

STRATÉGIES
CONCERTÉES
IST-SIDA



**Note stratégique du CPAM pour
la prévention du VIH et des autres IST
dans la Région de Bruxelles-Capitale
2015-2020**

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

Présentation	4
Plan stratégique et opérationnel de Prévention du VIH et des autres IST	6
1. Cadre et vision	6
2. Finalités générales.....	7
3. Objectifs opérationnels	7
4. Stratégies et Activités.....	7
4.1. A destination des publics finaux	8
4.2. A destination des professionnels et des relais.....	10
4.3. L'analyse et l'aide à la décision.....	11

ANNEXES

Annexe 1 : Les cadres de référence.....	12
1. La prévention du sida en Fédération Wallonie-Bruxelles	12
2. Le plan national VIH 2014-2019	13
3. Les Stratégies concertées des acteurs de prévention des IST/SIDA.....	14
Annexe 2 : Les opérateurs	15
1. Le dispositif hérité de la Fédération Wallonie-Bruxelles	15
2. Répertoire des organismes de prévention	17
Annexe 3 : L'épidémie et sa prévention	18
1. L'incidence du VIH et des autres IST	18
1.1. Nouveaux cas de VIH	19
1.2. Nouveaux cas d'IST.....	20
1.3. Une épidémie concentrée	20
4. La prévention combinée - préservatif, TasP, TPE, PrEP, RdRS	21
5. Le dépistage - <i>Test and Treat</i> !.....	23
6. Le continuum des soins	25
7. La stigmatisation et les discriminations.....	25
Références utiles	27
Abréviations.....	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 Saint-Pierre Bruxelles / Centre Elisa
- 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 de Centres de Planning Familial
- Modus Vivendi
- Observatoire du sida et des sexualités (Université Saint-Louis)
- Plateforme Prévention Sida
- Service Education pour la Santé
- Service de santé affective, sexuelle et de réduction des risques 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 des Stratégies concertées et du CPAM.

PRESENTATION

Dans le contexte de la régionalisation de la promotion de la santé, le Comité de pilotage et d'appui méthodologique (CPAM) du réseau des Stratégies concertées des acteurs de prévention des IST/SIDA (SCSS) a conçu cette note stratégique afin de contribuer à **la planification des interventions de prévention du VIH et des autres IST**.

Intégrant une perspective plus large de **promotion de la santé sexuelle**, cette note est particulièrement centrée sur la prévention du VIH et des autres IST en incluant des aspects de **réduction des risques** liés aux usages de drogue (RdR) et des aspects 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 prochaines années. Elle fait suite au plaidoyer¹ des acteurs de prévention des IST/SIDA diffusé à l'occasion du 1^{er} décembre 2014 et elle prolonge le travail qui avait été conduit, lors de la précédente législature, en vue d'adapter le Plan national VIH à la réalité et aux compétences de la Fédération Wallonie Bruxelles².

Une **croissance de l'épidémie** de VIH est observée depuis une quinzaine d'années en Belgique. Elle se double d'une augmentation des cas de plusieurs IST en particulier la chlamydia, la syphilis et la gonorrhée. Les personnes vivant avec le VIH, en particulier les HSH, sont également plus souvent touchés par l'hépatite C. Il reste donc capital de maintenir une **approche thématique** de prévention des IST/VIH pour atteindre, en première ligne, les personnes les plus touchées.

La régionalisation 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) aux programmes de lutte contre l'épidémie requiert des dispositifs spécifiques et un soutien accru.

La consolidation des programmes d'action devrait tenir compte des incidences variables de l'épidémie selon les territoires et les populations. Le VIH touche **deux publics prioritaires** : les gays, bisexuels et autres HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) et les migrants dont bon nombre de femmes. Il touche également **des publics vulnérables** et en particulier : les personnes vivants avec le VIH, les travailleurs du sexe, les usagers de drogues 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 FSF (femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes).

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

² 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.

Depuis plusieurs années, 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. Ces innovations posent de nouveaux enjeux quant à la santé sexuelle ou au vieillissement des PVVIH.

Sur cette base, le virage de la **prévention combinée** a réorienté le cadre d'action autour de l'équation : **rapports protégés = préservatif/réduction des risques + dépistage + traitements**. La prévention combinée³ consiste ainsi à articuler plusieurs moyens de protection en misant sur leur complémentarité afin de réduire au maximum la diffusion de l'épidémie de VIH. Ce paradigme scelle des liens accrus non seulement entre préventions primaire, secondaire et tertiaire⁴ mais également entre approches comportementale, environnementale et biomédicale et par conséquent entre acteurs de la prévention, acteurs des soins et acteurs des milieux de vie.

Cette approche de plus en plus personnalisée requiert de construire des stratégies ajustées aux situations individuelles et elle doit avoir pour conséquence une **complexification des messages préventifs**. En outre, les campagnes d'information doivent intégrer la diffusion d'informations sur la prévention des autres IST.

En aval de la prévention primaire, une **cascade d'interventions** est requise afin de comprimer efficacement et durablement l'épidémie de VIH. L'ONUSIDA a fixé les objectifs chiffrés suivants : 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.

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 (comme les personnes étrangères en attente d'un titre de séjour).

L'ensemble du dispositif devra assurer la **formation** des professionnels et des relais ainsi que des activités de **recherche** et de **collecte de données** sur les déterminants des épidémies d'IST/VIH et sur les réponses qui y sont apportées.

