gestion de la qualité

- Développer l'intervention autour des usages de drogues en contexte sexuel (« chemsex »).
- Impliquer davantage les pharmaciens.
- Gérer une centrale d'achat ou un programme de mise à disposition de matériel de prévention/RdR qui soit financé structurellement.
- Appuyer une réforme du cadre légal pour la RdR.
- Appuyer l'ouverture de salles de consommation à moindre risque.
- Récolter des données d'évaluation.

Stratégie 6 : Education à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS)

METTRE EN ŒUVRE UN PROCESSUS EDUCATIF ET DE SENSIBILISATION A DESTINATION DES JEUNES EN MATIERE DE SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE.

OBJECTIFS OPERATIONNELS : 1 – 2 – 3

FOCUS PUBLIC : JEUNES (POPULATION GENERALE ET PUBLICS CIBLES)

Activités prioritaires

- ✓ Interventions éducatives généralisées, répétées et appropriées tout au long du cycle scolaire (enseignement fondamental, supérieur, et spécialisé).
- ✓ Interventions de sensibilisation et d'information dans les milieux de vie (y compris les centres d'accueil pour demandeurs d'asile et les espaces festifs).
- ✓ Elaboration d'un référentiel EVRAS (aspects cognitifs, physiologiques, émotionnels, sociaux, interactionnels, sanitaires de la sexualité et de la reproduction, y compris contraception et IVG).

Gestion de la qualité

- Favoriser les méthodes de renforcement d'aptitudes et la participation.
- Coordonner les interventions extra-scolaires.
- Mobiliser toutes les parties prenantes (jeunes, professeurs, éducateurs, directeurs, parents, CPF CPMS SPSE).
- Récolter des données d'évaluation.

Stratégie 7 : Dépistage et entrée/rétention dans les soins

PROMOUVOIR L'ACCES AU DEPISTAGE DES VIH/VHC/IST ET A LA PRISE EN CHARGE MEDICALE.

OBJECTIFS OPERATIONNELS : 3 – 4 – 5

FOCUS PUBLIC : POPULATION GENERALE ET PUBLICS CIBLES (TOUS)

Activités prioritaires

- ✓ Campagnes de sensibilisation au dépistage et au traitement des VIH/VHC/IST.
- ✓ Projets de dépistage décentralisé, démedicalisé, communautaire/par les pairs ; en ce compris l'accompagnement vers les soins.
- ✓ Renforcement de l'offre de dépistage (tests sanguins et rapides) dans les structures extra-hospitalières (CPF, MM).
- ✓ Accompagnement des personnes au maintien dans les soins et à l'observance.

Gestion de la qualité

- Former au dépistage démedicalisé.
- Développer le dépistage en routine pour les populations les plus exposées.
- Accroître et formaliser des collaborations entre acteurs préventifs, de la RdR et curatifs.
- Sensibiliser les professionnels à un accueil non stigmatisant.
- Récolter des données d'évaluation.

Stratégie 8 : Participation et mobilisation communautaires

ACCOMPAGNER ET RENFORCER LES CAPACITES DES PUBLICS CIBLES A EXPRIMER LEURS BESOINS ET A S'APPROPRIER LES PROBLEMATIQUES DE SANTE SEXUELLE QUI LES CONCERNENT.

OBJECTIF OPERATIONNEL : 1 – 4 – 6

FOCUS PUBLIC : POPULATION GENERALE ET PUBLICS CIBLES (TOUS)

Activités prioritaires

- ✓ Activités collectives autour de la santé sexuelle et de la prévention/RdR à destination des publics cibles.
- ✓ Formation de relais-santé et actions de sensibilisation et d'information des pairs par les pairs.
- ✓ Interventions de promotion de la santé dans les centres communautaires de santé sexuelle.

Gestion de la qualité

- Améliorer la participation des publics.
- Elaborer un référentiel pour les relais-santé.
- Accroître les collaborations avec les acteurs festifs, communautaires et culturels.
- Récolter des données d'évaluation.

Stratégie 9 : Droits et conditions de vie des PVVIH et des publics vulnérables

REDUIRE LA VULNERABILITE SOCIALE ET LUTTER CONTRE LES DISCRIMINATIONS MULTIPLES ET LA STIGMATISATION DES PVVIH ET DES PUBLICS CIBLES.

OBJECTIFS OPERATIONNELS : 4 – 5 – 6

FOCUS PUBLIC : PVVIH, HSH, FSF, MIGRANTS, UD, TDS, TRANS*, DETENUS

Activités prioritaires

- ✓ Projets de santé sexuelle avec les PVVIH.
- ✓ Diffusion d'outils informatifs sur les droits des PVVIH.
- ✓ Diffusion de campagnes de solidarité avec les PVVIH.
- ✓ Projets de lutte contre les discriminations liées au VIH (la sérophobie dans l'emploi, le social, la santé, les assurances), aux genres, et orientations sexuelles .
- ✓ Premier accueil de signalements pour discrimination ou faits de violence liés au VIH⁸.
- ✓ Surveillance des plaintes pour transmission (ou l'exposition au risque de transmission) du VIH.

Gestion de la qualité

- Soutenir les actions indépendantes des PVVIH dans la prise en charge de leur santé et de leur bien-être.
- Intégrer davantage l'enjeu des discriminations multiples (racisme, homo/bi/transphobie, sexisme).
- Focus sur les jeunes et les 50+
- Récolter des données d'évaluation

⁸ En lien avec Unia (anc. le Centre interfédéral pour l'Égalité des chances).

4.2. A destination des professionnels

Stratégie 10 : (In-) Formation, documentation et appui thématique

AMELIORER LES CONNAISSANCES ET LES COMPETENCES DES ACTEURS PROFESSIONNELS ET DES RELAIS EN MATIERE DE SANTE SEXUELLE, DE PREVENTION DES VIH/VHC/IST, DE RDR ET D'EVTRAS.

OBJECTIF OPERATIONNEL : 7

Activités prioritaires

- ✓ Soutien scientifique et méthodologique aux porteurs de projets en santé sexuelle.
- ✓ Organisation d'une offre de formation structurelle sur les VIH/VHC/IST, multidisciplinaire et adaptée aux besoins des acteurs de terrain et des (futurs) professionnels de la santé.
- ✓ Sensibilisation des médecins généralistes à la prévention combinée et en particulier au dépistage des VIH/VHC/IST.
- ✓ Sensibilisation des professionnels à la RdR des services de santé et de cure (y compris en prison), notamment par l'approche communautaire.
- ✓ Organisation de séminaires et conférences.
- ✓ Offre de services documentaires.

Gestion de la qualité

- Actualiser les contenus des messages de sensibilisation et d'information destinés aux acteurs professionnels.
- Formaliser des collaborations avec les écoles de santé publique, les Hautes Ecoles médicales et paramédicales, et les acteurs de prévention.
- Assurer une veille documentaire.
- Assurer un monitoring des avancées scientifique, thérapeutiques et législatives.
- Récolter des données d'évaluation.

Stratégie 11 : Réseau, concertation et planification

DEVELOPPER ET ANIMER DES RESEAUX DE CONCERTATION ET DE PROGRAMMATION INTERSECTORIELLE DES STRATEGIES DE PROMOTION DE LA SANTE SEXUELLE ET DE PREVENTION DES VIH/VHC/IST.

