



RÉSEAU

Parlementaire de lutte contre le VIH/SIDA

**Communication de  
M. le Député Alain Onkelinx<sup>1</sup>  
Coordinateur**

**Section Belgique/Communauté française/ Wallonie-  
Bruxelles**

**DAKAR  
3- 4 octobre 2013**

---

1 Secrétariat administratif suivant les travaux de cette Commission : Julie Bolette

## **1. La situation actuelle de l'épidémie<sup>2</sup>**

Chaque année, l'Institut scientifique de Santé publique publie un rapport sur l'épidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique. Le dernier rapport est sorti en décembre 2012. Les chiffres exposés sont donc les chiffres 2011.

En 2011, 1177 infections par le VIH ont été diagnostiquées en Belgique, ce qui correspond à 3,2 nouveaux diagnostics en moyenne par jour ou encore 107 nouveaux diagnostics par million d'habitants.

La plus haute incidence a été observée en 2010 avec 1198 nouveaux cas diagnostiqués en cours d'année.

Le diagnostic d'infection par le VIH a été posé chez un total de 25 855 personnes entre le début de l'épidémie et le 31 décembre 2011.

Par ailleurs, on a relevé en 2011, 1,8 diagnostics positifs d'infection sur 1000 tests, contre 1 sur 1000 en 1996. Le nombre croissant de nouveaux cas de séropositivité diagnostiqués n'est donc pas dû à une augmentation des tests.

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 2004- 2005, cette proportion était de 66 % en 2010 et 2011.

La proportion de personnes de nationalité belge parmi les nouveaux cas diagnostiqués est de 42,78 % des patients pour lesquels la nationalité est connue.

La majorité des patients ont mentionné des contacts hétérosexuels. Entre 2002 et 2011, cette proportion a diminué, passant de 67,1 % à 49,6%. En même temps, la proportion de contacts homo/bisexuels a augmenté passant de 23,5% à 46,6 %.

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.

Quant à la voie de transmission périnatale, elle est rapportée dans environ 1,0 % des cas diagnostiqués en 2011.

Parmi les séropositifs de nationalité belge en 2011, les hommes sont 8,9 fois plus nombreux que les femmes.

Parmi les hommes belges diagnostiqués en 2011, les contacts homo/bisexuels constituent la voie de transmission de loin la plus importante (82,1%). Chez les femmes, la transmission hétérosexuelle est rapportée dans environ 92,1% des cas. L'injection de drogue a proportionnellement diminué en 2010.

---

<sup>2</sup> SASSE A., Epidémiologie du SIDA et de l'infection à VIH en Belgique : situation au 31 décembre 2011, ISP, Bruxelles, 2012

La Région bruxelloise, les provinces d'Anvers et de Liège présentent, par ordre décroissant, les taux d'infection cumulés les plus élevés.

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.

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 groupes de population où une diminution de l'incidence du VIH a été observée.

Le nombre de décès lié à la maladie a fortement diminué grâce à l'utilisation des antirétroviraux (ARV).

La conjugaison de l'incidence des cas de SIDA et de la diminution importance de la mortalité entraîne actuellement une accélération de l'augmentation de la prévalence, c'est à dire du nombre de personnes vivant avec l'infection.

## **2. Particularité belge : le partage des compétences de santé entre les différents niveaux de pouvoir**

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, les Communautés sont compétentes en ce qui concerne les soins de santé préventifs alors que le Fédéral a la compétence du remboursement des médicaments, du suivi statistique, du financement des centres de référence sida et des laboratoires de référence, du traitement ou encore du diagnostic.

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

En ce qui concerne la riposte au VIH, l'action des différents ministres fait de plus l'objet d'une coordination particulière dans un groupe de travail propre au sida.

La Communauté française a vu la prévention du sida intégrée par décret en 1997 dans la politique de promotion de la santé.

Il convient de noter que la 6<sup>ième</sup> réforme de l'état dont la mise en œuvre est prévue pour 2014 devrait modifier ce partage de compétences. Les contours restent encore flous au grand dam des acteurs du secteur.

