

RAPPORT UNGASS DE PROGRES DE LA SITUATION NATIONALE

Belgique

Période considérée : janvier 2006-décembre 2007

Date de soumission du rapport :

I. Table des matières

I. Table des matières

II. Aperçu de la situation

- a) Le degré de participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport ;
- b) La situation actuelle de l'épidémie ;
- c) La riposte au plan politique et programmatique ;
- d) Le récapitulatif des indicateurs à l'intention de l'UNGASS sous forme de tableau

III. Aperçu de l'épidémie de SIDA

IV. Riposte nationale à l'épidémie de sida

Introduction

Prévention

Traitement, soins et soutien

V. Meilleures pratiques.

Gouvernement fédéral

Communauté flamande

Communauté française

VI. Principaux obstacles et mesures correctives

VII. Soutien des partenaires du développement

VIII. Monitoring et environnement d'évaluation

II. Aperçu de la situation

a) Le présent rapport est le résultat d'un travail de concertation qui a impliqué le SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, l'Institut scientifique de la Santé publique ainsi que les Communautés.

b)

- De 1985 à fin 2006, un total cumulé de 20106 infections à VIH ont été rapportées. En 2006, 1014 nouveaux diagnostics d'infection à VIH ont été posés (2,8 diagnostics/jour).
- La proportion de personnes de nationalité belge parmi les nouveaux cas diagnostiqués a augmenté entre 2005 et 2006, passant de 36,7 à 44,6% des patients pour lesquels la nationalité est connue.
- Le nombre d'infections diagnostiquées chez les homo/bisexuels masculins est en nette augmentation; ce mode de transmission était rapporté dans 23,4% des infections diagnostiquées en 2002 et dans 39,8% des infections en 2006. Les contacts hétérosexuels, bien que proportionnellement en diminution, restent la première cause d'infection (53,4%).

- En 2006, 99 nouveaux diagnostics de SIDA ont été rapportés (incidence corrigée pour les délais) ; depuis le début de l'épidémie, un total cumulé de 3647 cas ont été rapportés.
- En 2006, 28 décès liés à la maladie ont été notifiés. Un total de 1852 décès ont été rapportés entre 1983 et 2006.

Source : SASSE A., DEFAYE A., BUZIARIS J. Épidémiologie du SIDA et de l'infection à VIH en Belgique. Situation arrêtée au 31 décembre 2006. Section Épidémiologie, décembre 2007, Bruxelles (Belgique). Institut scientifique de Santé publique, IPH/EPI REPORTS N° 2007 – 039. N° de dépôt légal : D/2007/2505/60

<http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epifr/aidsfr/aidsanfr/aids06fr.pdf>

c) La riposte à l'épidémie est un sujet de compétence essentiellement communautaire en Belgique.

Certains aspects de la santé relèvent du gouvernement fédéral. On peut citer par exemple le remboursement de médicaments, le suivi statistique, le financement des centres de référence, le traitement ou encore le diagnostic.

Les Communautés organisent la riposte à l'épidémie, en accord avec les lignes directrices d'organisations internationales telles que UNAIDS et l'OMS, au travers une action axée sur la santé sexuelle dans son ensemble.

d) Voyez la table excel en annexe.

III. Aperçu de l'épidémie de sida

[Instructions : Cette section doit traiter en détail de la prévalence du VIH dans le pays au cours de la période allant de janvier 2006 à décembre 2007 sur la base de la surveillance sentinelle et des études spéciales éventuelles en vue de la mise au point des indicateurs d'impact de l'UNGASS. Toutes les informations fournies doivent être accompagnées de l'indication de la source.]

Points principaux

- De 1985 à fin 2006, un total cumulé de 20106 infections à VIH ont été rapportées. En 2006, 1014 nouveaux diagnostics d'infection à VIH ont été posés (2,8 diagnostics/jour).
- La proportion de personnes de nationalité belge parmi les nouveaux cas diagnostiqués a augmenté entre 2005 et 2006, passant de 36,7 à 44,6% des patients pour lesquels la nationalité est connue.
- Le nombre d'infections diagnostiquées chez les homo/bisexuels masculins est en nette augmentation; ce mode de transmission était rapporté dans 23,4% des infections diagnostiquées en 2002 et dans 39,8% des infections en 2006. Les contacts hétérosexuels, bien que proportionnellement en diminution, restent la première cause d'infection (53,4%).
- En 2006, 99 nouveaux diagnostics de SIDA ont été rapportés (incidence corrigée pour les délais) ; depuis le début de l'épidémie, un total cumulé de 3647 cas ont été rapportés.
- En 2006, 28 décès liés à la maladie ont été notifiés. Un total de 1852 décès ont été rapportés entre 1983 et 2006.

Les personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Le diagnostic d'infection par le VIH a été posé chez **un total de 20.106 personnes** en Belgique entre le début de l'épidémie et le 31 décembre 2006. Au cours des 21 dernières années (1986-2006), le nombre de nouveaux diagnostics d'infection VIH a varié dans les limites de 1,8 à 2,9 diagnostics en moyenne journalière.

Au cours de l'année 2006, 1014 nouveaux cas d'infection ont été enregistrés. Pendant la période 1997-2006, le nombre de nouveaux cas d'infection VIH diagnostiqués par an a augmenté de 45%, passant de 700 cas en 1997 à un pic de 1074 cas en 2005. Cette augmentation était principalement marquée entre 1997 et 2000 (+36%) ; elle est plus modérée par la suite.

En ce qui concerne la répartition par sexe, une augmentation du ratio hommes/femmes est observée en 2006 par comparaison avec 2005; la proportion d'hommes parmi les cas d'infection diagnostiqués en 2006 était de 66,4%.

Parmi les patients dont la nationalité est connue, la proportion de patients de nationalité belge a augmenté entre 2005 et 2006, passant de 36,7 à 44,6%.

Considérant l'évolution sur 21 ans, les patients diagnostiqués récemment sont un peu plus âgés en comparaison des patients diagnostiqués en début d'épidémie.

Considérant les deux sexes, les modes de transmission les plus fréquemment rapportés sont les contacts hétérosexuels; ils représentent 53,4% des infections diagnostiquées en 2006 contre 40 à 45% au début de l'épidémie.

L'évolution récente montre aussi une augmentation importante des infections diagnostiquées dans la population homo- et bisexuelle masculine. Le nombre de nouvelles infections liées à ce mode de transmission et diagnostiquées annuellement a été multiplié par un facteur 2,8 entre 1997 et 2006.

En termes de proportion, cette voie de transmission était rapportée dans 23,4% des infections diagnostiquées en 2002 et dans 39,8% des infections diagnostiquées en 2006.

Depuis 2004, cette augmentation ne se manifeste plus uniquement chez les hommes de nationalité belge mais également chez les hommes de nationalité non-belge.

Les autres voies de transmission, bien que toujours existantes, sont en diminution. L'utilisation de drogues en injection intraveineuse est rapportée par 1,8% des personnes diagnostiquées récemment; cette proportion avoisinait les 8% en début d'épidémie. Les transmissions périnatales sont rapportées dans approximativement 1 % des cas. Un seul cas de transmission lors d'une transfusion a été documenté en Belgique au cours des 15 dernières années ; la séroconversion du donneur était postérieure à la transfusion.

