

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2023-2024

2 FÉVRIER 2024

Proposition de résolution relative à l'amélioration de l'accès à la prophylaxie pré-exposition (PrEP)

RAPPORT

fait au nom de la commission des
Matières transversales
par
M. Schiltz

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2023-2024

2 FEBRUARI 2024

Voorstel van resolutie over de betere toegankelijkheid tot PrEP-medicatie

VERSLAG

namens de commissie voor de
Transversale Aangelegenheden
uitgebracht door
de heer **Schiltz**

Composition de la commission / Samenstelling van de commissie
Président / Voorzitter: Mark Demesmaeker**Membres / Leden**

N-VA:	Cathy Coudyser, Mark Demesmaeker, Maaïke De Vreese
Ecolo-Groen:	Fourat Ben Chikha, Soetkin Hoessen, Hélène Ryckmans
Vlaams Belang:	Yves Buysse, Bob De Brabandere, Klaas Sloopmans
PS:	Fatima Ahallouch, Nadia El Yousfi
MR:	Philippe Dodrion, Gaëtan Van Goidsenhoven
CD&V:	Stijn De Roo, Kris Poelaert
Open Vld:	Rik Daems, Willem-Frederik Schiltz
PVDA-PTB:	Jos D'Haese, Antoine Hermant
Vooruit:	Kurt De Loor, Annick Lambrecht

*Voir:***Documents du Sénat:****7-453 – 2022/2023:**

N° 1: Proposition de résolution.

7-453 – 2023/2024:

N° 2: Amendements.

*Zie:***Documenten van de Senaat:****7-453 – 2022/2023:**

Nr. 1: Voorstel van resolutie.

7-453 – 2023/2024:

Nr. 2: Amendementen.

I. INTRODUCTION

La proposition de résolution relative à l'amélioration de l'accès à la prophylaxie pré-exposition (PrEP) de M. Orry Van de Wauwer, Mmes Zoé Genot et Nadia El Yousfi et MM. Philippe Dodrimont, Tom Ongena, Ludwig Vandenhove et Fourat Ben Chikha (doc. Sénat, n° 7-453/1) a été déposée le 24 mai 2023.

La commission des Matières transversales l'a examinée pour la première fois au cours de sa réunion du 4 décembre 2023, lors de laquelle elle a décidé de solliciter un certain nombre d'avis sur le texte à l'examen. Un avis a été rendu par les personnes et organisations suivantes:

- Sensoa;
- la Plateforme Prévention Sida;
- Sciensano;
- l'Observatoire du sida et des sexualités;
- le Centre de santé sexuelle liégeois;
- la professeure Leïla Belkhir, cheffe de service, Cliniques universitaires Saint-Luc.

Ces avis figurent en annexe du présent rapport.

La commission a terminé la discussion de la proposition et a procédé aux votes lors de sa réunion du 2 février 2024.

II. EXPOSÉ INTRODUCTIF

M. Van de Wauwer souligne que Sciensano, qui s'occupe de la surveillance épidémiologique du virus de l'immunodéficiência humaine (VIH) et du syndrome d'immunodéficiência acquise (sida) en Belgique, conclut que, malgré les avancées engrangées sur le plan de la prévention du VIH, l'épidémie n'est pas encore sous contrôle dans notre pays. C'est pourquoi il faut préserver et optimiser l'accès à toute la gamme des stratégies de prévention en la matière. Dans ce cadre, Sciensano fait explicitement référence à l'utilisation de la PrEP (prophylaxie pré-exposition), qui doit encore être davantage accessible aux groupes cibles.

La PrEP est un traitement de prévention du VIH. Lorsqu'elle est prise de manière adéquate, que ce soit quotidiennement ou périodiquement, la PrEP offre une

I. INLEIDING

Het voorstel van resolutie over de betere toegankelijkheid tot PrEP-medicatie van de heer Orry Van de Wauwer, de dames Zoé Genot en Nadia El Yousfi, en de heren Philippe Dodrimont, Tom Ongena, Ludwig Vandenhove en Fourat Ben Chikah (doc. Senaat, nr. 7-453/1) werd ingediend op 24 mei 2023.

De commissie voor de Transversale Aangelegenheden heeft het voorstel voor het eerst besproken tijdens haar vergadering van 4 december 2023. Tijdens deze vergadering besliste de commissie om enkele adviezen in te winnen over dit voorstel van resolutie. De volgende personen en organisaties hebben een advies verstrekt:

- Sensoa;
- het «Plateforme Prévention SIDA»;
- Sciensano;
- het «Observatoire du sida et des sexualités»;
- het «Centre de santé sexuelle liégeois»;
- professor Leïla Belkhir, Diensthoofd, «Cliniques universitaires Saint-Luc».

Deze adviezen kan men raadplegen als bijlage bij dit verslag.

Tijdens de vergadering van 2 februari 2024 vond een laatste bespreking plaats en ging de commissie over tot de stemmingen.

II. INLEIDENDE UITEENZETTING

De heer Van de Wauwer wijst erop dat Sciensano, dat instaat voor de epidemiologische surveillance van hiv en aids in België, concludeert dat, ondanks de geboekte vooruitgang op het vlak van hiv-preventie, de epidemie in ons land nog niet onder controle is. Daarom moet de toegang tot het volledige gamma van preventiestrategieën worden gehandhaafd en geoptimaliseerd. In dat kader verwijst Sciensano expliciet naar het gebruik van PrEP (*Pre-Exposure Prophylaxis*), dat nog beter bij de doelgroepen moet terechtkomen.

PrEP is preventieve hiv-medicatie. Mits juiste inname – zij het dagelijks of periodiek – biedt PrEP een bescherming van 99 % tegen besmetting door hiv. Daarom kan

protection à 99 % contre une contamination au VIH. Elle peut dès lors changer la donne dans la lutte contre la propagation du VIH. Pour cela, des conditions strictes doivent être respectées: il faut que toute personne qui s'expose à un risque de contamination au VIH soit suffisamment motivée et disposée à utiliser la PrEP, et qu'elle y ait aussi accès. Ce n'est pas suffisamment le cas.

Les développements de la proposition de résolution tracent un historique de la réglementation relative à la PrEP. La situation actuelle peut être résumée comme suit:

- un médecin spécialiste rattaché à un centre de référence VIH doit vérifier si le candidat utilisateur présente un risque accru d'infection sur la base des directives de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Si les conditions sont remplies, une attestation valable un an est délivrée;
- un traitement peut être prescrit sur cette base; il ne fera l'objet d'un remboursement que s'il a été prescrit par un médecin spécialiste rattaché à un centre de référence VIH;
- ce médecin doit effectuer un suivi de l'utilisateur tous les trois mois; ce suivi est très important dans le cadre du dépistage des maladies sexuellement transmissibles (MST), mais aussi pour surveiller les effets de la médication sur l'organisme;
- cela signifie concrètement que chaque nouvel utilisateur de la PrEP doit faire l'objet d'un suivi quatre fois par an.

Sur le plan réglementaire, l'accès à la PrEP est fortement centralisé auprès des centres de référence VIH. Dans la pratique, on observe un glissement partiel vers les médecins généralistes, mais l'INAMI n'a encore pris aucune disposition à ce sujet. Les obstacles à surmonter sont donc nombreux. Compte tenu de la pression à laquelle sont soumis les centres de référence VIH, il existe des listes d'attente pour l'obtention d'un premier rendez-vous. Des difficultés d'ordre géographique et pratique se posent également. Les rendez-vous ne sont possibles que pendant les heures de bureau. Dans la province d'Anvers par exemple, on peut uniquement s'adresser à l'Institut de médecine tropicale.

En 2021, on comptait 5 277 utilisateurs de la PrEP, soit une augmentation d'un tiers par rapport à l'année précédente. Il est frappant de constater que la PrEP est presque uniquement utilisée par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Sur le groupe

het een *game changer* zijn in de strijd tegen verspreiding van hiv. Maar dat moet wel onder strikte voorwaarden voorwaarden: dat al wie het risico loopt op een hiv-besmetting voldoende gemotiveerd en bereid is om PrEP te gebruiken en er ook toegang toe heeft. Dat is niet voldoende het geval.

In de toelichting bij het voorstel van resolutie wordt een overzicht gegeven van de historie rond de regelgeving rond PrEP. In essentie komt die vandaag hierop neer:

- een arts-specialist verbonden aan een hiv-referentiecentrum moet kandidaat-gebruiker screenen naar het verhoogd risico overeenkomstig de richtlijnen van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV). Indien dat niet het geval is resulteert zulks in een attest dat één jaar geldig is;
- op basis daarvan kan een voorschrift voor medicatie worden voorgeschreven; de terugbetaling ervan gebeurt enkel indien deze werd voorgeschreven door een arts-specialist verbonden aan een hiv-referentiecentrum;
- deze arts moet elke drie maanden een opvolging doen van de gebruiker; deze zijn heel belangrijk in het kader van de soa-testen maar ook om te onderzoeken welke de gevolgen zijn van de medicatie op het lichaam;
- concreet betekent dit voor elke nieuwe PrEP-gebruiker dat er viermaal per jaar een opvolging moet gebeuren.

In de regelgeving is de toegang tot PrEP sterk gecentraliseerd bij hiv-referentiecentra. In de praktijk vindt er een gedeeltelijke verschuiving plaats naar de huisartsen toe, maar hierover bestaat nog geen regeling vanuit het RIZIV. Het resultaat is dat er heel wat drempels zijn die moeten overwonnen worden. Er zijn wachtlijsten voor het maken van een eerste afspraak, gelet op de hoge druk op de hiv-referentiecentra. Bovendien zijn er geografische en praktische drempels. Zo kan men enkel een afspraak maken tijdens kantooruren. In de provincie Antwerpen bijvoorbeeld kan dit enkel in het Tropisch Instituut.

In 2021 waren er 5 277 PrEP-gebruikers. Dit betekende een stijging met één derde tegenover het jaar voordien. Opvallend daarbij is dat PrEP wordt haast uitsluitend gebruikt door mannen die seks hebben met andere mannen. De groep nieuwe PrEP-starters in 2021 bestond

des personnes ayant commencé la PrEP en 2021, pas moins de 98 % étaient des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, alors que ce groupe cible ne représentait, durant cette même année, que la moitié des cas d'infection au VIH nouvellement enregistrés. Un nombre important d'hommes présentant un risque élevé de contamination au VIH n'utilisent par conséquent pas cette médication. La transmission hétérosexuelle concernait, dans près de la moitié des cas (45 %), des personnes d'origine subsaharienne. Il existe donc un décalage important entre les personnes qui utilisent effectivement la PrEP et celles qui entrent en ligne de compte pour son utilisation.

Une série de recommandations ont été formulées dans le cadre de l'étude «*PROMISE*» financée par l'autorité flamande. Elles ont servi de base à l'élaboration de la proposition de résolution à l'examen.

L'intervenant attire l'attention sur divers obstacles qui font que la PrEP est encore insuffisamment utilisée par des personnes présentant un risque accru d'infection au VIH. Tout d'abord, le groupe des personnes entrant en ligne de compte pour la PrEP est trop strictement délimité. Ce groupe est en effet évalué au moyen d'une analyse de risque axée sur le comportement à risque déjà établi. On doit en quelque sorte «poser sa candidature» pour obtenir l'accès, ce qui peut aussi inciter certaines personnes à exagérer la description de leurs comportements afin d'être certaines d'être prises en considération. Des personnes qui, dans le passé, avaient principalement des relations sexuelles protégées, par exemple parce qu'elles étaient engagées dans une relation monogame de longue durée, mais qui estiment qu'elles auront besoin d'une PrEP dans le futur, n'entrent pas en ligne de compte.

Ensuite, le remboursement n'est en principe prévu que si la PrEP a été prescrite par un médecin spécialiste rattaché à un centre de référence VIH. Par ailleurs, le suivi médical trimestriel prévu pour les utilisateurs de la PrEP de longue durée n'est pas suffisamment accessible. Pour ce suivi, il faut chaque fois retourner dans un centre de référence VIH, alors qu'un médecin généraliste est aussi en mesure de l'effectuer. Si certains centres permettent qu'un médecin généraliste procède au suivi médical trimestriel, d'autres, en revanche, n'acceptent pas les résultats de tels tests. En l'occurrence, chaque centre procède à sa manière, et il faudrait, ici aussi, un règlement général qui permette à l'utilisateur de la PrEP d'y voir plus clair.

À cela s'ajoute le coût élevé de ces parcours de suivi. Les tests de dépistage des MST et du VIH ne sont que partiellement remboursés et leur coût est très variable. Il

voor liefst 98 % uit mannen die seks hebben met andere mannen, terwijl in datzelfde jaar slechts de helft van alle nieuwe geregistreerde hiv-infecties bestond uit deze doelgroep. Een heel grote groep mannen die een groot risico loopt op hiv besmetting, gebruikt deze medicatie derhalve niet. Bij heteroseksuele overdracht ging het in bijna de helft van de gevallen (45 %) om mensen van Sub-Saharaanse afkomst. Er is dus een grote discrepantie tussen mensen die daadwerkelijk PrEP medicatie gebruiken en zij die hiervoor in aanmerking komen.

Vanuit de Vlaamse overheid werd de zogenaamde «*PROMISE*» studie gefinancierd. Er werden verschillende aanbevelingen voorgesteld, die aan de basis liggen van het voorstel van resolutie.

Spreker vestigt de aandacht op verschillende obstakels die vandaag bestaan en die ervoor zorgen dat PrEP nog onvoldoende gebruikt wordt door mensen die een verhoogd risico lopen op hiv. Vooreerst is de groep die in aanmerking komt voor PrEP te strikt afgebakend. Dit wordt immers geëvalueerd aan de hand van een risicoanalyse die focust op het reeds gestelde risicogedrag. Men moet als het ware «solliciteren» om toegang te krijgen, wat mensen ook onder druk kan zetten om te overdrijven opdat ze zeker in aanmerking zouden komen. Mensen die in het verleden voornamelijk beschermde seksuele contacten hadden, bijvoorbeeld omdat ze in een langdurige monogame relatie waren, maar die inschatten dat ze PrEP in de toekomst nodig hebben, komen niet in aanmerking.

Verder is de terugbetaling in principe enkel voorzien indien PrEP werd voorgeschreven door een arts-specialist die verbonden is aan een hiv-referentiecentrum. Bovendien is de driemaandelijke medische opvolging voor wie langdurig PrEP wil gebruiken onvoldoende toegankelijk. Men dient hiervoor opnieuw naar een hiv-referentiecentrum te gaan terwijl een huisarts ook bekwaam is om dit te doen. Er zijn centra die toelaten dat een huisarts de driemaandelijke medische opvolging doet, maar er zijn ook hiv-referentiecentra die deze testresultaten niet aanvaarden. Elk centrum gaat hier op zijn eigen manier mee om. Ook hier is er dus nood aan een veralgemeende regeling die duidelijkheid biedt aan de PrEP-gebruiker.

De opvolgingstrajecten zijn ook duur. Soa- en hiv-testen worden slechts gedeeltelijk terugbetaald en de kostprijs ervan kan heel erg variëren. De kostprijs hangt onder

dépend notamment du type de test utilisé et du laboratoire où les échantillons sont analysés, deux facteurs sur lesquels le patient n'a absolument aucune prise. Il en va de même pour les prélèvements sanguins et urinaires qui doivent être effectués pour détecter d'éventuels effets secondaires de l'utilisation de la PrEP.

Enfin, les centres de référence VIH (CRV) ne sont pas suffisamment accessibles. Ils constituent souvent un département au sein d'un hôpital. Tous les CRV n'assurent pas un accompagnement dans le cadre de la PrEP, mais chaque province compte au moins un CRV qui propose ce service. Il n'est pas évident pour tout le monde de se libérer tous les trois mois et pendant les heures de travail pour se rendre dans un CRV, sans compter que certains patients doivent effectuer un long déplacement pour s'y rendre. En outre, les CRV sont confrontés à des délais d'attente qui peuvent atteindre plusieurs mois. Cette situation est encore accentuée par le fait que, pour chaque nouvel utilisateur de la PrEP, il faut organiser quatre visites de suivi par an, ce qui met les CRV à rude épreuve en termes de capacité.