OBJECTIF OPERATIONNEL : 8

Activités prioritaires

- ✓ Organisation de journées stratégiques (analyses de situation, planification et évaluation des interventions).
- ✓ Organisation d'ateliers d'échanges de savoirs et de pratiques.
- ✓ Extension et renforcement du dispositif des cellules EVRAS dans les écoles.

Gestion de la qualité

- Planifier les stratégies⁹ sur la base de l'évidence scientifique et de la participation des acteurs.
- Améliorer le passage à l'opérationnalisation des stratégies.
- Densifier le réseau inter-régional, européen et international.
- Développer des outils de suivi et d'évaluation des interventions et de la politique de prévention.

⁹ En lien avec le Comité de Monitoring du Plan National VIH.

4.3. La recherche et le plaidoyer

Stratégie 12 : Recherche

PRODUIRE UNE CONNAISSANCE DES DETERMINANTS DE LA SANTE SEXUELLE ET DES DYNAMIQUES DES EPIDEMIES DE VIH/VHC/IST ET UNE ANALYSE DES INTERVENTIONS DE PREVENTION.

OBJECTIFS OPERATIONNELS : 8 – 9

Activités prioritaires

- ✓ Collecte en routine de données socio-comportementales et environnementales¹⁰.
- ✓ Réalisation d'enquêtes quantitatives et d'enquêtes qualitatives approfondies pour certains (sous-) publics ou problématiques méconnus.
- ✓ Activités de diffusion des données scientifiques et des résultats des enquêtes.

Gestion de la qualité

- Centraliser, standardiser et soutenir la collecte et l'analyse des données de terrain.
- Mettre en place des enquêtes répétées sur certains indicateurs.
- Mobiliser des méthodes diversifiées (recherche-action, diagnostic communautaire, ethnographie).
- Intégrer les données régionales dans les données de l'ISP.

Stratégie 13 : Plaidoyer et consultation

RELAYER VERS LES AUTORITES DE SANTE LES BESOINS EMERGENTS OU NON COMBLES, LES PRIORITES D'ACTION AINSI QUE LES NOUVELLES APPROCHES DE PROMOTION DE LA SANTE SEXUELLE.

OBJECTIFS OPERATIONNELS : 8 – 9 – 10

Activités prioritaires

- ✓ Formulation de recommandations d'initiative ou sur demande.
- ✓ Représentation des acteurs de promotion de la santé sexuelle dans les instances consultatives.
- ✓ Lutte contre les discriminations et les stigmatisations liées aux genres et orientations sexuelles.
- ✓ Défense des droits et lutte contre la criminalisation des PVVIH et des publics cibles.

Gestion de la qualité

- Renforcer la consultation du secteur.
- Développer des contacts et relais auprès des instances administratives, politiques et décisionnelles.

¹⁰ En complément et en partenariat avec l'ISP, les Observatoires, les Universités – en particulier les ESP.

ANNEXE 1 : DIAGNOSTIC EPIDEMIOLOGIQUE ET SOCIAL

1. L'incidence et le dépistage du VIH

Au niveau mondial, plus de 36 millions de personnes vivent avec le VIH selon l'ONUSIDA. En 2015, plus de 2 millions de nouveaux cas ont été signalés. Les décès liés à la maladie s'élèvent à environ 39 millions depuis le début de l'épidémie dont 1,1 million en 2015. Entre 2000 et 2015, le nombre des nouvelles infections a diminué de 35% et le nombre de décès de 28%. Toutefois, le poids et la forme de l'épidémie varient fortement d'un continent, d'une région et d'un pays à l'autre.

En Europe, en 2015, 29.747 nouveaux diagnostics de VIH ont été posés dans les 31 pays de l'UE/EEE et nouveaux 3.754 cas de sida ont été identifiés (données pour 29 pays), dont 68% dans les 90 jours suivant le diagnostic de VIH. L'épidémie reste stable dans la zone, avec une tendance à l'augmentation des nouveaux diagnostics parmi les HSH (42% des nouveaux cas en 2015) et une diminution parmi les non-nationaux (32%) ainsi que parmi les femmes hétérosexuelles. Plusieurs pays d'Europe de l'Est sont particulièrement touchés (Estonie, Lituanie, Bulgarie). Il y a eu 991 décès en 2015 ce qui constitue une diminution importante depuis 2005 (2608 décès).

En Belgique, depuis le début de l'épidémie, 29.064 personnes ont été diagnostiquées pour le VIH et 4.646 cas de sida ont été rapportés (79 en 2015) parmi lesquels 2.493 personnes sont décédées (60 en 2015). En 2015, 15.266 patients étaient suivis médicalement pour le VIH (l'ISP rapporte une augmentation annuelle moyenne de 755 patients en suivi).

Une croissance de l'épidémie est observée depuis une quinzaine d'années, bien que l'incidence se soit stabilisée – à un niveau élevé – depuis 2003. En 2015, l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP) a enregistré 1.001 nouveaux diagnostics d'infection (soit 2,7 cas dépistés par jour en moyenne). Depuis deux ans, un recul des nouveaux cas (variable selon les groupes de population) a été observé, mais il est encore trop tôt pour parler d'inversion de la tendance. Enfin, l'épidémie est concentrée dans deux populations.

- Le ratio de sexe est environ de 2 hommes pour 1 femme parmi les nouveaux diagnostics (69% d'hommes) ainsi que parmi les patients suivis en 2015. Mais ce ratio varie selon la nationalité. Les hommes sont principalement infectés par contacts homosexuels (>70% des cas en 2015) et les femmes par contacts hétérosexuels (>90%).
- La transmission par voie homo/bisexuelle (contacts HSH) compte pour 50% des nouveaux cas de VIH en 2015. Elle concerne surtout des Belges (66%) et de plus en plus d'Européens (18%) dont principalement des Français, Néerlandais et Espagnols. L'épidémie est en nette croissance dans cette population (4 fois plus d'infections diagnostiquées entre 1999 et 2013).
- Concernant la transmission par voie hétérosexuelle (45% des nouveaux cas en 2015), les personnes de nationalités africaines subsahariennes comptent pour 45% (les Belges pour 32%, les Européens pour 14%), dont une forte proportion de femmes (trois-quarts). Par ailleurs, on observe une croissance continue du nombre de nouveaux cas parmi les Européens.
- L'usage de drogue par injection compte pour 2% des nouveaux cas de VIH en 2015 (n = 15). Cette proportion est stable depuis de nombreuses années. Le faible taux de contamination parmi les UDI est notamment dû à l'accès au matériel stérile d'injection.
- La transmission de la mère à l'enfant compte pour 1,5% des nouveaux cas en 2015 (n = 11).

La Région bruxelloise concentre 23% des nouveaux diagnostics de VIH en 2015 contre 37% en Flandre et 14% en Wallonie (la résidence est inconnue dans 26% des cas) ; cela représentait 227 nouveaux cas (372 en Flandre, 145 en Wallonie). Cette proportion est stable sur la longue période :

- entre 1985 et 2015, 6.867 diagnostics ont été posés en RBC sur un total de 29.064 (23%) ;
- entre 2006 et 2015, 2.387 nouveaux cas bruxellois sur un total de 11.105 (21%) ;

La Région bruxelloise porte donc une part conséquente du fardeau de l'épidémie si on la rapporte à sa taille. Assez logiquement, les grandes villes, et a fortiori la Région-Capitale, concentrent les publics prioritaires et vulnérables. Elles offrent des lieux de socialisation pour les HSH et elles captent une bonne part des populations migrantes. Les activités de prostitution féminine et masculine y sont plus concentrées ainsi que celles liées aux usages de drogue, que ceux-ci soient récréatifs ou non.