Parmi les séropositifs de nationalité belge, les hommes sont en moyenne cinq fois plus nombreux que les femmes. Parmi les hommes belges diagnostiqués depuis 2000, les contacts homo/bisexuels constituent la voie de transmission de loin la plus importante (68,8%). Chez les femmes, la transmission hétérosexuelle est nettement prépondérante (88,3%). Environ 3,5% des patients sont des utilisateurs de drogues par voie intraveineuse. Ils sont relativement plus nombreux en Wallonie qu'à Bruxelles et en Flandre.

La région Bruxelloise, les provinces d'Anvers, de Liège, du Brabant Wallon, du Brabant Flamand et du Hainaut présentent, par ordre décroissant, les taux d'infection cumulés les plus élevés.

Parmi les séropositifs non-belges, les trois-quarts sont originaires d'Afrique sub-saharienne (74%) et 2% d'Afrique du Nord. Près d'un non-Belge sur six est d'origine européenne. Le rapport hommes/femmes des non-Belges est beaucoup plus proche de l'unité que pour les Belges. Ceci s'explique par le fait que c'est la transmission hétérosexuelle qui est largement prédominante dans ce groupe.

Ces données montrent que l'infection à VIH persiste dans notre pays et que le profil de l'épidémie évolue au cours du temps. Il est essentiel que les programmes d'information et de prévention soient poursuivis, renforcés et adaptés aux populations les plus touchées, sans pour autant relâcher les efforts consentis dans les secteurs où une diminution a été observée.

Les personnes malades du SIDA

Parmi les 20106 personnes pour lesquelles le diagnostic d'infection à VIH a été posé, un total de **3647 personnes** ont été diagnostiquées malades du sida au 31 décembre 2006. Parmi ces malades, 1852 étaient décédés, 528 ont été perdus de vue, et 1267 étaient en vie et suivis médicalement à la fin 2006.

En terme 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 1997, et le nombre annuel de cas notifié au cours de la période 1998 – 2005 se stabilise : l'incidence corrigée pour les 5 dernières années était respectivement de 133, 129, 127, 152 et 99 nouveaux cas, Pour l'année 2006, 83 nouveaux diagnostics cas ont été notifiés à ce jour; l'incidence corrigée pour les délais est de 99 cas.

L'arrêt de la diminution de l'incidence du sida observé depuis 1997 semble lié, du moins partiellement, à la proportion importante 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 23% en 1995 et 1996, elle est de 37% en 2005 et 2006. Cette proportion est équivalente chez les malades hétérosexuels et chez les malades homo/bisexuels.

Le nombre de décès liés à la maladie est en diminution: pendant la période de 1992 à 1995, 176 décès étaient rapportés en moyenne annuelle. En 2004, 2005 et 2006, le nombre de décès notifiés a été de 46, 44 et 28 respectivement. Cette importante diminution de la mortalité est à mettre en relation avec l'utilisation des nouvelles associations d'antiviraux qui a débuté dans le courant de l'année 1996. La conjugaison de l'incidence des cas de SIDA et de la diminution importante de la mortalité entraîne actuellement une accélération de l'augmentation de la prévalence, c'est-à-dire du nombre de personnes vivant avec la maladie.

Source : SASSE A., DEFAYE A., BUZIARSIST J. Épidémiologie du SIDA et de l'infection à VIH en Belgique. Situation arrêtée au 31 décembre 2006. Section Épidémiologie, décembre 2007, Bruxelles (Belgique). Institut scientifique de Santé publique, IPH/EPI REPORTS N° 2007 – 039. N° de dépôt légal : D/2007/2505/60

<http://www.iph.fgov.be/epidemi/epifr/aidsfr/aidsanfr/aids06fr.pdf>

IV. Riposte nationale à l'épidémie de sida

[Instructions : Cette section doit refléter les changements apportés à l'engagement national et à la mise en oeuvre du programme au cours de la période janvier 2006—décembre 2007, ventilés par efforts de prévention, de soins, de traitement et de soutien, connaissances et changements intervenus dans les comportements, et atténuation de l'impact

du VIH. Les pays devraient mentionner en particulier les liens qui existent entre l'environnement politique, la mise en oeuvre des programmes relatifs au VIH, les changements de comportements vérifiables et la prévalence du VIH tels qu'étayés par les données des indicateurs de l'UNGASS. Le cas échéant, ces données devront également être présentées et analysées par sexe et par tranches d'âge (15-19 ans, 20-24 ans, 25-49 ans). Les pays doivent également utiliser les données de l'Indice composite des politiques nationales (voir annexe 7) pour décrire les progrès réalisés dans l'élaboration et la mise en oeuvre des politiques/stratégies et inclure, le cas échéant, une analyse des tendances relatives aux principales données de l'Indice composite depuis 2003. Les pays sont invités à mentionner les données complémentaires qui leur ont permis d'étayer leur analyse et interprétation des données de l'UNGASS.]

Introduction

En Belgique, en raison de la structure fédérale du pays, il est question de ripostes fédérales et de ripostes communautaires à l'épidémie.

En effet, en Belgique, les soins de santé préventifs sont de la compétence des Communautés alors que la compétence est fédérale pour le remboursement de médicaments, le suivi statistique, le financement des centres de référence, le traitement ou encore le diagnostic.

Afin d'harmoniser l'action des différents Ministres compétents, une Conférence interministérielle de la Santé publique est régulièrement organisée.

En ce qui concerne la riposte au HIV/SIDA, l'action des différents Ministres fait également l'objet, en cas de besoin, d'une coordination nationale sous l'égide de la Conférence interministérielle de la santé publique. Dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique de décembre 2004, il fut proposé que la problématique des maladies infectieuses en général et du SIDA en particulier soit discutée dans un groupe de travail. La première réunion de ce groupe de travail a eu lieu le 27 janvier 2005. Les accords nécessaires furent pris en vue de poursuivre les discussions sur la problématique du VIH, et notamment l'analyse plus détaillée de l'évolution épidémiologique du virus en Belgique. Aucune suite n'a provisoirement été donnée à ces travaux.

Il existe également un Groupe de travail SIDA dépendant de la Commission interdépartementale du développement durable (Service Public Fédéral Affaires étrangères).

Prévention

La **Communauté** française a développé une stratégie concertée du secteur de la prévention des IST/Sida. Différents organismes mettent en place des activités spécifiques en matière de prévention IST/Sida et de promotion de la santé, de dépistage et de prise en charge:

- des organismes de prévention mettent en œuvre des actions pour la population générale, les jeunes, les usagers de drogues injecteurs et festifs, les prostitué(e)s, les migrants, les personnes incarcérées, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Certains développent également des outils, des formations et des activités de lobbying. Leur territoire d'action peut être local ou à l'échelle de toute la Communauté française.
- des centres spécialisés offrent un service de *counseling* et de dépistage volontaire (VIH et parfois autres IST) de qualité, parfois anonyme et/ou gratuit
- des centres de prise en charge hospitaliers (centres de référence) fournissent une aide médicale, psychologique et sociale aux personnes séropositives et malades.

Certains de ces organismes mettent également en œuvre des actions de prévention secondaire (prévention de nouvelles contaminations à partir des personnes infectées).

Depuis 2004, les différents organismes de la lutte contre le Sida sont engagés dans un processus participatif de gestion de la qualité intitulé « Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/Sida »¹. Ce processus de concertation est organisé par l'Observatoire du sida et des sexualités (Facultés universitaires Saint-Louis) et bénéficie du soutien méthodologique du service communautaire Sipes (Ecole de santé publique, ULB-Promes).