Tous ces éléments ont parfois pour conséquence qu'un commerce s'installe entre, d'une part, des hommes qui ont accès à la PrEP et, d'autre part, des hommes qui sont éligibles à la PrEP, mais n'y ont pas accès.

M. Van de Wauwer pointe le modèle diversifié de délivrance de la PrEP qui existe chez nos voisins. Il est vrai qu'il s'agit d'une médication relativement récente. Les développements de la proposition analysent ce point plus en détail. Les Pays-Bas, l'Allemagne et la France, par exemple, misent sur un modèle combinant la délivrance par les médecins généralistes, d'une part, et la délivrance par le biais de centres de santé (sexuelle) accessibles, d'autre part. Aux Pays-Bas, les «*gemeentelijke gezondheidsdiensten*» (services de santé municipaux) ont pour mission de protéger, surveiller et promouvoir la santé des habitants du pays. En Allemagne, tout médecin généraliste peut prescrire une PrEP. D'autre part, des «*checkpoints*» facilement accessibles permettent à qui le souhaite de se soumettre, de manière anonyme, à un dépistage du VIH et de MST ou de bénéficier de conseils ou de soins médicaux en matière de santé sexuelle. En France, la PrEP ne pouvait initialement être prescrite que par un médecin qui était également spécialisé dans le traitement du VIH. Depuis 2021, tout médecin – généraliste ou spécialiste – peut prescrire une PrEP. La PrEP peut aussi être obtenue par le biais des centres de dépistage des MST et du VIH (centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic) et des centres de santé sexuelle.

meer af van het type test dat werd gebruikt en het labo waar de stalen worden geanalyseerd, waar de patiënt helemaal geen vat op heeft. Hetzelfde geldt voor de bloeden urinestesten die dienen te worden afgenomen om eventuele neveneffecten van PrEP-gebruik op te sporen.

Tenslotte zijn de hiv-referentiecentra onvoldoende toegankelijk. Een dergelijk centrum is vaak een afdeling in een ziekenhuis. Niet in alle hiv-referentiecentra worden ook PrEP begeleidingen gedaan maar in elke provincie is er wel een centrum waar dit wordt aangeboden. Het is niet voor iedereen evident om zich elke drie maanden tijdens de werkuren vrij te maken om naar een centrum te gaan. Voor velen is het ook een verre verplaatsing. Bovendien kampen de hiv-referentiecentra met wachttijden die maandenlang kunnen oplopen. Dit wordt versterkt door het feit dat er voor elke nieuwe PrEP-gebruiker vier opvolgbezoeken per jaar moeten plaatsvinden, wat een grote druk zet op de capaciteit van de hiv-referentiecentra.

Dit alles leidt er soms toe dat er een handel bestaat tussen enerzijds mannen die wel toegang hebben tot PrEP en anderzijds mannen die ervoor in aanmerking komen maar hiertoe geen toegang hebben.

De heer Van de Wauwer wijst op het gediversifieerd PrEP-verstrekkingmodel in ons omringende landen. Het gaat immers om een relatief jonge medicatie. In de toelichting bij het voorstel wordt hierop dieper ingegaan. In Nederland, Duitsland en Frankrijk wordt er ingezet op een combinatie van verstrekking via de huisartsen enerzijds, en verstrekking via laagdrempelige en toegankelijke (seksuele) gezondheidscentra anderzijds. In Nederland hebben de «*gemeentelijke gezondheidsdiensten*» de opdracht om de gezondheid van de inwoners van Nederland te beschermen, te bewaken en te bevorderen. In Duitsland kan elke huisarts PrEP voorschrijven. Daarnaast kent men de zogenaamde «*checkpoints*». Deze zijn laagdrempelige inlooppunten waar men zich op anonieme wijze kan laten testen op hiv en soa, en waar men terecht kan voor advies, *counseling* en medische zorg omtrent de seksuele gezondheid. In Frankrijk kon PrEP aanvankelijk enkel worden voorgeschreven door een arts die tevens hiv-specialist was. Sinds 2021 kan elke arts – huisarts of specialist – er PrEP voorschrijven. Daarnaast kan PrEP worden verkregen via de testcentra voor soa en hiv (*centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic*) en via de centra voor seksuele gezondheid (*centres de santé sexuelle*).

La proposition de résolution entend dès lors adresser quelques recommandations politiques au gouvernement fédéral et aux gouvernements des entités fédérées afin d'abaisser le seuil d'accès à la PrEP comme médication préventive dans la lutte contre la pandémie de VIH. La résolution part en l'espèce de certains constats, considérant notamment que le nombre de diagnostics du VIH affiche une tendance à la baisse au cours des dix dernières années, mais que, malgré cela, l'épidémie n'est pas encore sous contrôle dans notre pays, et qu'il est essentiel, dans la lutte contre le VIH, que la PrEP soit disponible pour les groupes cibles présentant le risque le plus élevé d'infection au VIH et que ces groupes cibles y recourent.

La proposition de résolution fait dès lors quelques recommandations au gouvernement fédéral, dans lesquelles il est demandé:

- de procéder à une analyse des délais d'attente entre le moment de la première inscription auprès d'un centre de référence VIH en vue de commencer une PrEP et le début effectif de l'utilisation de la PrEP;
- de prendre des mesures pour éviter que des personnes soient infectées par le VIH durant la période d'attente d'une PrEP, notamment en faisant en sorte que, dans certains cas exceptionnels, l'analyse de risque ne soit effectuée qu'après que la PrEP a commencé;
- de surveiller la capacité des centres de référence VIH et de prendre des mesures appropriées lorsque ces centres de référence sont confrontés à de longs délais d'attente;
- de veiller à ce que le ticket modérateur facturé au patient pour des tests de dépistage des MST et du VIH, ainsi que pour des prélèvements sanguins et urinaires destinés à détecter d'éventuels effets secondaires de la PrEP, soit uniforme, et de mener une politique des prix transparente à ce sujet;
- de généraliser le remboursement de la PrEP lorsque celle-ci a été prescrite par un médecin généraliste;
- d'élaborer un modèle de délivrance de la PrEP par le biais de la pratique de médecine générale (dans l'attente que ce modèle soit élaboré et mis en œuvre: première délivrance par un centre de référence VIH);
- d'examiner, sur la base des résultats de l'étude «*PROMISE*», si les conditions d'utilisation de la PrEP doivent être adaptées, tant pour le groupe cible

Het voorstel van resolutie wenst dan ook enkele beleidsaanbevelingen te formuleren aan zowel de federale als de deelstaatregeringen om de drempel tot het gebruik van PrEP als preventieve medicatie in de strijd tegen de hiv-pandemie te verlagen. Daarbij vertrekt de resolutie van enkele vaststellingen, met name dat het aantal hiv-diagnoses in de afgelopen tien jaar een neerwaartse trend vertoont maar dat desondanks de epidemie in ons land nog niet onder controle is en dat het in de strijd tegen hiv essentieel is dat PrEP beschikbaar is voor en wordt gebruikt door de doelgroepen met het hoogste risico op hiv-infectie.

Het voorstel van resolutie bevat daarom enkele aanbevelingen aan de federale regering, zoals:

- een analyse te maken van de wachttijden tussen het moment van eerste aanmelding bij een hiv-referentiecentrum voor de opstart van PrEP-gebruik en de feitelijke opstart van het PrEP-gebruik;
- maatregelen te nemen om te vermijden dat mensen besmet raken met hiv in de periode dat ze wachten om met PrEP te kunnen starten, onder meer door de risico-analyse in uitzonderlijke gevallen pas na de opstart met PrEP te laten plaatsvinden;
- de capaciteit van de hiv-referentiecentra op te volgen, en gepaste maatregelen te nemen wanneer hiv-referentiecentra kampen met lange wachttijden;
- ervoor te zorgen dat het remgeld dat wordt aangerekend aan de patiënt voor soa- en hiv-testen, alsook voor de bloed- en urinetesten om bijwerkingen van PrEP-gebruik op te sporen, uniform zijn en een transparant prijzenbeleid hierover te voeren;
- de terugbetaling van PrEP indien dit werd voorgeschreven door een huisarts te veralgemenen;
- een model uit te werken voor PrEP-verstrekking via de huisartsenpraktijk (tot verder onderzoek en implementering: eerste verstrekking via hiv-referentiecentra);
- op basis van de resultaten van de *PROMISE*-studie na te gaan of de voorwaarden voor PrEP-gebruik dienen te worden aangepast, zowel voor de doelgroep

des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, que pour les autres groupes cibles;

- de prévoir un modèle efficace, qui permette aux médecins généralistes d'enregistrer leurs données auprès de Sciensano.

La résolution demande aux gouvernements des entités fédérées:

- de miser sur la sensibilisation à l'utilisation de la PrEP auprès des groupes cibles qui, actuellement, ne sont pas encore suffisamment atteints (comme les personnes d'origine subsaharienne);
- de mettre en place une information et un soutien ciblés concernant l'utilisation de la PrEP à l'attention des médecins généralistes;
- de mettre sur pied un projet pilote de centre de test librement accessible, en s'inspirant des *checkpoints* allemands.

M. Van de Wauwer préconise de ne pas organiser d'auditions puisque la proposition de résolution est basée sur la très récente étude «*PROMISE*». En revanche, il lui paraît judicieux de demander un avis écrit à certains services.

III. DISCUSSION GÉNÉRALE

M. Ben Chika propose de solliciter l'avis écrit des organisations Prévention SIDA et Sensoa.

Mme Genot remercie l'auteur d'avoir déposé la proposition de résolution. Chaque année, le 1^{er} décembre, lors de la journée mondiale de lutte contre le sida, elle publie des informations sur le sujet sur ses réseaux et elle remarque notamment que la PrEP est méconnue tant par le grand public que par des personnes très investies dans le secteur associatif. Elle constate également un niveau de désinformation dans toutes les couches de la population.

Elle suggère d'entendre des représentants de l'Observatoire du sida et des sexualités, qui a réalisé une étude sur l'accès à la PrEP dans le milieu de la prostitution. Cette étude recensait différents freins concernant cet accès.

M. Schiltz déclare que le groupe Open Vld soutiendra la proposition de résolution. Au départ, son groupe avait exprimé certaines préoccupations, mais grâce à une

mannen die seks hebben met mannen, als voor andere doelgroepen;

- een sluitend model te voorzien waarbij huisartsen hun data kunnen registreren bij Sciensano.

Aan de deelstaatregeringen vraagt de resolutie om:

- in te zetten op sensibilisering omtrent PrEP-gebruik bij de doelgroepen die momenteel nog te weinig bereikt worden (zoals mensen van Sub-Saharaanse afkomst);
- gerichte info en ondersteuning te voorzien omtrent PrEP-gebruik aan huisartsen;
- een pilootproject op te zetten voor laagdrempelig testcentrum met vrije inloop, naar voorbeeld van de Duitse *checkpoints*.

De heer Van de Wauwer pleit ervoor om geen hoorzittingen te houden vermits het voorstel van resolutie gebaseerd is op de zeer recente «*PROMISE*» studie. Daarentegen lijkt het hem wel zinvol om een schriftelijk advies te vragen aan enkele diensten.

III. ALGEMENE BESPREKING

De heer Ben Chika stelt voor om een schriftelijk advies in te winnen bij de organisaties *Prévention SIDA* en Sensoa.

Mevrouw Genot bedankt de indiener voor zijn voorstel van resolutie. Jaarlijks op 1 december, op Wereld aidsdag, post ze informatie over dit onderwerp op haar social media en stelt zij vast dat PrEP niet gekend is, noch bij het grote publiek, noch bij mensen die erg actief zijn in de verenigingssector. Ze stelt ook enige mate van desinformatie vast in alle lagen van de bevolking.

Ze stelt voor om vertegenwoordigers van het *Observatoire du sida et des sexualités* te horen, dat een studie heeft gemaakt over de toegang tot PrEP in het prostitutie-milieu. Die studie maakt een lijst op van de verschillende drempels voor die toegang.

De heer Schiltz verklaart dat de Open vld-fractie het voorstel van resolutie zal steunen. Aanvankelijk had zijn fractie enkele bezorgdheden, maar dankzij een

collaboration constructive, il en a été tenu compte dans la proposition. C'est une bonne chose que la proposition de résolution accorde une place importante au rôle du médecin traitant. Ce dernier est essentiel si l'on souhaite mener une politique proactive.

Mme El Yousfi indique que son groupe soutient ce texte et qu'elle l'a d'ailleurs co-signé. Elle est favorable à la demande de recueillir des avis écrits. Cela lui semble suffisant dans le cas présent.

M. Anciaux partage ce point de vue. La proposition ouvre des pistes pour libérer des fonds supplémentaires afin de poursuivre la lutte contre le VIH. Il soutiendra donc la proposition. Il suggère de recueillir éventuellement un avis écrit de l'INAMI.

Mme Ahallouch rejoint son collègue sur le fait de solliciter un avis écrit à l'INAMI, notamment pour vérifier que les demandes contenues dans le texte sont toujours pertinentes et d'actualité, notamment en termes de prix, de remboursement et d'accompagnement.

M. Dodrimont remercie l'auteur de la proposition de résolution pour les explications données. Son groupe politique soutient le texte. Il estime néanmoins qu'il serait opportun d'entendre un médecin spécialisé dans le sida afin de lever certaines ombres qui planent au-dessus de la proposition de résolution à l'examen. Il pense notamment aux autres maladies sexuellement transmissibles. Il s'interroge si on ne risque pas à un moment donné de voir un désintérêt par rapport aux protections, qui sont une mesure nécessaire dans toutes les situations. En effet, la PrEP semble apporter une solution concernant la transmission du sida. Toutefois, d'autres maladies sexuellement transmissibles ne sont pas protégées par le produit en question. Il aurait donc aimé entendre l'un ou l'autre spécialiste sur cet aspect.

Il soutient la suggestion de Mme Genot d'entendre l'Observatoire du sida et des sexualités afin d'avoir une vision un peu plus large de la question.

M. Schiltz estime que la remarque concernant la protection contre d'autres MST n'est pas pertinente. L'idée que l'on aurait moins tendance à se protéger parce que l'on est déjà protégé contre le VIH n'est pas correcte. On ne contracte pas une MST par plaisir. De plus, une infection par le VIH a des répercussions tellement importantes et les coûts des soins de santé qu'elle entraîne sont si élevés que tout le monde a intérêt à ce que cette pandémie soit endiguée le plus possible. L'ensemble des considérations précitées ne constituent en rien un obstacle à l'adoption de la proposition de résolution à l'examen. Il y a en effet

constructieve samenwerking is hiermee rekening gehouden in het voorstel. Een belangrijk aandachtspunt in het voorstel van resolutie is volgens hem de rol van de huisarts. Deze is erg belangrijk indien men een aanklappend beleid wenst te voeren.

Mevrouw El Yousfi geeft aan dat haar fractie deze tekst steunt en dat ze die trouwens medeondertekend heeft. Ze is voorstander van het verzoek om schriftelijk advies in te winnen. Dat lijkt haar voldoende in dit geval.

De heer Anciaux sluit zich hierbij aan. Het voorstel opent pistes om extra middelen vrij te maken om de strijd tegen hiv verder aan te gaan. Hij zal het voorstel dan ook steunen. Hij doet de suggestie om eventueel een schriftelijk advies te vragen aan het RIZIV.

Mevrouw Ahallouch sluit zich bij haar collega aan om een schriftelijk advies te vragen aan het RIZIV, meer bepaald om na te gaan of de verzoeken in de tekst nog steeds pertinent en actueel zijn, met name inzake prijs, terugbetaling en begeleiding.

De heer Dodrimont bedankt de indiener van het voorstel van resolutie voor zijn toelichting. Zijn fractie steunt de tekst. Hij denkt toch dat het nuttig zou zijn een arts te horen die gespecialiseerd is in aids, om bepaalde onduidelijkheden rond dit voorstel van resolutie weg te werken. Hij denkt meer bepaald aan de overige seksueel overdraagbare ziektes. Hij vraagt zich af of we uiteindelijk niet het risico lopen dat mensen minder gaan denken aan voorbehoedsmiddelen, terwijl die toch een noodzakelijke maatregel zijn in elke situatie. PrEP lijkt immers een oplossing te bieden voor de overdracht van aids. Maar bij andere seksueel overdraagbare ziektes biedt dit product geen bescherming. Hij had dus graag een specialist hierover gehoord.