- Le ratio de sexe tourne autour de 2,2 entre 2006 et 2015 (1.645 hommes nouvellement diagnostiqués pour 721 femmes). Le ratio de l'année 2015 se situe au-dessus de la tendance avec 2,9 hommes pour 1 femme nouvellement diagnostiqués (n=167/57).
- Les catégories d'âge les plus touchées parmi les nouveaux cas entre 2006 et 2015 sont les 25-39 puis les 40-49 ans pour les deux sexes. Chez les femmes, la catégorie des 15-24 ans suit de près.
- Le nombre de nouveaux cas liés à une transmission par contacts homo/bisexuels (HSH) s'élève à 1.010 entre 2006 et 2015 soit 42% du total (n=2.369), dont 475 Belges et 280 personnes de nationalités européennes (lorsque la nationalité est connue). Les catégories d'âge les plus touchées parmi les HSH sont les 25-39 puis les 40-49 ans.

L'année 2015 s'inscrit dans la même tendance : 104 nouveaux cas, soit 46% du total (n=226) dont la moitié de Belges et un tiers d'Européens (dont en tête des Français, Néerlandais, Espagnols, Allemands, Roumains et Grecs). Les personnes de nationalités européennes sont davantage représentées à Bruxelles comparativement aux autres Régions (13% en Flandre, 6% en Wallonie). Par ailleurs, plusieurs nationalités extra-européennes sont importantes parmi les nouveaux cas à Bruxelles (Brésiliens, Turcs, Camerounais).

- Le nombre de nouveaux cas liés à une transmission par contacts hétérosexuels s'élève à 1129 entre 2006 et 2015, soit 47% du total (n= 2369). Sur la période, le ratio de sexe s'élève à 0,75 (487 hommes/641 femmes) mais il varie selon les nationalités (1,3 chez les Belges et 0,6 chez les Subsahariens). Les nationalités subsahariennes sont prédominantes avec un ratio de 4 Subsahariens pour 1 Belge (711/179).

L'année 2015 a connu 75 nouveaux cas de VIH par voie hétérosexuelle, soit 33% du total (n=226) et avec un ratio de sexe de 0,8 (33 hommes/42 femmes). Les Subsaharien constituent 51 % de ces diagnostics même si leur part diminue fortement comparativement à la période 2006-2015 (28 Subsahariens/18 Belges soit un ratio de 1,5). Par contre, le ratio de sexe selon la nationalité en 2015 est similaire à celui observé pour la période 2006-2015 (1 chez les Belges, 0,4 chez les Subsahariens). Les principales nationalités sont camerounaise, congolaise, ghanéenne, rwandaise, guinéenne et nigériane. Le sida est la 1^{ère} cause de mortalité chez les Subsahariens à Bruxelles.

Entre 2013 et 2015, le nombre de nouveaux cas de VIH a diminué de 8% à Bruxelles (-14% en Flandre ; -15% en Wallonie). Toutefois, entre 2014 et 2015, Bruxelles a connu une augmentation de 13%. Parmi les HSH, la diminution du nombre de nouveaux cas observée en 2014 ne s'est pas reproduite en 2015 et l'augmentation (+13%) dans cette population a été la plus forte à Bruxelles (+10% en Wallonie, -3% en Flandre). Entre 2012 et 2015, une diminution du nombre de nouveaux cas liés à une transmission hétérosexuelle s'est manifestée chez les Subsahariens (-49% à Bruxelles, -61% en Wallonie, -26% en Flandre), et en particulier chez les hommes, tandis que le nombre de diagnostics posés chez les Belges est resté stable.

Le nombre annuel de tests dépistage du VIH en Belgique fluctue autour de 60 tests par 1000 habitants (62 en 2015). Une augmentation régulière de l'activité de dépistage est observée depuis 2007. Le groupe d'âge des 25-34 ans se dépiste plus fréquemment que les autres.

Les données de 2015 montrent que **le taux de découverte de séropositivité** est en moyenne de 0,15% (1,45 par 1000 tests). Cette même année, 33% des tests ont été effectués à l'initiative du patient (ce taux monte à 44% chez les HSH) et 39% à l'initiative des cliniciens (généralistes ou spécialistes) – cela notamment dans le cadre d'une consultation prénatale.

En 2015, à Bruxelles :

- 18 % des tests de dépistage pour le VIH y ont été effectués (46% en Flandre ; 35 % en Wallonie). Rapporté à sa taille, le nombre de tests par 1000 habitants est le plus élevé à Bruxelles depuis plusieurs années (>100 entre 2011 et 2015).
- Le taux de découverte de séropositivité en 2015 est le plus élevé à Bruxelles (avec Anvers) – s'étalant entre 1,6 et 2 sur la période 2012-2015.

On estime généralement, que 15 à 20% (voire jusqu'à 30%) des **personnes séropositives ignorent leur statut sérologique pour le VIH**. Pour 2014, l'ISP estime que 12,5% des HSH n'étaient pas diagnostiqués pour le VIH en Belgique.

La proportion de **dépistage tardif**¹¹ diminue mais reste conséquente : 35% en 2015, contre 59% en 1998. La tardivité varie selon le mode de transmission (42% de dépistage tardif en cas d'infection contractée par voie hétérosexuelle ; 27% chez les HSH en 2015) ; et la nationalité (le taux est plus élevé chez les Subsahariens comparativement aux Belges).

Le **dépistage précoce** (infection de moins de 6 mois) est rapporté à l'ISP par les cliniciens (données connues pour 68% des situations en 2015) : 31% des infections étaient récentes (43% chez les HSH contre 20% chez les hétérosexuels). L'ISP a estimé que le temps moyen entre l'infection et le diagnostic de séropositivité chez les HSH est passé de 2,7 années dans les années '90 à 2,4 années en 2014.

Les dispositifs de **dépistage communautaire**¹² utilisant les **TROD** (tests de dépistage rapide à orientation diagnostique) montrent de bons résultats et s'imposent comme un pilier de la stratégie globale de dépistage. Le projet Test Out mis en place depuis plusieurs années par Ex Æquo auprès des gays, bisexuels et autres HSH le démontre amplement : entre 2014 et 2016, l'association a réalisé 1198 tests pour le VIH (et également pour la syphilis). Le taux de découverte de séropositivité au VIH variait entre 2,5% et 4%, ce qui est largement supérieur au taux de tests positifs obtenu dans par le dépistage dit classique. Plus de 10% des hommes touchés par Test Out n'avaient jamais réalisé de dépistage au cours de leur vie. En 2015, les trois premières raisons du choix de recourir à ce dispositif étaient les suivantes : la rapidité, l'accès, la distance – ce qui éclaire les obstacles au dépistage que ce type de projet permet de lever.