Enfin, sur le plan social, le VIH/SIDA engendre toujours de la **stigmatisation** et des **discriminations**. En cela il se distingue des autres maladies chroniques comme le cancer ou les maladies cardio-vasculaires. Des actions en matière de droits des personnes séropositives mais aussi de visibilité et de dicibilité du VIH doivent donc pleinement intégrer une planification de santé.

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

⁴ Le dernier programme quinquennal de promotion de la santé en FWB définit comme suit l'approche préventive, en regard de l'histoire naturelle des maladies : « on parle de prévention primaire si l'intervention a lieu avant l'émergence de la symptomatologie, de prévention secondaire s'il s'agit de rechercher des signes avant-coureurs de la maladie (c'est notamment le cas du dépistage), de prévention tertiaire si l'objectif est de prévenir les complications et de prévention quaternaire si l'on vise à empêcher les rechutes ».

PLAN STRATEGIQUE ET OPERATIONNEL DE PREVENTION DU VIH ET DES AUTRES IST

Afin d'assurer une réponse de qualité face aux défis posés par les épidémies de VIH et d'autres IST, le CPAM recommande de développer une stratégie ambitieuse de prévention pour les années 2015-2020, dans la continuité mais également la rénovation des interventions conduites jusqu'ici.

1. Cadre et vision

Les objectifs de la prévention des IST/VIH 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 protection 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 de la mise en œuvre des stratégies.
- **Une approche positive de la prévention et des sexualités** qui cherche 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 ;
 - 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, etc.
- **Une stratégie intégrée de prévention combinée** qui repose sur l'équation « rapports protégés = préservatif/RdR + dépistage + 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 des individus et 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, l'intersectorialité ou encore la mobilisation des relais.
- **La complémentarité et la cohérence dans la chaîne d'intervention** entre :
 - acteurs du préventif et du curatif ;
 - intervenants professionnels et experts profanes ;
 - secteurs concernés (santé, social, jeunesse, immigration, etc.) ;
 - réponse universelle et réponses spécifiques (population générale / publics cibles) ;
 - recherche et action (*know your epidemic*) ;
 - politiques régionales bruxelloise et wallonne, mais également fédérale, européenne et internationale.

2. Finalités générales

Améliorer la santé sexuelle des populations
Réduire l'incidence et la prévalence des IST et en particulier du VIH

3. Objectifs opérationnels

1. Améliorer le niveau d'information et renforcer les aptitudes des populations en matière de santé sexuelle, IST/VIH, prévention, réduction des risques, dépistage et traitements.
2. Renforcer l'accès au matériel de prévention/réduction des risques (préservatifs, lubrifiant, outils d'information, matériel stérile de consommation, etc.).
3. Développer les connaissances et les compétences des professionnels et des relais en contact avec les populations concernées.
4. Accroître le nombre de personnes connaissant leur statut sérologique par un dépistage précoce réalisé dans des conditions adéquates.
5. Faciliter l'entrée et le maintien dans les soins, donc *in fine* réduire la charge virale au niveau populationnel.
6. Défendre les droits des PVVIH et lutter contre les politiques répressives et les discriminations multiples (sérophobie, homo/bi/transphobie, sexisme, racisme, etc.).
7. Accroître la connaissance scientifique sur les dynamiques et les déterminants des épidémies d'IST/VIH.

4. Stratégies et Activités

Afin d'atteindre les objectifs opérationnels, plusieurs types d'interventions doivent être mises en œuvre par les acteurs de prévention et leurs partenaires. Elles sont regroupées dans ce document en fonction qu'elles visent les publics finaux (point 4.1), les professionnels et les relais (point 4.2) ou encore qu'elles assurent des missions de surveillance et de planification (point 4.3).

En regard de la colonne « Activités », la colonne intitulée « Gestion de la qualité » identifie, de manière synthétique, les améliorations qui pourraient rapidement être apportées aux activités déjà existantes.

Une étape ultérieure de planification devra consister à élaborer, de manière concertée, un outil d'évaluation des interventions et des politiques de prévention. 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 utilement de base à ce travail.