Hij steunt het voorstel van mevrouw Genot om het *Observatoire du sida et des sexualités* te horen om een bredere kijk op de kwestie te krijgen.

De heer Schiltz meent dat de opmerking over de bescherming tegen andere soa's niet terecht is. Het is niet zo dat de bereidwilligheid om zich hiertegen te beschermen vermindert omdat men reeds beschermd is tegen hiv. Niemand doet immers voor zijn plezier andere soa's op. De impact van een hiv-besmetting is bovendien dermate groot en de kosten voor de gezondheidszorg zijn zo hoog dat eenieder er belang bij heeft om deze pandemie zoveel mogelijk in te dijken. Wanneer men alle overwegingen naast mekaar legt, staan deze de goedkeuring van voorliggend voorstel van resolutie niet in de weg. Er zijn

une multitude d'autres campagnes de sensibilisation qui demandent en permanence aux gens de se protéger contre toutes les formes de MST. La proposition de résolution n'aura aucun effet sur d'autres MST et si elle devait en avoir un, cela ne contrebalancera pas les bénéfices découlant de la proposition.

L'intervenant plaide dès lors en faveur d'une approbation rapide de la proposition de résolution. Des auditions ne semblent pas nécessaires, mais plusieurs avis écrits pourraient apporter des informations supplémentaires.

M. Van de Wauwer reconnaît qu'à l'heure actuelle, une infection par le VIH a toujours des répercussions très importantes, mais qu'elle n'est plus synonyme de mort. Aujourd'hui, il existe en effet des médicaments qui permettent à la personne infectée de mener une vie normale et de ne pas contaminer d'autres personnes. Cela étant, des travailleurs de la santé reconnaissent que la prise d'une PrEP entraîne un risque légèrement plus élevé d'infection par d'autres MST. Mais, quand on met tous ces éléments en balance, notamment dans l'optique du coût en termes de soins de santé, on en vient à la conclusion, à l'instar de l'ensemble des experts, que la PrEP est la clé dans la lutte contre la pandémie de VIH. L'incidence d'autres MST est moindre et celles-ci sont de surcroît parfaitement guérissables.

L'intervenant pense qu'il serait intéressant de demander des avis écrits, par exemple à l'Université libre de Bruxelles (ULB), qui a mené une étude dans le domaine, à Sensoa, à Prévention SIDA et à l'INAMI. En ce qui concerne le coût des soins de santé, il souligne la nécessité de prévoir une consultation médicale quatre fois par an, remboursée. À cela il faut ajouter les médicaments qui coûtent 25 euros et sont prescrits tous les trois mois. Il faut tenir compte également d'un coût supplémentaire de 30 euros lié au test de dépistage des MST, à faire aussi plusieurs fois par an. Le coût global annuel pour un patient peut donc être estimé à 300 euros, dont une partie est, heureusement, prise en charge par l'INAMI, coût qui reste étonnamment élevé pour de nombreuses personnes concernées.

M. Demesmaeker propose de mettre cette proposition de résolution rapidement aux voix et de ne pas organiser d'auditions mais de recueillir des avis écrits sur le sujet, notamment auprès de l'ULB, de Sensoa et de Prévention SIDA.

immers ook allerlei andere sensibiliseringscampagnes die voortdurend vragen om zich te beschermen tegen alle vormen van soa. Het voorstel van resolutie zal geen effect hebben op andere soa's en mocht een dergelijke effect er al zijn, zal dit niet opwegen tegen de voordelen die voortvloeien uit het voorstel.

Hij pleit dan ook voor een snelle goedkeuring van het voorstel van resolutie. Hoorzittingen lijken niet nodig, maar enkele schriftelijke adviezen kunnen eventueel bijkomende inlichtingen bezorgen.

De heer Van de Wauwer erkent de impact van een hiv-besmetting die nog steeds heel groot is, maar niet langer het einde van het leven betekent. Er is vandaag immers medicatie ter beschikking die ervoor zorgt dat men een goed en normaal leven kan leiden en zelf ook geen anderen kan besmetten. Dat neemt niet weg dat gezondheidswerkers erkennen dat het nemen van PrEP medicatie leidt tot een iets hoger risico op besmetting met andere soa's. Wanneer men echter alles tegen mekaar afweegt, onder meer op het punt van de kostprijs van de gezondheidszorg, zijn alle experts het erover eens dat de PrEP medicatie de sleutel is in de strijd tegen de hiv-pandemie. De impact van andere soa's is minder groot en bovendien zijn deze perfect geneesbaar.

Het lijkt spreker interessant om enkele schriftelijke adviezen te vragen, bijvoorbeeld aan de *Université libre de Bruxelles* (ULB) met verwijzing naar het onderzoek dat zij hebben verricht, Sensoa, *Prévention SIDA* en het RIZIV. Wat de kostprijs van de gezondheidszorg betreft, wijst hij op de noodzaak van een medisch consult viermaal per jaar, dat wordt terugbetaald. Daar komt de medicatie bij die 25 euro kost en om de drie maanden wordt voorgeschreven. Bovendien kost een soa test die ook verschillende keren per jaar moet worden uitgevoerd ook nog eens 30 euro. De jaarlijkse globale kost voor een patiënt mag dan ook op 300 euro worden geschat, waarvan het RIZIV gelukkig een deel voor zijn rekening neemt, maar die toch voor vele betrokkenen verrassend hoog is.

De heer Demesmaeker stelt voor om dit voorstel van resolutie snel ter stemming voor te leggen en hierover geen hoorzittingen te organiseren maar wel enkele schriftelijke adviezen in te winnen, met name van de ULB, Sensoa, *Prévention SIDA*.

IV. DISCUSSION DES CONSIDÉRANTS ET DU DISPOSITIF

A. Considérants

1) *Point Abis (nouveau)*

Amendement n° 1

M. Dodrimont dépose l'amendement n° 1 (doc. Sénat, n° 7-453/2), qui vise à insérer, dans les considérants, un point *Abis* (nouveau) rédigé comme suit: «*Abis*. considérant que la priorité doit être mise sur un dépistage précoce du VIH suivi d'un accès aux soins;».

M. Dodrimont renvoie à la justification écrite de l'amendement.

L'amendement n° 1 est adopté par 8 voix et 3 abstentions.

2) *Point B*

Amendement n° 2

M. Dodrimont dépose l'amendement n° 2 (doc. Sénat, n° 7-453/2), qui vise à insérer, au point B des considérants, les mots «ainsi que pour les sous-groupes» entre les mots «groupes cibles» et les mots «présentant le risque» et à remplacer les mots «que ces groupes cibles» par les mots «qu'ils».

M. Dodrimont renvoie à la justification écrite de l'amendement.

L'amendement n° 2 est adopté par 10 voix et 1 abstention.

3) *Point Cbis (nouveau)*

Amendement n° 3

M. Dodrimont dépose l'amendement n° 3 (doc. Sénat, n° 7-453/2), qui vise à insérer, dans les considérants, un point *Cbis* (nouveau) rédigé comme suit: «*Cbis*. vu les 6 934 utilisateurs actuels de la PrEP;».

M. Dodrimont renvoie à la justification écrite de l'amendement.

L'amendement n° 3 est adopté par 8 voix et 3 abstentions.

IV. BESPREKING VAN DE CONSIDERANS EN HET DISPOSITIEF

A. Considerans

1) *Punt Abis (nieuw)*

Amendement nr. 1

De heer Dodrimont dient amendement nr. 1 in (doc. Senaat, nr. 7-453/2), dat beoogt in de considerans een punt *Abis* (nieuw) in te voegen, luidende: «*Abis*. overwegende dat de prioriteit moet worden gegeven aan vroegtijdige hiv-*screening* gevolgd door toegang tot zorg;».

De heer Dodrimont verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement.

Amendement nr. 1 wordt aangenomen met 8 stemmen bij 3 onthoudingen.

2) *Punt B*

Amendement nr. 2

De heer Dodrimont dient amendement nr. 2 in (doc. Senaat, nr. 7-453/2), dat beoogt in de considerans, in punt B, tussen de woorden «de doelgroepen» en de woorden «met het hoogste risico op hiv-infectie» de woorden «en subgroepen» in te voegen.

De heer Dodrimont verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement.

Amendement nr. 2 wordt aangenomen met 10 stemmen bij 1 onthouding.

3) *Punt Cbis (nieuw)*

Amendement nr. 3

De heer Dodrimont dient amendement nr. 3 in (doc. Senaat, nr. 7-453/2), dat beoogt in de considerans een punt *Cbis* (nieuw) in te voegen, luidende: «*Cbis*. gelet op de 6 934 huidige PrEP-gebruikers;».

De heer Dodrimont verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement.

Amendement nr. 3 wordt aangenomen met 8 stemmen bij 3 onthoudingen.

4) Point Cter (nouveau)Amendement n° 4

M. Dodrimont dépose l'amendement n° 4 (doc. Sénat, n° 7-453/2), qui vise à insérer, dans les considérants, un point *Cter* (nouveau) rédigé comme suit: «*Cter*. considérant que le nombre d'utilisateurs de la PrEP devrait continuer à augmenter dans les années à venir, et qu'il est donc nécessaire de développer des stratégies innovantes pour s'assurer que des capacités de soins suffisantes restent disponibles pour accueillir ce nombre croissant d'utilisateurs de la PrEP, ce qui implique un modèle de soins collaboratifs avec les médecins généralistes et les infirmiers attachés à un centre de soins de santé;».

M. Dodrimont renvoie à la justification écrite de l'amendement.

M. Poelaert estime que la terminologie utilisée, à savoir «infirmiers attachés à un centre de soins de santé» n'est pas correcte. Il renvoie à cet égard à la discussion des amendements n°s 13 et 23. Il approuvera cet amendement moyennant une modification.

La commission marque son accord pour que l'on remplace, à titre de correction technique, les mots «infirmiers attachés à un centre de soins de santé» par les mots «infirmiers attachés à un CRV».

L'amendement n° 4 ainsi modifié est adopté par 8 voix et 3 abstentions.

5) Point Cquater (nouveau)Amendement n° 5

M. Dodrimont dépose l'amendement n° 5 (doc. Sénat, n° 7-453/2), qui vise à insérer dans les considérants un point *Cquater* (nouveau) rédigé comme suit: «*Cquater*. considérant qu'en ce qui concerne les nouveaux diagnostics de VIH chez les personnes qui ne sont pas des ressortissants belges, certains de ces diagnostics sont liés à des infections contractées à l'étranger, en d'autres termes, chez des personnes arrivant en Belgique avec une infection existante mais inconnue;».

M. Dodrimont renvoie à la justification écrite de l'amendement.

4) Punt Cter (nieuw)Amendement nr. 4

De heer Dodrimont dient amendement nr. 4 in (doc. Senaat, nr. 7-453/2), dat beoogt in de considerans een punt *Cter* (nieuw) in te voegen, luidende: «*Cter*. overwegende dat het aantal PrEP-gebruikers de komende jaren naar verwachting zal blijven toenemen en dat het daarom noodzakelijk is innovatieve strategieën te ontwikkelen om ervoor te zorgen dat er voldoende zorgcapaciteit beschikbaar blijft om dit groeiende aantal PrEP-gebruikers op te vangen, hetgeen een collaboratief zorgmodel impliceert met huisartsen en verpleegkundigen die verbonden zijn aan een gezondheidscentrum;».

De heer Dodrimont verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement.

De heer Poelaert is van oordeel dat de gebruikte terminologie «verpleegkundigen die verbonden zijn aan een gezondheidscentrum» niet correct is. Hij verwijst ter zake naar de discussie over de amendementen nrs. 13 en 23. Mits deze wijziging wenst hij het amendement te steunen.

De commissie stemt ermee in om de woorden «verpleegkundigen die verbonden zijn aan een gezondheidscentrum» bij wijze van technische correctie te vervangen door de woorden «verpleegkundigen die verbonden zijn aan een HRC».

Het aldus gewijzigde amendement nr. 4 wordt aangenomen met 8 stemmen bij 3 onthoudingen.

5) Punt Cquater (nieuw)Amendement nr. 5

De heer Dodrimont dient amendement nr. 5 in (doc. Senaat, nr. 7-453/2), dat beoogt in de considerans een punt *Cquater* (nieuw) in te voegen, luidende: «*Cquater*. overwegende dat wat nieuwe hiv-diagnoses betreft bij personen die niet de Belgische nationaliteit hebben, sommige van deze diagnoses verband houden met infecties die in het buitenland zijn opgelopen, met andere woorden, bij personen die in België aankomen met een bestaande maar niet gekende infectie;».

De heer Dodrimont verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement.

Selon M. Poelaert, la modification proposée n'est pas pertinente. Sciensano a certes mentionné cet élément dans son avis, mais dans le cadre d'un dépistage rapide du VIH. C'est un autre sujet.

L'amendement n° 5 est adopté par 8 voix et 3 abstentions.

6) *Point Cquinquies (nouveau)*

Amendement n° 6

M. Dodrimont dépose l'amendement n° 6 (doc. Sénat, n° 7-453/2), qui vise à insérer dans les considérants un point *Cquinquies* (nouveau) rédigé comme suit: «*Cquinquies*. considérant que l'impact du coût de la PrEP est un facteur important à prendre en compte lors de la conception d'un modèle d'expansion pour la distribution de la PrEP, et que son remboursement reste très lourd à supporter pour la sécurité sociale belge en comparaison avec les autres pays européens, même si le coût des médicaments PrEP a baissé depuis 2017;».

M. Dodrimont renvoie à la justification écrite de l'amendement.

L'amendement n° 6 est adopté par 6 voix contre 2 et 3 abstentions.

7) *Point F*

Amendement n° 7

M. Dodrimont dépose l'amendement n° 7 (doc. Sénat, n° 7-453/2), qui vise à supprimer, dans le point F des considérants, les mots «, dont les résultats seront présentés le 9 juin 2023».

M. Dodrimont renvoie à la justification écrite de l'amendement.

L'amendement n° 7 est adopté par 10 voix et 1 abstention.

8) *Point G (nouveau)*

Amendement n° 8

M. Dodrimont dépose l'amendement n° 8 (doc. Sénat, n° 7-453/2), qui vise à compléter les considérants par un point G (nouveau) rédigé comme suit: «G. vu le Plan national VIH 2020-2026 (<https://hiv-plan.be/>) adopté par la Conférence interministérielle des ministres de la

De heer Poelaert meent dat de voorgestelde wijziging irrelevant is. Weliswaar heeft Sciensano dit aspect opgenomen in zijn advies, maar daarbij gaat het om de snelle detectie van hiv. Dit is een ander thema.

Amendement nr. 5 wordt aangenomen met 8 stemmen bij 3 onthoudingen.

6) *Punt Cquinquies (nieuw)*

Amendement nr. 6

De heer Dodrimont dient amendement nr. 6 in (doc. Senaat, nr. 7-453/2), dat beoogt in de considerans een punt *Cquinquies* (nieuw) in te voegen, luidende: «*Cquinquies*. overwegende dat de impact van de kosten van PrEP een belangrijke factor is om rekening mee te houden bij het ontwerpen van een uitbreidingsmodel voor de distributie van PrEP, en dat de terugbetaling ervan in vergelijking met andere Europese landen zeer belastend blijft voor de Belgische sociale zekerheid, ook al zijn de kosten van de PrEP-geneesmiddelen sinds 2017 gedaald;».

De heer Dodrimont verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement.

Amendement nr. 6 wordt aangenomen met 6 tegen 2 stemmen bij 3 onthoudingen.

7) *Punt F*

Amendement nr. 7

De heer Dodrimont dient amendement nr. 7 in (doc. Senaat, nr. 7-453/2), dat beoogt in de considerans, in punt F, de woorden «waarvan de resultaten zullen worden voorgesteld op 9 juni 2023» te doen vervallen.

De heer Dodrimont verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement.

Amendement nr. 7 wordt aangenomen met 10 stemmen bij 1 onthouding.