¹¹ Le diagnostic VIH est considéré comme tardif lorsque le patient présente un taux inférieur à 350/mm³ au moment du diagnostic ou lorsque le sida est diagnostiqué moins de trois mois après celui-ci (source : ISP).

¹² Les résultats pour le dispositif Action Test à destination des migrants subsahariens à Bruxelles, mis en place par le SidAids, la Plate-Forme Prévention Sida et l'Observatoire du sida et des sexualités, ne sont pas encore disponibles puisque le projet a débuté en novembre 2016.

Les dispositifs de **dépistage décentralisé** à destination des travailleur-es du sexe (TDS) montrent également de bons résultats. Sur la période 2012-2016, pour les trois IST touchant particulièrement les HSH, l'asbl Alias (public cible : TDS hommes et trans*) a réalisé 199 tests de dépistage du VIH avec un taux de séro-découverte de 4% ; 167 tests de dépistage de la syphilis avec 7,7% de découverte de cas positifs ; 137 tests de dépistage du VHC avec 4,3% de découverte de cas positifs. Ces résultats doivent largement être imputés au travail intensif de terrain et de proximité qui y est mené, associant plusieurs stratégies de promotion de la santé dans un cadre global articulant le social et la santé.

2. L'incidence des autres IST

En Belgique, une recrudescence des infections sexuellement transmissibles (IST) autres que le VIH est observée continûment depuis 2002. Il faut préciser que la surveillance de l'incidence des IST, contrairement au VIH, n'est pas exhaustive mais repose sur un réseau assez stable de laboratoires de microbiologie (dit laboratoires vigie) qui couvre environ 50% des cas d'IST sur le territoire. D'autres données proviennent également du réseau sentinelle de cliniciens.

A Bruxelles, les trois IST les plus courantes présentent les mêmes tendances à la hausse :

- **La chlamydia** est la plus fréquemment diagnostiquée et son augmentation est surtout observée chez les femmes de 20 à 24 ans.
- **La gonorrhée** est plus souvent diagnostiquée chez les hommes âgés de 20 à 39 ans.
- **La syphilis** est diagnostiquée majoritairement chez les hommes dans tous les groupes d'âge au-delà de 20 ans.

Tableau 1 : Nouveaux cas d'IST enregistrés en Région bruxelloise et en Belgique (2002-2015)

	Bruxelles		Belgique	
	2002	2015	2002	2015
Chlamydia	307	1325	988	6 063
Gonorrhée	57	305	275	1339
Syphilis	27	304	46	906

Source : MAES al. (2016)

Ces trois IST sont curables avec les traitements disponibles. Pourtant **les réinfections** sont plutôt fréquentes : en Belgique, les ratios connus de réinfections à chlamydia dans un délai de six mois varient de 10% à 20%. Pour la syphilis, ils vont de 2,5% dans les 8 ans à 10% dans les 10 ans.

Les coinfections doivent également être l'objet d'attention : en Belgique en 2013, 8% des patients étaient dépistés simultanément pour 2 voire 3 IST. Dans 70% des cas, il s'agissait d'une combinaison chlamydia-gonorrhée. La présence d'une IST chez une personne augmente la probabilité de contracter le VIH lors de rapports non protégés. Au niveau national en 2013, 23% des patients dépistés pour une IST dans le réseau sentinelle étaient également séropositifs VIH et 3% ont été dépistés pour le VIH à l'occasion d'une consultation IST (les autres connaissaient leur statut). Il s'agissait de HSH.

Concernant le virus de l'hépatite C (VHC), seuls les cas de transmission par voie sexuelle sont répertoriés par le réseau sentinelle IST : en 2013, les rares cas d'hépatite C touchaient exclusivement les HSH. Par ailleurs, en Belgique, environ 1% de la population serait touchée par le VHC (autour de

70.000 personnes) avec un taux important de sous-dépistage (40% de personnes porteuses ignoreraient leur statut). Entre janvier 2008 et mars 2016, 7.596 cas de VHC ont été diagnostiqués (2.903 femmes et 7.514 hommes) en Belgique. A Bruxelles, 2.360 nouveaux cas entre janvier 2008 et mars 2016 (1.344 femmes et 2.362 hommes). Les UDI sont le public le plus vulnérable pour le VHC.

En 2013, la plupart des patients atteints d'IST enregistrés par le réseau sentinelle de cliniciens étaient des HSH et des jeunes adultes Belges, et l'ISP recommandait de prêter également attention aux Subsahariens compte tenu de leur part importante dans l'épidémie de VIH. Les usagers de drogue et les travailleurs du sexe font nettement partie des populations cibles concernant les IST.

3. Personnes vivant avec le VIH

En 2015, 15.266 personnes vivant avec le VIH (PVVIH) étaient suivies médicalement dans un Centre de référence SIDA (CRS) en Belgique. Les Belges constituaient 54% de ces patients – dont 80% d'hommes –, les Subsahariens comptaient pour 30% – dont 68% de femmes – et les Européens pour 9% (lorsque la nationalité est connue). Ces patients avaient été diagnostiqués depuis 10 ans en moyenne ; à l'exception d'une part importante (63%) des personnes infectées par usage de drogue par voie intraveineuse diagnostiquées il y a plus de 10 ans.

Globalement, les résultats quant à **l'atteinte durable d'une charge virale indétectable** sont bons lorsque les personnes sont entrées et maintenues dans les soins. En effet, en 2015 :

- 94 % des patients suivis médicalement dans les CRS recevaient un TARV (la couverture TARV est supérieure à 90 % dans tous les groupes) ;
- parmi ceux-ci, 96% de ceux qui suivaient un TARV depuis au moins 6 mois avaient atteint une charge virale indétectable (<200 copies/ml).

Toutefois, le fait d'être non-Belge ou usager de drogues est associé avec une entrée et un maintien plus faibles dans les soins, ce qui a un impact négatif sur le contrôle de la charge virale.

L'ISP a analysé les données de la cohorte de patients VIH+ en 2014 concernant **le continuum de soins** : parmi 14.977 PVVIH suivis médicalement dans les CRS, 98 % étaient entrés dans les soins et 88% y étaient maintenus, 84% recevaient un TARV et 80% avaient atteint une CVI (<200 copies/ml). Les personnes dites « perdues de vue » (qui ne sont pas entrées ou pas restées dans les soins) représentaient 12% de l'ensemble des personnes diagnostiquées vivant en Belgique en 2014.

Les thérapies antirétrovirales efficaces ont conduit à une amélioration de l'espérance de vie des PVVIH et donc à un **vieillessement des patients infectés par le VIH**. Entre 2006 et 2015, la part des patients de plus de 50 ans est passée de 19% à 34%. En 2015, l'âge moyen des femmes VVIH était de 43 ans (contre 38 ans en 2006) et de 46 ans chez les hommes (contre 43 ans en 2006). Le vieillissement induit la prise en compte des comorbidités dans la prise en charge.

Sur le plan social, le sida engendre encore de **la stigmatisation et des discriminations multiples**. Les personnes vivant avec le VIH rencontrent des difficultés dans le domaine des assurances, de l'emploi, des soins et de la vie affective en raison de leur séropositivité.