### **3. Présentation des dispositifs institutionnels en Fédération Wallonie-Bruxelles<sup>3</sup>**

#### **A. La prévention primaire**

La prévention du VIH/Sida et des autres infections sexuellement transmissibles (IST) a été intégrée dans la Déclaration de politique communautaire 2009-2014 du gouvernement. Des programmes d'action et de recherche sont financés généralement sur une base pluriannuelle. Les priorités sont définies dans le programme quinquennal qui comprend un axe spécifique de prévention aux IST/Sida ainsi qu'un axe d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS). Parmi les programmes financés par la Fédération, certains sont des programmes communautaires (mis en œuvre sur tout l'espace de la Fédération), d'autres sont des programmes locaux.

Les différentes actions et programmes menés peuvent être rattachés à des catégories de santé publique que sont la prévention primaire- universelle et sélective- la prévention secondaire et la prévention tertiaire.

##### 1. Les programmes de prévention primaire universelle

Il s'agit de la prévention qui s'adresse à une population ou à un groupe de population dans son ensemble, indépendamment de facteurs de risque.

La Fédération via diverses associations finance des campagnes de sensibilisation, d'information et de lutte contre les discriminations.

Les activités d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) sont assurées par divers acteurs scolaires (enseignants, service de promotion de la Santé à l'école, centre Psycho-médico-sociaux). Ainsi que les centres de planning familial sous la forme d'animations en milieu scolaire dans l'enseignement primaire, secondaire et dans l'enseignement spécial.

##### 2. Les programmes de prévention primaire sélective.

Cette prévention désigne les interventions menées auprès de publics cibles qui présentent des facteurs de risque vis-à-vis des IST/Sida ou dans des milieux de vie qui peuvent favoriser les risques.

Des organismes mettent en œuvre des programmes et projets de prévention auprès de publics et/ou dans des milieux de vie particuliers. Le dispositif mis en place en Fédération répond aux exigences de l'OMS. Des organismes spécifiques visent les publics les plus vulnérables :

- Les hommes ayant des rapports avec les hommes ;
- Les migrants ;
- Les usagers de drogues ;

---

<sup>3</sup> La prévention du VIH/Sida et des autres IST en Fédération Wallonie-Bruxelles : Rapport 2012

- Les femmes et les hommes prostitués ;
- Les personnes incarcérées.

### 3. Les programmes locaux

Des organismes développement des programmes de prévention à l'échelle locale, à destination de la population générale et des jeunes ou des publics spécifiques en collaboration avec les associations spécialisées.

## **B. La prévention secondaire et tertiaire : dépistage et prise en charge**

Les réponses thérapeutiques sont de plus en plus efficaces. Elles améliorent considérablement la durée et la qualité de vie des personnes infectées et elles réduisent le risque de transmission. Non seulement une personne diagnostiquée positive peut adapter son comportement en conséquence, mais la réduction, de sa charge virale diminue également, sous certaines conditions, le risque de transmettre le VIH à un partenaire séronégatif.

Ainsi, le dépistage précoce des personnes contaminées est plus que jamais un enjeu majeur de la lutte contre le Sida : il permet des bénéfices tant sur le plan de la santé individuelle que sur la prévention collective.

Actuellement, un dépistage peut- être réalisé par un médecin, par un centre de référence Sida (centres de prise en charge qui fournit un suivi tant médical, psychologique, social que diététique aux personnes séropositives et malades du sida) ou par un centre de dépistage spécialisé (centre offrant un service de *counseling*<sup>4</sup> et de dépistage volontaire (VIH et parfois autres IST) de qualité, parfois anonyme et/ou gratuit).

Réduire le dépistage tardif doit être une priorité. Avec 42 % en moyenne, le pourcentage de diagnostics tardifs est en régression ces dernières années. C'est particulièrement marquant au sein du groupe homo/bisexuel (33% de dépistages tardifs). Une évolution favorable, certes, mais non suffisante ; un tiers de ces patients est encore diagnostiqué tardivement, cela reste trop.