8) *Punt G (nieuw)*

Amendement nr. 8

De heer Dodrimont dient amendement nr. 8 in (doc. Senaat, nr. 7-453/2), dat beoogt in de considerans een punt G (nieuw) in te voegen, luidende: «G. gelet op het Nationale hiv-plan 2020-2026 (<https://hiv-plan.be/>), dat op 20 oktober 2022 is goedgekeurd door de

Santé le 20 octobre 2022 et qui prévoit l'optimisation du recours à la PrEP, et en particulier l'élargissement de l'accès à la PrEP, comme une priorité du Plan national VIH;».

M. Dodrिमont renvoie à la justification écrite de l'amendement.

L'amendement n° 8 est adopté par 8 voix et 3 abstentions.

9) *Point H (nouveau)*

Amendement n° 9

M. Dodrिमont dépose l'amendement n° 9 (doc. Sénat, n° 7-453/2), qui vise à compléter les considérants par un point H (nouveau) rédigé comme suit: «H. vu le Réseau PrEP mis en place par Sciensano avec des représentants des centres de référence VIH, des associations des groupes cibles, des scientifiques, des utilisateurs de la PrEP, des médecins généralistes et des pharmaciens pour conseiller les décideurs politiques sur le déploiement de la PrEP et discuter des questions liées à la prise en charge de la PrEP;».

M. Dodrिमont renvoie à la justification écrite de l'amendement.

L'amendement n° 9 est adopté par 8 voix et 3 abstentions.

10) *Point I (nouveau)*

Amendements n°s 10 et 25

M. Dodrिमont dépose l'amendement n° 10 (doc. Sénat, n° 7-453/2), qui vise à compléter les considérants par un point I (nouveau) rédigé comme suit: «I. vu le *Guide d'utilisation de la PrEP en Belgique*, rédigé en 2022 par un groupe de travail composé de médecins spécialisés des CRV et d'autres acteurs de la santé et du monde associatif, afin de fournir entre autres des informations actualisées aux médecins généralistes qui effectuent des consultations de suivi pour la PrEP, comme le permet déjà le cadre juridique actuel;».

M. Dodrिमont renvoie à la justification écrite de l'amendement.

M. Poelaert reconnaît que Sciensano se réfère au cadre légal dans son avis. Cependant, en juin 2023, on estimait encore que tout dépendait de l'interprétation donnée par

interministeriële conferentie van de ministers van Volksgezondheid en waarbij het optimaliseren van het gebruik van PrEP en in het bijzonder de grotere toegankelijkheid tot PrEP, tot prioriteit van het Nationale hiv-plan wordt gemaakt;».

De heer Dodrिमont verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement.

Amendement nr. 8 wordt aangenomen met 8 stemmen bij 3 onthoudingen.

9) *Punt H (nieuw)*

Amendement nr. 9

De heer Dodrिमont dient amendement nr. 9 in (doc. Senaat, nr. 7-453/2), dat beoogt in de considerans een punt H (nieuw) in te voegen, luidende: «H. gelet op het PrEP-netwerk dat door Sciensano is opgezet met vertegenwoordigers van hiv-referentiecentra, verenigingen van doelgroepen, wetenschappers, PrEP-gebruikers, huisartsen en apothekers om beleidsmakers advies te geven over de uitrol van PrEP en om kwesties met betrekking tot de terugbetaling van PrEP te bespreken;».

De heer Dodrिमont verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement.

Amendement nr. 9 wordt aangenomen met 8 stemmen bij 3 onthoudingen.

10) *Punt I (nieuw)*

Amendementen nrs. 10 en 25

De heer Dodrिमont dient amendement nr. 10 in (doc. Senaat, nr. 7-453/2), dat beoogt in de considerans een punt I (nieuw) in te voegen, luidende: «I. gelet op de *«Guide d'utilisation de la PrEP en Belgique»*, opgesteld in 2022 door een werkgroep van gespecialiseerde artsen van de HRC en andere gezondheidswerkers en het middenveld, om actuele informatie te verstrekken aan huisartsen bij wie men terecht kan voor de follow-up van PrEP, zoals reeds mogelijk is binnen het huidige wettelijke kader;».

De heer Dodrिमont verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement.

De heer Poelaert beaamt dat Sciensano in zijn advies verwijst naar het wettelijk kader. In juni 2023 werd evenwel nog gesteld dat alles er van af hangt hoe het

les CRV à ce cadre légal. Selon la directive de l'INAMI, seul un suivi effectué par un médecin rattaché à un CRV est possible. À Gand par exemple, cela fait l'objet d'une interprétation très large, mais ce n'est pas le cas partout. C'est pourquoi l'intervenant suggère de supprimer les mots «, comme le permet déjà le cadre juridique actuel» dans l'amendement proposé.

M. Dodrimont dépose dès lors l'amendement n° 25 comme sous-amendement à l'amendement n° 10 (doc. Sénat, n° 7-453/2), qui vise à supprimer les mots «, comme le permet déjà le cadre juridique actuel» dans l'amendement proposé.

L'amendement n° 25 et l'amendement n° 10, ainsi modifié, sont adoptés par 8 voix et 3 abstentions.

11) Point J (nouveau)

Amendement n° 11

M. Dodrimont dépose l'amendement n° 11 (doc. Sénat, n° 7-453/2), qui vise à compléter les considérants par un point J (nouveau) rédigé comme suit: «J. considérant que, pour les personnes qui n'ont pas d'assurance maladie, la procédure d'aide médicale urgente pour accéder à la PrEP existe mais qu'elle implique un long processus et une lourde charge administrative, entraînant l'abandon de nombreuses personnes malgré l'aide offerte par certaines organisations communautaires aux utilisateurs potentiels; qu'en outre, la PrEP n'est pas partout considérée comme un soin urgent et que tout le monde ne remplit pas les conditions imposées pour bénéficier d'une assistance médicale urgente,».

M. Dodrimont renvoie à la justification écrite de l'amendement.

L'amendement n° 11 est adopté par 5 voix et 6 abstentions.

B. Dispositif

1) Titre I^{er}

a) Point 2

Amendement n° 15

M. Ben Chikha dépose l'amendement n° 15 (doc. Sénat, n° 7-453/2), qui vise à supprimer, au point 2 du titre I^{er} du dispositif, les mots «notamment en faisant en sorte

HRC dit wettelijk kader interpreteert. De richtlijn van het RIZIV is dat de opvolging enkel mogelijk is door een arts verbonden aan het HRC. Maar bijvoorbeeld in Gent wordt dit op een zeer brede wijze ingevuld. Dit is evenwel niet overal het geval. Daarom suggereert spreker om de woorden «zoals reeds mogelijk is binnen het huidige wettelijke kader» weg te laten uit het amendement.

Te dien einde dient de heer Dodrimont amendement nr. 25 in als subamendement op amendement nr. 10 (doc. Senaat, nr. 7-453/2), dat ertoe strekt om in de voorgestelde tekst de woorden «zoals reeds mogelijk is binnen het huidige wettelijke kader» te doen vervallen.

Amendement nr. 25 en het aldus gesubamendeerde amendement nr. 10 worden aangenomen met 8 stemmen bij 3 onthoudingen.

11) Punt J (nieuw)

Amendement nr. 11

De heer Dodrimont dient amendement nr. 11 in (doc. Senaat, nr. 7-453/2), dat beoogt in de considerans een punt J (nieuw) in te voegen, luidende: «J. overwegende dat er voor mensen die geen ziekteverzekering hebben, een procedure voor dringende medische hulp bestaat om toegang te krijgen tot PrEP, maar dat dit een lange procedure is en een zware administratieve last vergt, waardoor veel mensen het opgeven ondanks de hulp die door bepaalde gemeenschapsorganisaties aan potentiële gebruikers wordt aangeboden; dat PrEP bovendien niet overal als dringende zorg wordt beschouwd en dat niet iedereen aan de gestelde voorwaarden voldoet om dringende medische hulp te krijgen,».

De heer Dodrimont verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement.

Amendement nr. 11 wordt aangenomen met 5 stemmen bij 6 onthoudingen.

B. Dispositief

1) Titel I

a) Punt 2

Amendement nr. 15

De heer Ben Chikha dient amendement nr. 15 in (doc. Senaat, nr. 7-453/2), dat beoogt in titel I van het dispositief, in punt 2 de woorden «(..) onder meer door de

que, dans certains cas exceptionnels, l'analyse de risque ne soit effectuée qu'après que la PrEP a commencé».

Mme Ryckmans renvoie à la justification écrite de l'amendement.

L'amendement n° 15 est adopté par 10 voix et 1 abstention.

b) Point 2bis (nouveau)

Amendement n° 12

M. Dodrimont dépose l'amendement n° 12 (doc. Sénat, n° 7-453/2), qui vise à insérer, dans le titre I^{er} du dispositif, un point 2bis (nouveau) rédigé comme suit: «2bis) d'examiner les mesures que les CRV prennent déjà pour réduire les temps d'attente afin d'identifier les meilleures pratiques et développer un modèle de soins collaboratifs pour la PrEP;».

M. Dodrimont renvoie à la justification écrite de l'amendement.

M. Poelaert suggère de remplacer, dans le texte néerlandais, les mots «*collaborative care-model*» par les mots «*collaboratief zorgmodel*».

La commission consent à apporter cette modification purement linguistique à l'amendement n° 12 à titre de correction technique.

L'amendement n° 12 ainsi modifié est adopté par 8 voix et 3 abstentions.

c) Point 4

Amendement n° 17

Mme Ahallouch dépose l'amendement n° 17 (doc. Sénat, n° 7-453/2), qui vise à remplacer, au point 4 du titre I^{er} du dispositif, les mots «maladies sexuellement transmissibles (MST)» par les mots «infections sexuellement transmissibles (IST)».

Mme Ahallouch renvoie à la justification écrite de l'amendement.

L'amendement n° 17 est adopté par 10 voix et 1 abstention.

risicoanalyse in uitzonderlijke gevallen pas na de opstart met PrEP te laten plaatsvinden» doen vervallen.

Mevrouw Ryckmans verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement.

Amendement nr. 15 wordt aangenomen met 10 stemmen bij 1 onthouding.

b) Punt 2bis (nieuw)

Amendement nr. 12

De heer Dodrimont dient amendement nr. 12 in (doc. Senaat, nr. 7-453/2), dat beoogt in titel I van het dispositief een punt 2bis (nieuw) in te voegen, luidende: «2bis. na te gaan welke maatregelen HRC's al nemen om de wachttijden te verkorten om de beste praktijken te identificeren en een collaborative *care-model* voor PrEP te ontwikkelen;».

De heer Dodrimont verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement.

De heer Poelaert suggereert om de terminologie «*collaborative care-model*» te vervangen door de woorden «*collaboratief zorgmodel*».

De commissie stemt ermee in om het amendement nr. 12 voor deze louter taalkundige wijziging aan te passen bij wijze van technische correctie.

Het aldus gewijzigde amendement nr. 12 wordt aangenomen met 8 stemmen bij 3 onthoudingen.

c) Punt 4

Amendement nr. 17

Mevrouw Ahallouch dient amendement nr. 17 in (doc. Senaat, nr. 7-453/2), dat beoogt in titel I van het dispositief, in punt 4 de woorden «soa (seksueel overdraagbare aandoening)» te vervangen door de woorden «seksueel overdraagbare infecties (soi)».

Mevrouw Ahallouch verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement.

Amendement nr. 17 wordt aangenomen met 10 stemmen bij 1 onthouding.

d) Point 5bis (nouveau)Amendement n° 22

M. Van de Wauwer dépose l'amendement n° 22 (doc. Sénat, n° 7-453/2), qui vise à insérer, dans le titre I^{er} du dispositif, un point 5bis (nouveau) rédigé comme suit: «5bis) d'examiner, en collaboration avec le groupe de travail «*Collaborative PrEP Care*», comment on pourrait sensibiliser, former et soutenir les médecins généralistes afin de garantir la qualité et l'homogénéité du suivi médical lors de l'utilisation de la PrEP;».

M. Poelaert renvoie à la justification écrite de l'amendement.

L'amendement n° 22 est adopté par 10 voix et 1 abstention.

e) Point 6Amendement n° 23

M. Van de Wauwer dépose l'amendement n° 23 (doc. Sénat, n° 7-453/2), qui vise à remplacer, au titre I^{er} du dispositif, le point 6 par ce qui suit: «6) de continuer à développer le modèle de soins collaboratifs pour la délivrance de la PrEP, en permettant qu'elle passe également par la pratique de médecine générale, y compris en ce qui concerne l'analyse préalable des risques et les moments de suivi, et en veillant à ce que d'autres prestataires de soins de santé tels que les infirmiers attachés à un CRV aient également un rôle à jouer;».

M. Poelaert renvoie à la justification écrite de l'amendement.

Il indique que l'amendement n° 13 de M. Dodrimont a la même portée, mais qu'il utilise la formulation «infirmiers attachés à un centre de soins de santé», laquelle n'est pas correcte. Il s'agit d'une terminologie qui est utilisée aux Pays-Bas mais qui n'existe pas en Belgique. Les mots «infirmiers attachés à un CRV» sont plus précis.

L'amendement n° 23 est adopté par 10 voix et 1 abstention.

d) Punt 5bis (nieuw)Amendement nr. 22

De heer Van de Wauwer dient amendement nr. 22 in (doc. Senaat, nr. 7-453/2), dat beoogt in titel I van het dispositief een punt 5bis (nieuw) in te voegen, luidende: «5bis) in samenwerking met de werkgroep «*Collaborative PrEP Care*» nagaan op welke manier huisartsen kunnen gesensibiliseerd, opgeleid en ondersteund worden, zodat de kwaliteit en de homogeniteit van de medische opvolging bij PrEP-gebruik verzekerd is;».

De heer Poelaert verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement.

Amendement nr. 22 wordt aangenomen met 10 stemmen bij 1 onthouding.

e) Punt 6Amendement nr. 23

De heer Van de Wauwer dient amendement nr. 23 in (doc. Senaat, nr. 7-453/2), dat beoogt in titel I van het dispositief punt 6 te vervangen als volgt: «6) het collaboratief zorgmodel voor PrEP-verstrekking verder te ontwikkelen, waarbij PrEP-verstrekking ook mogelijk is via de huisartsenpraktijk, inclusief de voorafgaandelijke risico-analyse en de opvolgingsmomenten, en waarbij ook andere zorgverleners zoals verpleegkundigen die verbonden zijn aan een HRC een rol krijgen;».

De heer Poelaert verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement.

Hij wijst erop dat amendement nr. 13 van de heer Dodrimont dezelfde draagwijdte heeft. Echter wordt in amendement nr. 13 verwezen naar «verpleegkundigen die verbonden zijn aan een centrum voor gezondheidszorg». Dit is niet correct. Het gaat om een terminologie die in Nederland wordt gebruikt maar niet bestaat in België. De woorden «verpleegkundigen die verbonden zijn aan een HRC» zijn meer accuraat.

Amendement nr. 23 wordt aangenomen met 10 stemmen bij 1 onthouding.

f) Point 8

Amendement n° 24

M. Van de Wauwer dépose l'amendement n° 24 (doc. Sénat, n° 7-453/2), qui vise à remplacer, au titre I^{er} du dispositif, le point 8 par ce qui suit: «8) de veiller à une optimisation du système de *monitoring* existant de Sciensano afin que les données épidémiologiques et médicales soient encore mieux intégrées et couplées, et de prévoir un registre de la PrEP regroupant les données relatives à la PrEP dans les CRV et auprès de tous les autres prestataires de soins;».

M. Poelaert renvoie à la justification écrite de l'amendement. Il s'agit d'une simplification du texte initialement proposé.

L'amendement n° 24 est adopté par 10 voix et 1 abstention.

g) Point 9 (nouveau)

Amendements n°s 13 et 18

M. Dodrimont dépose l'amendement n° 13 (doc. Sénat, n° 7-453/2), qui vise à compléter le titre I^{er} du dispositif par un point 9 (nouveau) rédigé comme suit: «9) de continuer à développer le modèle de soins collaboratifs en y incluant les médecins généralistes, mais aussi d'autres prestataires de soins de santé tels que les infirmiers attachés à un centre de soins de santé;».

M. Dodrimont renvoie à la justification écrite de l'amendement.

Mme Ahallouch dépose l'amendement n° 18, en tant que sous-amendement à l'amendement n° 13 (doc. Sénat, n° 7-453/2), en vue de compléter le texte proposé par l'amendement n° 13 par les mots «ou encore les centres de planning familial ainsi que les maisons médicales».