L'enquête demandée par le GRECOS (aujourd'hui Action+) et conduite par l'Observatoire du sida et des sexualités en collaboration avec la Plate-Forme Prévention Sida montre tout d'abord, les discriminations se maintiennent et ce particulièrement dans le milieu médical, dans l'accès aux assurances et, dans une moindre mesure, dans la vie professionnelle. Par exemple, plus de 13% des

répondants disent avoir connu un ou des refus de soins à cause de leur séropositivité et près de 16% se sont déjà vu refuser ou compliquer l'accès à des biens et services, principalement l'accès à une assurance ou à un prêt bancaire. Par contre, les répondants ne connaissent pas la loi anti-discrimination (à plus de 85%) et la grande majorité de ceux qui reconnaissent avoir été discriminés n'ont rien fait.

En outre, les discriminations semblent prendre des formes indirectes, voilées ou euphémisées. On constate davantage de gêne ressentie que des refus de soins dans le milieu médical, plus de blocages de carrière que de licenciements dans le milieu du travail, plus de propos désobligeants ou maladroits que d'exclusions dans la vie sociale.

La vie affective reste toutefois la plus compliquée à gérer, avec près d'un quart qui a connu une rupture de relation à cause de la séropositivité. Par ailleurs, plusieurs répondants anticipent ces discriminations et mettent en place des stratégies de révélation de leur statut uniquement aux personnes estimées de confiance et/ou des stratégies de renonciation à des relations ou à des situations pouvant les discriminer. Ainsi, l'auto-discrimination et l'auto-stigmatisation sont fortes, avec près de la moitié des répondants qui ont déjà renoncé à quelque chose et qui ont déjà ressenti de la honte à cause de leur séropositivité.

Enfin, l'enquête rend compte d'une très forte corrélation entre la situation socio-économique et son impact sur la vie avec le VIH. Les répondants en situation précaire sont davantage que les autres célibataires, avec un moral estimé mauvais, un sentiment de honte d'être séropositif, une plus grande exposition aux discriminations et une plus forte auto-stigmatisation. En ce sens, le VIH ne fait qu'accentuer les inégalités sociales de santé.

ANNEXE 2 : PREVENTION COMBINEE (DIVERSIFIEE)

Le concept de prévention combinée consiste, comme son nom l'indique, à combiner les différents outils de prévention. On parle aujourd'hui davantage de prévention diversifiée pour mettre l'accent sur la pluralité des moyens de protection en fonction de leur adéquation à la situation et aux besoins de chaque individu aux différentes périodes de sa vie sexuelle.

D'un côté, **le recours au préservatif** reste efficace pour la prévention du VIH (et d'autres IST) malgré les obstacles à son recours systématique et correct (coût, faible accessibilité dans les lieux de consommation sexuelle/festifs, difficultés d'utilisation). D'un autre côté, les traitements antirétroviraux (ARV), administrés depuis le milieu des années '90, ont démontré leur impact sur la qualité et l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH malgré des difficultés récurrentes dans l'observance notamment dues aux effets secondaires et indésirables. La mise sous traitement précoce freine la constitution de réservoirs viraux ainsi que la dégradation de l'état de santé des PVVIH.

TREATMENT AS PREVENTION (TASP) : LE TRAITEMENT EST UN OUTIL DE PREVENTION

Les traitements se sont également révélés de plus en plus efficaces au plan préventif. S'ils sont initiés et suivis dans des conditions optimales, les ARV permettent de réduire le risque de transmission du virus et sont donc devenus des outils additionnels pour la prévention individuelle et collective. **Le traitement comme prévention**, ou en anglais *Treatment as Prevention* (TasP), consiste à mettre sous traitement antirétroviral des personnes infectées jusqu'à atteindre une **charge virale indétectable** en vue de rendre le risque de transmission du VIH par voie sexuelle négligeable voire nul (« Indétectable = Intransmissible »).

Pour les personnes qui souhaitent abandonner le recours au préservatif (p. ex. couples sérodifférents) ou qui n'utilisent pas souvent ou pas toujours le préservatif, cette stratégie requiert notamment de connaître son statut sérologique, et plus précisément sa charge virale, ainsi que celle de ses partenaires. La prévention biomédicale nécessite donc l'adoption de comportements spécifiques, notamment pour les PVVIH (être observant à son traitement, effectuer un dépistage régulier des autres IST). Une attention doit être portée sur la charge et les limites de la responsabilisation des personnes vivant avec le VIH dans un contexte où la criminalisation de la transmission du VIH est déjà d'application dans plusieurs pays.

Afin d'optimiser la stratégie du traitement comme prévention et donc de réduire fortement le risque de transmission du virus par voie sexuelle, les personnes diagnostiquées séropositives doivent être mises en lien avec le dispositif curatif (en particulier les centres de référence SIDA), ce qui nécessite d'assurer un accompagnement psychosocial pour les publics vulnérables, en particulier les personnes sans couverture de santé.

La prophylaxie post-exposition (PEP), appelée également traitement post-exposition (TPE), est un traitement préventif d'urgence en cas de risque élevé ou d'exposition avérée au virus, professionnelle ou non, afin d'empêcher sa transmission dans le sang. Son succès repose entre autres sur la précocité de son administration (dans les premières heures et jusqu'à 72 heures). Il doit ensuite être pris pendant quatre semaines. En Belgique, le TPE est accessible gratuitement, sous certaines conditions, dans les centres de référence SIDA.

La prophylaxie pré-exposition, ou en anglais Pre-exposure Prophylaxis (PreP), consiste également à faire un usage préventif des ARV mais pour des personnes non-infectées (en ciblant des situations qui exposent le plus fortement au risque). Disponible aux USA, en France et en Grande-Bretagne, la PrEP n'est pas encore remboursée en Belgique mais un dispositif d'accompagnement médical et communautaire des usagers de PrEP a vu le jour en 2017 à Bruxelles et Liège (myprep.be).

Enfin, les méthodes de **réduction des risques sexuels (RdRS)** sont principalement observées chez les HSH et consistent à adapter ses comportements sexuels en vue de diminuer le risque lié à une exposition sexuelle éventuelle au VIH quand le préservatif n'est pas utilisé. Les pratiques de RdRS lors des pénétrations anales non protégées comprennent :

- le sérotriage (sélection des partenaires en fonction de leur statut sérologique) ;
- la sécurité négociée (non protection dans le couple, protection à l'extérieur) ;
- le positionnement stratégique (pratiquer des pénétrations anales insertives ou réceptives selon son statut sérologique) ;
- le retrait avant éjaculation (ne pas recevoir de sperme dans le rectum).

Le degré de réduction du risque de ces stratégies ne fait pas encore l'objet de consensus.

Le dépistage est la première étape d'une chaîne d'interventions psycho-médico-sociales.

Les objectifs de l'ONUSIDA pour 2020 énoncent que dans chaque pays :

- 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique (dépistage) ;
- 90% d'entre elles entrent dans les soins et reçoivent un TARV (ce qui nécessite un accompagnement à l'entrée dans les soins). ;
- 90% de ces dernières ont atteint une charge virale indétectable (ce qui nécessite un accompagnement au maintien de l'observance).

La stratégie *Test and Treat* consiste à dépister mieux et plus tôt – particulièrement en cas de prise de risque – tout en assurant une entrée rapide dans les soins (*linkage to care*). La connaissance de son statut sérologique constitue un levier important de lutte contre l'épidémie puisqu'une personne diagnostiquée peut adapter ses pratiques et accéder à une prise en charge thérapeutique (*linkage to care*) permettant de contrôler le virus, donc d'améliorer sa qualité de vie, d'allonger son espérance de vie et de diminuer les risques de transmission.

