

PLAN
VIHA 

2014 - 2019   **.be**

Liste des principales abréviations

<i>ART</i>	Thérapie antirétrovirale
<i>CRS</i>	Centres de référence Sida
<i>DMG</i>	Dossier médical global
<i>DPG</i>	Dossier pharmaceutique partagé
<i>FSF</i>	Femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes
<i>HSH</i>	Hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes
<i>IST</i>	Infections sexuellement transmissibles
<i>LGBTQI</i>	Lesbiennes, gays, bisexuels, trans, queer et intersexués
<i>MAS</i>	Migrants d'Afrique subsaharienne
<i>NONOPEP</i>	Prophylaxie post-exposition non professionnelle
<i>OPEP</i>	Prophylaxie post-exposition professionnelle
<i>PMTCT</i>	Preventing Mother-to-Child Transmission of HIV
<i>PrEP</i>	Prophylaxie préexposition
<i>PVVIH</i>	Personne(s) vivant avec le VIH
<i>SIDA</i>	Syndrome d'immunodéficience acquise
<i>TasP</i>	Treatment as Prevention
<i>TPE</i>	Traitement post-exposition
<i>VIH</i>	Virus de l'immunodéficience humaine

Table des matières

- I. Introduction 4
 - Processus d'élaboration 4
 - Finalités et objectifs 5
 - Les 4 piliers stratégiques..... 6
- II. Riposte actuelle contre le VIH/SIDA 7
- III. Contexte épidémiologique..... 9
 - 1. VIH 9
 - 2. Dépistage 10
 - 3. Prise en charge des PVVIH 10
 - 4. Sida 11
- IV. Prévention 12
 - Introduction 12
 - Actions auprès des groupes prioritaires..... 12
 - 1. HSH 12
 - 2. Migrants..... 13
 - 3. Actions communes HSH et migrants 14
 - Actions auprès des autres groupes de population 14
 - 1. PVVIH et leurs partenaires 14
 - 2. Population générale 15
 - 3. FSF 15
 - 4. Jeunes 15
 - 5. Travailleurs du sexe 16
 - 6. Personnes qui s'injectent des drogues 16
 - 7. Détenus 17
 - Prophylaxie pré et post exposition 17
 - 1. Prophylaxie post-exposition non professionnelle (NONOPEP)..... 17
 - 2. Prophylaxie post-exposition professionnelle (OPEP) 18
 - 3. Treatment as Prevention (TasP)..... 18
 - 4. Prévention de la transmission de la mère à l'enfant..... 19
 - 5. Prophylaxie pré exposition (PrEP) 19
 - 6. Actions..... 19
- V. Dépistage et accès à la prise en charge 21
- VI. Prise en charge des PVVIH 26
- VII. Qualité de vie des PVVIH 31
- VIII. Evaluation et monitoring du Plan 32

I. Introduction

Un cadre d'action contre le VIH/SIDA commun à tous et accepté par tous constituant l'élément fondamental d'une riposte efficace au VIH/SIDA, la Belgique s'est, le 30 septembre 2013, dotée d'un Plan VIH.

Pluriannuel, il constitue l'outil de programmation de la politique que mèneront l'ensemble des pouvoirs publics et leurs partenaires pour répondre à l'épidémie de VIH/SIDA.

Transversal, il est porté à la fois par les acteurs de Santé publique, mais aussi par d'autres acteurs, tels que ceux de l'Enseignement, de la Justice, de l'Égalité des chances, de l'Intégration sociale, de la Culture, etc.

National, il rassemble l'ensemble des pouvoirs publics concernés, quel que soit le niveau de pouvoir dont ils relèvent.

Processus d'élaboration

Elaboré dans le respect des recommandations internationales, le Plan est le résultat d'un processus qui a impliqué de façon déterminante l'ensemble des acteurs concernés.

*

Les phases d'élaboration :

Phase 1 : phase d'étude, de collecte des données, d'expérimentation

Au cours de cette phase, de nombreuses études et projets ont été menés en vue d'affiner notre connaissance de l'épidémie et de déterminer les approches les plus pertinentes pour développer une réponse efficace à l'épidémie de VIH.

Phase 2 : phase de consultation et de conceptualisation (avril 2012-septembre 2012)

Au cours de cette phase, de nombreuses rencontres, visites de terrain, consultations auprès des acteurs de terrain et des PVVIH ont été organisées, la littérature scientifique a été étudiée, afin d'identifier les principaux enjeux et les principales problématiques auxquelles le Plan devait répondre. Cette phase s'est clôturée par un symposium, à l'occasion duquel l'ensemble des acteurs médicaux et associatifs impliqués dans ce combat, en ce compris des PVVIH, ont pu émettre des recommandations, à l'issue de workshops organisés à cet effet.

Phase 3 : phase de lancement et de développement (septembre 2012-novembre 2012)

Les principaux organes chargés de l'élaboration du Plan ont été mis sur pied. Ces organes ont garanti l'efficacité du processus et une implication forte de tous les acteurs : acteurs médicaux et associatifs, PVVIH, etc. Les outils et ressources de support à une élaboration efficace et transparente du Plan ont été mis à disposition. La méthodologie d'élaboration, les objectifs, piliers stratégiques et la structure du Plan ont été définis.

Phase 4 : phase d'élaboration (novembre 2012-mai 2013)

Durant la phase d'élaboration, les groupes de travail ont défini les actions stratégiques du Plan. Ces groupes de travail ont réuni tous les acteurs concernés (monde associatif et médical, PVVIH, acteurs représentant les groupes prioritaires, acteurs de la Santé publique, de la Justice, de l'Égalité des chances, de l'Éducation, etc.).

Phase 5 : phase de validation (juin 2013-septembre 2013)

Durant la phase de validation, l'ensemble des autorités politiques signataires du Plan ont validé les travaux des acteurs impliqués dans son élaboration.

Phase 6 : phase d'opérationnalisation (octobre 2013-avril 2014)

Il est à noter que l'implémentation des actions du Plan relève de la compétence de différentes autorités politiques. Certaines actions relèvent de la compétence des Ministres de la Santé publique des Communautés et Régions, certaines actions de celle du Ministre fédéral de la Santé publique, d'autres encore de la compétence du Ministre de la Justice, ou de l'Égalité des chances, ou de l'Enseignement, etc. Aussi, la phase d'opérationnalisation aura pour but de permettre à chaque autorité politique d'élaborer, pour les actions qui relèvent de ses compétences, un plan d'implémentation et financier, sous la coordination des Ministres de la Santé publique.

*

L'élaboration du Plan Sida a été transparente. Dès septembre 2012, toutes les informations concernant le processus ont été rendues publiques et disponibles sur le site internet du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Chaque citoyen, groupe, association a été invité à formuler des suggestions sur le processus d'élaboration et l'ensemble des suggestions reçues ont été transmises et traitées par les groupes de travail.

*

L'élaboration du Plan Sida a misé sur une implication forte des PVVIH. Des PVVIH ont été impliquées dans l'ensemble des organes d'élaboration du Plan. Des ateliers de PVVIH ont en outre été organisés, au départ des groupes de patients existant au sein d'associations ou d'hôpitaux. Tous les travaux des groupes ont été soumis à ces ateliers.

*

Le comité d'experts de l'ONUSIDA a également été impliqué dans l'élaboration du Plan, tant dans la définition de son processus d'élaboration que dans la validation de ses actions et objectifs.

Finalités et objectifs

Finalités

- diminuer les nouveaux cas d'infections au VIH tout en favorisant les conditions d'une sexualité épanouie et responsable,
- favoriser l'accès à des services et programmes de prévention, de dépistage, de soins et d'accompagnement de qualité, spécialisés en matière de VIH, dans le cadre d'un accès universel à la santé,
- diminuer toutes formes de stigmatisation et de discrimination, en particulier celles fondées sur le statut sérologique ou l'état de santé.

Objectifs

- Réduire les risques de transmission du VIH et des autres IST, dans la population générale et parmi les publics les plus exposés en particulier, en combinant les stratégies et outils de prévention disponibles,

- Augmenter la proportion de personnes infectées par le VIH qui connaissent précocement leur statut sérologique,
- Augmenter la proportion de personnes infectées par le VIH qui sont sous traitement et qui ont une charge virale indétectable,
- Améliorer la qualité de vie et les conditions de vie des PVVIH, notamment en améliorant la qualité et l'accessibilité des soins et l'accompagnement médical et psychosocial,
- Réduire la stigmatisation et les discriminations fondées sur le statut sérologique et l'état de santé, mais aussi celles fondées sur le genre, l'orientation et l'identité sexuelles et l'origine, ainsi que celles liées à la consommation de drogues, au travail sexuel, etc.

Les 4 piliers stratégiques

1. La prévention

Ce pilier a pour objectif de réduire, notamment par l'information, l'éducation, la sensibilisation, la formation de relais, le travail sur l'environnement, le travail institutionnel et politique, etc. la transmission du VIH. La prévention y est envisagée dans le cadre plus large de la promotion de la santé sexuelle.

2. Le dépistage et accès à la prise en charge

Ce pilier a pour objectif de dépister le plus tôt possible les personnes infectées par le VIH et de garantir un accès immédiat à la prise en charge et à l'accompagnement nécessaires. Un diagnostic précoce est extrêmement important, le dépistage tardif pouvant limiter l'efficacité des traitements et les choix thérapeutiques, augmenter la morbidité et la mortalité, retarder la reconstitution immunitaire, accroître le risque de transmission, etc.

3. La prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH)

Ce pilier a pour objectif de garantir à la PVVIH la meilleure prise en charge dans le système de soins.

4. Qualité de vie des personnes vivant avec le VIH (PVVIH)

Ce pilier a pour objectif d'améliorer la qualité de vie des PVVIH.

II. Riposte actuelle contre le VIH/SIDA

La Belgique dispose déjà d'un large arsenal de mesures pour répondre à l'épidémie de VIH/SIDA, Les principales sont les suivantes :

- **9 centres de référence Sida** dans lesquels :
 - chaque PVVIH peut bénéficier d'un encadrement multidisciplinaire médical et psychosocial
 - chacun peut bénéficier d'un traitement antirétroviral prophylactique après une exposition accidentelle au VIH
- **3 centres de référence Sida** dans lesquels chacun peut se faire dépister anonymement et gratuitement
- **7 laboratoires de référence Sida** pour le diagnostic, l'évaluation et le contrôle qualité des tests de dépistage existants ou nouveaux, la collecte et la surveillance des données
- des **programmes d'action et de recherche** spécifiques pour la prévention du VIH et des IST, la réduction des risques liés à l'usage de drogues, la promotion de la santé sexuelle, etc.
- le financement de **projets de recherche** avec certains centres de dépistage en vue de décrire la problématique spécifique de santé chez les travailleurs du sexe. Ces centres se concentrent spécifiquement sur les travailleurs du sexe et exécutent des tests sur ceux qui sont impliqués, non seulement pour le VIH/Sida mais aussi pour d'autres MST ainsi que l'orientation – si nécessaire – vers les instances compétences. Les centres impliqués doivent rédiger un rapport annuel qui contient des suggestions.

Mais la Belgique a également, ces dernières années :

- adopté une législation pour réprimer les actes inspirés par le racisme et la xénophobie
- ouvert le mariage aux personnes de même sexe
- mis en œuvre une journée nationale de lutte contre l'homophobie
- renforcé son action contre les discriminations en adoptant une loi qui non seulement interdit mais sanctionne toute incitation à la haine ou à la discrimination, fondée notamment sur l'orientation sexuelle, l'origine ou l'état de santé actuel ou futur
- lancé un plan de lutte contre l'homophobie et la transphobie
- lancé un plan de lutte contre la pauvreté dont l'objectif est de sortir 380.000 belges de la pauvreté d'ici 2020, notamment en garantissant la protection sociale de la population, en luttant contre la pauvreté chez les enfants, en renforçant l'accès au marché du travail et aux soins de santé
- mis sur pied un Institut fort et indépendant chargé de veiller au respect de l'égalité hommes-femmes et des législations qui la garantissent

- mis sur pied une taskforce intergouvernementale pour renforcer l'accès aux soins de santé des populations migrantes
- renforcé l'accessibilité aux soins de santé en introduisant, par exemple, le 'maximum à facturer' qui garantit à chacun, quel que soit son état de santé, qu'il ne paiera pas plus d'une certaine somme par an pour se faire soigner
- adopté une loi relative aux droits du patient qui garantit à chacun le droit à des prestations de qualité, au libre choix du dispensateur de soins, à être informé sur son état de santé, à consentir de manière éclairée à toute intervention, à consulter son dossier médical, à sa vie privée et à son intimité
- adopté une loi relative aux examens médicaux qui interdit à tout employeur de pratiquer des tests de dépistage VIH lors des examens médicaux à l'embauche ou de faire pratiquer ce test dans le cadre de la médecine du travail, même s'il a obtenu le consentement libre et éclairé du candidat/travailleur
- adopté une réglementation qui permet aux migrants d'avoir accès aux soins dans le cadre de l'aide médicale urgente
- etc.

III. Contexte épidémiologique

Malgré toutes les mesures prises en Belgique par l'ensemble des autorités publiques du pays, le VIH y reste un thème majeur de santé publique. Au moins 20.000 personnes y vivent avec le VIH et entre 1000 et 1200 nouveaux cas y sont diagnostiqués chaque année. La Belgique compte parmi les Etats européens où le nombre d'infections diagnostiquées est le plus élevé (10.7 cas pour 100.000 habitants en Belgique, contre 5.7 cas en moyenne en Europe en 2011).

Le VIH

Répartition par sexe - En ce qui concerne la répartition par sexe, la proportion d'hommes parmi les nouveaux diagnostics de VIH est en hausse. Après avoir fluctué entre 51 et 60% pendant la période 1994-2005, cette proportion était de 66% en 2010 et 2011.

Répartition Belges et non-Belges - La proportion de personnes de nationalité belge parmi les nouveaux cas diagnostiqués a augmenté entre 2002 et 2011, passant de 29,3 à 42,7% des patients pour lesquels la nationalité est connue.

Voies de transmission - Le nombre d'infections diagnostiquées chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), principalement de nationalité belge, est en nette augmentation; cette voie de transmission est rapportée dans 46,6 % des infections diagnostiquées en 2011 ; elle l'était dans 23,5 % des infections en 2002.

Les contacts hétérosexuels restent à ce jour le mode de transmission le plus fréquemment rapporté en Belgique, comptant pour 49,6 % des infections diagnostiquées en 2011. Il s'agit essentiellement de personnes originaires de pays à haute prévalence, qui probablement ont été en majorité infectés dans leur pays d'origine.

Les autres voies de transmission, bien que toujours existantes, sont en diminution. L'utilisation de drogues en injection intraveineuse est rapportée par moins de 2% des personnes diagnostiquées récemment; cette proportion avoisinait les 8% en début d'épidémie. La voie de transmission périnatale est rapportée dans approximativement 1% des cas diagnostiqués en 2011. Deux cas de transmission lors d'une transfusion ont été rapportés en Belgique au cours des 26 dernières années.