La **Communauté flamande** a organisé une riposte globale axée sur la santé sexuelle dans son ensemble :

Par « santé sexuelle », il faut comprendre aussi bien la santé physique (IST, infections sexuellement transmissibles) que le comportement en matière de sexualité et de relations. L'Organisation mondiale de la Santé définit la santé sexuelle comme étant « *l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, de façon à parvenir à un enrichissement et un épanouissement de la personnalité humaine, de la communication et de l'amour* » (McFarland, et al 1993).

¹Martens V, Parent F *et al.* Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/SIDA en Communauté française 2007-2008. Observatoire du SIDA et des sexualités (FUSL), Bruxelles, décembre 2006. Disponible sur http://centres.fusl.ac.be/OBSERVATOIRE/document/Nouveau_site/Publications/Strategies_concertees/notesectioneurs_dafinal.pdf (2007/04/27)

Les soins de santé préventifs relèvent de la compétence de la Communauté flamande. Les efforts actuellement entrepris par la Communauté flamande pour prévenir les cas de contamination par MST, sont conformes aux directives d'organisations internationales comme l'ONUSIDA/UNAIDS et l'Organisation mondiale de la Santé. La Communauté flamande suit en permanence le fonctionnement de ces institutions.

La politique de prévention des MST, y compris le VIH/SIDA, est une préoccupation importante. Il y a un fonctionnement continu de plusieurs organisations avec lesquelles la Communauté flamande a conclu des conventions ou accords de gestion dans le but de promouvoir la santé sexuelle. Les parties contractantes qui sont subventionnées sur le thème de la santé sexuelle, sont décrites ci-après. Cette méthode qui consiste à travailler à partir de conventions, est validée par le décret du 21 novembre 2003 relatif à la politique de santé préventive. Ce faisant, la Communauté flamande vise à mener une politique toujours plus rationnelle en ce qui concerne la prévention des comportements à risque et la promotion d'un comportement sain.

L'accord gouvernemental 2004-2009 du Gouvernement flamand (lequel a pour titre « Donner confiance et prendre ses responsabilités ») met lui aussi l'accent sur une politique continue en matière de sexualité :

- *Nous récoltons systématiquement des données relatives aux risques pour la santé (tabagisme, drogues, excès de poids, manque d'exercice, dépressions, ostéoporose, maladies sexuellement transmissibles, pollution, etc.). Nous les transposons en objectifs de santé concrets et en tirons des conclusions pour la politique de prévention et de santé.*
- *Nous intensifions les efforts dans le domaine des soins de santé préventifs coordonnés. Nous évitons la dispersion des moyens. Nous concentrons surtout la politique de santé préventive sur les problèmes d'excès pondéral dû à une mauvaise alimentation et une activité physique insuffisante, sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles au moyen d'une bonne information en matière de sexualité, sur la prévention des dépressions et des (tentatives de) suicides.*

Le décret du 21 novembre 2003 précité met donc un terme aux initiatives isolées. Plusieurs organisations sont subventionnées sur la base de conventions ou d'accords de gestion. La plupart des conventions sont arrivées à échéance fin 2005. Cette année, de nouvelles conventions ont été conclues avec ces organisations.

Organisations partenaires et organisations de terrain

La principale organisation spécialisée dans cette thématique est l'asbl *Sensoa*. Ce centre d'expertise dans le domaine du sida et des MST, qui intègre depuis le 1^{er} janvier 2003 les CGSO (centres de planning familial et d'éducation sexuelle en Flandre), oriente ses activités sur la santé sexuelle et le bien-être sexuel. Afin de rencontrer au mieux les besoins de groupes cibles spécifiques, *Sensoa* a développé des programmes axés sur ces groupes cibles qui ont des besoins particuliers en matière de santé sexuelle ou qui méritent une attention spéciale : jeunes, holebi (homosexuel, lesbienne et bisexuel), allochtones, patients VIH et adultes.

Ces programmes ont pour but de concevoir des produits ou services concrets et d'offrir des concepts ou méthodes permettant d'inclure une politique donnée dans une structure organisationnelle ou un groupe cible en particulier. Il peut en effet parfois s'avérer utile d'induire des mesures structurelles ou de mettre au point du matériel destiné aux intermédiaires travaillant avec le groupe cible.

Sensoa a élaboré un texte d'opinion intitulé « Goede Minnaars » (Bons Amants). En 2003 et 2004, ce concept s'est enrichi d'une variante pour les holebi. En tout cas, du matériel est développé pour les différentes parties intéressées de sorte qu'un seul et même concept puisse être mis en œuvre de plusieurs façons, en fonction du secteur, de la culture de l'institution, etc.

Un exemple d'élaboration pratique du concept des « Bons Amants » est le « Carrousel intime » qui a été exposé jusqu'au 17 août 2003 dans le Schoolmuseum de Gand et qui a ensuite tourné dans les salles de cinéma. Cette exposition présente différentes petites armoires où les gens peuvent entrer, seul ou à deux, et où ils sont chaque fois confrontés à de l'information qui les invite à se forger un avis et à tirer des conclusions. Les réactions de nombreux jeunes, qui ont visité l'exposition à l'initiative des écoles de toute la Flandre, sont très positives. Cette exposition permet clairement d'entamer une réflexion sur le sujet.

Le concept des « Bons Amants » s'est ensuite développé à l'occasion d'une deuxième exposition intitulée « 'k zag twee beren » (« J'ai vu deux ours »). Traitant de la sexualité et du physique, cette exposition s'adresse aux élèves de l'enseignement primaire et à leurs parents. Il est important que ces expositions aient un caractère interculturel et tiennent compte de la diversité, des orientations sexuelles et handicaps divers. Elles ont été testées à plusieurs reprises et sont accessibles aux gens de différents niveaux.

L'Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold (IMT) remplit une mission particulière pour ce qui est de promouvoir un comportement sexuel sûr et de prévenir les MST en accordant une attention particulière aux groupes suivants : les Africains subsahariens, les voyageurs et les expatriés. Il est possible de toucher ces minorités grâce à la « community leaders approach ». Pour avoir accès à la communauté africaine en tant que travailleur en prévention ou intervenant, il est indispensable d'organiser une concertation régulière avec les dirigeants de cette communauté. Ces chefs de communauté (*community leaders*) transmettent à leur tour les informations et formations pertinentes. Cette méthode est connue sous le nom de « peer-education ». Les migrants d'Afrique subsaharienne sont considérés non pas comme des récepteurs passifs mais comme des participants actifs à la prévention contre le sida et les MST. Grâce à cette collaboration étroite avec le groupe cible, l'IMT mène la lutte contre les MST et le sida dans la communauté africaine de Flandre. L'IMT encourage également ces chefs de communauté à passer des tests de dépistage du sida. Ces leaders pourront ensuite à leur tour inciter les membres de leur communauté à faire de même. Une brochure rédigée en trois langues et les échanges d'informations dans le cadre de la peer-education sont autant d'éléments qui y contribuent.