Mme Ahallouch renvoie à la justification écrite de l'amendement.

L'amendement n° 18 est adopté par 10 voix et 1 abstention.

M. Dodrimont retire l'amendement n° 13 au profit de l'amendement n° 23.

f) Punt 8

Amendement nr. 24

De heer Van de Wauwer dient amendement nr. 24 in (doc. Senaat, nr. 7-453/2), dat beoogt in titel I van het dispositief punt 8 te vervangen als volgt: «8) te zorgen voor een optimalisering van het bestaande monitoringsysteem van Sciensano zodat epidemiologische en medische gegevens nog beter worden geïntegreerd en gekoppeld, en te zorgen voor een PrEP-register dat de PrEP-gegevens in de HRC en bij alle andere zorgverstrekkers bundelt;».

De heer Poelaert verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement. Het gaat om een vereenvoudiging van de initieel voorgestelde tekst.

Amendement nr. 24 wordt aangenomen met 10 stemmen bij 1 onthouding.

g) Punt 9 (nieuw)

Amendementen nrs. 13 en 18

De heer Dodrimont dient amendement nr. 13 in (doc. Senaat, nr. 7-453/2), dat beoogt in titel I van het dispositief een punt 9 (nieuw) in te voegen, luidende: «9) het *collaborative-care-model* verder te ontwikkelen door huisartsen erbij te betrekken, maar ook andere zorgverleners zoals verpleegkundigen die verbonden zijn aan een centrum voor gezondheidszorg;».

De heer Dodrimont verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement.

Mevrouw Ahallouch dient amendement nr. 18 in als subamendement op amendement nr. 13 (doc. Senaat, nr. 7-453/2), dat beoogt de door amendement nr. 13 voorgestelde tekst aan te vullen met de woorden «of de centra voor gezinsplanning en de medische huizen».

Mevrouw Ahallouch verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement.

Amendement nr. 18 wordt aangenomen met 10 stemmen bij 1 onthouding.

De heer Dodrimont trekt amendement nr. 13 in ten voordele van amendement nr. 23.

h) Point 10 (nouveau)Amendement n° 14

M. Dodrimont dépose l'amendement n° 14 (doc. Sénat, n° 7-453/2), qui vise à compléter le titre I^{er} du dispositif par un point 10 (nouveau) rédigé comme suit: «10) de réfléchir à une solution, avec toutes les parties prenantes en vue d'unifier l'approche dans toutes les villes, aux problèmes liés à la procédure d'aide médicale urgente pour accéder à la PrEP pour les personnes qui n'ont pas d'assurance maladie;».

M. Dodrimont renvoie à la justification écrite de l'amendement.

L'amendement n° 14 est adopté par 8 voix et 3 abstentions.

2) Titre IIa) Point 1Amendement n° 19

Mme Ahallouch dépose l'amendement n° 19 (doc. Sénat, n° 7-453/2), qui vise à compléter le point 1 du titre II du dispositif par les mots «et en particulier les femmes;».

Mme Ahallouch renvoie à la justification écrite de l'amendement.

M. Poelaert ne voit pas pourquoi il faudrait mentionner plus particulièrement les femmes. On peine aussi à atteindre les hommes originaires d'Afrique subsaharienne.

L'amendement n° 19 est adopté par 10 voix et 1 abstention.

b) Point 2Amendement n° 16

M. Ben Chikha dépose l'amendement n° 16 (doc. Sénat, n° 7-453/2), qui vise à compléter le point 2 du titre II du dispositif par ce qui suit: «de vérifier, en concertation avec le groupe de travail «*Collaborative PrEP Care*», si une formation certifiée des médecins généralistes en matière de santé sexuelle est le meilleur moyen d'atteindre cet objectif, ainsi que de permettre (à nouveau) aux médecins généralistes de travailler au sein des centres de référence VIH et de favoriser les échanges entre les médecins généralistes et ces centres.»

h) Punt 10 (nieuw)Amendement nr. 14

De heer Dodrimont dient amendement nr. 14 in (doc. Senaat, nr. 7-453/2), dat beoogt in titel I van het dispositief een punt 10 (nieuw) in te voegen, luidende: «10) met alle belanghebbenden na te denken over een oplossing om de aanpak in alle steden eenvormig te maken voor de problemen in verband met de procedure voor dringende medische hulp om toegang tot PrEP te krijgen voor mensen die geen ziekteverzekering hebben;».

De heer Dodrimont verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement.

Amendement nr. 14 wordt aangenomen met 8 stemmen bij 3 onthoudingen.

2) Titel IIa) Punt 1Amendement nr. 19

Mevrouw Ahallouch dient amendement nr. 19 in (doc. Senaat, nr. 7-453/2), dat beoogt in titel II van het dispositief, punt 1 aan te vullen met de woorden «en vrouwen in het bijzonder;».

Mevrouw Ahallouch verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement.

De heer Poelaert ziet niet in waarom vrouwen in het bijzonder moeten worden vermeld. Ook mannen uit Sub-Saharaans Afrika worden te weinig bereikt.

Amendement nr. 19 wordt aangenomen met 10 stemmen bij 1 onthouding.

b) Punt 2Amendement nr. 16

De heer Ben Chikha dient amendement nr. 16 in (doc. Senaat, nr. 7-453/2), dat beoogt in titel II van het dispositief, punt 2 aan te vullen als volgt: «na te gaan, in samenwerking met de werkgroep «*Collaborative PrEP Care*» of een gecertificeerde opleiding voor huisartsen rond seksuele gezondheid hiervoor de aangewezen oplossing is, alsook huisartsen (opnieuw) te werk te stellen in de HIV-referentiecentra en uitwisselingen tussen huisartsen en deze centra te faciliteren.»

Mme Ryckmans renvoie à la justification écrite de l'amendement.

Selon M. Poelaert, on ne voit pas très bien ce qu'il faut entendre par «formation certifiée des médecins généralistes». Ceux-ci ont déjà l'obligation de se former durant toute leur carrière et reçoivent pour cela des points d'accréditation attestant qu'ils ont effectivement suivi des formations. Il ne serait pas judicieux de prévoir une formation spécifique pour pouvoir prescrire la PrEP. On concevrait mal que les médecins aient à présenter des attestations spécifiques pour pouvoir prescrire toutes sortes de médicaments.

L'idée de faire travailler des médecins généralistes au sein du CRV ne semble pas judicieuse non plus. Il serait préférable, selon l'intervenant, qu'ils puissent collaborer étroitement avec le CRV et bénéficier du soutien de celui-ci.

Ces éléments figurent déjà dans l'amendement n° 22.

L'amendement n° 16 est retiré.

c) Point 3

Amendements n^{os} 20 et 21

Mme Ahallouch dépose les amendements n^{os} 20 et 21 (doc. Sénat, n° 7-453/2).

L'amendement n° 20 vise à remplacer, au point 3 du titre II du dispositif, les mots «de centre de test librement accessible dans un quartier connu» par les mots «au sein des centres de planning familial et des maisons médicales ou via la création d'un centre de test librement accessible dans les quartiers connus».

L'amendement n° 21 vise à remplacer, au point 3 du titre II du dispositif, le mot «MST» par le mot «IST».

Mme Ahallouch renvoie à la justification écrite des amendements et à la discussion relative à l'amendement n° 17.

Les amendements n^{os} 20 et 21 sont adoptés par 10 voix et 1 abstention.

Mevrouw Ryckmans verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement.

Voor de heer Poelaert is niet duidelijk wat wordt bedoeld met een «gecertificeerde opleiding voor huisartsen». Huisartsen moeten zich vandaag reeds levenslang bijscholen en ontvangen hiervoor ook accreditatiepunten die aantonen dat ze daadwerkelijk opleidingen hebben gevolgd. Een specifieke opleiding om PrEP te mogen voorschrijven is echter geen goed idee. Men kan zich moeilijk inbeelden dat artsen voor het voorschrijven van allerlei medicatie specifieke attesten moeten voorleggen.

Ook de idee om huisartsen te werk te stellen in het HRC lijkt niet wenselijk. Spreker suggereert eerder om ze nauw te laten samenwerken met en ondersteund worden door het HRC.

Deze elementen komen reeds tot uiting in amendement nr. 22.

Amendement nr. 16 wordt ingetrokken.

c) Punt 3

Amendementen nrs. 20 en 21

Mevrouw Ahallouch dient de amendementen nrs. 20 en 21 in (doc. Senaat, nr. 7-453/2).

Amendement nr. 20 strekt ertoe om, in punt 3 van titel II van het dispositief, de woorden «voor een laagdrempelig testcentrum met vrije inloop in een buurt» te vervangen door de woorden «in de centra voor gezinsplanning en medische huizen of via de oprichting van een testcentrum dat vrij toegankelijk is in buurten die gekend zijn».

Amendement nr. 21 beoogt in titel II van het dispositief, in punt 3, het woord «soa» vervangen door het woord «soi».

Mevrouw Ahallouch verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij de amendementen en naar de bespreking van amendement nr. 17.

De amendementen nrs. 20 en 21 worden aangenomen met 10 stemmen bij 1 onthouding.

V. VOTE FINAL

L'ensemble de la proposition de résolution amendée a été adoptée par 10 voix et 1 abstention.

Confiance a été faite au rapporteur pour la rédaction du présent rapport.

Le rapporteur,
Willem-Frederik
SCHILTZ.

Le président,
Mark
DEMESMAEKER.

*
* *

**Texte adopté par la commission:
voir le document Sénat, n° 7-453/4.**

*
* *

ANNEXES:

- Avis écrit de Sensoa
- Avis écrit de Sciensano
- Avis écrit de l'Observatoire du sida et des sexualités
- Avis écrit du Centre de santé sexuelle liégeois
- Avis écrit de la professeure Leïla Belkhir, cheffe de service, Cliniques universitaires Saint-Luc
- Avis écrit de la Plateforme Prévention SIDA

V. EINDSTEMMING

Het geamendeerde voorstel van resolutie in zijn geheel wordt aangenomen met 10 stemmen bij 1 onthouding.

Vertrouwen werd geschonken aan de rapporteur voor het opstellen van dit verslag.

De rapporteur,
Willem-Frederik
SCHILTZ.

De voorzitter,
Mark
DEMESMAEKER.

*
* *

**Tekst aangenomen door de commissie:
zie het document Senaat, nr. 7-453/4.**

*
* *

BIJLAGEN:

- Schriftelijk advies van Sensoa
- Schriftelijk advies van Sciensano
- Schriftelijk advies van het «*Observatoire du sida et des sexualités*»
- Schriftelijk advies van het «*Centre de santé sexuelle liégeois*»
- Schriftelijk advies van professor Leïla Belkhir, diensthoofd, «*Cliniques universitaires Saint-Luc*»
- Schriftelijk advies van het «*Plateforme Prévention SIDA*»

ANNEXE 1

AVIS DE SENSOA

Sensoa salue cette résolution qui vise à faciliter l'accès à la PrEP et se réjouit de l'attention politique et de l'engagement des sénateurs à ce sujet.

Sensoa prône un accès aisé à la PrEP pour toutes les personnes présentant un risque accru d'infection au VIH. Il convient en effet de veiller particulièrement à améliorer l'accès et le recours à la PrEP par les populations clés prioritaires en levant les barrières et obstacles structurels rencontrés par les prestataires et les usagers. Sensoa adhère au Plan VIH de la Belgique (<https://hiv-plan.be>) dans lequel le Comité de *monitoring* a fait de l'accès à la PrEP une priorité.

Éléments essentiels pour Sensoa

- élaborer un modèle pour la délivrance de la PrEP, qui définit clairement le rôle du spécialiste du VIH, des médecins généralistes et des organisations de proximité;
- offrir aux généralistes une information et un soutien ciblés en matière de PrEP;
- veiller à sensibiliser à la PrEP les populations clés que l'on n'atteint pas encore suffisamment, en garantissant que l'offre sera suffisante pour faire face à une demande accrue;
- optimiser le système de surveillance de Sciensano grâce à l'intégration des données PrEP.

I. ASSOCIER LES GÉNÉRALISTES AUX SOINS PrEP

- Sensoa soutient la proposition visant à élaborer un modèle pour la délivrance de la PrEP, qui définit clairement la répartition des soins (rôle du spécialiste du HIV, des généralistes et des organisations de proximité). Un modèle offre l'avantage d'uniformiser l'accès aux soins, ce qui peut certainement être profitable aux usagers. Un modèle basé sur une collaboration avec les généralistes bénéficie aussi du soutien du Réseau belge PrEP.
- Le groupe de travail «*Collaborative Pr44EP Care*», qui a vu le jour durant le projet *PROMISE*, veille à soutenir les généralistes dans les soins PrEP. Il nous

BIJLAGE 1

ADVIES VAN SENSOA

Sensoa verwelkomt een resolutie ter bevordering van de toegang tot PrEP en is verheugd met de politieke aandacht en het engagement van de senatoren betreffende dit onderwerp.

Sensoa bepleit een vlotte toegang tot PrEP voor mensen met een verhoogde blootstelling aan een hivinfectie. De toegang en het gebruik van PrEP door prioritaire doelgroepen vergroten door structurele barrières en belemmeringen op het niveau van verstrekkers en gebruikers weg te werken verdient terecht de nodige aandacht. Sensoa onderschrijft het Belgisch Hiv Plan (HIV PLAN België 2020-2026 (hiv-plan.be)) waar de toegang tot PrEP als prioriteit werd aangeduid door het Monitoring Comité.

Voor Sensoa essentiële elementen:

- uitwerken van een model voor PrEP-verstrekking, waarbij de rol van de hiv-specialist, huisartsen en de community based organisaties duidelijk staat omschreven;
- zorgen voor gerichte informatie en ondersteuning omtrent PrEP-gebruik voor huisartsen;
- inzetten op sensibilisering omtrent PrEP-gebruik bij doelgroepen die nog te weinig bereikt worden met garantie van voldoende aanbod bij een genomen vraag;
- optimalisering van het surveillancesysteem van Sciensano met integratie van PrEP-gegevens.

I. BETREKKEN VAN HUISARTSEN IN DE PrEP-ZORG

- Sensoa steunt het voorstel om een model uit te werken voor PrEP-verstrekking, waarbij een verdeling van de zorg (rol van de hiv-specialist, huisarts en de *community based* organisaties) duidelijk wordt omschreven. Een voordeel van een model is de mogelijkheid tot meer uniformiteit in de toegang tot zorg wat de gebruikers zeker ten goede kan komen. Een model met samenwerking met huisartsen wordt ook ondersteund door het Belgisch PrEP Netwerk.
- De werkgroep «*Collaborative PrEP Care*», ontstaan tijdens het *PROMISE*-project, werkt aan de ondersteuning van huisartsen in de PrEP-zorg. Het lijkt ons dan

semble donc indiqué d'associer ce groupe de travail à l'élaboration de ce modèle. Si les généralistes sont associés aux soins PrEP, il est recommandé de leur donner la formation nécessaire. Différentes initiatives ont déjà été prises dans ce domaine et font l'objet d'un suivi par le groupe de travail «*Collaborative PrEP Care*». Il s'agit, par exemple, des formations en ligne développées par l'Université de Gand et par la Société scientifique de médecine générale (SSMG) à Bruxelles et de la «*Belgian PrEP guidance*» (en cours de validation).

– Pour Sensoa, il importe de mettre en place une surveillance adéquate pour savoir qui recourt à la PrEP actuellement et qui n'en a éventuellement pas la possibilité. Ces données sont importantes si l'on veut que les moyens disponibles soient utilisés le mieux et le plus efficacement possible pour atteindre les personnes qui devraient envisager une PrEP. Plutôt que de développer un nouveau modèle, nous conseillons d'élargir et d'optimiser le système de surveillance actuel de Sciensano, en y intégrant les données sur la PrEP. En combinant les données épidémiologiques existantes et les données médicales, on pourra créer un registre de la PrEP englobant les données PrEP des centres de référence VIH (CRV) et de tous les autres prestataires de soins. Cela permettra de décharger les prestataires de soins du signalement des cas (*reporting burden*) et de travailler sur la base de données exhaustives.