Patients belges - Parmi les PVVIH de nationalité belge diagnostiquées en 2011, les hommes sont 8,9 fois plus nombreux que les femmes. Parmi les hommes belges diagnostiqués en 2011, 82,1% étaient des HSH. Chez les femmes, la transmission hétérosexuelle est rapportée dans 92,1% des cas. La contamination par injection de drogue a proportionnellement diminué en 2010.

Patients non belges - Parmi les patients non belges diagnostiqués entre 2009 et 2011, 62,1% sont originaires d'Afrique sub-saharienne, 22,6% sont des Européens, 12,8% sont originaires d'Amérique ou d'Asie et 2,5% sont originaires d'Afrique du Nord. Les patients originaires d'Afrique sub-saharienne comptent pour 62% des infections par contacts hétérosexuels diagnostiquées en 2011, la plus haute proportion observée en Europe. La proportion d'infections diagnostiquées chez des HSH varie en fonction de l'origine : elle est de 60,4% chez les ressortissants de pays européens autres que la Belgique, 61,4% chez ceux d'Amérique et d'Asie, 35% chez ceux d'Afrique du Nord et 3,9% chez les personnes

originaires d'Afrique sub-saharienne. Le rapport hommes/femmes chez les non-Belges est beaucoup plus proche de l'unité que pour les Belges.

*

Il ressort des constats que nous venons d'émettre que l'épidémie de VIH en Belgique est très concentrée dans deux populations clés : les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), principalement de nationalité belge, et les personnes qui ont contracté le virus via des rapports hétérosexuels et provenant principalement de pays d'Afrique subsaharienne. Ces deux groupes représentent ensemble plus de deux tiers de tous les nouveaux cas de VIH enregistrés en 2011 (en tenant compte uniquement des cas pour lesquels la nationalité est connue, soit 75%).

Le dépistage

Au cours de l'année 2011, 679 655 tests de dépistage du VIH ont été réalisés en Belgique, à l'exclusion des tests effectués dans le cadre des dons de sang. Au cours des 20 dernières années, le nombre de tests a fluctué entre 50 et 60 tests / 1000 habitants / an. Une augmentation régulière de l'activité de dépistage est observée depuis 2007, avec 56 tests / 1000 habitants réalisés en 2007 et 64,2 en 2011.

Le taux de nouveaux diagnostics VIH par 1000 tests a augmenté de près de 50 % entre 1996 et 2000 ; il s'établit à 1,73 nouvelle infection diagnostiquée par 1000 tests en 2011.

Le taux de lymphocytes CD4 au moment du diagnostic de l'infection à VIH est connu pour 7995 patients diagnostiqués au cours des 20 dernières années (41,6 %). Ce taux peut être considéré comme un marqueur biologique du stade de l'infection, étant d'autant plus faible que l'infection est avancée. Il est généralement situé aux environs de 1000 CD4/mm³ chez les personnes en bonne santé et inférieur à 200/mm³ chez les personnes infectées par le VIH lors du passage au stade sida.

Le diagnostic est considéré comme tardif lorsque le nombre de CD4/mm³ est inférieur à 350 au moment du diagnostic de l'infection VIH.

En 1998, 59 % des infections VIH étaient diagnostiquées tardivement ; en 2011, cette proportion était de 42 %. La proportion de diagnostics posés tardivement reste donc encore élevée actuellement, même si une évolution favorable a été observée au cours du temps.

La prise en charge des personnes vivant avec le VIH

Parmi les patients diagnostiqués en 2007, 91% ont été traités, dont 83% dans les trois mois qui ont suivi le diagnostic du VIH. Parmi ces mêmes patients, seuls 60% étaient suivis régulièrement (au moins une consultation tous les six mois) dans les deux ans suivant la première consultation. L'accès au traitement est par ailleurs plus faible chez les MAS que chez les patients belges.

En 2011, 12.599 patients infectés par le VIH étaient suivis en Belgique, et 81 % étaient sous ART. Parmi les patients sous ART dans les CRS, 83,1% présentaient une charge virale inférieure à 50 copies/ml fin 2010, et 9,7% présentaient une charge virale comprise entre 50 et 500 copies.

Une analyse menée parmi les patients suivis dans les CRS a indiqué que 5,8% des patients étaient perdus de vue (PV) entre 2007 et 2008. Ce taux s'est élevé à 5,5% entre 2008 et 2009. Parmi les patients perdus de vue en 2008, 25% ont à nouveau été suivis en 2009. Il y avait plus de PV parmi les patients plus récemment diagnostiqués et parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne. Il n'existe aucun système au niveau national, ni au niveau international pour tracer les patients perdus de vue.

Le Sida

Parmi les 25 855 personnes pour lesquelles le diagnostic d'infection à VIH a été posé depuis 1985, un total cumulé de 4208 personnes ont été diagnostiquées malades du sida au 31 décembre 2011. Parmi celles-ci, 1712 étaient en vie et suivies médicalement fin 2011. En termes d'évolution temporelle du nombre de nouveaux malades, un plateau a été observé pendant la période 1991 à 1995, avec une moyenne de 255 cas diagnostiqués par an.

L'incidence a diminué brutalement au cours des années 1996 et 1997 (-50%) grâce à l'utilisation des nouvelles associations d'antirétroviraux. Cette décroissance marque cependant un arrêt dès 1998, et le nombre annuel de cas notifiés s'est stabilisé.

L'arrêt de la diminution de l'incidence du sida observé depuis 1997 semble lié, du moins partiellement, au nombre de malades découvrant leur séropositivité au moment du diagnostic du sida. La proportion de malades découvrant leur séropositivité au moment de la maladie était de 21% en 1995 et 1996 ; elle est de 38% en 2010-2011 (41% chez les malades hétérosexuels et 37% chez les HSH).

Le nombre de décès liés à la maladie a fortement diminué. Cette diminution est à mettre en relation avec l'utilisation des nouvelles associations d'antiviraux qui a débuté durant l'année 1996.

IV. Prévention

Introduction

La prévention du VIH implique une stratégie intégrée qui articule de manière combinée la prévention primaire, le dépistage et la prise en charge : promotion du préservatif et du lubrifiant (et accès à des seringues stériles pour les personnes qui s'injectent des drogues), connaissance de son statut sérologique et, en cas de séropositivité, accès à un traitement permettant d'atteindre une charge virale indétectable. La prévention, le dépistage et le traitement des autres IST sont également très importants, étant donné les interactions entre VIH et autres IST et notamment le fait que la présence d'IST augmente le risque de transmission du VIH et vice-versa.

La prévention primaire doit ainsi être articulée étroitement avec le développement de stratégies de dépistage plus efficaces et le traitement comme prévention.

C'est donc à travers les trois piliers stratégiques de ce Plan national qu'une réduction de l'incidence du VIH et des autres IST est visée. Dans cette partie, les actions de prévention primaire sont abordées de manière spécifique, mais elles doivent être mises en œuvre de manière intégrée, en synergie avec les deux autres piliers.

La prévention primaire elle-même ne peut être réduite à des stratégies d'information au sujet du VIH et des autres IST. Si cette information est nécessaire, elle doit s'inscrire dans une approche de promotion de la santé sexuelle qui agit sur divers déterminants individuels, relationnels et structurels en termes de santé physique, mentale et sociale.

Des actions sont présentées dans ce volet pour les deux publics prioritaires que constituent les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes et les personnes migrantes. D'autres publics sont également pris en considération : personnes vivant avec le VIH, population générale, jeunes, travailleurs du sexe, personnes qui s'injectent des drogues et détenus.

Actions auprès des groupes prioritaires

1. Les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH)

ACTION 1 : Informer et sensibiliser à la prévention du VIH et des autres IST et renforcer les capacités des acteurs

Que ce soit via l'organisation de campagnes ou d'actions spécifiques, il est recommandé :

- ✓ d'accorder une attention particulière aux lieux commerciaux LGBTQI, aux événements rassembleurs, à internet et aux lieux de drague extérieurs
- ✓ d'élaborer et de mener ces campagnes et actions en collaboration étroite avec l'ensemble des acteurs de terrain
- ✓ d'accorder une attention spécifique aux IST, étant donné le manque de connaissance du public-cible sur le sujet
- ✓ de fournir, outre l'information traditionnellement dispensée, une information relative aux enjeux préventifs des traitements et de la prévention combinée (dépistage du

- VIH et des IST, traitement post-exposition, *treatment as prevention*, traitement préexposition, impact d'une charge virale indétectable sur le risque de transmission)
- ✓ de développer une information et des outils spécifiques de prévention pour les jeunes HSH, par exemple en recourant aux nouvelles technologies et réseaux sociaux
 - ✓ de sensibiliser, informer et former des relais /intermédiaires dans les réseaux associatifs et commerciaux LGBTQI

ACTION 2 : Garantir dans les lieux commerciaux gays, en particulier ceux où la consommation sexuelle est possible, l'accès facile et gratuit à des préservatifs et du lubrifiant à base d'eau et/ou de silicone

2. Les migrants

ACTION 3 : Informer et sensibiliser à la prévention du VIH et des autres IST et renforcer les capacités des acteurs

Que ce soit via l'organisation de campagnes ou d'actions spécifiques, il est recommandé :

- ✓ de privilégier les activités de proximité
- ✓ de développer à la fois du counseling individuel et de groupe
- ✓ de développer une information portant sur :
 - le VIH et les IST
 - la contraception
 - l'utilisation de préservatifs masculins et féminins et de lubrifiant,
 - les enjeux préventifs des traitements et de la prévention combinée (traitement post-exposition, *treatment as prevention*, traitement préexposition, impact d'une charge virale indétectable sur le risque de transmission)
 - les structures de santé ou d'aide susceptibles de mieux informer le groupe-cible
- ✓ de faire un travail spécifique pour que parler de sexualité et de santé sexuelle ne soit plus tabou dans ce groupe-cible
- ✓ d'élaborer et de mener ces campagnes et actions en collaboration étroite avec l'ensemble des acteurs communautaires, d'accorder une attention spécifique au rôle des leaders religieux et, plus généralement, de former des relais/intermédiaires dans les réseaux associatifs
- ✓ de tenir compte de l'hétérogénéité de groupe-cible et de développer des outils adaptés à ces spécificités

Il est également recommandé de développer une *carte santé* pour les migrants en vue de fournir à ce public une information sur le système de soins de santé, sur les structures auxquelles ils peuvent s'adresser, avec une attention spécifique pour les questions relatives à la santé sexuelle.

ACTION 4 : Garantir, principalement dans les quartiers à forte population migrante, l'accès facile et gratuit à des préservatifs et à du lubrifiant à base d'eau et/ou de silicone

3. Actions communes HSH et migrants

Remarque préliminaire : Les actions communes HSH et migrants sont des actions qu'il convient de mener à la fois pour les HSH et les migrants en tenant compte, dans leur développement, des spécificités propres à chacun de ces groupes.

ACTION 5 : Développer une méthodologie de monitoring sociocomportemental ainsi que des recherches et recherches-actions afin de mieux connaître les comportements des publics prioritaires, de suivre l'évolution de ces comportements dans le temps et d'en identifier les divers déterminants

ACTION 6 : Mettre en oeuvre des campagnes, outils et politiques favorisant le développement d'un environnement non discriminant et non stigmatisant au sein des groupes cibles

Cet environnement doit :

- ✓ permettre aux PVVIH d'avoir, si elles le souhaitent, un dialogue autour de leur statut dans leur environnement social
- ✓ faciliter le dialogue autour de la sexualité et des risques qui y sont liés au sein des groupes-cibles

Actions auprès des autres groupes de population

1. Les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et leurs partenaires

ACTION 7 : Garantir la diffusion d'une information complète sur les stratégies de prévention (port du préservatif, traitement post-exposition, *treatment as prevention*, traitement préexposition, impact d'une charge virale indétectable sur le risque de transmission)

ACTION 8 : Implémenter des stratégies innovantes en matière de counselling

Il est recommandé de :

- ✓ soutenir le counseling en ligne, de groupe, par des pairs, de couple, en dehors des établissements hospitaliers
- ✓ accorder une attention particulière à l'accompagnement des partenaires des PVVIH

ACTION 9 : Dans les couples durables sérodiscordants qui en expriment le souhait et lorsque la PVVIH suit un traitement ayant amené à un statut de non détection de son portage depuis plus de 6 mois, l'option de ne plus utiliser le préservatif peut être proposée par le spécialiste

Cette recommandation doit être suivie dans le respect des conditions énumérées par le Conseil supérieur de la Santé (CSS) dans son avis n°8902 concernant les lignes directrices relatives à l'utilisation du préservatif par les partenaires VIH-sérodiscordants recevant un traitement antirétroviral. Les IST dont il convient de dresser la liste, sur la base de cette avis, seront énumérées par un comité d'experts médicaux.

2. La population générale

ACTION 10 : Renforcer les capacités des acteurs psycho-médicosociaux

Il est recommandé de renforcer, via la formation initiale et/ou continue, les capacités de tous les acteurs offrant un accompagnement médical, paramédical, psychologique ou social, travaillant en privé ou dans les maisons médicales, les centres de planning, les hôpitaux, les cliniques, les maternités, les centres de santé mentale, les maisons de repos, les prisons, les centres d'accueil pour demandeurs d'asile, la médecine du travail, etc.

Il est recommandé de les sensibiliser particulièrement à l'accueil des HSH, des migrants, des personnes qui s'injectent des drogues, des jeunes et des travailleurs sexuels et de leur permettre d'avoir une approche qui tienne compte des spécificités culturelles et sociales de ces groupes.

L'objectif doit être de renforcer leur rôle en matière de prévention, mais aussi d'accompagnement et de soutien des PVVIH et de permettre le développement d'un environnement non discriminant pour l'accueil des groupes précités et des PVVIH.

ACTION 11 : Mettre en oeuvre des campagnes, outils et politiques favorisant le développement d'un environnement non discriminant et non stigmatisant au sein de la société pour les PVVIH, les LGTBQI et les migrants

ACTION 12 : Sensibiliser à l'utilisation du préservatif, faire tomber les barrières et développer les stimulants à cette utilisation

ACTION 13 : Etudier les barrières et les stimulants à l'utilisation du préservatif

Il est recommandé de tenir compte des spécificités des dites barrières et desdits stimulants en fonction des groupes (migrants, femmes, jeunes, HSH, etc.)

3. Les femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes (FSF)

ACTION 14 : Mettre en oeuvre des campagnes, outils et politiques de sensibilisation, spécifiques pour la santé sexuelle des FSF

4. Les jeunes

ACTION 15 : Mettre en oeuvre des campagnes, outils et politiques de sensibilisation, spécifiques pour les jeunes

Ces campagnes, outils et politiques doivent avoir pour objectifs :

- ✓ d'éduquer et d'informer sur les IST, en ce compris le VIH
- ✓ de favoriser le développement d'un environnement qui facilite le dialogue autour de la sexualité et des risques qui y sont liés
- ✓ de favoriser le développement chez les jeunes d'une sexualité épanouie, sans crainte de la discrimination
- ✓ de faciliter l'accès pour les jeunes à l'information et aux services relatifs à la sexualité – en ce compris les services médicaux - en recourant notamment aux nouvelles technologies et réseaux sociaux

Il est recommandé de travailler étroitement avec le réseau scolaire, les structures prenant en charge des jeunes, les associations de jeunesse, etc. tant dans l'élaboration que dans la mise en œuvre des campagnes, politiques, etc.