4.1. A destination des publics finaux

<p>Stratégie 1 : Premier accueil</p> <p>ASSURER UN ACCUEIL (PHYSIQUE, TELEPHONIQUE ET INTERNET) POUR LA POPULATION GENERALE ET LES PUBLICS CIBLES.</p>	
<p>Activités</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. ✓ Orientation des personnes vers le réseau existant⁵. 	<p><u>Gestion de la qualité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Former les accueillants. - Formaliser les collaborations. - Accompagner les personnes en difficulté sociale. - Récolter des données.
<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 ET CONTINU AVEC LES PUBLICS CIBLES.</p>	
<p>Activités</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Création et maintien du lien avec les publics cibles. ✓ Identification des demandes et orientation vers le réseau existant. ✓ Diffusion d'informations et mise à disposition de matériel de prévention/RdR. ✓ Projets participatifs (par les pairs). 	<p><u>Gestion de la qualité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Formaliser une méthode pour le travail de proximité. - Intensifier les collaborations avec les relais festifs et communautaires. - Récolter des données.
<p>Stratégie 3 : Distribution de matériel</p> <p>GARANTIR DE MANIERE DURABLE UN ACCES GRATUIT AUX PRESERVATIFS ET AU LUBRIFIANT SUR LES LIEUX CONCENTRANT LES PUBLICS CIBLES.</p>	
<p>Activités</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Approvisionnement des lieux de fête et de travail du sexe en préservatifs/lubrifiant de qualité. ✓ Sensibilisation à l'utilisation du préservatif. ✓ Distribution de préservatifs et de lubrifiant en milieu carcéral. 	<p><u>Gestion de la qualité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Créer des packs innovants de prévention/RdR adaptés au contexte festif et aux besoins et demandes des publics. - Créer une centrale d'achat. - Améliorer l'accessibilité du matériel de prévention en milieu carcéral.
<p>Stratégie 4 : Information et communication</p> <p>DIFFUSER DES INFORMATIONS ET DES MESSAGES SUR LA SANTE SEXUELLE ET LA PREVENTION COMBINEE A DESTINATION DE LA POPULATION GENERALE ET DES PUBLICS CIBLES.</p>	
<p>Activités</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diffusion d'informations complètes sur les stratégies de prévention (préservatif, RdR/RdRS, TPE, TasP, PrEP, CVI). ✓ Conception et diffusion d'outils d'animation actualisés (aux formats papier et audiovisuel). 	<p><u>Gestion de la qualité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Harmoniser davantage les messages de prévention. - Développer des approches novatrices sur Internet (réseaux sociaux, applications mobiles).

⁵ Dépistage, IVG/contraception, accompagnement d'une grossesse, accès aux soins, ouverture des droits sociaux, soutien psychologique, associations communautaires, centres d'aide aux victimes de violence ou de discrimination, etc.

Stratégie 5 : Réduction des risques liés à l'usage 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.

Activités <ul style="list-style-type: none">✓ 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 (dont le matériel stérile d'injection).✓ Sensibilisation à la RdR des services de santé et de cure (notamment en prison).	Gestion de la qualité <ul style="list-style-type: none">- Impliquer davantage les pharmaciens, y compris à travers le démarchage par les usagers injecteurs.- Appuyer une réforme du cadre légal pour la RdR.- Réfléchir à l'ouverture de salles de consommation à moindre risque.
--	---

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

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

Activités <ul style="list-style-type: none">✓ Interventions éducatives généralisées, répétées et appropriées tout au long du cycle scolaire (primaire et secondaire) qui prennent en compte tous les aspects de la sexualité (cognitifs, physiologiques, émotionnels, sociaux, interactionnels, sanitaires, etc.).✓ Interventions et animations d'information et de sensibilisation en milieu festif.	Gestion de la qualité <ul style="list-style-type: none">- Elaborer un cadre de référence commun sur les savoirs à transmettre et sur les méthodes de renforcement d'aptitudes.- Coordonner les interventions extra-scolaires.- Mobiliser toutes les parties prenantes (jeunes, professeurs, éducateurs, directeurs, parents, centres de planning familial, etc.)
---	---

Stratégie 7 : Dépistage et entrée dans les soins

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

Activités <ul style="list-style-type: none">✓ Campagnes de sensibilisation au dépistage et au traitement des IST/VIH à destination de la population générale et des publics cibles.✓ Projets de dépistage alternatif (décentralisé et/ou démedicalisé) en ce compris l'accompagnement vers les centres de référence SIDA.✓ Information et sensibilisation des médecins généralistes au dépistage des IST/VIH.	Gestion de la qualité <ul style="list-style-type: none">- Former les acteurs du dépistage démedicalisé.- Accroître et formaliser des collaborations entre acteurs préventifs et curatifs.- Appuyer une réforme du cadre légal pour le dépistage démedicalisé et l'auto-test.
--	---

Stratégie 8 : Participation et mobilisation communautaires

ACCOMPAGNER ET RENFORCER LES CAPACITES DES PUBLICS CIBLES A EXPRIMER LEURS BESOINS ET A DEVELOPPER DES PROJETS COLLECTIFS.

Activités <ul style="list-style-type: none">✓ Activités informatives et récréatives autour de la santé sexuelle et de la prévention/RdR à destination des publics cibles.✓ Formation de relais-santé (y compris des pairs).	Gestion de la qualité <ul style="list-style-type: none">- Elaborer un socle de connaissances et de compétences pour les relais.- Collaborer davantage avec les acteurs festifs, communautaires et culturels.
---	--

Stratégie 9 : Droits et conditions de vie des personnes vivant avec le VIH (PVVIH)

REDUIRE LA VULNERABILITE SOCIALE AINSI QUE LA DISCRIMINATION ET LA STIGMATISATION DES PVVIH.

Activités

- ✓ Conception d'outils informatifs sur les droits des PVVIH.
- ✓ Diffusion de campagnes de solidarité avec les PVVIH / lutte contre la sérophobie.
- ✓ Projets de lutte contre les discriminations liées au VIH (p. ex. dans le monde du travail, le secteur social /santé, les assurances).
- ✓ Premier accueil de signalements/plaintes pour discrimination⁶ ou faits de violence.

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.

4.2. A destination des professionnels et des relais

Stratégie 10 : Réseau et concertation

DEVELOPPER ET ANIMER UN RESEAU DE CONCERTATION INTERSECTORIELLE DE PROMOTION DE LA SANTE SEXUELLE ET DE PREVENTION DES IST/VIH.