– Un accès uniforme aux soins va aussi de pair avec une politique des prix transparente. Pour l'utilisateur de la PrEP, il importe de savoir combien il paiera pour les tests initiaux et de suivi et les médicaments.

– Dans ce modèle, il faudra aussi être attentif aux conditions d'utilisation de la PrEP et à l'analyse des risques. Il s'agit d'une préoccupation de Sensoa. Il importe de procéder à une analyse des risques avant de commencer la médication afin de s'assurer que l'organisme du patient supportera les médicaments et d'éviter que l'on passe à côté d'infections au VIH existantes. Il nous paraît donc souhaitable de toujours procéder à cette analyse avant le début de la PrEP.

II. SENSIBILISER ET FACILITER L'ACCÈS

– Sensoa se réjouit que la résolution s'intéresse à la sensibilisation des populations clés que l'on n'atteint pas encore suffisamment aujourd'hui, comme les personnes d'origine subsaharienne, quant à l'utilisation de la PrEP. Les personnes qui devraient envisager une PrEP présentent une grande diversité d'âge et d'origine. Selon le dernier rapport de Sciensano sur le VIH, les jeunes

ook aangewezen dat de werkgroep betrokken wordt bij het uitwerken van dit model. Wanneer huisartsen betrokken worden in de PrEPzorg, is het aan te raden dat zij opgeleid worden. Verschillende initiatieven hierrond zijn al genomen en worden opgevolgd door de werkgroep «*Collaborative PrEP Care*». Voorbeelden hiervan zijn de *e-learning*s ontwikkeld door de UGent en SSMG Brussel en de «*Belgian PrEP guidance*» (in validatie).

– Voor Sensoa is een goede surveillance belangrijk zodat we weten wie PrEP neemt vandaag en wie eventueel wordt gemist. Dit is belangrijk om de beschikbare middelen zo goed en effectief mogelijk in te zetten om mensen te bereiken die PrEP zouden moeten overwegen. In plaats van het ontwikkelen van een nieuw model, raden we een uitbreiding en optimalisering van het reeds bestaande surveillancesysteem van Sciensano aan waarbij PrEP-gegevens worden geïntegreerd. Aan de hand van een koppeling van bestaande epidemiologische gegevens en medische gegevens kan een PrEP-register gecreëerd worden dat de registratie van PrEP-gegevens van HRCs en alle andere zorgverstrekkers omvat. Zo wordt de «*reporting burden*» voor de zorgvertrekkers vermeden en kan gewerkt worden met exhaustieve gegevens.

– Bij uniformiteit van toegang tot zorg hoort ook een transparant prijzenbeleid. Het is belangrijk om te weten hoeveel je als PrEP-gebruiker zal betalen voor de aanvangs- en opvolgingstesten en de medicatie.

– In het model moet ook aandacht zijn voor de voorwaarden om PrEP te gebruiken en de risicoanalyse. Dit is een bezorgdheid van Sensoa. De risicoanalyse is belangrijk voordat men aan de medicatie start om de draagkracht van je lichaam om de medicatie te verwerken na te gaan en om te voorkomen dat bestaande hiv-infecties worden gemist. Het lijkt ons dan ook wenselijk om deze steeds voorafgaand aan de opstart van PrEP uit te voeren.

II. SENSIBILISEREN EN DREMPELS VERLAGEN

– Sensoa is blij met de aandacht die de resolutie schenkt aan sensibilisering omtrent PrEP-gebruik bij doelgroepen die momenteel nog te weinig bereikt worden, zoals mensen van sub-Saharaanse afkomst. De mensen die PrEP zouden moeten overwegen kennen een grote diversiteit in leeftijd en origine. Uit het recentste hiv-rapport van Sciensano blijkt dat jongeren (20-29-jarigen) en

(20-29 ans) et les personnes originaires d'Amérique latine constituent des populations clés importants qu'il ne faut certainement pas négliger (1). Une prévention ciblée tient compte de ces évolutions. La sensibilisation sur mesure est importante à cet égard. Sensoa et les organisations de prévention au sens large ne sont cependant pas les seuls acteurs pouvant interpeller les bénéficiaires potentiels de la PrEP. Les généralistes doivent eux aussi être vigilants et orienter les usagers potentiels de la PrEP vers les soins PrEP.

– Sensoa soutient les initiatives qui facilitent l'accès des personnes à la prévention et aux soins, de même que la proposition visant à lancer un projet pilote au sein d'un centre de test aisément accessible dans un quartier où l'incidence des MST et du VIH est élevée. On pourrait rechercher une synergie avec les centres de test existant en Belgique (Anvers, Bruxelles, Liège) ou d'autres interventions (pilotes) afin de promouvoir la santé sexuelle.

– Les organisations de proximité peuvent elles aussi jouer un rôle dans l'accès à la PrEP. Ces organisations s'efforcent d'atteindre certaines populations clés, souvent vulnérables, (par exemple les travailleurs du sexe, les personnes originaires de certaines régions spécifiques, etc.).

– Une des préoccupations majeures est de garantir une capacité suffisante pour la délivrance de la PrEP en cas d'augmentation de la demande émanant des populations clés. L'implication des généralistes dans les soins PrEP y contribuera probablement.

III. QU'EST-CE QUE SENSOA?

Sensoa, le centre flamand d'expertise sur la santé sexuelle, vise à promouvoir la santé sexuelle en Flandre et à Bruxelles. Sensoa est reconnu comme une organisation partenaire des autorités flamandes.

– Sensoa Positief soutient les personnes vivant avec le VIH, leur entourage et les professionnels qui sont en contact avec le VIH.

– Sensoa examine et analyse les évolutions et les tendances sociétales.

– Sensoa formule et promeut des points de vue clairs sur la santé et les droits sexuels. Il œuvre à l'amélioration

mensen uit Latijns-Amerika belangrijke doelgroepen zijn die we zeker niet uit het oog mogen verliezen (1). Een gerichte preventie houdt rekening met deze evoluties. Sensibiliseren op maat is hierbij belangrijk. Sensoa, en preventieorganisaties in bredere zin, zijn echter niet de enige spelers om potentiële PrEP-gebruikers aan te spreken. Huisartsen dienen alert te zijn om potentiële PrEP-gebruikers toe te leiden naar PrEP-zorg.

– Sensoa staat achter initiatieven die drempelverlagend werken om mensen een betere toegang te garanderen tot preventie en zorg en ondersteunt het voorstel voor het opzetten van een pilootproject in een laagdrempelig testcentrum in een buurt waar de soa- en hiv-incidentie hoog is. Zo zou er aansluiting kunnen gezocht worden in de bestaande testcentra in België (Antwerpen, Brussel, Luik) of andere bestaande (pilot-) interventies om seksuele gezondheid te bevorderen.

– Ook kunnen *community based* organisaties een rol spelen in de toegang tot PrEP. Deze organisaties zetten in op het bereiken van specifieke, vaak kwetsbare, doelgroepen (bijvoorbeeld sekswerkers, mensen afkomstig uit specifieke gebieden, enz.).

– Een bezorgdheid is dat de capaciteit voor PrEP-verstrekking gegarandeerd kan worden wanneer de vraag van doelgroepen toeneemt. Vermoedelijk zal het betrekken van huisartsen in de PrEP-zorg hiertoe bijdragen.

III. WIE IS SENSOA?

Sensoa, het Vlaams expertisecentrum seksuele gezondheid, wil de seksuele gezondheid in Vlaanderen en Brussel bevorderen. Sensoa is erkend als partnerorganisatie van de Vlaamse overheid.

– Sensoa Positief ondersteunt mensen met hiv, mensen uit hun omgeving en professionals die met hiv in contact komen.

– Sensoa onderzoekt en analyseert maatschappelijke ontwikkelingen en tendensen.

– Sensoa formuleert en promoot duidelijke standpunten over seksuele gezondheid en rechten. We ijveren voor

(1) Deblonde, J., Serrien, B., De Rouck, M., Montourcy, M., Jamine, D., Van Beckhoven, D., *Épidémiologie du VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2022. Rapport 2023*, Sciensano, 2023.

(1) Deblonde, J., Serrien, B., De Rouck, M., Montourcy, M., Jamine, D., Van Beckhoven, D., *Epidemiologie van hiv in België: Rapport 2023. Toestand op 31 december 2022*, Sciensano, 2023.

de l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive. Il organise des campagnes de sensibilisation.

- Sensoa apporte son soutien dans le cadre de la préparation de la politique et de sa mise en œuvre. Il soutient les autorités et les décideurs politiques des secteurs et institutions concernés.
- Sensoa donne des informations et des conseils sur la sexualité et les relations, principalement par le biais de ses sites web *www.allesoverseks.be* et *www.zanzu.be*.
- Sensoa assure l'éducation et la formation des professionnels. Il plaide pour l'intégration de la santé sexuelle dans les formations, les programmes d'apprentissage et les référentiels de base de l'enseignement.
- Sensoa développe et distribue du matériel pédagogique pour l'éducation relationnelle et sexuelle.

Pour plus d'informations, voir *www.sensoa.be*.

IV. PLAN BELGE VIH 2020-2026

Il existe déjà un cadre qui définit les objectifs en matière de PrEP, à savoir le Plan belge VIH. Celui-ci est le fruit d'une collaboration avec l'ensemble des acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH et de la contribution continue et significative de personnes vivant avec le VIH (principe MIPA – *meaningful involvement of people with HIV/AIDS*). Il s'agit d'un plan qui engage les acteurs fédéraux et régionaux et qui promeut les collaborations entre les différents niveaux. Sensoa a été impliqué dès le départ dans le développement, la mise en œuvre et le suivi du Plan belge VIH.

En ce qui concerne la PrEP, plusieurs actions sont proposées:

- analyser les pratiques actuelles liées à la délivrance de la PrEP et étudier des modèles de prestation de services innovants, notamment des modèles de prestation par les médecins généralistes et par des membres de la population clé (pairs);
- veiller à ce que la fourniture de la PrEP soit combinée à des conseils en matière de santé sexuelle, à une prévention des MST, à un accès à des préservatifs et des lubrifiants, à un dépistage régulier des MST et à un accompagnement pour les personnes ayant des rapports sexuels dans le contexte du chemsex (sexe sous influence chimique);

betere toegang tot seksuele en reproductieve zorg. We maken sensibiliserende campagnes.

- Sensoa ondersteunt van beleidsvoorbereiding en beleidsuitvoering. We ondersteunen overheden en beleidsmakers van relevante sectoren en instellingen.
- Sensoa geeft informatie en advies over seksualiteit en relaties, voornamelijk via onze websites *www.allesoverseks.be* en *www.zanzu.be*.
- Sensoa zorgt voor vorming en opleiding van professionals. We ijveren voor het opnemen van seksuele gezondheid in opleidingen, leerplannen en eindtermen van het onderwijs.
- Sensoa ontwikkelt en verspreidt educatieve materialen voor relationele en seksuele vorming.
- Voor meer informatie zie *www.sensoa.be*.

IV. BELGISCH HIV-PLAN 2020-2026

Er bestaat reeds een kader waarbinnen de doelstellingen op vlak van PrEP staan omschreven, namelijk het Belgisch HIV-Plan. Het HIV-plan is ontstaan uit een samenwerking met alle actoren op het gebied van hiv en met blijvende, betekenisvolle medewerking van mensen met hiv (MIPA-principe). Het is een plan dat federale en regionale actoren engageert en de samenwerkingen tussen de verschillende niveaus bevordert. Sensoa is van bij de start betrokken geweest in de ontwikkeling en vervolgens uitvoering en opvolging van het Belgisch HIV-Plan.

Met betrekking tot de PrEP staan de volgende zaken omschreven:

- de huidige verstrekking van PrEP in kaart brengen en vernieuwende verstrekkingsmodellen onderzoeken, zoals het betrekken van huisartsen en verstrekking door leden van de doelgroep (*peers*);
- ervoor zorgen dat het verstrekken van PrEP-diensten wordt gecombineerd met *counseling* over seksuele gezondheid, soa-preventie, toegang tot condooms en glijmiddel, regelmatige soa-*screening* en hulp in de context van chemseks;

- améliorer les connaissances des populations clés sur la PrEP et combattre les idées fausses et les attitudes négatives;
 - améliorer l'accès et le recours à la PrEP par les populations clés en réduisant les obstacles aux niveaux structurels, pour le prestataire et l'utilisateur, point qui mérite à juste titre toute l'attention nécessaire.
- de kennis en het bewustzijn van PrEP bij prioritaire doelgroepen vergroten en misvattingen en negatieve houdingen tegengaan;
 - de toegang en het gebruik van PrEP door prioritaire doelgroepen vergroten door structurele barrières en belemmeringen op het niveau van verstrekkers en gebruikers weg te werken verdient terecht de nodige aandacht.

ANNEXE 2

I. COMMENTAIRES DE SCIENSANO SUR LA BASE DE SON EXPERTISE EN MATIÈRE DE SURVEILLANCE VIH

A. Introduction

La proposition devrait référer aux derniers chiffres publiés qui décrivent la situation au 31 décembre 2022, avec mise à jour du nombre de nouveaux diagnostics: 597 en 2022 (2) et mise à jour du narratif sur base de ce rapport, ainsi que mise à jour de la référence en bas de page: <https://doi.org/10.25608/eznc-r584>.

Proposition de mise à jour du narratif lié au rapport le plus récent:

Alors que 1 036 nouveaux diagnostics avaient été enregistrés lors de l'année record 2012, 597 nouveaux diagnostics d'infection au VIH ont été posés dans notre pays en 2022. Une nette tendance à la baisse s'est enclenchée à partir de 2013. Ainsi, par rapport à 2019, le nombre de nouveaux diagnostics d'infection au VIH a diminué de 12 % en 2022. Après la réduction très importante du nombre de diagnostics en 2020 transitoire et liée à la pandémie de Covid-19, on observe une petite augmentation en 2021 et 2022, mais globalement la tendance à la diminution présente depuis plusieurs années est poursuivie. Si l'on s'en tient spécifiquement aux cas de transmission chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), le nombre de diagnostics a dans l'ensemble également diminué de 5 % par rapport à 2021. Cependant chez les HSH de 20 à 29 ans, on observe une augmentation des diagnostics depuis 2 ans (+ 34 % par rapport à 2021). Sciensano en conclut que, malgré les avancées engrangées sur le plan de la prévention du VIH, l'épidémie n'est pas encore sous contrôle dans notre pays. La réduction du nombre de diagnostics parmi les HSH belges âgés de 30 ans et plus, et particulièrement des diagnostics d'infection aiguë, semble indiquer l'efficacité des stratégies de prévention en place, dont particulièrement la PrEP (prophylaxie pré-exposition). Cependant il reste primordial de préserver et optimiser l'accès à toute la gamme des stratégies de prévention en la matière, particulièrement pour les jeunes. Dans ce cadre, Sciensano fait explicitement référence à l'utilisation de la PrEP, qui doit encore être davantage accessible aux groupes cibles.

(2) Note pour la compréhension des sénateurs à ne pas inclure dans la proposition: il ne s'agit pas d'une erreur mais bien d'une amélioration de la méthode d'analyse qui permet de différencier les nouveaux diagnostic réels des personnes diagnostiquées à l'étranger et confirmées pour la première fois en Belgique.

BIJLAGE 2

I. OPMERKINGEN VAN SCIENSANO OP BASIS VAN ZIJN ERVARING INZAKE HIV-SURVEILLANCE

A. Inleiding

Het voorstel dient te verwijzen naar de recentst bekendgemaakte cijfers die de situatie weergeven op 31 december 2022, met een *update* van het aantal nieuwe diagnoses: 597 in 2022 (2) en een *update* van de tekst op basis van dit rapport, evenals een update van de referentie onderaan de bladzijde: <https://doi.org/10.25608/eznc-r584>.