ACTION 16 : Former les professionnels de l'éducation et de la santé et les parents à l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle

ACTION 17 : Faciliter l'accès aux vaccins dont la communauté scientifique internationale s'accorde pour dire sur base de critères 'EBM' qu'ils sont fortement susceptibles de protéger les jeunes de risques liés à la sexualité

5. Les travailleurs du sexe

ACTION 18 : Mettre en oeuvre des campagnes, outils et politiques spécifiques pour les travailleurs du sexe et leurs clients

Ces campagnes, outils et politiques doivent avoir pour objectifs :

- ✓ D'éduquer et d'informer sur :
 - le VIH et les IST
 - les enjeux préventifs des traitements et de la prévention combinée (traitement post-exposition, *treatment as prevention*, traitement préexposition, impact d'une charge virale indétectable sur le risque de transmission)
 - les structures de santé ou d'aide susceptibles de mieux les informer
- ✓ De faciliter l'accès pour les travailleurs du sexe et leurs clients à l'information et aux services relatifs à la sexualité

ACTION 19 : Sensibiliser les travailleurs du sexe du net et les gestionnaires de sites spécialisés à la question de la santé sexuelle

ACTION 20 : Organiser des soins de santé et une assistance sociale de proximité et accessible pour les travailleurs du sexe et établir un lien de confiance avec les travailleurs du sexe dans leur environnement

6. Les personnes qui s'injectent des drogues

ACTION 21 : Développer des actions de prévention par les pairs

ACTION 22 : Améliorer l'accès des personnes qui s'injectent des drogues aux seringues et à l'ensemble du matériel de prévention et de réduction des risques et développer des lieux de consommation à moindre risque

ACTION 23 : Développer et mettre à disposition des outils spécifiques de prévention et de promotion de la santé sexuelle pour les personnes qui s'injectent des drogues

Il s'agit de renforcer les connaissances et compétences des personnes qui s'injectent des drogues pour leur permettre de réduire les risques liés à l'injection et les risques sexuels (risques croisés)

ACTION 24 : Définir un cadre légal cohérent avec les objectifs de santé publique et de réduction des risques pour les usagers de drogues

ACTION 25 : Mieux connaître le profil des usagers et leurs comportements et évaluer les actions de réduction des risques

ACTION 26: Intégrer la réduction des risques liés à l'usage de drogues dans les consultations de soins et de cure des personnes qui s'injectent des drogues

7. Les détenus

ACTION 27 : Améliorer les connaissances et compétences des détenus en matière de prévention du VIH, des autres IST et de réduction des risques liés à l'usage de drogues, au partage de matériel d'injection et au matériel de tatouage et de piercing

ACTION 28 : Améliorer l'accès discret aux préservatifs et lubrifiants à base d'eau dans les prisons

ACTION 29 : Réduire la stigmatisation des détenus usagers de drogues

ACTION 30 : Développer la recherche et l'évaluation des interventions en milieu carcéral pour y développer des actions de santé adéquates

ACTION 31 : Mettre en place dans le milieu carcéral un contexte favorable à la promotion de la santé, notamment en formant des détenus pour qu'ils deviennent des acteurs de santé au sein de la prison et en sensibilisant le personnel de la prison

Prophylaxie pré- et post-exposition

De plus en plus de preuves soutiennent le rôle essentiel du traitement dans la prévention de la transmission du VIH.

1. Prophylaxie post-exposition non professionnelle (NONOPEP)

La prophylaxie post-exposition non professionnelle est définie comme l'utilisation d'une combinaison de deux ou trois médicaments antirétroviraux chez des personnes qui peuvent avoir été exposées au virus du VIH, généralement après des rapports sexuels, dont certains actes de violence sexuelle impliquant une pénétration.

La prophylaxie post-exposition non professionnelle est remboursée et appliquée en Belgique. Ces dernières années, l'utilisation de la prophylaxie post-exposition non professionnelle a augmenté chaque année. En 2011, 738 cycles de prophylaxie post-

exposition non professionnelle ont été enregistrés. De nombreux régimes antirétroviraux différents ont été prescrits.

La majeure partie des patients ayant bénéficié d'une prophylaxie post-exposition non professionnelle étaient des hommes et une majorité d'entre eux avaient entre 20 et 50 ans. Parmi ces hommes, la majorité était des HSH. Dans la plupart des cas, tant pour les HSH que pour les hétérosexuels, la prophylaxie a été appliquée suite à un rapport sexuel non protégé ou après un cas de préservatif déchiré avec un partenaire VIH+.

Parmi les femmes, la plupart ont reçu une prophylaxie post-exposition suite à un viol, ou après un cas de préservatif déchiré avec un partenaire VIH+.

Nous relevons parmi les manquements observés dans le système actuel l'absence de schémas thérapeutiques standardisés, entraînant d'importantes différences de coûts par rapport à un montant attribué de manière forfaitaire. Par ailleurs, la qualité des données est sous-optimale ou absente (pas d'enregistrement de l'adhésion à la prophylaxie, des effets secondaires, etc.) suite à l'absence d'un système de suivi et d'évaluation. Il subsiste de plus un important manque de connaissances sur la prophylaxie post-exposition dans les groupes prioritaires pertinents, d'où une probable sous-utilisation de cette intervention.

2. Prophylaxie post-exposition professionnelle (OPEP)

La prophylaxie post-exposition professionnelle est définie comme étant l'utilisation d'une combinaison de deux ou trois médicaments antirétroviraux chez un prestataire de soins de santé pouvant avoir été exposé au virus du VIH, généralement après une blessure percutanée, souvent une piqûre d'aiguille.

Plusieurs études cliniques ont démontré que la transmission du VIH pouvait être sensiblement réduite par l'administration post-exposition d'agents antirétroviraux. Le lancement rapide de la prophylaxie post-exposition est recommandé pour l'exposition au sang, aux fluides sanguins, ou à d'autres agents potentiellement infectieux.

Le test VIH de base confidentiel (également pour le virus de l'hépatite B et C) du travailleur exposé doit être passé au moment où l'exposition professionnelle doit être rapportée ou dans les trois jours suivant l'exposition.

Il existe en Belgique une utilisation établie de la prophylaxie post-exposition professionnelle. Cependant, certaines questions doivent encore être clarifiées, comme celle du cadre légal pour tester la source (question du consentement éclairé) et celle du régime optimal.

Aucune donnée de qualité concernant les objectifs d'évaluation et de suivi continus n'est collectée en Belgique pour l'instant. Il conviendra certainement de développer un système d'évaluation et de suivi réalisable pour assurer la poursuite des services proposés pour l'instant.

3. Treatment as Prevention (TasP)

Le treatment as prevention est défini comme étant le lancement d'une thérapie antirétrovirale peu après le diagnostic de l'infection à VIH en vue de diminuer la charge virale, ce qui réduit la transmission du VIH. Le treatment as prevention implique la prise de médicaments antirétroviraux aux étapes précoces de l'infection à VIH, même si les

critères de lancement du traitement antirétroviral conformément aux directives établies n'ont pas encore été atteints, et ce dans le but de réduire la transmission du VIH.

Des preuves scientifiques de l'efficacité du traitement as prevention doivent provenir d'essais contrôlés randomisés. La réduction de la proportion des personnes non conscientes de leur infection à VIH et l'adhésion au traitement à long terme seront des facteurs importants influençant la réduction de la transmission avec des médicaments antirétroviraux. Aucune donnée sur l'adhésion n'est disponible pour la population belge, mais le nombre de patients atteignant une charge virale indétectable persistante est partout élevé.

4. Prévention de la transmission de la mère à l'enfant

La prophylaxie post-exposition a été la première application large, et probablement le plus réussi, d'une combinaison de thérapie antirétrovirale, réduisant la transmission du VIH sans intervention de jusqu'à 40% à moins de 1%. Il s'agit ici du traitement as prevention de la mère et du nouveau-né et du suivi (en ce compris à long terme) des enfants nés d'une mère VIH-positive. Cette intervention est déjà appliquée de manière réussie depuis de nombreuses années en Belgique.

Néanmoins, l'accès aux soins (ainsi que le traitement antirétroviral gratuit) pour les femmes enceintes vivant avec le VIH continue à poser question, bien qu'il s'agisse d'une intervention impérative dans la prévention de la transmission de la mère à l'enfant.

5. Prophylaxie pré-exposition (PrEP)

Une combinaison de thérapie antirétrovirale orale pour la chimioprophylaxie pré-exposition contre le VIH, lorsqu'elle est utilisée systématiquement, fait preuve d'efficacité et de sécurité dans les essais cliniques chez les HSH et chez des hommes et femmes hétérosexuels.

Parmi les HSH présentant des niveaux de médication décelables dans le sang, le risque d'acquisition du VIH a été réduit de plus de 90%. Les avantages prophylactiques ont été sensiblement atténués par la non-adhésion, ce qui indique que les programmes de chimioprophylaxie pré-exposition efficaces devront se concentrer sur cette variable comportementale, outre les conseils pour des pratiques sexuelles plus sûres. Nous devons souligner que les données actuellement disponibles concernent uniquement la prophylaxie pré-exposition continue, tandis que la prophylaxie pré-exposition intermittente en tant que régime alternatif est en cours d'évaluation.

6. Actions

ACTION 32 : Former un groupe permanent d'experts et de parties prenantes qui suivra, évaluera et guidera l'application et la mise en œuvre des interventions utilisant des médicaments antirétroviraux

Le suivi et l'évaluation (S&E) sont des outils de gestion et d'apprentissage indispensables pour l'amélioration de la planification des programmes actuels et futurs, leur application et la prise de décision.

Afin de suivre et d'évaluer le programme, un groupe d'experts chargés de suivre et de guider les futures utilisations des médicaments antirétroviraux devrait être mis sur pied, rassembler des données d'évaluation chez tous les partenaires et guider les utilisations futures. L'équipe d'experts devrait être constituée de médecins spécialisés dans le VIH, de scientifiques spécialisés dans les études pharmaco économiques, de spécialistes de la santé publique des différents niveaux administratifs, d'agents des organes de régulation des médicaments, d'agents des organismes de sécurité sociale, de PVVIH et de représentants des groupes prioritaires.

ACTION 33 : Accroître l'accessibilité de la prophylaxie post-exposition non professionnelle en Belgique

Il est recommandé de réviser et d'étendre les directives de prophylaxie post-exposition non professionnelle, d'organiser ensuite une information à ce sujet, et d'améliorer la connaissance de la prophylaxie post-exposition au VIH en Belgique chez les médecins généralistes, dans les services d'urgence et dans les groupes les plus exposés.

ACTION 34 : Développer un cadre pour les projets pilotes de PrEP et une recherche opérationnelle pour évaluer la faisabilité de la PrEP

ACTION 35 : Assurer la large diffusion des directives existantes pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Il est recommandé d'actualiser le consensus belge de 2009 pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant de l'infection VIH et de diffuser ces recommandations auprès de tous les professionnels concernés.

ACTION 36 : Améliorer et étendre l'accès à la thérapie antirétrovirale sans limitation des critères de CD4

Il est recommandé d'entreprendre des démarches en vue d'une adaptation éventuelle des critères de remboursement pour la thérapie antirétrovirale (ART) afin de permettre l'administration d'ART à toutes les PVVIH, quelle que soit la charge CD4. En effet, les actuels critères de l'Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) pour le remboursement des médicaments liés au VIH permettent l'administration d'ART uniquement si le taux de cellules T CD4+ des patients a chuté à 500 cellules/mm³ ou moins. Cette mesure empêche les médecins de prescrire des médicaments aux patients appartenant à un couple sérodiscordant ou aux patients ayant contracté une infection récente et dont le taux de CD4 est supérieur à 500 cellules/mm³. Les patients dont les charges virales sont élevées peuvent être les principaux moteurs de la transmission du VIH, quel que soit leur taux de cellules CD4.

V. Dépistage et accès à la prise en charge

ACTION 37 : Développer une stratégie nationale de dépistage du VIH et des IST en adéquation avec les réglementations existantes

1. Principes de la stratégie

- ✓ le dépistage doit être volontaire
- ✓ le consentement éclairé doit être obtenu avant le dépistage
- ✓ la confidentialité des résultats du dépistage doit être garantie
- ✓ le dépistage doit être accompagné d'une information de pré-dépistage appropriée et de conseils post-dépistage (comprenant l'information efficace du partenaire et prévoyant des liens forts avec un laboratoire de référence, les services de soins, de traitement et de prévention)
- ✓ l'accès au traitement du VIH et des IST, aux soins et aux services de prévention, doit être garanti quel que soit le statut juridique ou administratif du patient
- ✓ le dépistage doit reposer sur une évaluation du risque du patient

2. Combiner différents modèles de dépistage

- ✓ dépistage à la demande du 'client' (CDV) dans les infrastructures de soins de santé et les sites de dépistage spécialisés (VCT) après évaluation du risque
- ✓ dépistage proposé par le prestataire de soins (CDIP), dépistage au sein des communautés par le personnel de soins de santé ou d'autres prestataires, moyennant formation

3. Combiner différents points d'entrée de dépistage

- ✓ infrastructures de dépistage spécialisées
- ✓ cliniques de jour spécialisées dans les soins primaires
- ✓ hôpitaux
- ✓ programmes de dépistage décentralisés
- ✓ médecins généralistes et spécialistes
- ✓ domicile

Il convient de veiller à ce que la combinaison des différents points d'entrée en dépistage soit mise en œuvre en veillant à mettre en balance l'efficacité du dépistage et son coût.

Concernant le dépistage à domicile, des informations accessibles et fiables doivent être communiquées aux personnes qui l'utiliseront, en ce compris une information en cas de résultat positif tel qu'expliqué ci-dessous. Le cas échéant, des outils d'information spécifiques devront être disponibles (via mobile, internet, etc.)

Il est recommandé de définir un cadre légal pour ces tests, et de réaliser des programmes pilotes pour les évaluer et établir des recommandations.

4. Assurer et, le cas échéant, répéter le dépistage des groupes suivants :

- ✓ tous les individus pour lesquels le dépistage a révélé un résultat négatif, mais avec une exposition possible dans le délai de séroconversion
- ✓ tous les HSH - semestriellement ou plus fréquemment en cas d'exposition continue aux risques

- ✓ tous les hommes et les femmes provenant d'un pays présentant une prévalence élevée au VIH (>1%) – annuellement ou plus fréquemment en cas d'exposition aux risques élevée et continue
- ✓ les travailleurs du sexe – semestriellement ou plus fréquemment en cas d'exposition aux risques élevée et continue
- ✓ personnes qui s'injectent des drogues – annuellement ou plus fréquemment en cas d'exposition aux risques élevée et continue
- ✓ *soins prénataux* : Les femmes enceintes doivent se voir proposer un dépistage, de façon répétée
- ✓ les personnes présentant des symptômes pouvant être associés à des maladies sentinelles (suivant l'énumération dans « HIV in Europe »).
 A cette fin, une information régulière des professionnels de santé confrontés à ces maladies sentinelles dans leurs spécialités est recommandée

Il convient de garantir une accessibilité financière pour ces groupes et d'identifier, pour chacun d'entre eux, les freins au dépistage afin de développer, sur cette base, des actions correctrices.