Activités

- ✓ Organisation de journées stratégiques (analyses de situation et planification des interventions).
- ✓ Organisation d'ateliers d'échanges de savoirs et de pratiques.

Gestion de la qualité

- Identifier et mettre en place des synergies opérationnelles (par territoires et publics).
- Intensifier le réseau européen et international.

Stratégie 11 : 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 IST/VIH, D'EVRAIS ET DE RdR.

Activités

- ✓ Organisation d'une offre de formation structurelle multidisciplinaire et adaptée aux besoins des acteurs de terrain.
- ✓ Organisation de séminaires et de conférences diffusant les travaux scientifiques récents et novateurs.
- ✓ Soutien scientifique et méthodologique continu aux porteurs de projets.
- ✓ Veille documentaire et mise à disposition de documents spécialisés (littérature, outils, guidelines).

Gestion de la qualité

- Formaliser des collaborations avec les écoles de santé publique et les acteurs de prévention des pays européens.
- Assurer un monitoring des avancées thérapeutiques et législatives.

⁶ En lien avec le Centre interfédéral pour l'Égalité des chances.

4.3. L'analyse et l'aide à la décision

Stratégie 12 : Recherche et planification

PRODUIRE UNE CONNAISSANCE FINE DES DETERMINANTS DE LA SANTE SEXUELLE ET DES DYNAMIQUES DES EPIDEMIES D'IST/VIH ET ASSURER UNE REPONSE ADEQUATE ET COHERENTE DES INTERVENTIONS DE PREVENTION.

Activités

- ✓ Collecte en routine de données socio-comportementales et environnementales⁷.
- ✓ Réalisation d'enquêtes quantitatives et d'enquêtes de terrain approfondies pour certains (sous-) publics ou problématiques méconnus à l'appui de méthodes qualitatives (recherche-action, diagnostic communautaire, ethnographie).
- ✓ Pilotage stratégique⁸ basé sur l'évidence scientifique et la concertation intersectorielle.

Gestion de la qualité

- Centraliser et standardiser la collecte de données réalisée par les acteurs de terrain.
- Mettre en place des enquêtes répétées sur certains indicateurs et populations.
- Elaborer un outil d'évaluation de la qualité des interventions et de la politique de prévention.

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.

Activités

- ✓ Représentation des acteurs de prévention dans les instances consultatives.
- ✓ Formulation de recommandations et/ou remise d'avis d'initiative ou sur demande (concernant le dispositif, la réglementation, etc.).
- ✓ 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.

⁷ En complément et en partenariat avec l'ISP, les Observatoires, les Universités – en particulier les ESP.

⁸ En lien avec le Comité de Monitoring du Plan National VIH.

ANNEXE 1 : 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 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française prévoit 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 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) sur la base du programme quinquennal de promotion de la santé lequel définit des thématiques prioritaires dont la prévention des IST/SIDA.

Rappel des dispositions antérieures

- 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 mis en place un organisme para-communautaire (l'Agence) chargé de coordonner et de mettre en œuvre toutes les actions de prévention. Le Conseil avait pour mission de donner des garanties scientifiques et éthiques aux actions préventives.
- 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 les projets de programme quinquennal et de PCO. 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 a supprimé les deux conseils du sida et transféré l'entière 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 le cadrage de la 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 a distingué 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 a opté pour une stratégie intégrée qui articule quatre piliers :

- 1. La prévention primaire et la réduction des risques** : le plan a entériné l'adoption du paradigme de prévention combinée en consolidant les stratégies mises en œuvre jusqu'ici (promotion du préservatif et du lubrifiant ; réduction des risques liés à l'usage de drogues) et en y ajoutant l'usage préventif des traitements. Le rôle de l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) et l'offre de formation destinée aux acteurs de la santé et du social y trouvent toute leur place.
- 2. Le dépistage précoce** (médicalisé ou démedicalisé mais toujours volontaire et avec pré- et post-counseling) : le plan met en avant la diversification des points d'entrée et des modalités d'un dépistage de qualité 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.

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**. L'action 54 du plan détaille les tâches de cette structure permanente. 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**. L'objectif est d'améliorer la qualité des interventions en définissant un cadre de référence commun pour l'analyse et l'action. Les participants au réseau travaillent collectivement à la planification des stratégies de prévention sur la base de diagnostics documentés et à l'appui d'une méthodologie de cycle de projet prenant en compte l'ensemble des déterminants et des acteurs de santé.

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 festif.

Le cadre de référence des SC-SS a servi de socle pour la thématique VIH/SIDA du plan communautaire opérationnel de promotion de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Le réseau est encadré par un **Comité de pilotage et d'appui méthodologique (CPAM)**. L'Observatoire du sida et des sexualités en 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 inter-connaissance entre les acteurs. Globalement, il permet une meilleure structuration du secteur et une harmonisation des interventions. Les résultats sont publiés sous la forme de brochures⁹ et diffusés sur le site internet : <http://www.strategiesconcertees.be/>. Ce dernier héberge également un répertoire des acteurs de prévention.

La dernière mise à jour du cadre de référence a été publiée en 2009. Depuis lors, des évolutions et changements significatifs sont apparus et se sont confirmés aux plans institutionnel, thérapeutique, préventif et au niveau des comportements de certaines populations. Une mise à jour régionalisée des diagnostics et plans opérationnels a donc débuté en 2015 en commençant par les publics prioritaires (HSH et migrants).