Voorstel van update van de tekst die verband houdt met het meest recente rapport:

Terwijl 1 036 nieuwe diagnoses werden opgetekend in het recordjaar 2012, werden in 2022 in ons land 597 nieuwe hiv-diagnoses gesteld. Een duidelijk dalende trend werd ingezet vanaf 2013. Vergeleken met 2019 is het aantal nieuwe hiv-diagnoses in 2022 met 12 % gedaald. Na de zeer sterke daling van het aantal diagnoses in 2020, die tijdelijk was en verband hield met de Covid-19-pandemie, volgt er in 2021 en 2022 een lichte stijging, maar over het geheel genomen zal de neerwaartse trend die al enkele jaren aanwezig is, aanhouden. Als we specifiek kijken naar gevallen van overdracht bij mannen die seks hebben met mannen (MSM), is het aantal diagnoses over het geheel genomen ook gedaald met 5 % ten opzichte van 2021. Onder MSM tussen 20 en 29 jaar is er echter een toename van het aantal diagnoses in de afgelopen 2 jaar (+ 34 % ten opzichte van 2021). Sciensano besluit hieruit dat, ondanks de geboekte vooruitgang in de hiv-preventie, de epidemie in ons land nog niet onder controle is. De daling van het aantal diagnoses bij Belgische MSM van 30 jaar en ouder, in het bijzonder diagnoses van acute infecties, lijkt te wijzen op de doeltreffendheid van de bestaande preventiestrategieën, in het bijzonder PrEP (*pre-exposure prophylaxis*). Het blijft echter van vitaal belang om de toegang tot alle preventiestrategieën op dit gebied te behouden en te optimaliseren, in het bijzonder voor jongeren. Sciensano verwijst in dit verband expliciet naar het gebruik van PrEP, dat nog toegankelijker moet worden gemaakt voor doelgroepen.

(2) Opmerking voor de senatoren om dit niet op te nemen in het voorstel: het gaat niet om een vergissing, maar om een verbetering van de analyse-methode waarbij de nieuwe reële diagnoses kunnen worden onderscheiden van de personen die in het buitenland zijn gediagnosticeerd en voor het eerst bevestigd worden in België.

La phrase «lorsqu'elle est utilisée sur prescription, la PrEP ...» devrait être modifiée vers «lorsqu'elle est utilisée de manière optimale, ...».

B. La réglementation actuelle concernant l'accès à la PrEP

Le cadre juridique auquel se réfère le projet de résolution n'est pas à jour.

Dans le cadre légal actuel, la PrEP peut être prescrite par un médecin (au lieu d'un médecin spécialiste) affilié à un CRV. Dans ce cadre, les médecins généralistes affiliés à un CRV peuvent également prescrire la PrEP dans le but de réduire la pression sur les médecins spécialistes et de réduire ainsi le temps d'attente pour une première consultation.

Une autre mesure visant à réduire la charge de travail du CRV est que le cadre juridique actuel prévoit la possibilité d'alterner les consultations de suivi de la PrEP avec un médecin généraliste – si les utilisateurs de la PrEP le souhaitent.

C. Chiffres relatifs à l'utilisation de la PrEP

– Il faudrait mettre à jour les chiffres sur la base de ceux du dernier rapport publié: en 2022, 6 934 utilisateurs de la PrEP + mise à jour de la suite du narratif.

– En ce qui concerne les nouveaux diagnostics de VIH chez les personnes de nationalité non belge, il est important de noter qu'une partie de ces diagnostics concernent des infections qui ont eu lieu à l'étranger: c'est-à-dire des personnes qui arrivent en Belgique avec une infection existante mais inconnue. (Yin, Z., Brown, A. E., Rice, B. D., Marrone, G., Sönnernborg, A., Suligoï, B., Sasse, A., Van Beckhoven, D., Noori, T., Regine, V., & Delpech, V. C., «Post-migration acquisition of HIV: Estimates from four European countries, 2007 to 2016», *Euro surveillance*, vol. 26, n° 33, 2021, <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.33.2000161>). Pour cette population déjà infectée préalablement à l'immigration en Belgique, la PrEP n'a plus d'utilité, la priorité est par contre un dépistage précoce suivi d'un accès aux soins. Il est important d'en tenir compte lors de l'élaboration de stratégies visant à atteindre d'autres populations. Il s'agit en particulier de déterminer avec précision les sous-populations qui pourraient bénéficier de la PrEP et qui ne sont pas atteintes actuellement, puis de garantir un accès facile à la PrEP à ceux qui souhaitent l'utiliser.

De zin «Wanneer het wordt gebruikt volgens voorschrift, ...» zou moeten worden gewijzigd als volgt «Wanneer het optimaal wordt gebruikt, ...».

B. De huidige regelgeving over de toegang tot PrEP

Het juridisch kader waarnaar het ontwerp van resolutie verwijst is niet *up to date*.

Binnen het huidige wettelijke kader kan PrEP worden voorgeschreven door een arts (in plaats van een specialist) die verbonden is aan een HRC. Binnen dit kader kunnen huisartsen die verbonden zijn aan een HRC ook PrEP voorschrijven om de druk op gespecialiseerde artsen te verminderen en zo de wachttijden voor een eerste raadgeving te verkorten.

Een andere maatregel om de werklast van de HRC te verminderen is dat het huidige juridische kader erin voorziet dat de raadgevingen voor de follow-up van PrEP met een huisarts elkaar kunnen afwisselen – indien PrEP-gebruikers dat wensen.

C. Cijfers over het gebruik van PrEP

– De cijfers op basis van het laatste gepubliceerde rapport dienen te worden geüpdatet: in 2022 waren er 6 934 gebruikers van PrEP + *update* van het vervolg van de tekst.

– Inzake de nieuwe hiv-diagnoses bij personen die niet de Belgische nationaliteit hebben, is het belangrijk op te merken dat een deel van de diagnoses betrekking hebben op infecties die in het buitenland werden opgelopen: met andere woorden, mensen die in België aankomen met een bestaande maar niet gekende infectie (Yin, Z., Brown, A. E., Rice, B. D., Marrone, G., Sönnernborg, A., Suligoï, B., Sasse, A., Van Beckhoven, D., Noori, T., Regine, V., & Delpech, V. C., «Post-migration acquisition of HIV: Estimates from four European countries, 2007 to 2016», *Euro surveillance*, vol. 26, nr. 33, 2021, <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.33.2000161>). Voor die bevolkingsgroep die al vóór de immigratie in België besmet is, is PrEP van geen nut meer. Wat wel prioriteit heeft daarentegen is een vroegtijdige screening gevolgd door toegang tot zorg. Het is belangrijk hiermee rekening te houden wanneer men strategieën uitwerkt om andere doelgroepen te bereiken. Het gaat er in het bijzonder om nauwkeurig subgroepen vast te stellen die baat zouden hebben bij PrEP en die momenteel niet bereikt worden en vervolgens gemakkelijk toegang te waarborgen tot PrEP aan personen die dit wensen te gebruiken.

D. Les obstacles à l'accès à la PrEP

- Comme dit précédemment, dans le 2^e paragraphe, médecin spécialiste doit être remplacé par médecin.
- 3^e paragraphe doit également être mis à jour vu que les visites de suivi peuvent avoir lieu chez le MG pour un maximum de 2 par an.
- Utiliser «IST» plutôt que «MST».
- Lorsque la PrEP est remboursée, le coût pour l'utilisateur est minimal, cependant le coût pour la sécurité sociale est fort élevé. Bien que le coût des médicaments PrEP ait baissé depuis 2017, le coût payé par le gouvernement belge reste (trop) élevé par rapport aux autres pays européens (voir *ECDC Dublin Declaration Reporting*, <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-infection-prevention-pre-exposure-prophylaxis-dublin-declaration-feb-2023.pdf>). Le coût est un facteur important à prendre en compte lors de l'élaboration d'un modèle d'extension pour la distribution de la PrEP. Cet aspect du coût important en Belgique n'est pas reporté sur l'utilisateur, néanmoins il peut représenter un frein important à l'élargissement de l'utilisation de la PrEP en Belgique.

E. Proposition de résolution

- I.2) Il semble difficilement réalisable que la PrEP puisse être fournie et remboursée sans prescription. Il serait plus opportun de mettre en place rapidement la solution visant à supprimer la période d'attente, plutôt qu'un *by-pass* de la prescription. Cette période d'attente disparaîtra si la PrEP est délivrée par un modèle via le médecin généraliste en dehors d'un CRV. Dans ce cas, ce point n'a plus de raison d'être.
- I.7) Les critères d'éligibilité du cadre juridique actuel sont assez larges et permettent à toutes les personnes exposées au risque de contracter le VIH d'être couvertes. Concrètement, les «Personnes exposées de manière générale à des pratiques sexuelles non protégées avec un haut risque d'infection par le VIH» est l'un des critères qui est large et permet à toute personne à risque d'avoir accès; il n'est pas certain que le fait de préciser davantage les critères apporte une valeur ajoutée.
- II.8) Une surveillance à minima par Sciensano de l'utilisation de la PrEP est déjà en place actuellement, sur la base d'une part les données de remboursement de Pharmanet et d'autre part de quelques données agrégées rapportées par les CRV. Plutôt qu'un système de

D. De hindernissen voor toegang tot PrEP

- Zoals reeds vermeld dient, in de tweede paragraaf, «specialist» vervangen te worden door «arts».
- De derde paragraaf moet ook worden bijgewerkt aangezien de raadplegingen voor de *follow-up* kunnen plaatsvinden bij de huisarts met een maximum van 2 per jaar.
- Gebruik «IST» in plaats van «MST».
- Wanneer PrEP wordt terugbetaald, is de kostprijs voor de gebruiker minimaal, maar voor de sociale zekerheid ligt die erg hoog. Hoewel de kostprijs van PrEP-medicatie sinds 2017 gedaald is, zijn de kosten voor de Belgische regering (te) hoog ten opzichte van de overige Europese landen (zie *ECDC Dublin Declaration Reporting*, <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-infection-prevention-pre-exposure-prophylaxis-dublin-declaration-feb-2023.pdf>). De kostprijs is een belangrijke factor waarmee rekening moet worden gehouden bij de uitwerking van een uitbreidingsmodel voor de verdeling van PrEP. Dat aspect van een hoge kostprijs in België wordt niet op de gebruiker afgewenteld, maar kan een belangrijke rem zijn voor de uitbreiding van het gebruik van PrEP in België.

E. Voorstel van resolutie

- I.2) PrEP verstrekken en terugbetalen zonder voorschrift lijkt moeilijk haalbaar. Het zou beter zijn om snel te opteren voor de afschaffing van de wachttijd in plaats van een *bypass* van het voorschrift. Deze wachttijd zal verdwijnen als PrEP door een model via de huisarts buiten een HRC wordt verstrekt. In dat geval is dit punt overbodig.
- I.7) De criteria om in aanmerking te komen zijn in het huidige wettelijke kader vrij ruim, waardoor alle personen die een risico lopen op hiv gedekt kunnen worden. Concreet is «Personen blootgesteld aan onbeschermde seks met een hoog risico op hiv-infectie» één van de ruime criteria, waardoor iedere risicopersoon in aanmerking kan komen. Het is niet zeker dat een verdere verfijning van de criteria een meerwaarde biedt.
- II.8) Sciensano voert momenteel al een minimale *monitoring* van het gebruik van PrEP uit, op basis van de terugbetalingsgegevens van Pharmanet enerzijds en enkele samengevoegde data afkomstig van de HRC's anderzijds. In plaats van een bijkomend

surveillance supplémentaire, qui peut être fastidieux pour les médecins généralistes, il nous semble plus opportun de soutenir Sciensano afin d'optimiser le système de surveillance en place en améliorant l'intégration et le couplage des données épidémiologiques et médicales existantes (les registres du VIH et les données de remboursement de l'AIM) afin de créer un registre de la PrEP qui inclura les données concernant la PrEP dans les CRV et chez tous les autres praticiens.

II. COMMENTAIRES DE SCIENSANO SUR LA BASE DE SA PARTICIPATION AU COMITÉ DE MONITORING DU PLAN NATIONAL VIH ET AU RÉSEAU PrEP (PrEP NETWORK)

Dans le contexte de la présente proposition de résolution, il est important de se référer au:

- Plan national VIH 2020-2026 (<https://hiv-plan.be/>): l'optimisation de l'utilisation de la PrEP, et en particulier l'élargissement de l'accès à la PrEP, est une action prioritaire du Plan national VIH tel qu'approuvé par la Conférence interministérielle de santé publique le 20 octobre 2022. À travers le Comité de *monitoring* du VIH, les actions, les résultats et les réalisations de ce Plan VIH sont discutés au sein du Groupe de travail inter-cabinet sur la prévention;
- Réseau PrEP: pour conseiller les décideurs politiques sur le déploiement de la PrEP et discuter des questions liées à la fourniture de soins de PrEP, un réseau PrEP a été créé avec des représentants des centres de référence VIH, des organisations de groupes cibles, des scientifiques, des utilisateurs de PrEP, des médecins généralistes et des pharmaciens.

Proposition de résolution

- I.1) Plutôt que d'analyser les délais d'attente pour une première consultation de PrEP dans différents CRV, il est préférable d'explorer les mesures que les CRV prennent actuellement pour réduire les délais d'attente. Cela nous permettra d'identifier les «bonnes pratiques» qui pourront certainement être utiles pour développer un modèle de soins collaboratifs pour la PrEP.
- I.4) Le remboursement des tests de dépistage des IST devrait être revu dans le but d'établir un système de remboursement transparent et adapté aux utilisateurs de la PrEP.

monitoringsysteem, dat omslachtig kan zijn voor huisartsen, lijkt het ons beter Sciensano te steunen om het bestaande monitoringsysteem te optimaliseren door de integratie en koppeling van de bestaande epidemiologische en medische gegevens te verbeteren (de HIV-registers en de terugbetalingsgegevens van het IMA) en een PrEP-register te ontwikkelen dat de PrEP-gegevens in de HRC en bij alle andere zorgverstrekkers bundelt.

II. OPMERKINGEN VAN SCIENSANO OP GROND VAN HAAR DEELNAME AAN HET MONITORING COMITÉ VAN HET NATIONALE HIV-PLAN EN HET PrEP-NETWERK

In de context van dit voorstel van resolutie is het belangrijk te verwijzen naar:

- het Nationale hiv-Plan 2020-2026 (<https://hiv-plan.be/>): de optimalisering van het gebruik van PrEP, en in het bijzonder een bredere toegang tot PrEP, is een prioriteit van het nationale hiv-plan dat door de Interministeriële Conferentie van ministers van Volksgezondheid op 20 oktober 2022 is goedgekeurd. Via het hiv-Monitoring Comité worden de acties, de resultaten en de verwezenlijkingen van dit hiv-plan besproken binnen de interkabinettenwerkgroep over preventie;
- PrEP-netwerk: om politieke beleidsmakers advies te geven over de uitrol van PrEP en kwesties te bespreken die verband houden met de PrEP-zorgverlening, werd een PrEP-netwerk opgericht met vertegenwoordigers van hiv-referentiecentra, verenigingen van de doelgroepen, wetenschappers, gebruikers van PrEP, huisartsen en apothekers.

Voorstel van resolutie

- I.1) In plaats van de wachttijden voor een eerste consult voor PrEP in de verschillende HRC te analyseren, is het raadzaam de maatregelen te onderzoeken die de HRC nu al nemen om de wachttijden in te korten. Hierdoor kunnen *best practices* worden geïdentificeerd om een collaboratief zorgmodel voor PrEP te ontwikkelen.
- I.4) De terugbetaling van soa-screening moet herzien worden om een transparant terugbetalingssysteem uit te werken dat aangepast is aan gebruikers van PrEP.

– I.6) Comme on s’attend à ce que la cohorte d’utilisateurs de PrEP continue de croître dans les années à venir, il est nécessaire de mettre en œuvre des stratégies innovantes pour s’assurer qu’il y a suffisamment de capacités de soins de santé pour fournir des soins de PrEP à ce nombre croissant d’utilisateurs de PrEP. Cela signifie que le modèle de soins collaboratifs devra être façonné davantage. Lors de l’élaboration d’un modèle de soins collaboratifs pour la PrEP, les médecins généralistes doivent avoir leur place. Mais d’autres professionnels de la santé devraient également être intégrés dans ce modèle, comme les infirmières affiliées à un CRV.

– I.6) Dans ce contexte, il convient de considérer le nouveau document guide belge sur la PrEP qui a été élaboré par un groupe de travail composé de médecins spécialistes des CRV dans le but de fournir des informations actualisées aux médecins généralistes qui effectuent des consultations de suivi pour la PrEP, comme l’autorise déjà le cadre juridique actuel. Par ailleurs, des modules de formation – soutenus par SSMG et *Domus Medica* – sont en cours de développement pour les médecins généralistes.