Connaître son statut sérologique, le plus précocement possible et dans de bonnes conditions est ainsi une pierre angulaire de la lutte contre l'épidémie. Miser sur l'effet préventif des traitements est renforcé par le fait que les personnes séropositives adoptent majoritairement des comportements de protection vis-à-vis d'elles-mêmes et de leurs partenaires lorsqu'elles connaissent leur statut sérologique. Dans cette perspective, un dépistage en routine (tous les mois, trimestres, semestres) est recommandé pour les personnes sexuellement actives membres des groupes cibles.

La diffusion d'informations sur l'intérêt et les modalités du dépistage doit donc aller de pair avec **le développement d'une offre globale de dépistage**. Actuellement, un test peut être réalisé par tout médecin généraliste ou spécialiste (que ce soit en médecine de ville, dans des centres médicaux, des centres de planning familial, des structures hospitalières). Des dispositifs spécialisés existent également (centre de dépistage anonyme et gratuit, centre de référence SIDA). Une information et un accompagnement vers ces structures sont proposés par les acteurs de prévention.

Les constats de tardivité montrent que les stratégies de dépistage doivent évoluer pour en faciliter l'accès, notamment par :

- **la multiplication des points d'entrée** (p. ex. dispositifs décentralisés, dispositifs communautaires) ;
- **la diversification des modalités** (p. ex. dispositifs démedicalisés avec tests rapides à orientation diagnostique, auto-tests).

Les projets alternatifs de dépistage du VIH (délocalisés et/ou démedicalisés), souvent doublés d'un *screening* des autres IST, ciblent des populations spécifiques (précarisées et/ou fortement exposées au risque) à l'aide d'outils spécifiques. Ces projets développent des méthodes pour aller à la rencontre des publics dans leurs milieux, selon leurs horaires et en établissant une relation basée sur l'échange, la confiance et la confidentialité. L'avis de juillet 2015 du Conseil supérieur de la santé est favorable, moyennant des garanties de qualité, à la mise en place d'un dépistage démedicalisé à l'aide des tests rapides d'orientation diagnostique et plaide pour une modification de la législation.

ANNEXE 3 : LES CADRES DE REFERENCE

1. La prévention du sida en Fédération Wallonie-Bruxelles

Jusqu'à la VI^{ème} réforme de l'Etat et aux accords dits de la S^{te} Emilie, la prévention du VIH/SIDA et des autres IST entrainé dans la compétence de promotion de la santé de la Communauté française – puis de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Plusieurs décrets ont organisé les activités dudit « secteur sida ».

- Le Décret du 16 avril 1991 portant création de l'Agence de prévention du sida et du Conseil scientifique et éthique de prévention du sida en Communauté française a créé une agence chargée de coordonner et de mettre en œuvre toutes les actions de prévention et un conseil mandaté pour donner des garanties scientifiques et éthiques aux actions préventives.
- Le Décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française a prévu que deux membres choisis par le Gouvernement, en raison de leur compétence particulière dans ce domaine, intègrent le Conseil Supérieur de Promotion de la Santé.
- Le Décret du 22 décembre 1997 portant restructuration de la prévention du sida en Communauté française a supprimé l'Agence de prévention du sida (son personnel est transféré dans les services de l'Administration, Direction de la Promotion de la santé). Le Conseil scientifique et éthique de prévention du sida est désormais chargé de proposer au gouvernement des axes prioritaires en matière de prévention du sida et de donner son avis sur le programme quinquennal. Le Conseil consultatif de prévention du sida est créé afin de permettre aux acteurs de terrain de donner, sur une base concertée, des avis au Gouvernement et au Conseil scientifique et éthique concernant la prévention du sida.
- Le Décret du 17 juillet 2003 modifiant le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française institue le plan communautaire opérationnel (PCO) de promotion de la santé lequel définit des thématiques prioritaires dont la prévention des IST/SIDA. Ce décret a supprimé les deux conseils du sida et transféré l'entièreté de la compétence d'avis au Conseil supérieur de promotion de la santé.

2. Le plan national VIH 2014-2019

Le Plan national VIH, approuvé lors de la Conférence interministérielle du 30/09/2013, préconise 58 actions pour renforcer la lutte contre l'épidémie de VIH et favoriser les conditions d'une sexualité épanouie et responsable. Sa force réside d'abord dans son caractère pluriannuel (2014-2019), transversal (intersectoriel, multidisciplinaire) et interfédéral (en impliquant tous les niveaux de pouvoir). Son intérêt et sa pertinence reposent ensuite sur l'objectif d'une diminution de l'incidence du VIH dans une perspective plus large de promotion de la santé (sexuelle), d'accès universel aux services et programmes de santé et de lutte contre les discriminations. Le plan identifie des publics prioritaires (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et migrants) et des publics vulnérables (les personnes vivant avec le VIH et leurs partenaires, les travailleurs du sexe, les usagers de drogues, les détenus, les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes) auprès desquels un travail spécifique et de proximité est jugé nécessaire, tout en maintenant des actions à destination de la population générale et des jeunes.

Concrètement, le plan opte pour une stratégie intégrée qui articule cinq piliers :

1. La prévention primaire et la réduction des risques : le plan entérine l'adoption du paradigme de prévention combinée.
2. Le dépistage précoce (médicalisé ou démedicalisé mais toujours volontaire et avec pré- et post-counselling) en tant qu'outil de prévention, pensé en lien avec l'entrée dans les soins.
3. La mise sous traitement antirétroviral, notamment comme outil de prévention.
4. L'amélioration de la qualité de vie des PVVIH ainsi que la centralité de la lutte contre les discriminations multiples et en particulier la sérophobie.
5. La mise à l'avant-plan du rôle des PVVIH dans la conception, la mise en œuvre et le suivi du dispositif est prévue dans la création d'un **Conseil Positif** qui est devenu le 5^{ème} pilier du plan.

En février 2014, le groupe de travail sida de la conférence interministérielle (CIM) santé publique a avalisé la mise en place d'une structure permanente de concertation, de monitoring et d'avis du Plan, communément appelée **Comité de monitoring** (action 54 du plan). Elle joue notamment un rôle d'interface entre le groupe de travail « sida » de la CIM et les membres des piliers du Plan.

3. Les Stratégies concertées des acteurs de prévention des IST/SIDA

En abrégé les SC-SS sont **un réseau d'intervenants** professionnels et non professionnels concernés par la lutte contre l'épidémie et actifs en matière de prévention, de dépistage ou de soins (associations de prévention, centres de référence SIDA, centres de dépistage, centres de planning familial, maisons médicales, organismes de promotion de la santé, associations communautaires, associations de patients, publics concernés). Ce réseau constitue depuis 2004 un espace participatif de concertation et de gestion de la qualité. Les participants au réseau travaillent collectivement à la planification des stratégies de prévention sur la base de diagnostics documentés et avec l'appui d'une méthodologie de cycle de projet prenant en compte l'ensemble des déterminants et des acteurs de santé.