⁹ MARTENS V., PARENT F. et les acteurs de la prévention des IST/Sida en Communauté française (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.

ANNEXE 2 : 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, 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, c'est-à-dire les deux Régions bruxelloise et wallonne ;
- ou locale à l'échelle d'une ville ou d'une province, c'est-à-dire Bruxelles, Liège, Namur, Charleroi, Mons, etc.

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 communication et les campagnes, l'appui méthodologique et thématique, la recherche, la documentation et la planification.

Le modèle d'intervention articulait 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 (par exemple à travers 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, PVVIH, 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).

Les **activités de recherche, de planification et de support thématique** sont prises en charge par un service universitaire agissant au niveau communautaire (bi-régional). 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 soutien scientifique.

Une information et un accompagnement vers **les structures de dépistage**¹⁰ 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 (avec des financements complémentaires). Aujourd'hui, seuls les dépistages medicalisés ont obtenu le soutien de l'INAMI. A Charleroi et à Namur, ces services sont offerts sur fonds propres. Un programme pilote de dépistage démedicalisé visant le public HSH à Bruxelles et en Wallonie a été financé par l'INAMI mais a été suspendu.

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 deux types d'acteurs peuvent d'ailleurs collaborer plus intensivement à travers le dispositif des cellules EVRAS. En outre, des acteurs de prévention se joignent aux interventions scolaires et conçoivent des interventions extra-scolaires (événements festifs notamment). Les CLPS assurent une mission de point d'appui à l'EVRAS.

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. À cette fin, le **réseau des Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/SIDA** (voir plus haut).

¹⁰ Un dépistage 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 etc.). Dans les centres de dépistage anonyme et gratuit du VIH (CDAG) conventionnés par l'INAMI au sein des centres de référence SIDA(CRS), l'acte de dépistage est complété par l'intervention d'un psychologue.

2. Répertoire des organismes de prévention

Opérateurs ayant obtenu un financement de la COCOF en 2015 pour leurs actions de prévention des IST/VIH 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 (en cours de constitution)	PVVIH	Oui
Sensoa	HSH (néerlandophones)	-
Sida'Sos	Jeunes	Oui

ANNEXE 3 : L'ÉPIDÉMIE ET SA PREVENTION

1. L'incidence du VIH et des autres IST

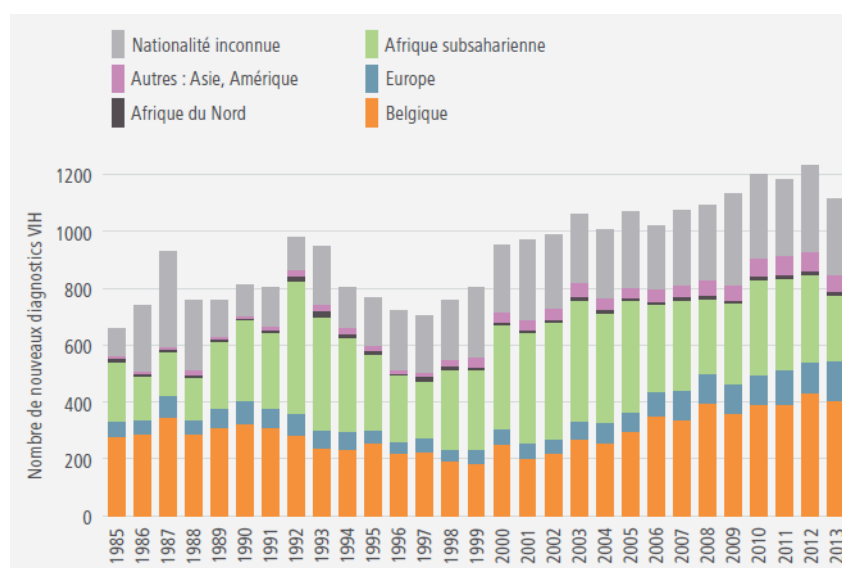
Au niveau mondial, selon les estimations parues dans le dernier rapport de l'ONUSIDA, environ 35 millions de personnes vivaient avec le VIH en 2012. Les décès liés à la maladie s'élèvent à 36 millions depuis le début de l'épidémie, dont 1,6 million en 2012. Avec 2,3 millions de nouveaux cas signalés cette année-là, le taux d'incidence a diminué de 33% depuis 2001. Toutefois, le poids et les formes de l'épidémie varient fortement d'un sous-continent, d'une région ou d'un pays à l'autre.

En Europe occidentale et centrale, en 2012, plus de 860.000 personnes vivaient avec le virus (contre 590.000 en 2001). Cela correspond à une prévalence estimée de 0,2% en moyenne et 0,3% chez les jeunes de 15 à 24 ans. Ces dernières années, les nouvelles infections sont en recrudescence, et plus particulièrement en Europe de l'Est, avec 29.000 diagnostics en 2012. Les groupes vulnérables et marginalisés sont les plus touchés : les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les usagers de drogue par injection, les travailleurs du sexe, les migrants et les détenus. Il y a eu 7600 décès en 2012.