5. *Types de test*

Il est recommandé d'utiliser un test de dépistage sanguin de quatrième génération avec un dépistage sensitif de P24 Ag dans tous les laboratoires. En cas de réaction, il doit être envoyé à l'un des 7 laboratoires de référence SIDA pour confirmation et notification des nouvelles infections.

Des tests VIH rapides pourraient permettre un résultat à partir d'une piqûre du doigt ou d'un échantillon de prélèvement buccal en quelques minutes. Ils présentent comme avantage la facilité d'utilisation si la ponction veineuse est impossible et si une obtention tardive des résultats peut être préjudiciable. Il convient toutefois de garder à l'esprit les inconvénients d'un test présentant une spécificité et une sensibilité réduites par rapport aux tests de laboratoire sensitifs de quatrième génération. Seuls les kits POTC présentant le label CE doivent être utilisés et un laboratoire de référence SIDA doit intervenir dans les questions de gouvernance et de garantie de la qualité du processus de dépistage.

Tous les nouveaux diagnostics de VIH doivent être posés sur base des études de confirmation appropriées et un dépistage doit comporter un second prélèvement. Ce point doit être combiné aux tests de la charge virale du VIH de base, des IST et du comptage de CD4.

6. *Garantir une information adéquate pour les personnes dépistées séropositives*

Il est recommandé que, quel que soit le point d'entrée de dépistage, la personne dépistée séropositive puisse bénéficier immédiatement et facilement d'une information complète sur l'ensemble des structures, acteurs, personnes susceptibles de l'accompagner, dans la région où elle vit, de telle sorte que la PVVIH puisse suivre correctement son traitement, éviter toute prise de risque, faire face aux difficultés auxquelles elle pourrait être confrontée, qu'elles soient médicales, sociales, économiques, etc.

ACTION 38 : Améliorer le dépistage chez les généralistes et les spécialistes

7. Intégrer le VIH et les questions qui y sont liées en tant que sujet obligatoire dans le cursus de formation médicale

Dans le cadre de la formation, les éléments suivants doivent être considérés :

- ✓ épidémie du VIH et des IST en Belgique, en ce compris la question des responsabilités dans la collecte de données à des fins de contrôle
- ✓ les modèles de dépistage VIH/IST
- ✓ les conditions de dépistage du VIH/IST (consentement éclairé, confidentialité, etc.).
- ✓ réglementations et directives (nationales) concernant le dépistage du VIH/IST
- ✓ types de dépistages VIH/IST
- ✓ indicateurs de maladies pour le VIH ou le SIDA
- ✓ conditions dans lesquelles ne pas identifier le VIH pourrait avoir des effets négatifs sur la gestion clinique
- ✓ symptômes de séroconversion
- ✓ évaluation et reconnaissance des risques
- ✓ compétences en communication, en particulier en ce qui concerne la santé sexuelle ; consigner les antécédents sexuels ; fournir les résultats des dépistages ; information du partenaire ; conseils
- ✓ compétences pratiques en ce qui concerne le comportement sexuel sûr
- ✓ reconnaissance des circonstances et des symptômes pouvant être associés à la séroconversion
- ✓ formation à une approche qui tienne compte des spécificités des groupes-cibles en ce qui concerne la culture, les traditions, etc.

Le VIH/IST et les questions qui y sont liées devraient aussi être intégrés dans l'enseignement médical continu (EMC) des généralistes et des spécialistes :

- ✓ l'EMC est utilisé pour accroître la conscientisation et la confiance et pour renforcer les compétences des professionnels du secteur médical dans l'évaluation des risques de VIH liés au comportement sexuel et à la consommation de drogues, la proposition d'un dépistage du VIH, la fourniture des résultats de dépistage et des conseils
- ✓ l'EMC vise à inclure le dépistage du VIH dans le processus de dépistage de routine d'autres maladies, réduisant par là les stigmates liés au VIH
- ✓ l'EMC sensibilise par rapport aux indicateurs des maladies et aux symptômes de séroconversion
- ✓ l'EMC utilise différentes ressources (existantes) : formation, symposium, cours électroniques, etc.

8. Fournir aux généralistes et aux spécialistes une orientation technique en ce qui concerne :

- ✓ la reconnaissance des circonstances et des symptômes pouvant être associés à la séroconversion
- ✓ les conditions indicatives pour le VIH/IST et le SIDA
- ✓ le dépistage VIH/IST/SIDA combiné
- ✓ un dépistage de VIH/IST répété
- ✓ les types de tests (Elisa, test rapide, tests à domicile)
- ✓ les algorithmes décisionnels
- ✓ les conseils
- ✓ l'information du partenaire

9. Soutenir le dépistage décentralisé et démedicalisé

En adéquation avec les réglementations existantes, le dépistage décentralisé et démedicalisé doit être développé en vue de cibler les groupes prioritaires ainsi que les contextes présentant une prévalence élevée et où l'on peut s'attendre à une proportion élevée de diagnostics tardifs.

10. Formuler un cadre juridique permettant la réalisation de dépistages décentralisés et démedicalisés

Il est recommandé de réaliser ce type de dépistage dans les conditions suivantes :

- ✓ disposer d'un personnel (non médical) correctement formé.
- ✓ disposer d'un système d'assurance de qualité.
- ✓ disposer d'un système de référence pour les conseils et les soins, c'est-à-dire des voies concrètes vers les soins

Il est recommandé d'élaborer des directives nationales relatives aux contextes où le dépistage décentralisé et démedicalisé doit être promu.

11. Etendre le dépistage du VIH/IST via le recrutement d'une plus grande main-d'œuvre, familiarisée avec les dépistages et compétente pour les réaliser

12. Développer des initiatives d'éducation et de mobilisation sociale pour encourager les personnes appartenant aux groupes prioritaires à se faire dépister en vue d'un traitement et soutenir auprès de ces populations une autre image du dépistage dans le cadre du treatment as prevention

13. Identifier les dépistages VIH/IST disponibles et évaluer leurs avantages respectifs en fonction du contexte

Il est également recommandé d'évaluer régulièrement le choix des dépistages.

14. Vérifier tous les dépistages réactifs à l'aide de dépistages de confirmation spécifiques dans l'un des sept laboratoires de référence SIDA.

15. Développer des services de dépistage basés sur la communauté avec le CRS local, et garantir un accès rapide et approprié aux services de soins, de traitement et de support

16. Réaliser un inventaire des initiatives existantes et harmoniser les outils de collecte des données

Le système de rapportage et de collecte des données à des fins de suivi doit être organisé au niveau national, par une seule institution. Un inventaire national des sites de dépistage VIH/IST doit être dressé et mis à jour en permanence. Des outils de collecte de données standard et des formats de rapportage doivent être conçus et imposés pour enregistrer les informations au niveau du site. L'analyse des données doit être réalisée au niveau national, tandis que le retour du flux de données doit permettre aux sites de comprendre leurs performances, d'encourager le partage des meilleures pratiques et de soutenir l'amélioration du programme. Des indicateurs doivent être sélectionnés en établissant un modèle logique pour le dépistage du VIH/IST, en décrivant les objectifs et la séquence logique qui lie les apports aux activités et processus, ce qui débouche sur des productions, des résultats et finalement un impact ciblés.

ACTION 39 : Accroître la sensibilisation et l'éducation des personnes les plus exposées au risque

Il est recommandé d'informer notamment sur :

- ✓ les différents modèles de dépistage
- ✓ l'importance d'un diagnostic précoce,
- ✓ les symptômes possibles de séroconversion et d'infection primaire,
- ✓ les points d'entrée au test,
- ✓ la charge virale
- ✓ le traitement et ses avantages
- ✓ l'accès au traitement, la prise en charge, la tolérance des trithérapies, le respect de la confidentialité
- ✓ la PMTCT (prévention de la transmission de la mère à l'enfant)
- ✓ l'existence du TPE (PEP)
- ✓ les moyens de réduction des risques
- ✓ l'importance d'une bonne santé sexuelle
- ✓ la PreP

Il est recommandé de recourir aux nouvelles technologies (applications, réseaux sociaux, etc.)

ACTION 40 : Assurer l'accès au traitement VIH, aux soins et à la prévention quel que soit le statut juridique ou la couverture d'assurance santé

Il est recommandé de développer une procédure nationale de référence (unique) pour les personnes qui n'ont pas accès aux soins de santé en Belgique, afin qu'elles puissent bénéficier du dépistage, et ensuite des services de traitement VIH, de soins et de prévention. Il est recommandé d'accorder une attention particulière aux personnes dans une situation socio-économique ou/et juridique (ou administrative) précaire. Il conviendra toutefois de veiller à ce que cela n'engendre pas de discrimination par rapport à d'autres patients.

VI. Prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH)

Introduction

Depuis que les médicaments antirétroviraux sont devenus largement disponibles en Belgique et suite à la diminution des maladies indicatrices SIDA, l'espérance de vie des PVVIH a constamment augmenté. L'infection au VIH est devenue une infection chronique.

Dès lors, les PVVIH sont surtout confrontées à une série de pathologies qui ne sont pas directement liées à l'infection au VIH. La prise en charge médicale des PVVIH est complexe et nécessite une poly-médication. De plus, l'infection au VIH est plus qu'une problématique purement médicale. La PVVIH est également confrontée à un ensemble complexe de problèmes sociaux, psychologiques, sexuels... problèmes pour lesquels elle cherche également de l'aide et du support. La prise en charge de la PVVIH nécessite une approche globale et multidisciplinaire et doit être intégrée dans un modèle de soins.

Suite aux chances de survie améliorées, grâce à l'ART, et au nombre progressif de nouvelles infections, le nombre de patients suivis a augmenté de 74% en cinq ans. Il y a lieu de prévoir que ce nombre augmentera encore, avec en moyenne 1000 nouveaux cas de HIV diagnostiqué par an. On peut également s'attendre à une augmentation potentielle du nombre de patients traités, et ce dans le même ordre de grandeur.

Actions

ACTION 41 : Développer des modèles de soins

Il convient de créer un modèle de soins intégré reprenant une liste complète de tous les besoins de la PVVIH, sur base des recommandations internationales. Tous ces éléments sont déjà repris dans les activités et l'offre de soins des CRS. Toutefois, ils doivent être structurés dans un modèle de consensus qui tienne compte de l'évidence scientifique et du rapport coût-efficacité. Il convient d'inclure la PVVIH dans le modèle de soins dès que le diagnostic a été fait. Il convient que chaque personne diagnostiquée se voit référée vers un CRS dans les plus brefs délais pour y être prise en charge par un spécialiste expérimenté dans le domaine.

*

Il convient également de créer des modèles de soins spécifiques (ou des extensions du modèle de base) pour certains groupes de patients :

- ✓ femmes VIH-positives qui sont enceintes ou souhaitent le devenir
- ✓ enfants VIH-positifs
- ✓ enfants VIH-négatifs nés d'une mère VIH-positive
- ✓ [PVVIH sans statut ou ayant un statut spécial (prisonniers, réfugiés, demandeurs d'asile, ...)]
- ✓ PVVIH vivant dans les MR / MRS

Il est recommandé de créer un registre/cohorte national(e) pour ce groupe d'enfants.

Il convient d'établir un protocole pour les enfants vivant avec le VIH pour faciliter et optimiser le passage de l'enfant de la pédiatrie vers un centre reconnu.

Il convient de concentrer la prise en charge des enfants vivant avec le VIH dans un nombre limité de centres reconnus qui disposent de l'expertise multidisciplinaire requise. Il conviendra toutefois d'examiner si le nombre d'enfants concerné suffit à justifier cette politique.

Il convient d'établir un registre national pour consolider les données concernant les femmes HIV-positives enceintes.

*

Un nombre non négligeable de PVVIH résident en Belgique sans statut ou avec un statut spécial (réfugiés, demandeurs d'asile, détenus, etc.). Leur statut peut varier rapidement et ils doivent faire appel à différentes instances pour leurs soins de santé (Centres publics d'aide sociale, Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile, etc.)

Il est recommandé qu'un modèle de soins clair, homogène et stable soit établi par les professionnels de santé pour les groupes de PVVIH sans statut ou ayant un statut particulier.

Il convient qu'une PVVIH obligée de quitter le territoire continue à avoir accès dans son pays aux soins que son état nécessite.

*

ACTION 42 : Adopter des recommandations nationales pour le traitement des PVVIH

Il convient de disposer en Belgique de recommandations médicales pour le traitement des PVVIH. Ces recommandations doivent :

- ✓ être basées sur les recommandations internationales et "evidence based"
- ✓ être adaptées à la situation belge (disponibilité, remboursement et coût des médicaments antirétroviraux, épidémiologie locale, ...)
- ✓ permettre d'organiser le traitement des PVVIH d'une manière plus standardisée et homogène
- ✓ faire l'objet d'un consensus au sein d'un groupe d'experts belges
- ✓ être mises à jour régulièrement

Il convient d'organiser des revues par les pairs dans le but d'optimiser l'application de ces recommandations nationales.

Il conviendra d'adapter les critères de remboursement des médicaments antirétroviraux aux recommandations belges.

ACTION 43 : Améliorer l'encadrement multidisciplinaire

Un encadrement multidisciplinaire de la PVVIH est nécessaire.

Il convient de développer une checklist des difficultés que la PVVIH peut rencontrer dans le cadre de son traitement mais aussi dans sa vie sociale et de mettre des instruments de dépistage et de suivi à disposition.

Il convient d'offrir la possibilité à toute PVVIH d'avoir accès à des centres spécialisés et reconnus pour leur expertise, afin qu'elle bénéficie du support adéquat de professionnels (psychologues, assistantes sociales, experts dans le counseling sexuel et reproductif, diététicien(ne)s, ...).

A tout moment, la PVVIH doit avoir la liberté de consulter les différents membres de l'équipe multidisciplinaire, ou, inversement, de refuser le support offert par le centre reconnu.

La collaboration entre les centres reconnus, les médecins généralistes et les acteurs de la vie associative et communautaire doit être renforcée et organisée. Elle doit se fixer pour objectif de permettre d'améliorer l'accès aux soins et aux structures de soutien adaptés qui favorisent la santé globale, le bien-être et les aptitudes des PVVIH, en tenant compte des spécificités propres à certains groupes, tels que les personnes précarisées, les femmes enceintes ou avec un désir d'enfant, etc.

ACTION 44 : Organiser la relation CRS – médecin généraliste

La prise en charge de la PVVIH doit faire partie de la responsabilité partagée du généraliste d'une part et des centres spécialisés et reconnus d'autre part. Les soins qui peuvent être fournis par le généraliste ne devraient pas être offerts dans les centres reconnus que pour les personnes n'ayant pas accès à un médecin généraliste. Inversement, les soins qui nécessitent une connaissance spécifique de la problématique liée à l'infection au VIH devraient être assumés par les spécialistes d'un centre reconnu.