Asbl Pasop (pour la Flandre orientale et la Flandre occidentale) et [GH@pro](#) (pour Anvers) : elles se profilent comme des organisations de terrain dans le domaine de la prévention et de l'aide avec, comme groupe cible spécifique, les travailleurs du sexe, parmi lesquels on retrouve aussi de jeunes adultes. Ces organisations reçoivent des subventions pour promouvoir la santé sexuelle des travailleurs du sexe, de leurs clients et des autres partenaires sexuels des clients. Pasop et [Gh@pro](#) organisent des consultations auxquelles les travailleurs du sexe peuvent se présenter pour obtenir des informations ou pour un examen médical. On administre un vaccin contre l'hépatite B à chaque travailleur du sexe et ce dernier fait l'objet d'un suivi. En outre, ces deux associations prennent, de leur propre initiative, contact avec les personnes qui se prostituent en vitrine ou sur le trottoir ou dans d'autres circuits afférents au secteur du sexe. Elles placent également des dépliants d'information et des affiches à des points stratégiques.

Domus Medica se voit attribuer chaque année différentes missions. L'une d'elles consiste à développer, valider et implémenter des recommandations et modèles de travail pour les médecins généralistes en rapport avec la santé sexuelle.

L'échange de seringues pour les consommateurs de drogues en intraveineuse est un autre projet de la Communauté flamande, qui vise à prévenir les infections telles que l'hépatite B et le VIH, transmissibles via l'usage commun d'aiguilles intraveineuses.

Soins, traitement et soutien

L'Etat Fédéral est actif dans les domaines du diagnostic, du traitement, et du remboursement des soins. Pour certains sous-aspects préventifs liés à la santé sexuelle (ex. remboursement de médicaments tels que contraceptifs ou pilule du lendemain), la compétence se situe également au niveau fédéral, chez le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. Afin de garantir au mieux la coordination entre les différents ministres compétents, une conférence interministérielle est souvent organisée.

L'Etat fédéral finance notamment les centres de référence et les laboratoires de référence. Les Laboratoires de référence enregistrent les tests de confirmation chez les séropositifs. Ils sont seuls compétents pour les tests de confirmation chez les séropositifs. Les centres de référence proposent :

En première ligne :

- Une écoute téléphonique
- Des entretiens personnalisés, dans le respect du secret professionnel
- Des tests de dépistage VIH / MST sur rendez-vous (anonymat possible)
- Des informations générales sur le VIH et MST

Pour les personnes concernées par le VIH :

- Un encadrement médico-social, psychologique et diététique
- Un groupe de paroles, à raison d'une fois par mois
- Un groupe d'entraide
- Un soutien par une équipe de bénévoles
- Une collaboration avec le réseau médico-social

Pour les professionnels de la santé :

- Des informations générales sur le VIH et les MST
- Des formations médico-sociales (sur demande)

V. Meilleures pratiques.

[Instructions : Cette section doit donner des exemples détaillés de ce qui est considéré comme meilleures pratiques dans le pays dans un ou plusieurs domaines clés (tels que direction politique ; environnement politique propice, intensification des programmes efficaces de prévention ; intensification des programmes de soins, de traitement et/ou de soutien ; suivi et évaluation, développement des capacités ; développement de l'infrastructure.) L'objectif de cette section est de communiquer aux autres pays les leçons tirées de l'expérience.]

Gouvernement Fédéral

La Loi tendant à lutter contre la discrimination et modifiant la loi du 15 février 1993 créant un Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme" a été publiée au Moniteur Belge le 17 mars 2003. Elle est entrée en application le 27 mars 2003. cette loi constitue une avancée importante en ce qui concerne le droit des personnes séropositives et des personnes vivant avec le SIDA.

Le SIDA est une affection chronique grave qui a une incidence sur les plans physique, psychique, sexuel, familial et scolaire. Les centres de référence SIDA sont des centres médico-psycho-sociaux. Leur rôle est particulier en ce sens que ces centres s'adressent tant aux patients atteints du SIDA, qu'aux personnes séropositives, aux femmes enceintes séropositives ou qui souffre du SIDA, aux parents avec leurs enfants séropositifs ou en phase d'incertitude, aux enfants séronégatif de mère séropositive, etc.

Les centres de référence sont donc des centres pluridisciplinaires réunissant sous un même toit de nombreux services tels que l'accompagnement psychologique du patient et de son entourage, la protection ou l'amélioration de l'autonomie sociale et financière, l'amélioration et l'entretien de la structure sociale et familiale, le maintien des acquis scolaires et professionnels, l'adaptation du modèle de comportement pour éviter une transmission secondaire du HIV, la stimulation de la confiance en la thérapie, l'analyse et la gestion des effets secondaires de la thérapie.

Spécifiquement pour les malades du SIDA, l'accent peut également être mis sur la rencontre des besoins liés à des handicaps spécifiques, la prévention des hospitalisations évitables, et la limitation de la durée des hospitalisations, la prévention et le suivi de modèle de résistance complexe.

D'autres actions spécifiques sont encore prévues pour les femmes enceintes séropositives ou malades, les nourrissons séropositifs, et les enfants souffrant du SIDA, les enfants séronégatifs de mère séropositive, et les jeunes adultes infectés à leur naissance ou durant leur enfance.

Communauté Flamande

Sensoa joue son rôle de sensibilisation afin d'aborder le thème de l'amour sans risque chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, entre autres en adoptant le principe du **Safe Sex Zone**. Ce projet s'adresse à l'ensemble des hommes homosexuels actifs sur le plan sexuel en Flandre qui fréquentent des bars, clubs ou saunas pour holebi. Sensoa vise ainsi à associer les exploitants de ces établissements à la prévention primaire. L'objectif premier est de réinstaurer au sein de la population homo-masculine la norme du sexe sans risque, en faisant de chaque établissement horeca fréquenté par des homosexuels une « Safe Sex Zone ».

En signant une charte, les exploitants s'engagent à promouvoir les rapports sexuels protégés dans leurs établissements et font clairement savoir à leurs clients que cette norme doit être respectée. Pour atteindre ce but, ladite charte prévoit quelques arrangements concrets. Par exemple, les exploitants mettront le matériel de prévention de Sensoa à disposition de ses clients homosexuels de manière bien visible. Dans les établissements horeca qui autorisent les rapports sexuels, un distributeur de préservatifs sera installé et un préservatif et un lubrifiant à base d'eau seront gracieusement offerts à quiconque le demande. De même, ces établissements seront équipés d'un éclairage minimal de la dark room. Des autocollants et affiches montreront clairement que l'établissement en question est un lieu où l'on pratique le sexe en toute sécurité (Safe Sex Zone).

Sensoa soutient les établissements horeca qui participent à ce projet, en leur fournissant, à titre gratuit, des présentoirs, cadres clic, autocollants et affiches. Sensoa s'engage aussi à régulièrement diffuser des messages de prévention actuels par voie d'affiches et de publications. Sensoa fait office d'intermédiaire pour l'installation de distributeurs automatiques de préservatifs, fournit aux établissements préservatifs et lubrifiants au prix d'achat et dispense une formation gratuite au personnel.

Sensoa assiste les intermédiaires dans la promotion de la santé sexuelle de groupes cibles vulnérables comme les nouveaux arrivants. Les différentes interventions développées par Sensoa à l'attention des nouveaux arrivants en Flandre et à Bruxelles sont regroupées sous le nom **Idriss** et ont dans un premier temps pour but d'améliorer le niveau de connaissances de ces personnes en ce qui concerne la santé sexuelle. En seconde instance, elles devront permettre à ce groupe cible d'aborder plus facilement des thèmes liés à la sexualité et aux relations.