En Belgique, l'incidence du VIH et des autres IST reste à des niveaux très élevés. En 2013, l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP) a enregistré 1.115 nouveaux diagnostics d'infection au VIH en Belgique soit en moyenne plus de trois cas dépistés chaque jour. 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. Depuis le début de l'épidémie de sida, plus de 27.000 personnes ont été diagnostiquées pour le VIH et 4.460 cas de sida ont été rapportés (parmi lesquels 2055 personnes sont décédées). En 2013, 13.941 patients étaient suivis médicalement pour le VIH (soit une augmentation de 4,5% par rapport à 2012).

Figure 1 : Nouveaux cas de VIH par nationalité (1985-2013)

Source : SASSE et al., Institut Scientifique de Santé publique (2013)

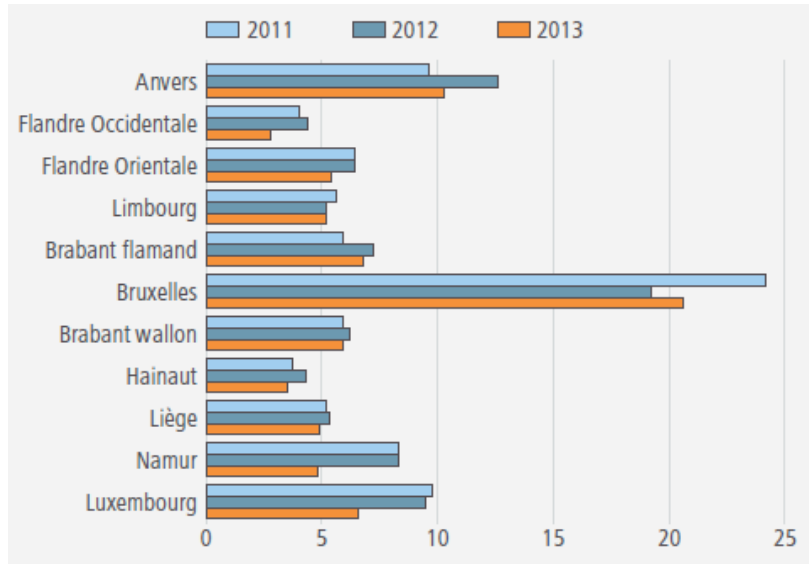


1.1. Nouveaux cas de VIH

Parmi les 815 nouveaux diagnostics de VIH pour lesquels la résidence est connue en 2013 (soit 73,1% du total des cas), l'incidence la plus élevée est observée dans la Région bruxelloise avec 236 nouveaux cas de VIH (29% du total national).

En Wallonie, 164 nouveaux cas ont été enregistrés (20,1% du total) la même année.

Figure 2 : Nouveaux diagnostics de VIH par 100.000 habitants (2011, 2012, 2013)



Source : SASSE et al., Institut Scientifique de Santé publique (2013)

Globalement, le **ratio de sexe** est de 2 hommes pour 1 femme parmi les nouveaux diagnostics. Mais ce rapport est très contrasté : il atteint 9,5 chez les Belges et 1 chez les personnes d'autres nationalités en 2012. Les hommes sont principalement contaminés par contacts homosexuels (70,7% des cas en 2013) et les femmes par contacts hétérosexuels (93,6%).

En croisant **la résidence**, la nationalité et le mode de transmission, Bruxelles apparaît alors marquée par une plus grande mobilité internationale et une part plus élevée des contacts HSH.

Tableau 1 : Nouveaux cas de VIH selon la résidence et la nationalité (2012)			Tableau 2 : Nouveaux cas de VIH selon la résidence et le mode de transmission (2012)		
	RBC	RW		RBC	RW
Belges	17,4%	20,9%	Contacts HSH	43%	36,6%
Non Belges	32 %	25 %	Contacts hétérosexuels	53,6 %	60,8%
			Injection de drogue	1%	1%
			Mère-Enfant	1,9%	0,5%
			Autres	0,5	1,1%

Source : SASSE et al., Institut Scientifique de Santé publique (2013)

Assez logiquement, les grandes villes 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. Les villes sont aussi des lieux qui regorgent de ressources pour agir sur l'épidémie, que ce soit à travers la mobilisation communautaire, la dynamique associative et culturelle ou du fait de la concentration des dispositifs sanitaires.

1.2. Nouveaux cas d'IST

Une recrudescence des autres IST est observée continûment depuis 2002 en Belgique. La présence d'une IST chez une personne augmente la probabilité de contracter le VIH lors de rapports non protégés. Au niveau national, 3 % des patients dépistés pour IST ont également été dépistés séropositifs pour le VIH (grâce à un test de dépistage élargi). Les cas enregistrés concernent des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Les trois IST les plus courantes sont curables avec les traitements disponibles :

- **La chlamydia** est l'IST la plus fréquemment diagnostiquée et son augmentation est surtout observée chez les femmes de 15 à 29 ans et les hommes de 20 à 39 ans. Très souvent asymptomatique, la chlamydia peut entraîner des complications relativement graves (notamment l'infertilité).
- **La gonorrhée** est plus souvent diagnostiquée chez les hommes (principalement âgés de 20 à 34 ans en RW et de 15 à 39 ans en RBC) que chez les femmes (la tranche d'âge la plus concernée est celle des 20 à 24 ans dans les deux régions).
- **La syphilis** est diagnostiquée majoritairement chez les hommes dans tous les groupes d'âge au-delà de 20 ans.