La répartition précise et structurelle des tâches entre le généraliste et le spécialiste travaillant dans un centre reconnu s'avère difficile à l'heure actuelle et ceci pour différentes raisons.

Il convient de maintenir la flexibilité dans la répartition des tâches: l'ensemble des soins tombe sous la responsabilité commune du généraliste et du spécialiste. En fonction de l'état de santé de la PVVIH, le centre de gravité des soins médicaux peut varier.

Il convient d'inciter activement chaque patient à s'inscrire chez un généraliste de son choix. De préférence, ce sera un généraliste avec intérêt et expertise dans le domaine de l'infection au VIH.

Il convient de développer un système permettant l'échange bi- voire multidirectionnel des données (y compris les données pharmaco-thérapeutiques) du DMG entre le généraliste et le(s) spécialiste(s).

Il convient de renforcer la diffusion d'informations générales entre les CRS et les généralistes notamment en ce qui concerne les aides, conseils, structures que l'on peut recommander au patient pour lui permettre de faire face aux différentes difficultés auxquelles il peut être confronté.

ACTION 45 : Améliorer la gestion de la médication antirétrovirale

Il convient d'élaborer des recommandations nationales pour le traitement antirétroviral, basées sur les recommandations internationales et les meilleures preuves cliniques possibles et adaptées à la situation locale.

Il convient d'étudier l'opportunité de réserver l'initiation et le changement du traitement antirétroviral aux médecins spécialistes travaillant dans un centre reconnu.

Il convient de reprendre toutes les données relatives à la médication antirétrovirale et autres dans le DMG de la PVVIH.

Etant donné l'importance de l'adhérence de la PVVIH au schéma prescrit, cette adhérence doit systématiquement être contrôlée et investiguée à l'occasion de chaque visite du patient au(x) médecin(s) traitant(s).

Pour différentes raisons (financières, responsabilisation du patient, suivi plus direct et contrôle de l'adhérence par le médecin traitant, ...), il conviendrait d'étudier la possibilité que la distribution de la médication antirétrovirale via la pharmacie hospitalière soit légalisée.

La possibilité que toutes les données concernant la médication (antirétrovirale et autre) du patient puissent, pour peu que celui-ci le souhaite, être reprises dans un dossier pharmaceutique global par un pharmacien de ville choisi par la PVVIH doit être étudiée et encouragée, sous réserve que le patient le souhaite.

ACTION 46 : Améliorer la couverture géographique de la prise en charge

Les CRS s'occupent du traitement de la grande majorité des PVVIH connues (+/- 85%). Mais seuls les patients suivis dans un centre reconnu peuvent bénéficier de la convention conclue entre les CRS d'une part et l'INAMI d'autre part.

Il est recommandé d'augmenter l'offre de soins en permettant aux centres qui ont déjà acquis une expertise suffisante dans les soins globaux et multidisciplinaires de PVVIH de s'affilier avec l'un des CRS déjà reconnu. Les patients doivent pouvoir bénéficier, quel que soit le centre, de l'ensemble des soins actuellement dispensés dans les centres reconnus aux patients.

ACTION 47 : Développer le self management

Puisque le VIH est devenu une maladie chronique, des modèles de soins favorisant la gestion autonome (en relation avec l'adhésion, la gestion des risques sexuels, etc.) doivent être promus, car ils permettent aux PVVIH de prendre des décisions de santé éclairées et de mieux contrôler leur propre vie et leur santé.

La PVVIH doit pouvoir bénéficier facilement d'une information complète sur l'ensemble des structures, acteurs, personnes susceptibles de l'accompagner, dans la région où il vit.

ACTION 48 : Développer un protocole pour réduire le nombre de patients perdus de vue

Un protocole spécifique qui permet de réduire au maximum le nombre de PVVIH qui sont perdus de vue doit être développé.

ACTION 49 : Développer la cohorte nationale

La cohorte nationale doit notamment fournir des informations sur les éléments suivants :

- ✓ le mode de contamination,
- ✓ si le dépistage a été tardif ou pas,
- ✓ le délai entre le diagnostic et le début du traitement,
- ✓ l'évolution de la charge virale des patients et les mesures prises afin d'éviter la contamination d'autres personnes,
- ✓ la qualité de vie des patients porteurs du virus (tant d'un point de vue médical que social et psychologique)
- ✓ l'interruption de traitement par certains patients et les raisons de celle-ci,
- ✓ etc.

Elle doit permettre de développer des actions correctrices sur base des données recueillies.

VII. Qualité de vie des personnes vivant avec le VIH

Actions

Remarque préliminaire : Les axes 'prévention', 'dépistage et accès à la prise en charge', 'prise en charge des PVVIH' prévoient déjà plusieurs actions destinées à améliorer la qualité de vie des PVVIH. Il convient toutefois également de :

ACTION 50 : Mieux informer les PVVIH sur leurs droits (en matière d'accès aux soins de santé et face aux discriminations) et renforcer leurs capacités de telle sorte qu'ils puissent effectivement les faire valoir

ACTION 51 : Lutter contre les discriminations des PVVIH dans le logement, l'hébergement et l'accueil, le travail et les formations et, pour les enfants vivant avec le VIH, dans le milieu scolaire

ACTION 52 : Soutenir un dialogue entre les partenaires sociaux et les pouvoirs publics et les compagnies d'assurance concernant le problème de la non-assurance ou/et des surprimes des personnes vivant avec le VIH enfin de permettre aux personnes vivant avec le VIH d'avoir les mêmes droits d'assurabilité que la population générale

ACTION 53 : Plaider pour une levée des restrictions aux voyages des PVVIH

VIII. Evaluation et monitoring du Plan

Introduction

Le Plan doit avoir un impact durable et sa bonne implémentation doit être garantie.

Il doit reposer pour cela sur des structures permanentes et organisées, miser sur la participation des groupes prioritaires, impliquer de façon déterminante les PVVIH et reposer sur les preuves scientifiques.

Tant les PVVIH que les groupes prioritaires doivent être impliqués de façon déterminante à la fois dans l'élaboration des politiques et à la fois dans leur mise en œuvre. Les PVVIH ne peuvent être réduites à leur condition de patients. Il convient de garantir l'existence de leurs droits en ce compris celui à la participation au processus de prise de décisions lorsque celles-ci affectent leur propre vie ou s'inscrivent dans le cadre d'une politique pour laquelle leur expérience représente un atout pour les pouvoirs publics.

Une évaluation constante des politiques menées sur base d'indicateurs ou d'outils adéquats est indispensable pour que les politiques puissent le cas échéant être adaptées en vue d'en renforcer l'efficacité et l'efficience.

Les acteurs concernés doivent être en mesure de se concerter, communiquer, collaborer, échanger régulièrement dans le cadre de l'implémentation du Plan. Cela vaut tant pour les acteurs de terrain que pour les acteurs politiques.

Enfin, l'élaboration du Plan a mis en évidence que des données supplémentaires étaient nécessaires pour calibrer au mieux les politiques, que ce soit en matière de prévention, de dépistage ou de prise en charge des PVVIH.

Actions

ACTION 54 : soutenir la mise en place d'une structure permanente de concertation, de monitoring et d'avis

Les missions de cette structure devront notamment être de :

- ✓ soutenir les autorités publiques dans l'implémentation du Plan VIH
- ✓ identifier les mauvaises pratiques et proposer des actions correctrices
- ✓ fournir aux autorités publiques un rapport annuel relatif à l'implémentation du Plan VIH
- ✓ fournir à la demande des autorités publiques ou d'initiative des avis, recommandations en matière de politique VIH
- ✓ assurer un dialogue régulier entre l'ensemble des acteurs
- ✓ garantir la centralisation de l'ensemble des informations, données, études et recherches relatives au VIH
- ✓ soutenir la formation, l'information continue des acteurs
- ✓ assurer l'échange d'expériences avec d'autres pays
- ✓ stimuler et soutenir la recherche scientifique
- ✓ garantir une concertation renforcée entre l'ensemble des acteurs médicaux, associatifs, communautaires, commerciaux, les PVVIH et les autorités publiques afin que ceux-ci mènent, sur un territoire donné, une action commune, concertée et acceptée par tous.

Cette structure devra impliquer de façon déterminante :

- ✓ Les professionnels de santé
- ✓ Les associations de lutte contre le VIH/SIDA
- ✓ Les acteurs communautaires
- ✓ Les PVVIH
- ✓ L'Institut scientifique de Santé publique (ISP)
- ✓ Les représentants des autorités concernées

ACTION 55 : Mettre en place un Conseil des PVVIH

Il est recommandé d'installer un Conseil des PVVIH en vue de garantir l'implication déterminante des PVVIH dans l'implémentation du Plan, tant en ce qui concerne la prévention, que le dépistage, la prise en charge ou l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH.

ACTION 56 : Améliorer les dispositifs existants de collecte de données, soutenir la réalisation de recherches/enquêtes en vue de compléter les données existantes et l'évaluation des actions en termes d'impact et/ou de résultats attendus ainsi qu'en termes de 'quality management' pour calibrer et évaluer au mieux les politiques de prévention, de dépistage, de prise en charge et d'amélioration de la qualité de vie des PVVIH.

ACTION 57 : Consolider le rôle des Laboratoires de référence Sida (LRS)

A l'heure actuelle, les 7 LRS travaillent de façon plus que satisfaisante et en étroite collaboration (via le collège des chefs des LRS). L'objectif doit être de consolider leur rôle actuel et d'améliorer encore leur façon de travailler/la qualité de leur travail.

ACTION 58 : Garantir une concertation politique et administrative régulière

Il est recommandé de garantir une concertation régulière entre les différentes autorités politiques et administratives concernées durant toute la durée de l'implémentation du Plan.

D'une façon générale, il convient de veiller à ne pas créer de nouvelles structures lorsque celles qui existent peuvent permettre d'assumer les missions énumérées ci-dessus.

Les états des lieux 'prévention', 'dépistage et accès à la prise en charge', 'prise en charge des PVVIH, 'qualité de vie des PVVIH' et toute l'information relative au Plan VIH sont disponibles sur :

www.plansida
www.aidsplan
www.planvih
www.hivplan 

HIVA

PLAN

A red ribbon symbol, commonly used to represent HIV/AIDS awareness, is positioned to the right of the word 'HIVA' and partially overlaps the word 'PLAN'.

2014 - 2019

.be

List of main abbreviations

<i>ART</i>	Antiretroviral therapy
<i>AIDS</i>	Acquired immunodeficiency syndrome
<i>CIT</i>	Client Initiated Testing
<i>ARC</i>	AIDS reference centres
<i>GMR</i>	General medical record
<i>SPR</i>	Shared pharmaceutical record
<i>WSW</i>	Women who have sex with women
<i>MSM</i>	Men who have sex with men
<i>STI</i>	Sexually transmitted infections
<i>LGBTQI</i>	Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer and Intersex
<i>SAM</i>	Sub-Saharan African migrants
<i>NONOPEP</i>	Non-occupational post-exposure prophylaxis
<i>OPEP</i>	Occupational post-exposure prophylaxis
<i>PMTCT</i>	Prevention of mother-to-child transmission of HIV
<i>PrEP</i>	Pre-exposure prophylaxis
<i>PLHIV</i>	People/Persons living with HIV
<i>VCT</i>	Voluntary Counselling and Testing

Contents

I. Introduction	4
II. Current response against HIV/AIDS	7
III. Epidemiological Context	9
IV. Prevention	12
V. Screening and access to care	21
VI. Care of persons living with HIV	26
VII. Quality of life of persons living with HIV	30
VIII. Evaluation and monitoring of the Plan	31

I. Introduction

Since 30 September 2013, Belgium has had a HIV Plan providing a commonly agreed framework for action against HIV/AIDS and constituting the fundamental element of an effective response to HIV/AIDS.

Multi-year, the plan is the programming tool for the policy that the public authorities and their partners will use to respond to the HIV/AIDS epidemic.

Cross-cutting, it is supported not only by those involved in public health, but also other actors including those in education, justice, equal opportunities, social integration, culture, etc.

National, it involves all public authorities at all levels of power.

Production process

Produced in accordance with international recommendations, the Plan is the result of a process in which all the stakeholders concerned were instrumental.

*

Production phases:

Phase 1: study, data collection and experimentation phase

During this phase many studies and projects were conducted with a view to refining our knowledge of the epidemic and determining the most relevant processes for developing an effective response to the HIV epidemic.

Phase 2: consultation and conceptualisation phase (April 2012 - September 2012)

This phase included organising many meetings, site visits and consultations with those involved on the ground and persons living with HIV (PLHIV) and studying the scientific literature in order to identify the key issues and principal problems to which the Plan would need to respond. This phase ended with a symposium, during which all the medical and association personnel involved in this fight, including PLHIV were able to give recommendations, after workshops organised for this purpose.

Phase 3: introduction and development phase (September 2012 - November 2012)

The principal bodies responsible for producing the Plan were established. These bodies guaranteed the effectiveness of the process and the active involvement of everyone, including medical and association personnel, persons living with HIV (PLHIV), etc. Tools and support resources for the effective and transparent production of the Plan were made available. The production methodology, objectives, strategic pillars and Plan structure were defined.

Phase 4: production phase (November 2012 - May 2013)

During the production phase, working groups defined the Plan's strategic actions. These working groups brought together all those involved (associations and medical organisations, persons living with HIV, representatives from priority groups, personnel from public health, justice, equal opportunities, education, etc.).

Phase 5: validation phase (June 2013 - September 2013)

All political authorities that are signatories to the Plan validated the work of those involved in its production.

Phase 6: implementation phase (October 2013 - April 2014)

It should be noted that Plan's actions are implemented under the competence of various political authorities. Some actions come under the competence of the Ministers of Public Health for the Communities and Regions, some actions under that of the Federal Minister for Public Health and others under the responsibility of the Minister of Justice or Equal Opportunities, or Education, etc. The implementation phase will therefore aim to enable each political authority to develop an implementation and financial plan for those actions for which it is responsible, under the coordination of the Ministers of Public Health.

*

The production of the AIDS Plan has been transparent. Since September 2012, all the information regarding the process has been made public and freely available on the website of the Federal Public Service Health, Food Chain Safety and Environment. Suggestions and comments on the production process were welcomed from any citizen, group or association and all the suggestions received were sent to and processed by the working groups.

*

The production of the AIDS Plan has relied on the active involvement of persons living with HIV. Persons living with HIV have participated in all the Plan's production bodies. There were also workshops by persons living with HIV, starting with existing patient groups within associations or hospitals. All work by the groups was submitted to these workshops.

*

The UNAIDS Expert Committee was also involved in producing the Plan, both in defining its production process and validating its actions and objectives.

Purposes and objectives

Purposes

- To reduce new cases of HIV infections while promoting the conditions for healthy and responsible sexuality,
- To encourage access to specialised HIV services and programmes for prevention, screening, care and quality support, within the framework of universal access to healthcare,
- To reduce all forms of stigma and discrimination, particularly those based on serostatus or health.