Les cadres de référence des SC-SS ont servi de socle pour la thématique VIH/SIDA du plan communautaire opérationnel de promotion de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles. Les SC-SS distinguent 10 publics cibles : la population générale, les enfants et les jeunes, les personnes séropositives, les migrants, les HSH et FSF, les usagers de drogue injecteurs, les prostituées féminines, les prostitués masculins, les personnes détenues, le public festif¹³.

Le réseau est encadré par un **Comité de pilotage et d'appui méthodologique (CPAM)** dont l'Observatoire du sida et des sexualités assure le pilotage. Des organismes agissent comme points focaux (coordinateurs) pour un public cible auprès de leurs partenaires et de leur réseau élargi. Le processus lui-même est générateur d'échanges de pratiques et donc d'une plus grande interconnaissance entre les acteurs. Globalement, il permet une meilleure structuration du secteur et une harmonisation des interventions. Les résultats sont publiés sous la forme de brochures et diffusés sur le site internet : <http://www.strategiesconcertees.be>.

¹³ Depuis la publication en 2009 des cadres de référence, des changements se sont confirmés aux plans institutionnel, thérapeutique, préventif et au plan des comportements de certaines populations. Une mise à jour régionalisée a donc débuté en 2015 en commençant par les publics prioritaires (HSH et migrants). Voir RONTI T., DIELEMAN M. *et al.* (2016).

ANNEXE 4 : LES OPERATEURS

1. Le dispositif hérité de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Depuis 1997, la prévention du VIH et des autres IST a intégré une approche globale de promotion de la santé, laquelle fait appel à certains principes d'action (notamment la participation et l'action communautaire, le renforcement des aptitudes et l'action sur l'environnement ou encore le partenariat intersectoriel) et vise à réduire les inégalités sociales de santé en agissant sur les déterminants de santé à plusieurs niveaux (comportemental, environnemental, économique, socioculturel et politique).

Des **programmes d'action** et de recherche ont été financés, généralement mais pas systématiquement, sur une base pluriannuelle (3 ans) et les organismes qui mettent en œuvre ces programmes étaient reconnus pour une action : communautaire à l'échelle du territoire de la FWB ou locale à l'échelle d'une ville ou d'une province. Les programmes communautaires peuvent interagir avec les programmes des organismes locaux sur leur territoire et agissent également au niveau local en couvrant d'autres portions du territoire. Tous ces programmes développent une approche concertée et en réseau, ce qui assure une cohérence forte entre les deux régions. Ceci est renforcé par le fait que les programmes communautaires exercent des fonctions spécifiques et transversales telles que : la conception et la diffusion de messages de prévention (outils et campagnes), la recherche, la documentation, la planification l'appui méthodologique et scientifique.

Le modèle d'intervention articule jusqu'ici deux approches complémentaires :

1. Une approche globale de prévention primaire et universelle à destination de la population générale et des jeunes. Elle privilégie la diffusion d'informations via les canaux de communication grand public (comme la presse et les médias, l'affichage dans les lieux publics, la réalisation et la diffusion d'outils d'information) ainsi que le renforcement d'aptitudes (à travers la formation, la création d'outils pédagogiques, l'implication des publics dans des projets concrets et des actions dans les milieux festifs, scolaire et extra-scolaire).
2. Une approche spécifique de prévention primaire sélective et de réduction des risques à destination des publics prioritaires et vulnérables (HSH, migrants, usagers de drogues, travailleurs du sexe, détenus, FSF) avec des méthodes davantage centrées sur le contact avec les publics (via le travail de rue / de proximité ou la mobilisation communautaire) et l'intégration de leurs spécificités (réalisation d'outils adéquats, accompagnement des personnes vulnérables, etc.).

Concernant les **personnes vivant avec le VIH**, plusieurs associations développent des outils d'information à destination de ce public, mais également des activités collectives ainsi que des projets de défense des droits ou de lutte contre les discriminations. Depuis la mise sur pied du Plan VIH, une mobilisation accrue des PVVIH est en cours et a donné naissance au Conseil Positif, conformément au principe de la participation accrue des PVVIH (dit principe GIPA) soutenu par l'ONUSIDA.

Les **activités de recherche, de planification et de support thématique** sont prises en charge par un service universitaire agissant sur les deux Régions. Les connaissances sur les dynamiques de l'épidémie et ses déterminants spécifiques parmi les publics concernés, ainsi que sur les besoins et les demandes de ces derniers permettent d'identifier des leviers d'action en matière de prévention. Les résultats sont intégrés dans les activités de planification concertée et de support scientifique.

Une information et un accompagnement vers les **structures de dépistage** sont proposés par les acteurs de prévention. En outre, plusieurs dispositifs de dépistage décentralisé, délocalisé et/ou démedicalisé à destination des HSH, des travailleurs du sexe et des migrants ont été mis en place par des acteurs de prévention (pour certains avec le soutien de l'INAMI).

Les **activités d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS)** sont principalement assurées par des acteurs scolaires (enseignants, services PSE, centres PMS) et par les centres de planning familial – ces différents acteurs peuvent d'ailleurs collaborer. En outre, des acteurs de prévention se joignent aux interventions scolaires et conçoivent des interventions extra-scolaires (événements festifs notamment). Le CBPS assure une mission de point d'appui à l'EVRAS et la FLCPF est mandatée pour la généralisation de l'EVRAS et promue comme opérateur de formation.

Les organismes qui développent des programmes de prévention du VIH et des autres IST développent **des collaborations** avec d'autres acteurs de la promotion de la santé mais également avec les services de dépistage et de soin (particulièrement les centres de référence SIDA et les centres de planning familial), le milieu LGBT, le secteur de la migration, le secteur assuétudes, etc.

Tous les organismes actifs directement ou plus indirectement dans la prévention du VIH et des autres IST développent des approches différentes et complémentaires qui nécessitent des mécanismes d'échange, de régulation et de concertation ce à quoi répond le **réseau des Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/SIDA** (voir plus haut).

2. Répertoire des organismes de prévention

Opérateurs ayant obtenu un financement de la COCOF en 2016 pour leurs actions de promotion de la santé sexuelle et prévention des VIH/VHC/IST dans la Région de Bruxelles-Capitale :

Nom de l'organisme	Public cible	Actif en RW
Aide Info Sida	PVVIH	-
Alias	Travailleurs du sexe (Hommes)	-
CBPS (CLPS de Bruxelles)	Point d'appui EVRAS	-
Espace P...	Travailleurs du sexe (Femmes)	Oui
Ex Æquo	HSH	Oui
FLCPF	Jeunes et Professionnels EVRAS	Oui
Modus Vivendi	Usagers de drogues	Oui
Observatoire du sida et des sexualités	Tous publics et Professionnels	Oui
Plateforme Prévention Sida	Population générale, Jeunes et PVVIH	Oui
Service Education pour la Santé	Détenus	Oui
SidAids (Siréas)	Migrants	Oui

En outre, plusieurs acteurs de prévention du sida bénéficiant éventuellement d'autres subventions sont actifs sur le territoire bruxellois et notamment :

Nom de l'organisme	Public cible	Actif en RW
Le Conseil Positif francophone	PVVIH	Oui
Sensoa	HSH (néerlandophones)	-
Sida'Sos	Jeunes	Oui

REFERENCES UTILES

COMITE DE PILOTAGE ET D'APPUI METHODOLOGIQUE DES STRATEGIES CONCERTÉES DES ACTEURS DE LA PREVENTION DES IST/SIDA. (2014). *La prévention du sida et des autres IST un défi prioritaire pour les régions !* Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités.