Tableau 3 : Nouveaux cas d'IST par 100.000 habitants en RBC (2002-2013)			Tableau 4 : Nouveaux cas d'IST par 100.000 habitants en RW (2002-2013)		
	2002	2013		2002	2013
Chlamydia	31,1	99,1	Chlamydia	4,9	21
Gonorrhée	5,9	20,9	Gonorrhée	1,1	4,3
Syphilis	2,6	28,4	Syphilis	0,6	3,4

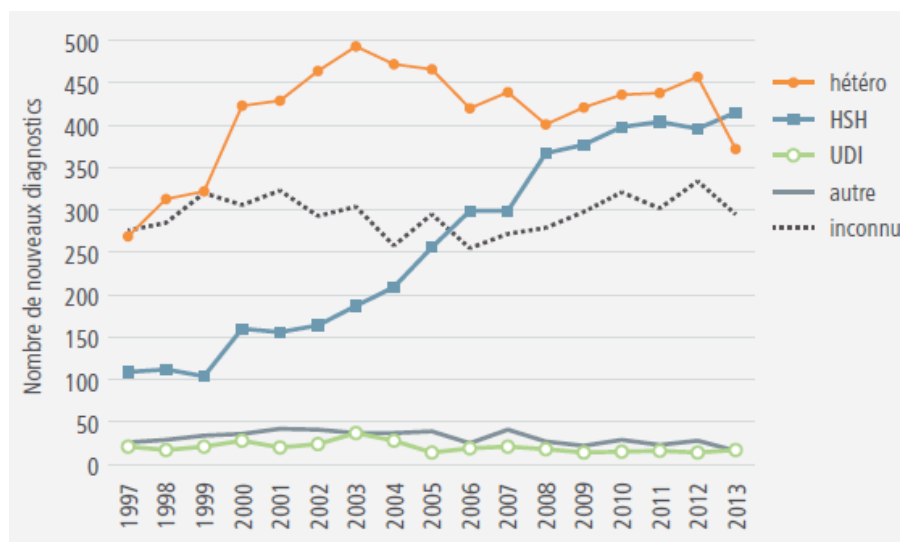
Source : VERBRUGGE et al., Institut Scientifique de Santé Publique (2014)

1.3. Une épidémie concentrée

L'épidémie de VIH en Belgique et dans les Régions est concentrée dans deux populations considérées comme prioritaires au sein du Plan VIH 2014-2019. De fait, sur un plan strictement épidémiologique, la corrélation entre le mode de transmission et la nationalité (connus) montre que deux groupes de patients représentent ensemble 58% des patients diagnostiqués en 2013.

- La transmission par voie homo/bisexuelle (HSH) compte pour 50,6% des nouveaux cas de VIH. Elle concerne surtout des Belges (pour deux tiers) et de plus en plus d'Européens (pour près d'un cinquième). L'épidémie est en nette croissance dans cette population (4 fois plus d'infections diagnostiquées en 2013 comparé à 1999).
- Les personnes de nationalités africaines subsahariennes comptent pour 29,3% des nouveaux diagnostics de VIH. Elles sont majoritairement contaminées lors de transmission par voie hétérosexuelle et on y retrouve une forte proportion de femmes.

Figure 3 : Diagnostics de VIH par mode de transmission (1997-2013)



Source : SASSE et al., Institut Scientifique de Santé publique (2013)

Ces deux épidémies connaissent des dynamiques propres dont les déterminants doivent être analysés séparément (p. ex. : profils, trajectoires et situations sociales, accès aux droits, pratiques et représentations de la sexualité, de la santé et du VIH, besoins et demandes). Elles doivent donc naturellement faire l'objet de réponses opérationnelles adaptées et spécifiques. En outre, il ne faut pas sous-estimer l'hétérogénéité de ces groupes ainsi que les évolutions plus ou moins rapides qu'ils peuvent traverser, requérant ainsi une veille scientifique et une évaluation stratégique continues.

4. La prévention combinée - préservatif, TasP, TPE, PrEP, RdRS

Le concept de prévention combinée consiste, comme son nom l'indique, à combiner les différents outils de prévention en fonction de leur adéquation à la situation et aux besoins de chaque individu.

D'un côté, **le recours au préservatif** reste un outil efficace pour la prévention du VIH malgré les obstacles à son recours systématique et correcte (coût, faible accessible 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.

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 réduire fortement le risque que ces personnes transmettent le virus par voie sexuelle. Par ailleurs, d'autres bénéfices à moyen ou long termes sont perceptibles sur le plan notamment médical en retardant la dégradation de l'état de santé des PVVIH.

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 adéquats et 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 (par exemple en ciblant des situations qui s'exposent le plus fortement au risque). Disponible aux USA, développée en France et en Grande-Bretagne, la PreP ne fait pas encore l'objet de recommandations d'usage validées en Belgique.

Enfin, les techniques 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.