Ce programme comprend deux produits essentiels, à savoir le « coffret Idriss » (matériel pédagogique) et une brochure disponible en 9 langues et reprenant les informations de base sur la grossesse, les moyens de contraception, l'avortement, les MST, le VIH et les droits sexuels. Cette brochure est remise personnellement au nouvel arrivant par des accompagnateurs individuels. Le module pédagogique consiste quant à lui à dispenser, en petits groupes et sur support interactif et visuel, des informations relatives à la santé sexuelle. Le coffret pédagogique est un module de cours détaillé qui traite des questions générales d'ordre sexuel, informe sur la contraception, le VIH et l'utilisation de préservatifs. Ce module fut tout d'abord mis au point à l'intention du cours d'orientation sociale organisé dans le cadre de la politique d'intégration du Gouvernement flamand, mais est aujourd'hui également utilisé dans d'autres lieux, comme p. ex. les centres d'hébergement pour demandeurs d'asile.

Pour les intermédiaires travaillant avec le groupe cible des jeunes, Sensoa, en collaboration avec le terrain, a adapté le concept des **Bons Amants** à l'éducation relationnelle et sexuelle des jeunes. À partir de ce concept, des produits et projets voient le jour, et visent plusieurs buts, à savoir informer sur la façon de prévenir les MST, le VIH, les grossesses imprévues et les abus sexuels, inculquer aux enfants et aux adolescents une morale sexuelle et les guider dans le développement de leur sexualité.

Pour faire face à la complexité que représente l'éducation sexuelle et relationnelle dans des classes où plusieurs cultures sont réunies, un jeu éducatif intitulé **Shalimar** a été mis au point. L'objectif est de stimuler le dialogue interculturel sur les questions relationnelles et de sexualité dans les classes, et de développer les capacités nécessaires pour gérer de manière ouverte et constructive les différences culturelles dans le domaine des relations, de la sexualité et de la santé sexuelle. Des élèves jouent le rôle de conseiller en relations pour deux compagnons d'âge fictifs. Ils déterminent si leur couple va se rencontrer ou non, comment ils vont se rencontrer et si cela aboutira à une relation. Ils sont ensuite confrontés à cinq thèmes essentiels susceptibles d'influencer une relation. Après discussions, le petit groupe décide si leur couple reste ensemble ou non. Leur décision est argumentée et complétée sur une feuille de papier. Chaque étape du jeu permet de débattre brièvement du thème concerné.

Divers secteurs politiques sont impliqués dans l'éducation relationnelle et sexuelle des enfants et adolescents. C'est pourquoi il est important que Sensoa conseille les différents secteurs politiques et les encourage à mieux coordonner leur vision et leur politique entre elles pour ainsi arriver à une politique intégrale. Récemment, les **autorités en charge de l'enseignement en Communauté flamande** ont signé un accord de collaboration avec Sensoa qui vise à organiser et soutenir des cours d'éducation sexuelle et relationnelle dans toutes les écoles de l'enseignement communautaire.

Gh@pro réalise des programmes de prévention efficaces à l'égard des travailleurs du sexe. Chaque année, ces travailleurs sont de plus en plus nombreux à faire appel aux services offerts par Gh@pro et Pasop. Ils sont informés à l'aide de nouveaux matériels et sont examinés et traités conformément aux directives les plus récentes. Un autre

aspect à prendre en compte ici est la surveillance. Cela signifie que leurs données sont transmises aux autorités provinciales et à l'ISP. Si Pasop ne dispose pas d'un bureau d'enregistrement des MST au niveau provincial, c'est en revanche le cas à Anvers.

Cet enregistrement ne s'applique pas aux asbl Pasop et Ghapro en ce sens qu'elles ne font pas office de réseau vigie. Le laboratoire remplit cette fonction. Elles suivent les instructions données par la province et signalent les infections contagieuses qui doivent obligatoirement l'être. Elles n'assurent pas de véritable surveillance. Les données sont transmises dans le cadre d'un système d'évaluation plus important.

Le projet HIV-SAM part du postulat que la prévention atteint son efficacité maximale lorsque les actions sont menées à plusieurs niveaux simultanément. Le travail dans la continuité de la prévention primaire, secondaire et tertiaire permet une action simultanée sur les facteurs de changement individuels et structurels, essentiels pour permettre aux migrants subsahariens (SAM) de réduire leur risque potentiel d'infection par le VIH.

(1) Approche basée sur la communauté: travailler avec des réseaux de prévention

Pour l'information et la sensibilisation de la communauté SAM en Flandre (prévention primaire) quant à la promotion de la santé sexuelle et la prévention du VIH/SIDA, le projet HIV-SAM adopte une approche basée sur la communauté au travers de **réseaux de prévention VIH**. Ces réseaux sont constitués de leaders d'organisations africaines qui organisent des actions de prévention primaire à petite échelle. Les actions de ce genre comprennent l'information et la distribution de préservatifs lors d'événements socioculturels qui s'adressent à la communauté SAM, des sessions d'information et des activités en faveur de personnes défavorisées. Lors de celles-ci, les chefs de communautés ou les équipes de projet utilisent des lieux publics comme des cafés ou des boutiques fréquentés essentiellement par les SAM pour informer et sensibiliser le public sur les questions de santé sexuelle et de VIH. Les leaders du réseau de prévention VIH bénéficient d'un soutien régulier de la part du projet par le biais d'un support technique, de conseils, de rencontres et de formations régulières. Cette échange permanent avec la communauté (approche basée sur la communauté) permet de mettre sur pied des initiatives de prévention VIH à sensibilité culturelle et, de ce fait, adaptées aux besoins, aux spécificités et à la diversité de la communauté SAM.

(2) Diminuer les obstacles au CDV parmi la communauté SAM

La connaissance du statut VIH d'une personne est cruciale pour l'adoption de comportements préventifs du VIH. Le conseil et dépistage volontaire pour le VIH (CDV) se situe à l'intersection de la prévention primaire, secondaire et tertiaire. L'amélioration de la qualité du CDV pour le groupe cible des SAM est l'un des objectifs principaux et l'une des priorités actuelles du projet HIV-SAM. En Belgique, les SAM sont le groupe où la prévalence du VIH est la plus élevée (en Flandre, ils apparaissent en seconde position après les HSH (hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes)) et ils se présentent souvent à un stade d'infection relativement tardif (voir également ci-dessous la section VI consacrée aux défis majeurs).

Augmenter l'accès au CDV réduira le nombre de cas ignorés d'infection au VIH. Cette mesure participe à la réalisation des objectifs assignés à trois niveaux différents: la prévention primaire (le conseil et dépistage pour le VIH engendre une prise de conscience, facilite la diminution des risques et contribue à la normalisation du VIH), la prévention secondaire (la connaissance de leur statut VIH permet aux personnes d'éviter la propagation du virus et la réinfection) et la prévention tertiaire (un diagnostic précoce implique l'accès à un soutien médical, psychologique et social adéquat). L'action CDV, qui est en phase de démarrage, s'adresse à deux niveaux d'intermédiaires, le niveau de la communauté et le niveau des soins de santé.

A la suite d'une étude qualitative réalisée en vue de déterminer les obstacles au CDV et la perception du CDV par les SAM, le projet travaille à l'organisation d'une formation à l'intention des membres du réseau de prévention VIH en matière de techniques de communication à utiliser pour la conscientisation et la sensibilisation au CDV. L'objectif est une formation de volontaires SAM à des techniques de communication formelle (lors d'activités de prévention ciblée) et informelle (dans un cadre informel comme les amis, la famille ou entre partenaires). Dans le cadre de cette intervention, une brochure spécifique au groupe cible a été réalisée, qui rencontre les besoins et préoccupations spécifiques des SAM en matière de CDV.