Objectives

- To reduce the transmission risk of HIV and other STIs in the general population and among the most exposed groups in particular, by combining available prevention strategies and tools,
- To increase the proportion of people infected with HIV who find out their serostatus at an early stage,

- To increase the proportion of people infected with HIV who are undergoing treatment and have an undetectable viral load,
- To enhance the quality of life and living conditions for persons living with HIV, particularly by improving the quality and accessibility of care and medical and psychosocial support,
- To reduce stigma and discrimination, not only based on serostatus and health, but also based on gender, sexual orientation and identity, national origin and related to drug use, sex work, etc.

Four strategic pillars

1. *Prevention*

This pillar's objective is to reduce HIV transmission, notably through information, education, awareness, outreach programmes, work on the environment, institutional and policy work, etc. Prevention is considered in the broader context of promoting sexual health.

2. *Testing and access to care*

This pillar aims to screen those infected with HIV as soon as possible and guarantee immediate access to the necessary care and support. An early diagnosis is extremely important, since late diagnosis may limit the effectiveness of treatments and therapeutic choices, raise morbidity and mortality, delay immune reconstitution, increase the transmission risk, etc.

3. *Care of persons living with HIV (PLHIV)*

The objective of this pillar is to guarantee PLHIV the best care within the healthcare system.

4. *Quality of life of persons living with HIV (PLHIV)*

This pillar aims to improve the quality of life of PLHIV.

II. Current response against HIV / AIDS

Belgium already has a wide range of measures to respond to the HIV/AIDS epidemic, the main ones being:

- **9 aids reference centres**, where:
 - every PLHIV can receive multidisciplinary medical and psychosocial supervision
 - anyone can receive prophylactic antiretroviral treatment after accidental exposure to HIV
- **3 aids reference centres** where anyone can be screened anonymously and free of charge
- **7 AIDS reference laboratories** for diagnosis, the assessment and quality control of existing or new screening tests, data collection and monitoring
- **Specific action and research programmes** designed to prevent HIV and STIs, reduce the risks related to drug use, promote sexual health, etc.
- Financing for **research projects** within some screening centres with a view to characterising the specific health issues of sex workers. These centres focus specifically on sex workers and perform tests on those involved, not only for HIV/AIDS but also for other STDs, and provide guidance - where necessary - to the relevant bodies. The centres involved must draft an annual report that contains proposals.

However, in recent years, Belgium has also:

- adopted legislation to suppress racist and xenophobic-inspired acts
- allowed same-sex marriage
- created a national day against homophobia
- strengthened its action against discrimination by adopting a law that not only bans but also punishes any incitement to hatred or discrimination, based in particular on sexual orientation, national origin or current or future health
- launched a plan to combat homophobia and transphobia
- launched a plan to combat poverty, the objective of which is to lift 380,000 Belgians out of poverty by 2020, particularly by guaranteeing the population's social protection by combating poverty among children, improving access to the labour market and healthcare
- set up a powerful and independent Institute responsible for monitoring compliance with gender equality and the enforcing legislation

- set up an intergovernmental taskforce to improve access to healthcare for migrant populations
- improved accessibility to healthcare by introducing, for example, a 'maximum charge' which guarantees that anyone, whatever their health, will not pay more than a certain amount per year for treatment
- adopted a law on patient rights which guarantees everyone the right to quality services, the freedom to choose their healthcare provider, to be informed about their health, to give informed consent for any intervention, to view their medical file, to privacy and a private life
- adopted a law on medical examinations which bans any employer from performing HIV screening tests during medical examinations when hiring staff or to perform this test in the context of occupational medicine, even if the free and informed consent of the applicant/employee has been obtained
- adopted a regulation that gives migrants access to care in the context of emergency medical assistance
- etc.

III. Epidemiological context

Despite all the measures taken in Belgium by the country's public authorities, HIV remains a major public health issue. At least 20,000 people are living with HIV and between 1,000 and 1,200 new cases are diagnosed annually. Belgium is one of the European states with the highest number of diagnosed infections (10.7 cases per 100,000 inhabitants in Belgium, compared with 5.7 cases on average in Europe in 2011).

HIV

Breakdown by gender - With regards the breakdown by gender, the proportion of newly diagnosed HIV cases is increasing among men. After fluctuating between 51% and 60% during the 1994-2005 period, it was 66% in 2010 and 2011.

Breakdown by Belgians and non-Belgians - The proportion of newly diagnosed cases in people of Belgian nationality increased between 2002 and 2011, rising from 29.3% to 42.7% of patients where the nationality is known.

Mode of transmission - The number of infections diagnosed in men who have sex with men (MSM), mainly of Belgian nationality, has increased sharply, this mode of transmission was reported in 46.6% of infections diagnosed in 2011; it accounted for 23.5% of infections in 2002.

To date, heterosexual relationships remain the most frequently reported mode of transmission in Belgium, accounting for 49.6% of infections diagnosed in 2011. These are mainly people originating from high-prevalence countries that were probably for the most part infected in their country of origin.

Although other modes of transmission remain, these are falling. Injecting drug use was reported in less than 2% of recently diagnosed cases compared with around 8% at the beginning of the epidemic. Perinatal transmission was reported in approximately 1% of cases diagnosed in 2011. Two cases of transmission during a transfusion have been reported in Belgium in the last 26 years.

Belgian patients - Among PLHIV there were 8.9 times more men than women in PLHIV of Belgian nationality diagnosed in 2011. Of the, Belgian men diagnosed in 2011, 82.1% were MSM. In women, heterosexual transmission was reported in 92.1% of cases. Contamination through injecting drug use reduced proportionally in 2010.

Non-Belgian patients - Among the non-Belgian patients diagnosed between 2009 and 2011, 62.1% originated from Sub-Saharan Africa, 22.6% were Europeans, 12.8% were originally from America or Asia and 2.5% from North Africa. Patients originating from Sub-Saharan Africa accounted for 62% of infections through heterosexual contact diagnosed in 2011, the highest proportion observed in Europe. The number of infections diagnosed amongst MSM varied depending on their origin: it was 60.4% in nationals from European countries other than Belgium, 61.4% among those from America and Asia, 35% for those from North Africa and 3.9% in people originating from Sub-Saharan Africa. The male/female ratio among non-Belgians is much closer to unity than for Belgians.

It appears from the findings that we have just published that the HIV epidemic in Belgium is highly concentrated in two key populations: men who have sex with men (MSM), mainly of Belgian nationality and people who have contracted the virus through heterosexual sex and are mainly from Sub-Saharan Africa. Together, these two groups accounted for over two thirds of all new HIV cases recorded in 2011 (taking into account only those cases where the nationality is known, which is 75%).

Screening

During 2011, 679,655 HIV screening tests were performed in Belgium, excluding tests conducted on blood donations. Over the last 20 years, the number of tests has fluctuated between 50 and 60 tests/1000 inhabitants/year. A sustained increase in screening has been observed from 2007, with 56 tests/1000 inhabitants performed in 2007 and 64.2 in 2011.

The rate of new HIV cases diagnosed per 1000 tests rose by almost 50% between 1996 and 2000; it stood at 1.73 new infections diagnosed per 1000 tests in 2011.

The CD4+ cell count at the time of the HIV diagnosis is known for 7,995 patients diagnosed over the last 20 years (41.6%). This count can be considered as a biological marker of infection's progress, since it is lower when the infection is advanced. It generally stands at around 1000 CD4/mm³ in healthy people and lower at 200 CD4/mm³ in people infected with HIV developing into AIDS.

A diagnosis is considered as late when the number of CD4/mm³ is less than 350 when the HIV infection is diagnosed.

In 1998, 59% of HIV infections were diagnosed late, in 2011 this was 42%. The number of late diagnoses is therefore still high, even if a favourable trend has been observed over time.

Care of persons living with HIV (PLHIV)

Among those patients diagnosed in 2007, 91% were treated, including 83% in the three months following the HIV diagnosis. Of these same patients, only 60% were monitored regularly (at least one consultation every six months) in the two years after the first consultation. Access to treatment is also lower in SAM than in Belgian patients.

In 2011, 12,599 patients infected with HIV were monitored in Belgium and 81% were undergoing ART. Of the patients receiving ART in the ARCs, 83.1% had a viral load of less than 50 copies/mL at the end of 2010 and 9.7% had a viral load of between 50 and 500 copies.

An analysis of the patients monitored in the ARCs showed that 5.8% of patients were lost to follow up (LFU) between 2007 and 2008. This rate rose to 5.5% between 2008 and 2009. Of the patients lost to follow up in 2008, 25% were monitored again in 2009. There were more LFU among the most recently diagnosed patients and those from Sub-Saharan Africa. There is no national or international system for tracing patients lost to follow up.

AIDS

Of the 25,855 people whose HIV infection has been diagnosed since 1995, a cumulative total of 4,208 people were diagnosed with AIDS at 31 December 2011. Of these, 1,712 were alive and medically monitored at the end of 2011. In terms of the temporal trend in the number of new patients, a plateau was observed from 1991 to 1995, with an average of 255 cases diagnosed per year.

The incidence reduced sharply during 1996 and 1997 (-50%) due to the use of new antiretroviral combinations. However, this decrease halted in 1998, and the annual number of identified cases stabilised.

The halt in the reduction of the incidence of AIDS observed since 1997 seems to be connected, at least partially, to the number of patients discovering their seropositivity when AIDS is diagnosed. The proportion of patients discovering their seropositivity on diagnosis of the disease was 21% in 1995 and 1996 and 38% in 2010-2011 (41% in heterosexual patients and 37% in MSM).

The number of deaths related to the disease has fallen sharply. This fall is linked to the use of new antiviral combinations which began in 1996.

IV. Prevention

Introduction

HIV prevention requires an integrated strategy which combines primary prevention, screening and care including promoting the use of condoms and lubricant (and access to sterile syringes for injecting drug users), awareness of serostatus and where someone is seropositive, access to treatment that can achieve an undetectable viral load. Prevention, screening and treatment of other STIs are also very important, given the interactions between HIV and other STIs and particularly because the presence of an STI increases the risk of HIV transmission and vice-versa.

Primary prevention should be closely combined with the development of more effective screening strategies and both treatment and prevention.

This National Plan therefore aims to reduce the incidence of HIV and other STIs through these three strategic pillars. This section specifically covers primary prevention actions, but these should be implemented in an integrated way, in synergy with the other two pillars.

Primary prevention itself cannot be reduced to information strategies on the subject of HIV and other STIs. If this information is necessary, it must be part of a process to promote sexual health that acts on various individual, relationship and structural considerations in terms of physical, mental and social health.

The actions in this section are presented for two priority audiences, namely men who have sex with men and migrants. Other audiences are also taken into consideration, including people living with HIV, the general public, young people, sex workers, injecting drug users and prisoners.

Actions aimed at priority groups

1. *Men who have sex with men (MSM)*

ACTION 1: Inform and raise awareness about preventing HIV and other STIs and strengthen the capabilities of stakeholders

Whether through the organisation of specific campaigns or actions, the recommendation is to:

- ✓ pay particular attention to commercial LGBTQI venues, inclusive events, the internet and outdoor meeting places
- ✓ develop and conduct these campaigns and actions in close partnership with all those involved on the ground
- ✓ pay particular attention to STIs, given the target audience's lack of knowledge on this subject
- ✓ in addition to the information traditionally provided, supply information about preventative treatments and combined prevention issues (HIV and STI screening, post-exposure treatment, treatment as prevention, pre-exposure treatment, the effect of an undetectable viral load on the transmission risk)
- ✓ develop specific prevention information and tools for young MSM, for example using new technologies and social networks

- ✓ raise awareness, inform and train intermediaries and contacts in the association and commercial LGBTQI networks.

ACTION 2: In commercial gay venues, especially where sex is possible, guarantee easy and free access to condoms and water- and/or silicon-based lubricant

2. Migrants

ACTION 3: Inform and raise awareness about preventing HIV and other STIs and strengthen the capabilities of stakeholders

Whether through the organisation of specific campaigns or actions, the recommendation is to:

- ✓ promote local initiatives
- ✓ develop both individual and group counselling
- ✓ produce information focusing on:
 - HIV and STIs
 - contraception
 - the use of male and female condoms and lubricant
 - preventative treatments and combined prevention issues (post-exposure treatment, treatment as prevention, pre-exposure treatment, the effect of an undetectable viral load on the transmission risk)
 - healthcare or assistance organisations likely to provide better information to the target group
- ✓ work specifically so that talking about sexuality and sexual health is no longer taboo in this target group
- ✓ develop and conduct these campaigns and actions in close partnership with all community stakeholders, paying particular attention to the role of religious leaders and more generally, train contacts and intermediaries in the association networks
- ✓ take into account target group diversity and develop tools adapted to these specific characteristics

It is also recommended that a *health card* be produced for migrants with a view to providing this audience with information about the healthcare system and the organisations they can go to with a specific focus on issues related to sexual health.

ACTION 4: Guarantee, especially in areas with a high migrant population, easy and free access to condoms and water- and/or silicon-based lubricant.

3. Common actions aimed at MSM and migrants

Introductory comment: The actions common to MSM and migrants are actions that should be carried out for both MSM and migrants, taking into account, the specific characteristics of each of these groups.

ACTION 5: Develop a methodology for social-behavioural monitoring and research and research-actions to improve the identification of the behaviours of priority populations, monitor the development of these behaviours over time and identify the various determining factors within them.

ACTION 6: Implement campaigns, tools and policies that promote the development of a non-discriminatory and non-stigmatising environment within these target groups.

This environment should:

- enable PLHIV, if they so wish, to talk about their status in their social environment
- facilitate a dialogue about sexuality and the related risks within the target groups

Actions aimed at other population groups

1. Persons living with HIV (PLHIV) and their partners

ACTION 7: Ensure the distribution of comprehensive information on prevention strategies (wearing condoms, post-exposure treatment, treatment as prevention, pre-exposure treatment, the effect of an undetectable viral load on the transmission risk)

ACTION 8: Implement innovative strategies in terms of counselling

The recommendation is to:

- ✓ support online, group, peer and couple counselling outside hospital establishments
- ✓ pay particular attention to supporting the partners of PLHIV

ACTION 9: In stable serodiscordant relationships that express such a wish and where the PLHIV is undergoing treatment that has resulted in an undetectable status for over 6 months, the specialist may suggest not using condoms.

This recommendation should be followed in accordance with the conditions set out by the Belgian Superior Health Council (Conseil Supérieur de la Santé - CSS) in its opinion on the guidelines for the use of condoms by HIV-serodiscordant partners receiving antiretroviral treatment. The STIs which should appear on the list, based on this opinion, will be produced by a committee of medical experts.

2. General population

ACTION 10: Improve the capabilities of psycho-medical-social organisations

It is recommended that, via basic and/or further training, the capabilities of all organisations offering medical, paramedical, psychological or social support, working in the private sector or in medical centres, family planning centres, hospitals, clinics, maternity wards, mental health institutions, nursing homes, prisons, reception centres for asylum seekers, occupational healthcare, etc. are improved.

The recommendation is to educate them, particularly in the reception of MSM, migrants, injecting drug users, young people and sex workers and for them to have an approach that takes the cultural and social specifics of these groups into consideration.

The objective is to improve their role in terms of prevention, but also the support of PLHIV and the development of a non-discriminatory environment to accommodate the aforementioned groups and PLHIV.