La ministre fédérale de la Santé, Mme Laurette Onkelinx, lancera dans les prochains jours le premier plan global de lutte contre le VIH. Premier plan transversal, nous y reviendrons, il devrait donner les moyens aux associations de terrain de pratiquer un vrai dépistage intensif. En ciblant les populations à risque, prostitution masculine, bars gays, immigrés subsahariens, usagers des drogues injectées...en faisant tout pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination. Mais aussi en brisant le politiquement correct qui jetait un voile sur le fait qu'un patient sur deux est belge et que l'infection chez les hommes homosexuels grimpe en flèche.

---

<sup>4</sup> dialogue entre un patient et un soignant en vue de permettre au patient de surmonter le stress et de prendre des décisions personnelles par rapport au VIH/SIDA. Le *counseling* consiste notamment à évaluer le risque personnel de transmission du VIH et à faciliter l'adoption d'un comportement préventif (OMS, 1995)

Par ailleurs, la prévention tertiaire c'est également la thérapie post-exposition : 378 traitements de ce type ont été administrés gratuitement en 2011 pour minimiser l'impact de la contagion pour celui qui a subi un viol ou des relations accidentellement non protégées.

#### **4. Stratégies et axes d'action développés en Fédération Wallonie-Bruxelles**

Afin de soutenir les orientations et de guider les associations actives dans ce domaine, la Fédération Wallonie-Bruxelles soutient la récolte de données, la réalisation de recherches et d'études quantitatives ou qualitatives ainsi que le développement de stratégies concertées.

##### **A. Le recueil de données et recherche**

- L'Observatoire du sida et des sexualités met en œuvre des recherches quantitatives et qualitatives et des recherches-actions dans le domaine de la prévention IST/Sida (ex : conditions de vie des séropositifs,..) Il offre également un soutien méthodologique aux acteurs de terrain.
- L'Institut scientifique de Santé Publique (ISP) : il assure la surveillance épidémiologique du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles en Belgique. Ses activités sont la collecte de données relatives aux infections diagnostiquées dans le pays et aux patients suivis, la validation, les analyses statistiques et la production d'informations (tendances dans le temps, profils de risques associés ;etc) ainsi que la communication des informations aux autorités et la concertation avec les partenaires. L'ISP assure également la représentation de la Belgique au niveau des programmes internationaux de surveillance épidémiologique.
- L'Ecole de Santé Publique de l'Université libre de Bruxelles réalise tous les 4 ans une enquête au sein des établissements scolaires de la Fédération. Cette étude s'inscrit dans un protocole international de l'OMW et prend en compte la santé sexuelle des jeunes.

##### **B. Les stratégies concertées**

Depuis 2004, les différents organismes de la lutte contre le Sida actifs en prévention primaire, secondaire et tertiaire à Bruxelles et en Wallonie sont engagés dans un processus participatif d'analyse, de planification et de gestion de la qualité, intitulé « Stratégies concertées de la prévention des IST/SIDA ». Ce processus de concertation met à jour périodiquement des analyses de situation et des plans opérationnels pour chaque public cible.

Ce processus réunit des organismes de différents secteurs (préventif, dépistage,

curatif) dépendant de différents niveaux de compétences.

L'objectif général de ces stratégies concertées est de réduire l'incidence et la prévalence des IST et plus particulièrement du VIH, les vulnérabilités des différents publics cibles, les discriminations des publics vulnérables et de promouvoir la solidarité.

Les publics cibles suivants ont fait l'objet d'une analyse de situation et d'un plan opérationnel :

- La population générale ;
- Les enfants et les jeunes ;
- Les personnes séropositives ;
- Les migrants ;
- Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes ;
- Les usagers de drogues injecteurs ;
- Les prostitués féminines ;
- Les prostitués masculins ;
- Les personnes détenues en milieu carcéral ;
- Le public festif.

Pour chacun de ces publics, trois objectifs opérationnels transversaux ont été définis :

- Augmenter et/ou améliorer l'utilisation du préservatif lors de la prise de risque
- Contribuer à réduire les discriminations vis-à-vis des publics vulnérables et plus particulièrement des personnes séropositives ;
- Améliorer le recours adéquat et l'accès au dépistage de qualité du VIH et des autres IST.