L'étude qualitative a montré que le manque d'opportunités est l'un des principaux obstacles à la recherche de CDV par la communauté SAM. En conséquence, le projet a lancé une action de promotion du "CDV encouragé par ses prestataires" parmi le personnel de la santé. Dans le but d'organiser des formations et d'autres actions, une étude des besoins est en cours auprès des médecins généralistes et hospitaliers qui traitent fréquemment des patients SAM.

(3) Impliquer dans la prévention les SAM séropositifs

Au niveau de la prévention tertiaire, le projet HIV-SAM met en place un groupe de soutien aux patients pour les SAM séropositifs, intitulé "Muungano". Ce groupe participe à la prévention primaire et à la réduction du sentiment de tare par des témoignages. En leur qualité d'experts en sexologie, leurs conseils sont importants pour l'adéquation culturelle du soutien, des soins, du dépistage et des actions de prévention. Le soutien professionnel dispensé lors des réunions mensuelles Muungano se concentre sur l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH (PLWH) (thèmes tels que l'adoption et le franchissement du seuil du Safer-Sex (sexe sans risques), le désir d'avoir des enfants, les problèmes liés à la fertilité), ainsi que sur l'augmentation de l'adhésion. Cette initiative est actuellement étendue à d'autres centres régionaux de traitement du VIH en Flandre. Elle constitue un exemple de prévention concrète à l'intention du groupe cible des SAM.

Communauté française

Différents organismes mettent en place des activités spécifiques en matière de prévention IST/Sida et de promotion de la santé, de dépistage et de prise en charge:

- des organismes de prévention mettent en œuvre des actions pour la population générale, les jeunes, les usagers de drogues injecteurs et festifs, les prostitué(e)s, les migrants, les personnes incarcérées, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Certains développent également des outils, des formations et des activités de lobbying. Leur territoire d'action peut être local ou à l'échelle de toute la Communauté française.
- des centres spécialisés offrent un service de *counseling* et de dépistage volontaire (VIH et parfois autres IST) de qualité, parfois anonyme et/ou gratuit
- des centres de prise en charge hospitaliers (centres de référence) fournissent une aide médicale, psychologique et sociale aux personnes séropositives et malades.

Certains de ces organismes mettent également en œuvre des actions de prévention secondaire (prévention de nouvelles contaminations à partir des personnes infectées).

Depuis 2004, les différents organismes de la lutte contre le Sida sont engagés dans un processus participatif de gestion de la qualité intitulé « Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/Sida »². Ce processus de concertation est organisé par l'Observatoire du sida et des sexualités (Facultés universitaires Saint-Louis) et bénéficie du soutien méthodologique du service communautaire Sipes (Ecole de santé publique, ULB-Promes). Il consiste à définir, selon une méthodologie rigoureuse et sur base d'un consensus entre les différents acteurs, des objectifs opérationnels et des activités pour les différents publics cibles pertinents, à identifier quels opérateurs prennent en charge chacune de ces activités et quels indicateurs d'évaluation sont (ou devraient être) pris en compte. Partant des activités existantes sur le terrain, ce processus permet de réaliser leur mise à plat, d'identifier les manques et les synergies possibles, de réorienter les stratégies et de réguler les interventions. Il permet de développer une culture de l'évaluation auprès des divers acteurs impliqués et du secteur dans son ensemble. Il est mené dans le respect des principes de la promotion de la santé, en particulier en ce qui concerne l'approche complexe des problématiques, la participation des acteurs et des publics cibles aux diagnostics et à la définition des stratégies, la vision et l'action intersectorielles. Il constitue également un outil qui peut, selon les besoins, servir à l'évaluation de certains programmes particuliers ou de certains axes d'intervention.

Il s'agit d'un processus continu de gestion de la qualité basé sur des méthodes participatives. Les résultats de ce processus sont diffusés à chaque échéance d'un cycle, c'est-à-dire tous les deux ans, sous la forme d'une publication

²Martens V, Parent F *et al.* Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/SIDA en Communauté française 2007-2008. Observatoire du SIDA et des sexualités (FUSL), Bruxelles, décembre 2006. Disponible sur http://centres.fusl.ac.be/OBSERVATOIRE/document/Nouveau_site/Publications/Strategies_concertees/notesectionsi_dafinal.pdf (2007/04/27)

diffusée auprès des acteurs de terrain et des responsables politiques et administratifs concernés directement ou indirectement par la prévention des IST/Sida et par la promotion de la santé.

Les diagnostics et les interventions tentent de prendre en compte les divers déterminants de la santé et des comportements, non seulement des publics cibles mais aussi ceux des acteurs qui sont en contact avec ce public de manière directe ou indirecte dans une visée systémique (aspects éducationnels, institutionnels, environnementaux, etc). Les programmes de prévention, se situent donc sur plusieurs axes stratégiques qui ont été définis dans le cadre des Stratégies concertées :

1. Un axe stratégique centré sur les publics cibles (population générale et publics vulnérables): cet axe consiste à renforcer les connaissances et les capacités des individus et des groupes afin d'améliorer leur bien-être et à réduire la transmission du VIH et des IST.
2. Un axe stratégique centré sur les services, milieux de vie et acteurs spécifiques: il s'agit globalement de faire en sorte que ces milieux de vie et acteurs intègrent davantage la prévention du VIH et des IST dans leurs activités.
3. Un axe stratégique centré sur les services, milieux de vie et acteurs généralistes (ou tous publics): il s'agit globalement de faire en sorte que ces différents milieux de vie intègrent davantage la prévention du VIH et des IST mais aussi les spécificités des différents publics cibles pour contribuer à réduire la transmission et les vulnérabilités, en particulier celles qui sont liées à la discrimination.

Des exemples de bonnes pratiques qui adoptent cette vision systémique sont cités ci-dessous.

Projets pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH)

La stratégie consiste à fournir des ressources aux HSH dans le milieu associatif et commercial gay ainsi qu'aux jeunes HSH en dehors de ce milieu, et de sensibiliser les autres acteurs en lien avec ces publics afin de créer des environnements favorables au bien-être et à la prévention.

- Diffusion d'informations sur le VIH/Sida et les autres IST (modes de transmission, moyens de protection, dépistage, traitements), et promotion d'attitudes solidaires vis-à-vis des personnes séropositives via le réseau associatif et commercial LGBT :

- Conception et diffusion de brochures et autres outils adaptés;
- Développement de messages de prévention via Internet;
- Actions de prévention par les pairs sur le terrain (commerces, associations, lieux de drague publics, etc.)
- Sensibilisation des relais du milieu associatif et commercial gay ;
- Mise à disposition de préservatifs et lubrifiants gratuits dans les associations et commerces via un dispositif adapté (projet « Pipe Life »).

- Amélioration du bien-être en lien avec l'orientation sexuelle, principalement des jeunes, via:

- travail de terrain dans les associations de jeunes gays
- conception d'outils de prévention qui abordent la question de l'orientation sexuelle et l'homophobie
- sensibilisation et formation des adultes en lien avec les jeunes gays (acteurs scolaires, extra-scolaires, familles, etc.)