ACTION 11: Implement campaigns, tools and policies that promote the development of a non-discriminatory and non-stigmatised environment within society for PLHIV, LGTBQI and migrants.

ACTION 12: Raise awareness about the use of condoms, break down barriers and develop arguments for this use.

ACTION 13: Study the barriers to and arguments for the use of condoms

It is recommended that the specific features of the aforementioned barriers and arguments are considered depending on the groups (migrants, women, young people, MSM, etc.)

3. Women who have sex with women (WSW)

ACTION 14: Implement campaigns, tools and awareness policies designed specifically for the sexual health of WSW.

4. Youth

ACTION 15: Implement campaigns, tools and awareness policies specifically designed for young people.

The objectives of these campaigns, tools and policies are to:

- ✓ educate and inform about STIs including HIV
- ✓ foster the development of an environment that facilitates a dialogue about sexuality and the related risks
- ✓ encourage a healthy sexuality in young people, without fear of discrimination
- ✓ facilitate access for young people to information and services about sexuality - including medical services - particularly through the use of technology and social networks

The recommendation is to work closely with the school network, organisations caring for young people, youth associations, etc. in both the development and implementation of campaigns, policies, etc.

ACTION 16: Train education and health professionals and parents on relationship and sex education.

ACTION 17: Facilitate access to vaccines that according to the international scientific community and based on 'EBM' criteria are highly likely to protect young people from sexuality-related risks.

5. Sex workers

ACTION 18: Implement campaigns, tools and awareness policies designed specifically for sex workers and their clients.

The objectives of these campaigns, tools and policies are to:

- ✓ Educate and inform about:
 - HIV and STIs
 - preventative treatments and combined prevention issues (post-exposure treatment, treatment as prevention, pre-exposure treatment, the effect of an undetectable viral load on the transmission risk)
 - healthcare or assistance organisations likely to provide better information
- ✓ Facilitate access for sex workers and their clients to information and services related to sexuality

ACTION 19: Raise awareness of the issue of sexual health among internet sex workers and specialist website managers.

ACTION 20: Organise local and accessible healthcare and social assistance for sex workers and establish a level of trust with sex workers in their environment.

6. Injecting drug users

ACTION 21: Develop peer-based prevention initiatives

ACTION 22: Improve access to syringes and equipment to prevent and reduce the risk and develop safer consumption sites for injecting drug users.

ACTION 23: Develop and provide specific tools for injecting drug users to promote prevention and sexual health.

This means improving the knowledge and abilities of injecting drugs users to enable them to reduce injection-related and sexual risks (cross-risks)

ACTION 24: Define a coherent legal framework for drug users with public health and risk reduction objectives.

ACTION 25: Develop a better understanding of the profile of users and their behaviours and evaluate risk reduction actions.

ACTION 26: Integrate risk reduction related to drug use into care and treatment consultations for injecting drug users.

7. Prisoners

ACTION 27: Improve the knowledge and abilities of prisoners in terms of preventing HIV and other STIs and reducing the risks related to drug use and the sharing of drug, tattooing and piercing equipment.

ACTION 28: Improve discrete access to condoms and water-based lubricants in prisons.

ACTION 29: Reduce the stigma associated with drug users in prison.

ACTION 30: Research and evaluate interventions in the prison environment in order to develop suitable health actions.

ACTION 31: Establish a context conducive to health promotion in the prison environment, particularly by training prisoners so that they become health workers within the prison and by raising the awareness of prison staff.

Pre- and post-exposure prophylaxis

There is increasing evidence supporting the key role of treatment in preventing the transmission of HIV.

1. *Non-occupational post-exposure prophylaxis (NONOPEP)*

Non-occupational post-exposure prophylaxis is defined as the use of a combination of two or three antiretroviral drugs in people who may have been exposed to the HIV virus, generally after sexual intercourse, including certain acts of sexual violence involving penetration.

In Belgium, non-occupational post-exposure prophylaxis is used and reimbursed. In recent years, the use of non-occupational post-exposure prophylaxis has increased annually. In 2011, 738 courses of non-occupational post-exposure prophylaxis treatment were recorded. Many different antiretroviral regimens were prescribed.

The majority of patients benefiting from non-occupational post-exposure prophylaxis were men of between 20 and 50 years of age. Of these men, most were MSM. For both MSM and heterosexuals, the prophylaxis was usually applied following unprotected sexual intercourse or after a condom broke with a HIV+ partner.

In terms of women, most received post-exposure prophylaxis following a rape or after a condom broke with a HIV+ partner.

Onder de heteroseksuele mannen werd de profylactische behandeling na niet-professionele blootstelling gebruikt ten gevolge van een onbeschermd seksueel contact of een gescheurd condoom van een sekswerkster, een seropositieve partner of een partner met een risico van HIV-besmetting.

From the failures observed in the current system, we note the lack of standardised treatment regimens, leading to significant cost differences compared with an amount allocated as a lump sum. Furthermore the data quality is sub-optimal or non-existent (no record of the adherence to prophylaxis, side effects, etc.) because there is no monitoring and evaluation system. There is also a significant lack of knowledge about post-exposure prophylaxis in the relevant priority groups, hence the probable under-use of this intervention.

2. Occupational post-exposure prophylaxis (OPEP)

Occupational post-exposure prophylaxis is defined as the use of a combination of two or three antiretroviral drugs in a healthcare provider who could have been exposed to the HIV virus, generally after a percutaneous injury, often a needle stick injury.

Several clinical studies have shown that HIV transmission could be significantly reduced by the post-exposure administration of antiretroviral agents. The early use of post-exposure prophylaxis is recommended for exposure to blood, blood fluids, or other potentially infectious agents.

The confidential HIV test (also for hepatitis B and C) for the exposed worker must take place at the time the occupational exposure is reported or within three days following the exposure.

In Belgium, there is an established use of occupational post-exposure prophylaxis. However, certain issues still need to be clarified, such as those about the legal framework for testing the source (issue of informed consent) and that of the optimal regimen.

No quality data regarding continuous evaluation and monitoring objectives is currently collected in Belgium. It would certainly be advisable to develop a feasible evaluation and monitoring system to continue to offer the current services.

3. Treatment as Prevention (TasP)

Treatment as prevention is defined as beginning antiretroviral treatment just after the diagnosis of the HIV infection with a view to reducing the viral load, which reduces HIV transmission. Treatment as prevention involves taking antiretroviral drugs during the early stages of the HIV infection, even if the criteria for beginning the antiretroviral treatment in accordance with the established directives have not yet been satisfied, with the aim of reducing HIV transmission.

Scientific evidence of the effectiveness of treatment as prevention should stem from randomised controlled trials. The fall in the number of people unaware of their HIV infection and long-term adherence to the treatment are important factors influencing the

reduction in transmission using antiretroviral drugs. There is no available data on adhesion for the Belgian population, but the number of patients achieving a persistent undetectable viral load is universally high.

4. Prevention of mother-to-child transmission

Post-exposure prophylaxis was the first, and probably most successful widespread application of combination antiretroviral therapy, reducing HIV transmission without intervention from up to 40% to less than 1%. This includes treatment as prevention of the mother and new-born and monitoring (including long-term) of children born to a HIV positive mother. This intervention has already been successfully applied for many years in Belgium.

Nevertheless, access to care (as well as free antiretroviral treatment) for pregnant women living with HIV is still an issue, although it is an imperative intervention in preventing mother-to-child transmission.

5. Pre-exposure prophylaxis (PrEP)

When used systematically, a combination of oral antiretroviral therapy for pre-exposure chemoprophylaxis against HIV has proved effective and safe in clinical trials with MSM and heterosexual men and women.

Among those MSM with detectable levels of medication in their blood, the risk of contracting HIV was reduced by over 90%. The prophylactic benefits were substantially reduced by non-adherence, indicating that effective pre-exposure chemoprophylaxis programmes must focus on this behavioural variable, in addition to advice on safe sexual practices. We must stress that the data currently available only concerns continuous pre-exposure prophylaxis, while intermittent pre-exposure prophylaxis as an alternative regimen is being evaluated.

6. Actions

ACTION 32: Form a permanent group of experts and stakeholders that will monitor, evaluate and provide guidance on the application and implementation of interventions using antiretroviral drugs.

Monitoring and evaluation (M&E) are vital management and learning tools for improving the planning of current and future programmes, their application and decision-making.

In order to monitor and evaluate the programme, a group of experts responsible for monitoring and providing guidance on the future use of antiretroviral drugs should be set up, gathering evaluation data from all partners and advising on future uses. The team of experts should be comprised of doctors specialising in HIV, scientists specialising in pharmaco-economic studies, public health specialists from different administrative levels, officials from drug regulatory bodies, officials from social security organisations, PLHIV and representatives from priority groups.

ACTION 33: Increase accessibility to non-occupational post-exposure prophylaxis in Belgium.

The recommendation is to revise and extend the directives on non-occupational post-exposure prophylaxis, then provide information on this subject and improve the understanding of post-exposure prophylaxis for HIV in Belgium with general practitioners, the emergency services and the most exposed groups.

ACTION 34: Develop a framework for pilot PrEP projects and operational research to assess the feasibility of PrEP.

ACTION 35: Ensure the existing directives for the prevention of mother-to-child transmission are widely available

It is recommended that the Belgian consensus of 2009 for the prevention of mother-to-child transmission of the HIV infection is updated and these recommendations be distributed to all professionals concerned.

ACTION 36: Improve and extend access to antiretroviral therapy without using CD4 criteria as a restriction

It is recommended that steps are taken with a view to a possible change in the reimbursement criteria for antiretroviral therapy (ART) so that all PLHIV can receive ART whatever their CD4 count. Indeed, the current criteria of the National Institute of Health and Disability Insurance (INAMI) for reimbursing HIV-related drugs allow the administration of ART only if the T CD4+ cell count of patients has fallen to 500 cells/mm³ or less. This measurement prevents doctors from prescribing drugs to patients in a serodiscordant relationship or patients who have recently contracted infections and whose CD4 count is greater than 500 cells/mm³. Patients with high viral loads may be the main drivers of HIV transmission, whatever their CD4 cell count.

V. Screening and access to care

ACTION 37: Develop a national screening strategy for HIV and STIs in accordance with existing regulations.

1. *Strategy principles*

- ✓ screening must be voluntary
- ✓ informed consent must be obtained prior to screening
- ✓ the screening results must remain confidential
- ✓ screening must be supported by appropriate pre-screening information and post-screening counselling (including effective information for the partner and strong links with a reference laboratory, healthcare, treatment and prevention services)
- ✓ access to treatment for HIV and STIs, healthcare and prevention services must be guaranteed regardless of the patient's legal or administrative status
- ✓ screening must be based on a patient risk assessment

2. *Combine different screening models*

- ✓ client-initiated testing (CIT) at healthcare infrastructures and specialist screening sites (VCT) after risk assessment
- ✓ provider-initiated testing (PIT)
- ✓ Testing within communities by healthcare personnel or other providers, with training

3. *Combine different screening entry points*

- ✓ specialist screening infrastructures
- ✓ day clinics specialising in primary care
- ✓ hospitals
- ✓ decentralised screening programmes
- ✓ general practitioners and specialists
- ✓ at home

The combination of different screening entry points should be implemented by balancing the effectiveness of the screening with its cost.

With regards home screening, accessible and reliable information must be communicated to those who will use it, including information in the event of a positive result as explained below. Where necessary, specific information tools must be available (via mobiles, the internet, etc.)

It is recommended that a legal framework is defined for these tests and pilot programmes are carried out to evaluate them and establish recommendations.

4. *Provide and, where necessary, repeat screening for the following groups*

- ✓ all individuals for whom screening gave a negative result, but with possible exposure in the seroconversion time
- ✓ all MSM - biannually or more frequently in the event of continued exposure to the risks
- ✓ all men and women from a country with a high HIV prevalence (>1%) - annually or more frequently in the event of exposure to high and continuous risks

- ✓ sex workers - biannually or more frequently in the event of exposure to high and continuous risks
- ✓ injecting drug users - annually or more frequently in the event of exposure to high and continuous risks
- ✓ prenatal care: pregnant women should be offered repeated screening, even if it is refused.
- ✓ people presenting symptoms that may be associated with sentinel diseases (as listed in "HIV in Europe").
Consequently, it is recommended that health professionals faced with these sentinel diseases in their specialities are given regular information.

Financial accessibility should be guaranteed for these groups and the obstacles to screening should be identified for each of them, in order to develop corrective actions based on this information.

5. Types of test

The use of a fourth-generation blood screening test with P24 antigen screening in all laboratories is recommended. In the event of a reaction, it should be sent to one of the 7 AIDS reference laboratories for confirmation and notification of a new infection.

Rapid HIV tests could provide a result from a finger prick or oral sample in a few minutes. Their advantage is that they are easy to use if venepuncture is impossible and if a delay in obtaining the results could be detrimental. However, the disadvantages of a test with reduced specificity and sensitivity compared with the sensitive fourth-generation laboratory tests should be kept in mind. Only POTC kits with an EC label should be used and an AIDS reference laboratory should be involved in the issues of governance and guaranteeing the quality of the screening process.

All new HIV cases should be diagnosed based on appropriate confirmation studies and screening must include a second sample. This stage must be combined with tests for the HIV base viral load, STIs and the CD4 count.

6. Provide appropriate information for people screening HIV positive.

It is recommended that, regardless of the screening entry point, the person screening HIV positive can immediately and easily take advantage of comprehensive information about all the structures, organisations and people likely to provide support in the region where they live, so that the PLHIV can follow the treatment correctly, avoid taking any risks and deal with the difficulties they may face, whether medical, social, economic, etc.

ACTION 38: Improve screening by general practitioners and specialists.

7. Incorporate HIV and all its related issues as a compulsory subject in medical training courses.

The following elements should be considered as part of the training:

- ✓ the epidemic of HIV and STIs in Belgium, including the issue of responsibility for collecting data for control purposes
- ✓ HIV/STI screening models
- ✓ HIV/STI screening conditions (informed consent, confidentiality, etc.)
- ✓ (national) regulations and directives regarding HIV/STI screening
- ✓ types of HIV/STI screening

- ✓ disease indicators for HIV or AIDS
- ✓ conditions where not identifying HIV could negatively affect clinical management
- ✓ symptoms of seroconversion
- ✓ evaluation and recognition of the risks
- ✓ communication skills, particularly with regards sexual health; information about previous sexual relations; providing screening results; partner information; counselling
- ✓ practical skills in terms of safe sexual behaviour
- ✓ recognition of the circumstances and symptoms that could be associated with seroconversion
- ✓ training in an approach that takes into account the specific features of the target groups regarding culture, traditions, etc.