5. Le dépistage - *Test and Treat* !

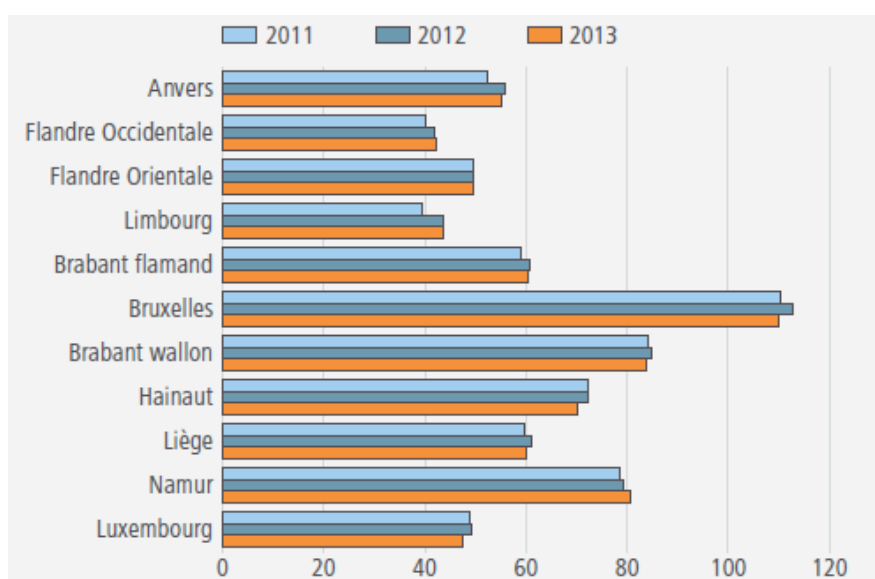
Au cours des vingt dernières années, le nombre annuel de dépistages en Belgique a fluctué entre 50 et 60 tests par 1000 habitants. Une augmentation régulière de l'activité de dépistage est observée depuis 2007. Le groupe d'âge des 25-34 ans se dépiste plus fréquemment que les autres.

En 2013 :

- 35 % des tests ont été effectués en Wallonie et 18 % à Bruxelles (mais le nombre de tests par 1000 habitants est le plus élevé en RBC) ;
- 34 % des tests ont été effectués à l'initiative du patient, 38 % ont été demandés par des cliniciens (généralistes ou spécialistes) et 6 % des personnes ont été testées dans le cadre d'une consultation prénatale.

Le taux de nouveaux diagnostics VIH par 1000 tests a également augmenté de près de 50% entre 1996 et 2000. En 2013, il s'établissait 1,6 nouvelle infection diagnostiquée par 1000 tests.

Figure 4 : Tests de dépistage par 1.000 habitants (2011,2012, 2013)



Source : SASSE et al., Institut Scientifique de Santé publique (2013)

La proportion de dépistage tardif¹¹ diminue mais restent conséquente : 41% en 2012, contre 59% en 1998. En 2013, elle était de 43%. La tardivité varie selon :

- le mode de transmission (46% de dépistage tardif en cas d'infection contractée par voie hétérosexuelle ; 40% chez les HSH) ;
- la nationalité (33% chez les Belges ; 48% chez les non Belges).

On estime généralement, que 15 à 20% voire jusqu'à 30% des personnes séropositives ignorent leur statut sérologique pour le VIH.

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.

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 délocalisés) ;
- **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.

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).

6. Le continuum des soins

L'ISP a cherché à estimer le continuum des soins pour le VIH en Belgique à partir des données relatives aux nouveaux diagnostics de VIH (2007-2010) et de données cliniques issues de la cohorte de PVVIH prises en charge dans un centre de référence SIDA (2007-2011).

De manière globale, les résultats quant à l'atteinte d'une charge virale indétectable sont bons une fois que les personnes sont entrées et maintenues dans les soins (entre 2007 et 2010, parmi 4038 individus diagnostiqués pour le VIH, 90,3% sont entrés dans les soins). En effet, en 2010, parmi 11.984 patients séropositifs pris en charge dans un CRS, 90,8% étaient retenus dans les soins l'année suivante. 88,3% d'entre eux étaient sous traitement ARV et 95,3% de ces derniers avaient une charge virale indétectable (avec le standard de 500 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 la suppression de la charge virale. Sur un échantillon de 3108 individus diagnostiqués pour le VIH, les données selon l'origine des patients montrent que :

- 77,6% des Belges (44,9% de l'échantillon) atteignent une CVI. 8% des Belges n'étaient pas entrés ou retenus dans les soins et 14% étaient pris en charge sans pour autant atteindre une CVI.
- 70,3% des Africains subsahariens (34,6% de l'échantillon) et 68,8% des Européens (12,4% de l'échantillon) atteignent une CVI. 17% des non Belges n'étaient pas entrés ou retenus dans les soins et 13% l'étaient sans atteindre une CVI.

7. La stigmatisation et les discriminations

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 GRECOS (aujourd'hui Action+) et conduite par l'Observatoire du sida et des sexualités en collaboration avec la Plateforme 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.

REFERENCES UTILES

Comité de Pilotage et d'Appui Méthodologique des Stratégies concertées des acteurs de la prévention 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 Médecins. (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 Supérieur de la Santé. (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 Supérieur de la Santé. (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

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>

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/>

Ministère de la Communauté française. *Programme quinquennal de promotion de la santé 2008-2012.*

<http://www.sante.cfwb.be/index.php?id=3679>

Ministère de la Communauté française. *Plan communautaire opérationnel pour la promotion de la santé pour les années 2008-2009.*

<http://www.sante.cfwb.be/index.php?id=3680>

Ministère de la Santé Publique. (2013). *Plan VIH 2014-2019.*

<http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg2/@myhealth/documents/ie2divers/19089653.pdf>

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

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/>

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

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2014). *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations.*

<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (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

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 prophylaxys</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