### **C. Stratégies et activités**

Chaque organisme définit des objectifs et stratégies spécifiques en fonction des caractéristiques de son public cible. Les stratégies peuvent être de trois types :

- éducatif : information, formation, conception de campagnes et d'outils, travaux de proximité ou de rue,...
- environnemental : diffusion ou mise à disposition d'outils, de services, de matériel de prévention, de réduction des risques et d'informations,...
- institutionnel : favoriser des changements réglementaires, législatifs, produire des recommandations favorables à la santé des publics considérés.

De manière transversale; le développement de stratégies de partenariats entre intervenants permet une mise en commun des expertises pour les interventions dans certains lieux de vie (ex : pour les actions en milieu festif) ou auprès de publics

cumulant plusieurs facettes de vulnérabilité (ex : les prostituées usagères de drogue).

Par ailleurs, la participation des publics concernés est un principe central en promotion de la santé. Les acteurs mettent en évidence la nécessité de promouvoir la participation des communautés dans l'analyse des problématiques, dans la planification des réponses apportées, dans la mise en oeuvre et l'évaluation.

## **5. Perspectives d'avenir**

Au regard des derniers chiffres de l'épidémie en Belgique et de la structure fédérale du pays ayant pour conséquence que différents ministres se partagent les compétences en matière de lutte contre le VIH, il était indispensable d'élaborer une stratégie commune qui doit, de plus, être partagée par l'ensemble des acteurs impliqués dans ce combat.

C'est la raison pour laquelle, la ministre fédérale de la Santé, Mme Laurette Onkelinx a initié l'élaboration d'un **Plan national de lutte contre le VIH**. Ce Plan doit être présenté officiellement dans le courant du mois d'octobre, il n'est donc pas encore possible de le détailler avec précisions mais voici déjà en primeur sa préfiguration en terme de priorités telles qu'expliquées par la ministre dans ses déclarations à la presse ou dans des cénacles spécialisés.

Précisons encore que ce Plan n'a pas seulement impliqué des acteurs de la Santé publique. Il a impliqué des acteurs de la lutte contre les discriminations, des acteurs de l'intégration sociale, de l'enseignement, de la jeunesse, de la Justice,... Il s'agit donc bien d'un plan transversal qui s'échelonnera sur 5 années.

La ministre a également déclaré que le Plan Sida a été élaboré sans tabou. En effet, en Belgique, l'épidémie est double. Une épidémie dans la population des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes d'une part et une épidémie dans la population des migrants d'autre part. La ministre estime que le politiquement correct ne doit pas nuire à l'efficacité de la réponse apportée au VIH. Il convient donc de concentrer prioritairement les efforts auprès de ces deux populations et lutter, dans le même temps, contre les inégalités dont elles font l'objet.

Rappelons ici que la Belgique en 2007 a 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.

Quelles en sont les principales priorités ?

### Un dépistage dopé et amélioré

C'est le cœur du dispositif. La moitié des patients est traité trop tardivement. Il faut donc dépister plus et mieux. Cela passe par plus de dépistage décentralisé et par une réduction des opportunités manquées. C'est pourquoi,

la ministre est d'avis que pour renverser cette situation, le dépistage doit descendre dans la rue, les sex-clubs, les bars, les saunas ou encore dans les salles de sport. Il doit également être présent lors d'évènements rassembleurs comme les « Gay Pride », dans les parcs de drague homosexuelle. Mais aussi dans les lieux de prostitution ainsi que dans les quartiers à forte concentration de population immigrée de l'Afrique subsaharienne. Il faut encore que ceux qui s'injectent des drogues soient touchés, via une collaboration avec les associations actives dans la politique des drogues ou dans des comptoirs d'échanges de seringues.

De plus, ce Plan Sida aura également comme visée d'accroître la vigilance des professionnels de santé, en les sensibilisant davantage, non seulement sur le VIH mais également sur toutes les autres IST.

Il ne faut pas oublier que mieux dépisté signifie plus de patients dans les hôpitaux ce qui occasionne un surcoût. La ministre a déclaré en avoir conscience et pouvoir l'assumer.