<http://observatoire-sidasexualites.be/la-prevention-du-sida-et-des-autres-ist-un-defi-prioritaire-pour-les-regions/>

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. (2014). *Avis du 19 juillet 2014 sur le Plan national VIH 2014-2019*. <https://ordomedic.be/fr/avis/conseil/plan-national-vih-2014-2019>

CONSEIL NATIONAL DU SIDA (France). (2009). *Avis suivi de recommandations sur l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH*.

<http://www.cns.sante.fr/spip.php?article294>

CONSEIL NATIONAL DU SIDA (France). (2012). *Avis sur les autotests de dépistage de l'infection à VIH*.

<http://www.cns.sante.fr/spip.php?article467>

CONSEIL NATIONAL DU SIDA (France). (2012). *Avis sur l'intérêt potentiel du concept de prophylaxie pré-exposition du VIH/sida (PrEP)*.

<http://www.cns.sante.fr/spip.php?article396>

CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE. (2013). *Avis n° 8902 concernant les lignes directrices relatives à l'utilisation du préservatif par les partenaires VIH-sérodiscordants recevant un traitement antirétroviral*.

<http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@shc/documents/ie2divers/19088453.pdf>

CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE. (2015). *Avis n° 9224 concernant le dépistage décentralisé et démedicalisé du VIH en Belgique*.

http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@shc/documents/ie2divers/19103882_fr.pdf

EPISTAT. *Belgian Infectious Disease*. <https://epistat.wiv-isp.be/>

EUROPEAN CENTER FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. (2015). *Dublin Declaration monitoring. 2014 Progress Reports*.

<http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/aids/Pages/monitoring-dublin-declaration-2014-progress.aspx>

EUROPEAN CENTER FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. (2015). *Surveillance Report. HIV/AIDS surveillance in Europe 2015*.

<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/HIV-AIDS-surveillance-Europe-2015.pdf>

MAES V., CROMBE F., CRUCITTI T. (2015). *Surveillance des infections sexuellement transmissibles 2002-2015. Données nationales et régionales issues du réseau de laboratoires de microbiologie et du centre national de référence. Rapport partiel*. Bruxelles, Institut Scientifique de Santé publique. https://epidemiologie.wiv-isp.be/ID/reports/Rapport%20Infections%20Sexuellement%20Transmissibles%20%202002-2015_RAPPORT%20PARTIEL.pdf

MARTENS V., PARENT F. *et al.* (2009). *Stratégies concertées du secteur de la prévention du Sida et des IST en Communauté française : une analyse commune pour l'action*. Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités.

<http://www.strategiesconcertees.be/publications>

MARTENS V. (2010). *Stratégies alternatives de dépistage du VIH en Communauté française : avis et recommandations des intervenants*. Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités.
<http://observatoire-sidasexualites.be/strategies-alternatives-de-depistage-du-vih-en-communaute-francaise-avis-et-recommandations-des-intervenants/>

MARTENS V., SASSE A. (2012). *La surveillance épidémiologique du VIH/sida : un outil d'évaluation de la prévention ?* Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités.
<http://observatoire-sidasexualites.be/la-surveillance-epidemiologique-du-vihsida-un-outil-devaluation-de-la-prevention/>

MINISTERE DE LA COMMUNAUTE FRANÇAISE. *Programme quinquennal de promotion de la santé 2008-2012*.
<http://www.sante.cfwb.be/index.php?id=3679>

MINISTERE DE LA COMMUNAUTE FRANÇAISE. *Plan communautaire opérationnel pour la promotion de la santé pour les années 2008-2009*.
<http://www.sante.cfwb.be/index.php?id=3680>

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE. (2013). *Plan VIH 2014-2019*. Belgique
<http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg2/@myhealth/documents/ie2divers/19089653.pdf>

OMS. (2016). *VIH/sida*. Aide-mémoire n° 360.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr>

ONUSIDA. (2007). *Une participation accrue des personnes vivant avec le VIH (GIPA)*.
http://data.unaids.org/pub/Report/2007/jc1299-policybrief-gipa_fr.pdf

ONUSIDA. (2013). *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2013*.
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_fr_1.pdf

ONUSIDA (2014). *Fiche d'information 2014*.
<http://www.unaids.org/fr/resources/campaigns/2014/2014gapreport/factsheet>

ONUSIDA. (2015). *Le sida en chiffres*.
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_fr.pdf

ONUSIDA. (2016). *L'ONUSIDA annonce 2 millions de personnes vivant avec le VIH de plus sous traitement en 2015, soit un total de 17 millions*. Communiqué de presse. Genève/Nairobi, 2016.
http://www.unaids.org/sites/default/files/20160531_PR_Global_AIDS_Update_fr.pdf

PEZERIL C. (2012). *Les conditions de vie des personnes séropositives en Belgique francophone (Wallonie et Bruxelles)*. Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités (avec la Plateforme Prévention Sida et le GRECOS).
<http://observatoire-sidasexualites.be/enquete-sur-les-conditions-de-vie-des-personnes-vivant-avec-le-vih-en-belgique-francophone-wallonie-et-bruxelles-2010-2012/>

PREVENTION ACCESS CAMPAIGN. (2017). *Risk Of Sexual Transmission Of Hiv From A Person Living With Hiv Who Has An Undetectable Viral Load. Messaging Primer & Consensus Statement*.
<https://www.preventionaccess.org/consensus>

RONTI T., DIELEMAN M *et al.* (2016). *Une analyse commune pour l'action. Cadre de référence 2017-2020 pour la promotion de la santé sexuelle et la prévention du VIH et des autres IST chez les gays, bisexuels et autres HSH dans la Région de Bruxelles-Capitale*. Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités (Université Saint-Louis).

SASSE A., DEBLONDE J., VAN BECKHOVEN D. (2014). *Epidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2013*. Bruxelles, Institut Scientifique de Santé publique.
https://www.wiv-isp.be/News/Documents/Rapport_VIH-SIDA_2013_Print_Press.pdf

SASSE A., DEBLONDE J., JAMINE D., OST C., VAN BECKHOVEN D. (2016). *Epidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2015*. Bruxelles, Institut Scientifique de Santé publique.
https://preventionsida.org/wp-content/uploads/2016/11/rapport_vih-sida_2015.pdf

US HEALTH SERVICE, CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (2014). *Preexposure prophylaxis for the prevention of hiv infection in the United States. A clinical practice guideline*.
<http://www.cdc.gov/hiv/pdf/guidelines/PrEPguidelines2014.pdf>

VERBRUGGE R., MOREEL S., CRUCITTI T. *et al.* (2014). *Surveillance des infections sexuellement transmissibles dans la population générale. Données de 2013 pour la Belgique et les 3 régions*. Bruxelles, Institut Scientifique de Santé publique.
https://www.wiv-isp.be/News/Documents/Rapport_IST_2013.pdf

WHO. (2014). *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*.
<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>

WHO. (2015). *Consolidated guidelines on HIV Testing Services. 5Cs: Consent, Confidentiality, Counselling, Correct Results and Connection*.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf?ua=1&ua=1