HIV/STIs and their related issues should also be incorporated into continuing medical education (CME) for general practitioners and specialists:

- ✓ CME is used to increase awareness and confidence and to improve the skills of medical professionals in assessing the risks of HIV related to sexual behaviour and drug use, offering HIV screening and providing screening results and counselling
- ✓ CME aims to include HIV screening in the routine screening for other diseases, thereby reducing the stigma related to HIV
- ✓ CME raises awareness of disease indicators and symptoms of seroconversion
- ✓ CME uses various (existing) resources including training, symposia, e-learning

8. Provide general practitioners and specialists with technical guidance regarding:

- ✓ recognition of the circumstances and symptoms that could be associated with seroconversion
- ✓ indicative conditions for HIV/STIs or AIDS
- ✓ combined HIV/STI/AIDS screening
- ✓ repeated HIV/STI screening
- ✓ types of tests (ELISA, rapid tests, home tests)
- ✓ decision-making algorithms
- ✓ counselling
- ✓ partner information

9. Support decentralised and demedicalised screening

In accordance with existing regulations, decentralised and demedicalised screening should be developed with a view to targeting priority groups as well as situations presenting a high prevalence and where a high number of late diagnoses may be expected.

10. Establish a legal framework for decentralised and demedicalised screening.

It is recommended that this type of screening be carried out under the following conditions:

- ✓ with properly trained (non-medical) personnel
- ✓ with a quality assurance system
- ✓ with a referral system for counselling and care, i.e. practical pathways to care

It is recommended that national guidelines are drawn up which relate to situations where decentralised and demedicalised screening should be promoted.

11. Extend HIV/STI screening by recruiting a larger workforce, familiar with screening and with the skills to carry it out

12. Develop education and social mobilisation initiatives to encourage people belonging to priority groups to be screened with a view to treatment and promote a different image of screening in these populations under treatment as prevention

13. Identify available HIV/STI screening and assess its respective advantages depending on the context

The regular assessment of the choice of screening is also recommended.

14. Check all reactive screening using specific confirmation screening in one of the seven AIDS reference laboratories

15. Develop community-based screening services with the local ARC and guarantee fast and appropriate access to care, treatment and support services

16. Make an inventory of existing initiatives and standardise data collection tools

The reporting and data collection system for monitoring purposes should be organised nationally, by a single institution. A national inventory of HIV/STI screening sites should be drawn up and continually updated. Standard data collection tools and reporting formats should be designed and used to record information at site level. Data should be analysed nationally, with the return data flow enabling the sites to understand their performances, encourage the sharing of best practices and support the programme's improvement. Indicators should be selected by establishing a logic model for HIV/STI screening, describing the objectives and the logical sequence that connects inputs to activities and processes, leading to outputs, results and finally a targeted impact.

ACTION 39: Increase awareness among and educate those people most exposed to the risk

It is recommended that they are informed about:

- ✓ different screening models
- ✓ the importance of early diagnosis
- ✓ possible symptoms of seroconversion and primary infection
- ✓ test entry points
- ✓ viral load
- ✓ treatment and its benefits
- ✓ access to treatment, care, tri-therapies tolerance, respecting confidentiality
- ✓ PMTCT (prevention of mother-to-child transmission)
- ✓ the existence of PET (PEP)
- ✓ ways of reducing the risks
- ✓ the importance of good sexual health
- ✓ PreP

The use of new technologies (applications, social networks, etc.) is recommended.

ACTION 40: Ensure access to HIV treatment, healthcare and prevention regardless of legal status or health insurance cover.

The development of a (single) national referral procedure for those who do not have access to healthcare in Belgium is recommended, so that they can benefit from screening

and subsequently HIV treatment, care and prevention services. The recommendation is to pay particular attention to people in a precarious socio-economic and/or legal (or administrative) situation. However, this must not lead to discrimination against other patients.

VI. Care of persons living with HIV (PLHIV)

Introduction

Since antiretroviral drugs have become widely available in Belgium and following the reduction in AIDS indicator diseases, life expectancy for PLHIV has steadily increased. HIV has become a chronic infection.

Consequently, PLHIV are faced primarily with a series of pathologies which are not directly related to the HIV infection. The medical care of PLHIV is complicated and requires poly-medication. Furthermore, the HIV infection is more than a purely medical issue. PLHIV must also deal with a complex set of social, psychological, sexual and other problems for which they are also looking for assistance and support. The care of PLHIV requires an overarching and multi-disciplinary approach that must be integrated into a care model.

Following improved survival chances due to ART and the low proportion of new infections, the number of patients monitored has increased by 74% in five years. This figure should be expected to increase again, with on average 1000 new cases of HIV diagnosed per year. A potential increase of around the same size in the number of patients treated should also be expected.

Actions

ACTION 41 : Develop care models

An integrated care model should be created which contains a complete list of all the needs of PLHIV based on international recommendations. All these elements are already included in the care activities of the ARCs. However, they should be structured in a consensus model that takes into account scientific evidence and the cost-effectiveness ratio. PLHIV must be involved in the care model once the diagnosis has been made. Every person diagnosed must be referred to an ARC as soon as possible to be cared for by a specialist experienced in this field.

*

Specific care models (or extensions of the basic model) must also be created for certain patient groups:

- ✓ HIV-positive women who are pregnant or want to become pregnant
- ✓ HIV-positive children
- ✓ HIV-negative children born to a HIV-positive mother
- ✓ [PLHIV without status or with a special status (prisoners, refugees, asylum seekers, etc.)]
- ✓ PLHIV living in nursing and/or care homes

The creation of a national register/cohort for this group of children is recommended.

A protocol should be established for children living with HIV in order to facilitate and optimise the child's transition from paediatrics to a recognised centre.

The care of children living with HIV should be concentrated in a limited number of recognised centres that have the required multi-disciplinary expertise. However, whether or not the number of children concerned is enough to justify this policy will need to be examined.

A national register should be established in order to consolidate data concerning pregnant HIV-positive women.

*

A significant number of PLHIV live in Belgium without status or with a special status (refugees, asylum seekers, prisoners, etc.). Their status can change quickly meaning they have to address different bodies for their healthcare (Public Social Welfare Centres, Federal Agency for the Reception of Asylum Seekers, etc.)

It is recommended that a clear, homogeneous and stable healthcare model be established by healthcare professionals for the groups of PLHIV without status or with a special status.

When returning to their country, PLHIV forced to leave Belgian should continue to have access to the care their condition necessitates.

*

ACTION 42: Adopt national recommendations for the treatment of PLHIV

Belgium should have a set of medical recommendations for the treatment of PLHIV. These recommendations should:

- ✓ be based on international recommendations and "evidence based"
- ✓ be adapted to the Belgian situation (availability, reimbursement and cost of antiretroviral drugs, local epidemiology, etc.)
- ✓ be used to organise a more standardised and consistent treatment for PLHIV
- ✓ be the subject of consensus within a group of Belgian experts
- ✓ be updated regularly

Peer-reviews should be organised with the aim of optimising the application of these national recommendations.

The reimbursement criteria for antiretroviral drugs should be adapted to the Belgian recommendations.

ACTION 43: Improve multidisciplinary support

Multidisciplinary support is needed for PLHIV.

A checklist of the difficulties that PLHIV may be confronted with, not only due to the treatment, but also in their social life should be developed and screening and monitoring instruments made available.

Every PLHIV should be given the opportunity to have access to specialist centres recognised for their expertise, so that they can take advantage of the appropriate support from professionals (psychologists, social workers, sexual and reproductive counselling experts, dieticians, etc.).

At any time, the PLHIV should be free to consult the various members of the multidisciplinary team, or conversely, to refuse the support offered by the recognised centre.

Collaboration between the recognised centres, general practitioners and associations and community partners should be strengthened and structured. This should aim to improve

access to care and appropriate support structures that promote overall health, well-being and the fitness of PLHIV, given the specific characteristics of certain groups such as vulnerable people, pregnant women or those wanting a child, etc.

ACTION 44: Structure the ARC-general practitioner relationship

The responsibility for the care of PLHIV should be shared between the general practitioner and the recognised specialist centres. Care that can be provided by the general practitioner should only be offered in the recognised centres to those who do not have access to a general practitioner. Conversely, care which requires a specific knowledge of the problem related to the HIV infection should be given by specialists at a recognised centre.

The exact and structured division of tasks between the general practitioner and the specialist working in a recognised centre is currently proving difficult for various reasons.

The division of tasks should remain flexible; all care falls under the joint responsibility of the general practitioner and the specialist. Depending on the health of the PLHIV, the focal point of the medical care may vary.

Each patient should be actively encouraged to register with a general practitioner of his choice. Preferably, this will be a general practitioner with an interest and expertise in the field of HIV infection.

A system should be developed that allows the bi- and multi-directional exchange of data (including drug therapy data) on the GMR between the general practitioner and the specialist(s).

The exchange of general information between the ARC and general practitioners should be improved, particularly with regards assistance, counselling and organisations that can be recommended to the patient to help deal with the different difficulties that may arise.

ACTION 45: Improve the management of antiretroviral drugs

National recommendations for antiretroviral treatment based on international recommendations and best clinical practices should be drawn up and adapted to the local situation.

The option to reserve the right for specialist doctors working in a recognised centre to introduce or change the antiretroviral treatment should be considered.

All the data on antiretroviral and others drugs should be included on the GMR of the PLHIV.

Given the importance of the PLHIV's adherence to the prescribed treatment, this adherence must be systematically checked and investigated during every visit by the patient to the treating doctor(s).

For various reasons, (financial, patient accountability, more direct monitoring and checking of adherence by the treating doctor, etc.), consideration should be given to the possibility that the hospital pharmacy could legally distribute antiretroviral drugs.

Subject to the patient's wishes, the possibility that all the data concerning the patient's medication (antiretroviral and other) may, for as long as the patient wishes, be included in a

complete pharmaceutical record held by a city pharmacist chosen by the PLHIV should be examined and supported.

ACTION 46: Improve the geographical coverage of care

The ARCs handle the treatment of most known PLHIV (+/- 85%), but only those patients monitored in a recognised centre can benefit from the agreement signed between the ARCs and INAMI.

It is recommended that the care offer is increased by allowing centres that have already acquired sufficient expertise in the overarching and multidisciplinary care of PLHIV to affiliate themselves with a recognised ARC. Whatever the centre, patients should be able to take advantage of any care currently dispensed to patients in the recognised centres.

ACTION 47: Develop self-management

Since HIV has become a chronic disease, care models encouraging self-management (in terms of adherence, sexual risk management, etc.) must be promoted, because these allow PLHIV to make informed healthcare decisions and be in better control of their own life and health.

PLHIV must easily be able to take advantage of comprehensive information on all the structures, organisations and people likely to support them in the region where they live..

ACTION 48: Develop a protocol to reduce the number of patients lost to follow up

A specific protocol that helps to maximise the reduction in the number of PLHIV lost to follow up should be developed.

ACTION 49: Develop the national cohort

The national cohort should in particular supply information about the following elements:

- ✓ the mode of transmission,
- ✓ whether screening has been delayed or not,
- ✓ the time between diagnosis and the start of treatment,
- ✓ the change in the viral load of patients and measures taken in order to prevent transmission to other people,
- ✓ the quality of life of patients living with the virus (from a social and psychological perspective),
- ✓ the interruption of treatment by some patients and the reasons for this,
- ✓ etc.

This should be used to develop corrective actions based on the data collected.

VII. Quality of life of persons living with HIV (PLHIV)

Actions

Introductory comment: The 'prevention', 'screening and access to care', 'care for PLHIV' sections already contain several actions for improving the quality of life of PLHIV. However, it would also be advisable to:

ACTION 50: Provide better information to PLHIV about their rights (in terms of access to healthcare and against discrimination) and strengthen their abilities to assert these rights effectively

ACTION 51: Combat discrimination against PLHIV in housing, accommodation and reception, work and training and for children living with HIV, in the school environment

ACTION 52: Support a dialogue between social partners, public authorities and insurance companies regarding the issue of uninsurance and/or extra premiums for people living with HIV in order to provide people living with HIV with the same rights to insurance as the general population

ACTION 53: Lobby for the lifting of travel restrictions for PLHIV

VIII. Evaluation and monitoring of the Plan

Introduction

The Plan must have a lasting impact and be implemented appropriately.

To do so, it must rely on permanent and organised bodies, the participation of priority groups, the decisive involvement of PLHIV and be based on scientific evidence.

Both PLHIV and the priority groups should play a decisive role, not only in developing policies but also their implementation. PLHIV cannot be reduced to their condition as patients. Their rights must be guaranteed, including the right to be involved in the decision-making processes where these processes affect their own life or form part of a policy where their experience is a benefit to the public authorities.

A continuous evaluation of the policies based on suitable indicators or tools is vital so that these policies can be adapted where necessary to make them more effective and efficient.

Those involved should be able to consult, communicate, collaborate and discuss regularly within the framework of the Plan's implementation. This applies to both those in the field and those involved at policy level.

Finally, producing the Plan has highlighted that additional data is needed to gauge the policies, whether in terms of prevention, screening or care of PLHIV.

Actions

<p>ACTION 54: Support the establishment of a permanent body for consultation, monitoring and advice</p>
--

In particular, this body's missions should include:

- ✓ supporting the public authorities in implementing the HIV Plan
- ✓ identifying bad practices and proposing corrective actions
- ✓ supplying the public authorities with an annual report on the HIV Plan's implementation
- ✓ at the request of the public authorities or on its own initiative providing recommendations in terms of HIV policy
- ✓ ensuring a regular dialogue between all stakeholders
- ✓ centralising all information, data, studies and research relating to HIV
- ✓ supporting the training and providing continual information to stakeholders
- ✓ exchanging experiences with other countries
- ✓ promoting and supporting scientific research
- ✓ guaranteeing improved consultation between all medical, association, community and commercial stakeholders, PLHIV and public authorities so that they can conduct a joint and concerted action, agreed by all in a given area

This body requires the decisive involvement of:

- ✓ Healthcare professionals
- ✓ Associations working to combat HIV/AIDS
- ✓ Community stakeholders

- ✓ PLHIV
- ✓ The Scientific Institute for Public Health (ISP)
- ✓ Representatives of the authorities in question

ACTION 55: Establish a Council of persons living with HIV (PLHIV)

It is recommended that a Council of PLHIV is set up in order to ensure the decisive involvement of PLHIV in the Plan's implementation regarding prevention, screening, care and improving the quality of life of PLHIV.

ACTION 56: Improve existing data collection measures and support research/surveys with a view to complementing existing data and the evaluation of actions in terms of impact and/or expected results together with quality management to gauge and provide a better assessment of the policies for prevention, screening, care and improving the quality of life of PLHIV.

ACTION 57: Consolidate the role of the AIDS reference laboratories (ARL)

Currently, the 7 ARLs are working more than satisfactorily and in close collaboration (through the Board of Heads of the ARLs). The objective must be to consolidate their current role and improve the way in which they work and the quality of their work even further.

ACTION 58: Guarantee regular policy and administrative consultation

It is recommended that there is regular consultation between the various policy and administrative authorities concerned for the entire duration of the Plan's implementation.

Generally, new structures should not be created where existing ones can be used to take on the tasks listed above.

The status reports on 'prevention', 'screening and access to care', 'care for PLHIV', 'the quality of life of PLHIV' and all other information relating to the HIV Plan are available at:

[www.aidsplan](http://www.aidsplan.be)
[www.plansida](http://www.plansida.be)
[www.hivplan](http://www.hivplan.be)
[www.planvih](http://www.planvih.be) 