- [Lutte contre l'homophobie et les stéréotypes et promotion de la diversité sexuelle via le lobbying politique, la sensibilisation des acteurs scolaires.](#)

Projets pour les migrants

- Diffusion d'informations sur le VIH/Sida et les autres IST (modes de transmission, moyens de protection, dépistage, traitements), et promotion d'attitudes solidaires vis-à-vis des personnes séropositives via :

- Conception et diffusion de brochures et autres outils adaptés aux réalités des migrants (langue, culture, etc.)
- Animations dans les lieux de vie et de transit (centres pour réfugiés, etc.)
- Renforcement des capacités des associations et communautés de base en matière de prévention VIH/Sida, par la formation de relais non professionnels.

- Renforcement des capacités des professionnels psycho-médico-sociaux en contact avec des populations migrantes (prévention, communication, prise en charge dans un contexte multiculturel) par la formation.
- Amélioration de l'accès aux soins et aux droits sociaux pour les personnes migrantes par le lobbying politique.
- Amélioration de l'intégration des questions liées au VIH et à la santé parmi les groupes religieux par le dialogue et la sensibilisation.

VI. Principaux obstacles et mesures correctives

[Instructions : Cette section doit aborder principalement :

- a) les progrès éventuels réalisés pour apporter des mesures correctives aux principaux obstacles dont il est fait état dans le Rapport de situation national 2005 à l' UNGASS ;*
- b) les obstacles ayant entravé la riposte nationale au cours de toute la période de collecte des données (2006-2007) en général, ainsi que les progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs de l'UNGASS en particulier ;*
- c) les mesures correctives concrètes prévues en vue de réaliser les objectifs convenus de l'UNGASS.]*

Selon les tendances épidémiologiques observées actuellement en Europe, les pourcentages élevés de nouvelles infections par le VIH s'expliquent par l'arrivée de migrants en provenance de régions confrontées à des épidémies généralisées (à savoir bon nombre de pays situés en Afrique subsaharienne). Cela se reflète en Belgique, où les citoyens non belges représentent une proportion importante des cas de contamination par le VIH/sida en raison des liens historiques traditionnels qui lient la Belgique à ses anciennes colonies.

Aujourd'hui, le groupe des ressortissants non belges présente le taux de prévalence du VIH le plus élevé (62,3% des gens chez qui le VIH a été diagnostiqué et dont la nationalité est connue ne sont pas belges). Pour près de 30% des cas de contamination par le VIH, nous ne disposons d'aucune information quant à leur nationalité (Sasse et al. 2006). Dans le groupe des personnes n'ayant pas la nationalité belge, 76,5% sont des migrants subsahariens (SAM). Parmi ces derniers, par rapport à la population générale des personnes vivant avec le VIH (PLWH), on constate que les femmes (61%) et les catégories d'âge plus jeunes ont davantage été affectées par le virus.

Le groupe cible des SAM, lesquels sont plus ou moins au nombre de 65.000 (ce qui représente environ 7% de tous les étrangers enregistrés séjournant en Belgique), est difficile à atteindre, que ce soit avec des messages de promotion de la santé en général ou des messages de prévention du VIH en particulier. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer : en effet, les SAM peuvent être considérés comme un groupe hétérogène, composé de différentes nationalités, d'origines ethniques, culturelles et religieuses différentes, et parlant des langues différentes. Alors que beaucoup sont hautement qualifiés, ils représentent un groupe faible du point de vue socio-économique, sans grand capital social. De plus, au sein de ce groupe, les aspects plutôt curatifs du traitement de la maladie l'emportent sur la promotion de la santé sexuelle et la prévention en tant que principes de santé. Le stigmate lié au VIH reste également fort ancré dans le groupe des SAM.

C'est dans ce contexte qu'il convient de comprendre l'intérêt plutôt faible des SAM pour les tests de dépistage du VIH. Par rapport à la population belge, le VIH est souvent diagnostiqué chez ces personnes à un stade ultérieur de la maladie. Les données de l'ISP récoltées entre 2001 et 2005 montrent que la valeur médiane des cellules CD4 chez les patients africains vivant avec le VIH était de 315 (323 chez la femme, 307 chez l'homme), tandis que ce chiffre était de 441 chez les patients belges.

Les conséquences d'un diagnostic tardif du VIH peuvent nuire à l'individu infecté. Elles peuvent être d'ordre personnel (possibilités d'accès aux soins limitées et risque de réinfection), épidémiologique (risque de transmission du VIH à des partenaires sexuels) et socio-économique (coût des soins de santé sensiblement plus élevé étant donné que plus de personnes nécessitent un traitement).

Les preuves qualitatives rapportées par le projet HIV-SAM entre 2006 et 2007 montrent que la communauté SAM a

besoin d'une approche spécifique en matière de CDV, basée sur une information précise et pratique des avantages liés au CDV. L'étude révèle qu'une approche qui est initiée par le prestataire de services CDV tout en tenant compte d'éléments de counseling adéquats du point de vue culturel, est acceptable pour ce groupe cible. Le projet vise dès lors à développer, au cours des deux prochaines années, un programme spécialement étudié pour diminuer les obstacles au CDV en collaboration avec les établissements de soins de première ligne, tels que les pratiques de médecine générale et les soins ambulatoires. Le but est non seulement de promouvoir le CDV auprès du groupe cible en question et d'améliorer la qualité des services CDV en tant que tels, mais aussi de contribuer à long terme à l'amélioration de l'accès global des SAM aux soins de santé de première ligne. Cette initiative inclut également un travail de proximité basé sur la communauté, en vue d'une sensibilisation aux services CDV dispensés par les établissements de soins susvisés.

Cette initiative s'efforce d'améliorer à la fois les mesures de prévention et les soins VIH pour les personnes présentant un risque accru, et donne lieu comme telle à une collaboration fructueuse entre le pouvoir fédéral (politiques de soins de santé) et le pouvoir régional (politiques de prévention).

Non seulement le nombre de cas de contaminations parmi les populations de migrants, mais aussi le nombre de contaminations aux MST et VIH dans le groupe des **hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH)** connaît une nouvelle recrudescence.

En Flandre, ce groupe cible est responsable de plus de la moitié des nouveaux cas d'infection au VIH. Entre-temps, dans la population masculine, on constate que les homosexuels représentent plus de la moitié des cas de MST enregistrés. Cette évolution est inquiétante, d'autant plus que dans toute l'Europe, les efforts actuellement consentis en termes de prévention demeurent nécessaires pour freiner cette augmentation, mais ne suffisent pas à inverser la tendance... De nouveaux défis se posent, et de nouvelles stratégies s'annoncent. Sensoa a pris l'initiative, et a à cet égard été chargé par le ministre flamand du Bien-être, de la Santé et de la Famille, de rassembler le large secteur multidisciplinaire qui entoure ce groupe cible et d'accompagner le développement et la mise en œuvre d'un plan d'action, lequel se compose de points d'intérêt, comme p. ex. une plus grande sensibilisation des HSH, le soutien de ces personnes dans leur vie sexuelle par le biais d'instruments (pratiques) et services sur mesure, la mise à disposition de l'assistance (pratique) nécessaire en ce qui concerne leur santé sexuelle. Toujours dans le cadre de ce plan d'action, les prestataires de soins doivent soutenir les HSH dans leur vie sexuelle et disposer des outils (pratiques), du savoir-faire et des services sur mesure nécessaires, et les HSH doivent pouvoir disposer des équipements structurels nécessaires pour veiller de manière optimale à leur santé sexuelle. La recherche scientifique aide à se forger une vision des antécédents de comportement sexuel des HSH et des stratégies plus efficaces pour influencer ce comportement. Le secteur a un délai de deux ans pour s'y engager et enregistrer de premiers résultats concrets. Sensoa souhaite également donner la priorité au développement et à la promotion d'initiatives dans le cadre de ce que l'on appelle la prévention positive, la prévention du VIH et des MST axée sur les séropositifs, en particulier les hommes qui entretiennent des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Une attention particulière sera accordée aux publics les plus vulnérables (HSH et migrants), en développant notamment les projets à l'attention des personnes séropositives (prévention secondaire).