#### Un « trajet de soins »

Le principe existe déjà pour les diabétiques, il consiste à mieux financer les opérateurs de soins et à mieux les rembourser au malade si la prise en charge est coordonnée selon des normes établies pour correspondre au « meilleur traitement »

#### Un registre du VIH

Ce registre dont les données seront collectées par tous les acteurs, devrait reprendre les informations sur des éléments suivants : le mode de contamination, si le dépistage a été tardif ou non, le temps entre le diagnostique 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, si des patients ont interrompu leur traitement et les raisons pour lesquelles ils l'ont interrompu, etc,...

#### Une implication accrue des personnes vivant avec le VIH dans la prise en charge

La ministre a insisté sur le fait que dès le diagnostic, il faut garantir une prise en charge globale, optimale et un accès aux soins. Cette prise en charge doit impliquer les acteurs médicaux, les acteurs associatifs dans le cadre d'un véritable partenariat. Dans ce réseau les personnes séropositives doivent être impliquées, et pas seulement en leur qualité de patient mais en tant que personne capable d'assumer un rôle clé dans cette mission.

Toutes les mesures reprises dans ce Plan pourront être présentées lors de la prochaine réunion du Réseau.

Notons enfin qu'outre l'ensemble des acteurs médicaux et associatifs de la

lutte contre le VIH, l'Onusida Belgique a également collaboré à l'élaboration de ce Plan Sida.

## **6. Actions de la section Belgique/ Communauté française/ Wallonie Bruxelles**

### **Journée mondiale de lutte contre le VIH/Sida**

En vertu de la résolution adoptée en 2004 par les trois Assemblées des entités fédérées (PFWB<sup>5</sup>, PW<sup>6</sup> et PFB<sup>7</sup>), la section APF Belgique/ Communauté française/ Wallonie-Bruxelles s'est engagée à organiser chaque année une rencontre des parlementaires francophones belges en vue de marquer son soutien à la Journée mondiale de lutte contre le VIH/Sida.

De plus, une résolution du PFWB adoptée fin 2010 par l'ensemble des partis réaffirme notamment que le PFWB doit s'inscrire dans le cadre de cette journée en suscitant un débat en son sein et en arborant à son édifice le logo de la prévention du SIDA.

En vue de répondre aux résolutions susmentionnées, il a été décidé que cette Journée se déroulerait en collaboration avec le Parlement francophone bruxellois.

Le PFB recevra pour un cocktail dînatoire les parlementaires et les divers acteurs de la lutte (associatifs, corps médical, administrations et cabinets ministériels compétents,...). L'objectif est ici de permettre aux associations de se faire connaître mais également de se rencontrer et d'échanger entre elles leurs bonnes pratiques.

Le principal organisme de prévention financé par la Fédération, la Plate-forme Prévention Sida viendra également faire le bilan de 12 ans de campagne de prévention et présenter ses nouveaux spots de campagne.

La deuxième partie de la Journée sera dédiée à l'organisation d'un colloque scientifique au Parlement de la Fédération.

Je tiens ici à remercier vivement notre Président Didier Berberat qui nous a fait l'honneur d'accepter notre invitation. Il viendra donc à Bruxelles le 29 novembre prochain et présentera notre Réseau et rappellera à cette même occasion le rôle des parlementaires dans la lutte contre le VIH.

Outre notre Président, nous aurons également la chance d'entendre les ministres Santé de la Fédération et du Fédéral ainsi que deux professeurs de renommée internationale que sont le professeur Clumeck, spécialiste des maladies infectieuses au CHU St Pierre à Bruxelles et le professeur Leibowitch, pionnier dans la découverte du virus, auteur du livre « Pour en finir avec le Sida ».

---

<sup>5</sup> Parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles

<sup>6</sup> Parlement wallon

<sup>7</sup> Parlement francophone bruxellois

Les débats risquent d'être animés. En effet, le professeur Leibowitch prône le droit au juste traitement et estime que les doses d'ARV peuvent être fortement diminuées. Il en veut pour preuve des tests effectués sur une soixantaine de ses patients. Le professeur Clumeck, quant à lui, estime que cette thèse ne peut être qualifiée de scientifique sans le recul nécessaire pour l'avaliser.

L'Onusida Belgique sera invité à cette occasion conformément à l'accord signé entre l'APF et l'ONUSIDA et du plan d'action mis à jour en 2012.

Enfin pendant près d'une semaine, notre Parlement arborera le logo de la prévention du sida.