En Communauté française, plusieurs initiatives collectives en lien avec les Stratégies concertées se développeront dans l'avenir, toujours dans un souci d'amélioration de la qualité des interventions. On peut citer entre autres le renforcement de la cohérence de certains messages de prévention (risques de transmission liés aux pratiques bucco-génitales, accessibilité du traitement prophylactique après exposition non professionnelle – Nonopep) et l'amélioration de la qualité concernant la communication relative aux données épidémiologiques dites « sensibles » car concernant des publics stigmatisés (homo-/bisexuels, usagers de drogues, migrants), etc.

VII. Soutien des partenaires du développement

[Instructions : Cette section abordera principalement a) le soutien le plus important reçu des partenaires du développement afin de réaliser les objectifs de l'UNGASS et b) les actions que doivent entreprendre ces partenaires à cette fin.]

Sans objet pour la Belgique

VIII. Monitoring et environnement d'évaluation

[Instructions : Cette section doit fournir un aperçu a) du système actuel de suivi et évaluation ; b) des difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre d'un système S/E complet ; c) des mesures correctives prévues pour surmonter ces difficultés, et mettre en lumière, s'il y a lieu, d) le besoin d'assistance technique et de renforcement des capacités en matière de suivi et évaluation . Les pays doivent s'inspirer de l'Indice composite des politiques nationales pour établir cette section (voir l'annexe 5).]

Au **niveau fédéral**, le réseau de laboratoires de microbiologie réalise un rapport mensuel des maladies infectieuses. Un rapport semestriel sur l'épidémiologie du SIDA et de l'infection à VIH en Belgique est réalisé, de même qu'un rapport annuel.

En Flandre, Sensoa développe de nouvelles initiatives, toujours en collaboration avec les parties directement concernées ou leurs intermédiaires. Ces initiatives comprennent également la réalisation de pré- et post-tests ainsi qu'une évaluation.

Sensoa ne dispose pas des moyens lui permettant de réaliser des recherches à grande échelle, mais est demandeuse de ce type d'étude et aborde la question avec des instituts de recherche. À ce titre, Sensoa demande aux autorités de soutenir et encourager ces derniers en la matière.

Cela ne s'applique pas aux asbl Pasop et Ghapro en ce sens qu'elles ne font pas office de réseau vigie. Le laboratoire remplit cette fonction. Elles suivent les instructions données par la province et signalent les infections contagieuses qui doivent obligatoirement l'être. Elles n'assurent pas de véritable surveillance. Les données sont transmises dans le cadre d'un système d'évaluation plus important.

Le développement de nouvelles interventions s'inscrit dans l'approche participative et communautaire utilisée dans le cadre du projet SAM (voir Bonnes pratiques, point V ci-dessus). De nouvelles actions sont initiées à la demande du groupe cible, c'est-à-dire après évaluation de leurs besoins. De plus, des interventions spécifiques sont testées au moyen d'un concept d'évaluation pré- et post-test là où cela s'avère approprié. Les moyens budgétaires actuels ne permettent cependant pas d'évaluer les interventions comportementales recourant à des indicateurs de comportement ou des indicateurs biologiques d'efficacité (infections MST, nouvelles infections au VIH). À cet égard, il serait important de mettre au point un instrument d'enquête qui serait utilisé, à intervalles réguliers, afin de surveiller le comportement sexuel à risque des migrants subsahariens, en ce compris les connaissances, attitudes et aptitudes comportementales de ce groupe cible en termes de santé sexuelle et de VIH. Cela est possible moyennant par exemple l'adaptation d'outils actuels validés pour être utilisés dans ce groupe cible. Les pouvoirs politiques doivent appuyer et faciliter le développement de cet outil d'évaluation et de surveillance, dans la mesure où celui-ci peut contribuer à améliorer la qualité des interventions.

Communauté française

Le processus des Stratégies concertées décrit plus haut permet entre autres la définition de critères et indicateurs d'évaluation pour l'ensemble des activités formulées dans les cadres logiques. Au terme de chaque cycle de gestion de la qualité tous les deux ans, des données doivent être disponibles pour permettre la mise à jour des diagnostics et ensuite, sur base de ces mises à jour, la réorientation des programmes. Les mises à jour des diagnostics sont prévues pour le courant de l'année 2008.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Processus de consultation et de préparation du rapport national sur le suivi et l'évaluation en vue de la mise en oeuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida

ANNEXE 2 : Questionnaire de l'Indice composite des politiques nationales

*Prière d'envoyer par courriel, **avant le 31 janvier 2008**, le Rapport de situation national pour l'UNGASS au Département de l'Evaluation de l'ONUSIDA à : ungassindicators@unaids.org.*

Au cas où vous n'utiliserez pas le Système d'information sur la riposte des pays (CRIS) pour transmettre vos données d'indicateurs, veuillez nous faire parvenir votre rapport d'ici au 15 janvier 2008 au plus tard afin de nous donner le temps de saisir vos données manuellement dans la Base de données informatiques sur la riposte à Genève

Les copies papier peuvent être envoyées par la poste au :
Dr Paul De Lay, Directeur du Département de l'Evaluation
ONUSIDA
20 Avenue Appia
CH – 1211 Genève 27
Suisse

Processus de consultation/préparation du Rapport national de surveillance du suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida

1) Quelles institutions/entités ont été chargées de remplir les formulaires d'indicateurs ?

a) CNLS ou équivalent **Oui Non**

b) PNLs **Oui Non**

c) Autres **Oui Non**

Le formulaire d'indicateur a été rempli par le biais d'un processus de consultation organisé par le Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

2) A partir des données des

Ministères:

Education **Oui Non**

Santé **Oui Non**

Emploi **Oui Non**

Affaires étrangères **Oui Non**

Autres **Oui Non**

Institut scientifique de la Santé publique, Communautés française Wallonie-Bruxelles, Communauté flamande.

Organisations de la société civile **Oui Non**

Personnes vivant avec le VIH **Oui Non**

Secteur privé **Oui Non**

Institutions des Nations Unies **Oui Non**

Organismes bilatéraux **Oui Non**

ONG internationales **Oui Non**

Autres **Oui Non**

(Prière de préciser)

3) Le rapport a-t-il fait l'objet d'un débat dans un grand forum ? **Oui Non**

4) Les résultats de l'enquête sont-ils conservés
de manière centralisée ? **Oui Non**

5) Le public peut-il consulter ces données ? **Oui Non**

6) Qui a été chargé de la soumission du rapport et de répondre aux questions éventuelles
concernant le Rapport de situation national ?

Nom / titre : _____

Date : _____

Signature : _____

Prière de fournir les coordonnées complètes :

Adresse : _____

Courriel : _____

Téléphone : _____