– I.6) Les organisations communautaires pour les travailleurs du sexe ont déjà acquis de l’expérience en matière de soins de PrEP par le biais de projets pilotes: pour les personnes à haut risque d’infection par le VIH qui n’ont pas accès aux soins de santé; seuil bas, sans rendez-vous et gratuit; avec des échantillons de produits pharmaceutiques pour un «usage compassionnel»; par un médecin de l’organisation communautaire en étroite collaboration avec un CRV. Une initiative au niveau politique étudie la manière de transformer cette délivrance de PrEP basée sur des projets en un programme durable.

– I.6) Pour les personnes qui n’ont pas d’assurance maladie, il existe la procédure de l’aide médicale urgente pour accéder à la PrEP. Cependant, la procédure de l’aide médicale urgente implique un long processus et une lourde charge administrative, ce qui pousse de nombreuses personnes à abandonner, malgré le soutien de certaines organisations communautaires pour aider les utilisateurs potentiels tout au long de la procédure. De plus, tous les CPAS ne considèrent pas la PrEP comme un soin urgent. Enfin, la procédure de l’aide médicale urgente n’est pas toujours possible en raison des conditions imposées. Il serait utile d’explorer avec les parties prenantes concernées au niveau politique comment résoudre ce problème et obtenir une approche unifiée à travers les villes.

– I.6) Aangezien verwacht wordt dat het aantal gebruikers van PrEP de komende jaren zal blijven stijgen, moeten innoverende strategieën ontwikkelen om ervoor te zorgen dat er voldoende zorgcapaciteit voorhanden blijft om dit toenemende aantal PrEP-gebruikers op te vangen. Dit betekent dat het collaboratieve zorgmodel verder ontwikkeld moet worden. Bij de ontwikkeling van dit model moeten huisartsen een plaats krijgen, maar ook andere zorgverleners zoals verpleegsters die verbonden zijn aan een HRC.

– I.6) In dit verband moet rekening worden gehouden met de nieuwe Belgische PrEP-gebruikersgids die is opgesteld door een werkgroep van gespecialiseerde artsen van de HRC om actuele informatie te verstrekken aan huisartsen die opvolgingsconsulten voor PrEP verstrekken, zoals het huidige juridische kader reeds toestaat. Bovendien worden er opleidingsmodulen voor huisartsen ontwikkeld met de steun van de SSMG en *Domus Medica*.

– I.6) Gemeenschapsorganisaties voor sekswerkers hebben reeds ervaring met PrEP-zorgverlening via pilootprojecten: voor personen met een hoog risico op hiv-infectie die geen toegang hebben tot gezondheidszorg; laagdrempelig, zonder afspraak en gratis; met stalen van farmaceutische producten voor een «mededogend gebruik»; door een arts van de gemeenschapsorganisatie in nauwe samenwerking met een HRC. Een politiek initiatief onderzoekt hoe deze toediening van PrEP in het kader van pilootprojecten kan worden omgezet in een duurzaam project.

– I.6) Voor wie geen ziekteverzekering heeft, bestaat er de procedure van dringende medische hulp om toegang te krijgen tot PrEP. Deze procedure houdt echter een lang proces en een zware administratieve last in, waardoor vele mensen afhaken ondanks de hulp die een aantal gemeenschapsorganisaties aan potentiële gebruikers aanbieden om de procedure te doorlopen. Bovendien beschouwen niet alle OCMW’s PrEP als dringende zorg. Ten slotte voldoet niet iedereen aan de opgelegde voorwaarden voor dringende medische hulp. Het zou nuttig zijn om met alle betrokkenen een politieke oplossing te vinden voor dit probleem en de aanpak ervan in alle steden te uniformiseren.

ANNEXE 3

AVIS DE L'OBSERVATOIRE DU SIDA ET DES SEXUALITÉS

Je fais suite à votre demande d'un avis écrit concernant la proposition de résolution n° 7-453/1 relative à l'amélioration de l'accès à la prophylaxie pré-exposition (PrEP) pour la commission des Matières transversales du Sénat.

Cette proposition est bien documentée et identifie de manière pertinente un certain nombre de points critiques concernant la PrEP et plus largement les possibilités de contrôle de l'épidémie à l'heure des TasP (*Treatment as Prevention*).

La proposition de résolution mentionne à plusieurs reprises le fait que plusieurs groupes cibles en dehors des HSH, et parmi eux, principalement les HSH belges, n'ont pas accès à la PrEP. Cependant cette préoccupation ne se retrouve pas dans les propositions de la résolution. On ne voit pas en quoi cette proposition de résolution changera la situation critique des femmes et des migrantes, notamment sans titre de séjour, et celles qui sont à l'intersection de ces deux catégories les femmes migrantes (cisgenres et transgenres). Or, il s'agit là, du second groupe le plus touché par l'épidémie et qui n'a quasiment pas accès à la PrEP.

Aux côtés des cabinets des médecins généralistes, il serait important de considérer les planning familiaux et les maisons médicales qui sont plus largement fréquentés par les femmes migrantes, dans les propositions ici émises.

Par ailleurs dans les catégories de l'INAMI, la migration n'est pas identifiée comme un facteur de risques, seul est mentionné le fait d'être originaire d'un pays à forte endémie. Or, toutes les enquêtes montrent que les premières années d'arrivée sur le territoire européen sont une situation à haut risque d'infection au VIH/sida. Depuis 2017, on évalue selon les périodes entre 24 % et 45 % la proportion des nouvelles infections parmi les migrants d'origine africaine subsaharienne survenues lors de l'arrivée sur le territoire belge (3).

(3) Alvarez-Del Arco, D., Fakoya, I., Thomadakis, C., Pantazis, N., Touloumi, G., Gennotte, A. F., & Zuure, F., «High levels of postmigration HIV acquisition within nine european countries», *Aids (London, England)*, 2017, vol. 31, n° 14, p. 1979-1988, <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001571>; Deblonde, J., Serrien, B., De Rouck, M., Montourcy, M., Van Beckhoven, D., *Épidémiologie du sida et de l'infection au VIH en Belgique. Rapport 2022. Situation au 31 décembre 2021*, Sciansano, novembre 2022, DOI: <https://doi.org/10.25608/9bnm-ht18>.

BIJLAGE 3

ADVIES VAN HET «OBSERVATOIRE DU SIDA ET DES SEXUALITÉS»

Hierbij geef ik gevolg aan uw vraag om een schriftelijk advies voor de commissie voor de Transversale Aangelegenheden van de Senaat betreffende voorstel van resolutie nr. 7-453/1 over de betere toegankelijkheid tot PrEP-medicatie.

Dit voorstel is goed gedocumenteerd en wijst terecht op een aantal kritieke aspecten van PrEP, en meer algemeen op de mogelijkheden om de epidemie onder controle te houden dankzij TasP (*Treatment as Prevention*).

Het voorstel van resolutie vermeldt meermaals dat verschillende andere doelgroepen dan MSM, waaronder voornamelijk Belgische MSM, geen toegang hebben tot PrEP. Deze bekommernis wordt echter niet weerspiegeld in de voorstellen van de resolutie. Het is niet duidelijk hoe dit voorstel de kritieke situatie van vrouwen en migranten zal veranderen, in het bijzonder van degenen zonder verblijfsvergunning, en van degenen die zich op het snijvlak van deze twee categorieën bevinden – migrantenvrouwen (cisgender en transgender). Dit is nochtans de tweede groep die het zwaarst wordt getroffen door de epidemie, met vrijwel geen toegang tot PrEP.

Naast de huisartspraktijken is het belangrijk om ook de centra voor gezinsplanning en de medische huizen in de voorstellen te vermelden, waar migrantenvrouwen vaker naartoe gaan.

Bovendien wordt migratie in de RIZIV-categorieën niet als een risicofactor aangemerkt, alleen het feit dat iemand afkomstig is uit een land met een hoog endemisch percentage. Toch tonen alle onderzoeken aan dat de eerste jaren op Europese bodem een risicoperiode zijn voor hiv/aids-besmetting. Sinds 2017 wordt het aantal nieuwe besmettingen bij Afrikaanse migranten van Sub-Saharaanse origine bij aankomst in België (3) geschat op 24 % tot 45 %, afhankelijk van de periode.

(3) Alvarez-Del Arco, D., Fakoya, I., Thomadakis, C., Pantazis, N., Touloumi, G., Gennotte, A. F., & Zuure, F., «High levels of postmigration HIV acquisition within nine european countries», *Aids (London, England)*, 2017, vol. 31, nr. 14, blz. 1979-1988, <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001571>; Deblonde, J., Serrien, B., De Rouck, M., Montourcy, M., Van Beckhoven, D., *Épidémiologie du sida et de l'infection au VIH en Belgique. Rapport 2022. Situation au 31 décembre 2021*, Sciansano, november 2022, DOI: <https://doi.org/10.25608/9bnm-ht18>.

Il y aurait donc lieu de repenser les catégories de l'INAMI de manière à pouvoir penser la migration comme un facteur de risques, dans le développement d'actions ciblées auprès des femmes et des migrants qui sont globalement peu informés de la PrEP et donc non utilisateur·ices (4).

En espérant que cet avis sera d'une certaine utilité,

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Sarah Demart

De RIZIV-categorieën moeten daarom worden herbekeken, zodat migratie kan worden beschouwd als een risicofactor bij het uitwerken van acties gericht op vrouwen en migranten, die over het algemeen slecht geïnformeerd zijn over PrEP en het daarom niet gebruiken (4).

Ik hoop dat dit advies van enig nut zal zijn.

Met de meeste hoogachting,

Sarah Demart

(4) Demart, Sarah, and Emilie Gérard, «The Construction of Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) by Prevention Professionals as a Tool for Black African Migrant Women... or Not?», *AIDS Education and Prevention*, 2022, vol. 34, n° 6, p. 496-511; Van Landeghem, Ella, *et al.*, «PrEP Among Sub-Saharan African Diaspora Communities in Belgium – a Participatory Action Research Study», *Journal of Community Health*, 2023, 1-10.

(4) Demart, Sarah, and Emilie Gérard, «The Construction of Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) by Prevention Professionals as a Tool for Black African Migrant Women... or Not?», *AIDS Education and Prevention*, 2022, vol. 34, nr. 6, blz. 496-511; Van Landeghem, Ella, *et al.*, «PrEP Among Sub-Saharan African Diaspora Communities in Belgium – a Participatory Action Research Study», *Journal of Community Health*, 2023, 1-10.

ANNEXE 4

AVIS DU CENTRE DE SANTÉ SEXUELLE LIÉGEOIS

On ne peut qu'être d'accord avec les propositions en vue d'améliorer l'accessibilité à la PrEP, que ce soit en termes d'éligibilité des usagers, de coût, de délai, de proximité. Les pays voisins ont déjà fait sortir la PrEP des hôpitaux avec un rapport coût / efficacité très avantageux, cela devrait être inspirant pour la Belgique.

Comme indiqué dans la proposition, certains publics très touchés par l'épidémie de VIH sont absents parmi les utilisateurs de la PrEP. Une variété de moyens d'accès lèverait certains freins: PrEP dispensée dans des centres de prévention et dépistage communautaires ou via des actions d'*outreach*, coûts réduits des consultations et des suivis biologiques, délai d'attente accéléré (proposer une boîte d'avance); mais aussi une variété de moyens d'administration: cachets plus petits et discrets, PrEP par injection.

Le suivi par un médecin hors d'une structure spécialisée (centres de prévention et dépistage), devrait être possible vu le rapport de confiance et le lien privilégié de certaines personnes appartenant aux publics cibles. Mais il est indispensable de garantir une qualité et une homogénéité du suivi, quel que soit le dispensateur. Les professionnels de santé hors CRV et centre de prévention et dépistage impliqués dans un suivi PrEP devraient être et se maintenir formés sur les dépistages et traitements des IST, les vaccinations, les suivis annexes (proctologie, gynécologie) et les autres orientations concernant la santé sexuelle (aide viol, violence, contraception, lutte contre les discriminations, etc.). Une collaboration étroite avec les centres de référence VIH et les centres de prévention et dépistage devrait être maintenue. Les centres de prévention et dépistage communautaire, s'ils étaient amenés à proposer la PrEP, devrait aussi être en lien étroit avec le CRS, si ce n'est déjà le cas.

Toutefois, certaines situations continueront à nécessiter un suivi spécialisé et pluridisciplinaire (notamment par exemple, lors d'usage de chemsex problématique, problèmes psycho-sexologiques, pratiques traumatiques avec risque hépatite C, problèmes ou risques rénaux, mauvaises adhérence, etc.).

BIJLAGE 4

ADVIES VAN HET «CENTRE DE SANTÉ SEXUELLE LIÉGEOIS»

We kunnen het alleen maar eens zijn met de voorstellen die erop gericht zijn PrEP toegankelijker te maken, zowel op het vlak van de gebruikers die ervoor in aanmerking komen, als inzake kosten, wachttijden of nabijheid. Onze buurlanden hebben PrEP al uit de ziekenhuisomgeving gehaald, wat tot een zeer gunstige kosten / baten-verhouding heeft geleid, waarop België zich zou kunnen inspireren.

Zoals in het voorstel wordt aangegeven, wordt PrEP niet gebruikt door bepaalde doelgroepen die zwaar getroffen worden door de hiv-epidemie. Door meerdere toegangsmogelijkheden te creëren, kunnen bepaalde hindernissen worden weggewerkt: PrEP die in gemeenschapscentra voor preventie en *screening* wordt verstrekt of via *outreach*-initiatieven, lagere kosten voor raadplegingen en biologische *monitoring*, kortere wachttijden (meteen een doosje aanbieden); maar ook verschillende toedieningswijzen: kleinere en discretere pillen, PrEP via injectie.

Follow-up door een arts buiten een gespecialiseerde structuur (preventie- en screeningcentra) moet mogelijk zijn, gelet op de vertrouwensband en de bevoorrechte band met bepaalde personen uit de doelgroepen. Maar het is essentieel om de kwaliteit en homogeniteit van de *follow-up* te waarborgen, ongeacht door wie dat gebeurt. Gezondheidswerkers buiten het HRC en preventie- en screeningcentra die betrokken zijn bij de *follow-up* van PrEP moeten worden opgeleid en voortdurend bijgeschoold worden inzake *screening* en behandeling van soa's, vaccinaties, aanvullende *monitoring* (proctologie, gynaecologie) en andere richtlijnen inzake seksuele gezondheid (hulp in geval van verkrachting, geweld, anticonceptie, bestrijding van discriminatie, enz.). Een nauwe samenwerking met de hiv-referentiecentra en de preventie- en screeningcentra dient te blijven bestaan. Indien de gemeenschapscentra voor preventie en *screening* ook PrEP gaan aanbieden, moeten ze ook nauw samenwerken met de HRC, als dat nog niet het geval zou zijn.

In bepaalde situaties zal een gespecialiseerde en multidisciplinaire *follow-up* echter nodig blijven (bijvoorbeeld bij problematisch chemsex-gebruik, psychoseksuele problemen, traumatische praktijken met hepatitis C-risico, nierproblemen of -risico's, slechte therapietrouw, enz.).

Élargir l'offre d'accompagnement pour la PrEP permettrait aux usagers de choisir ce qui leur convient le mieux avec à terme une diminution de l'incidence du VIH. Celle-ci est en train de se confirmer auprès du public HSH en Belgique, principal utilisateur de la PrEP. Les autres publics ou les sous-groupes HSH (jeunes ou précarisés) vont être laissés pour compte dans la lutte contre l'épidémie et créer de nouvelles inégalités de santé.

Enfin, rappelons qu'un suivi PrEP coûtera toujours moins cher à la sécurité sociale qu'un suivi d'une personne vivant avec le VIH, puisque le premier peut être interrompu (si la situation à risque change) et que le deuxième comporte beaucoup plus de risques de comorbidités physiques comme psychologiques.

Een groter aanbod aan begeleiding voor PrEP kan gebruikers in staat stellen te kiezen voor wat hen het beste ligt, waarbij op termijn de hiv-incidentie zou dalen. Dat lijkt bevestigd te worden bij het MSM-publiek in België, de grootste gebruiker van PrEP. De overige doelgroepen of MSM-subgroepen (jongeren of kwetsbare groepen) zullen achterblijven in de strijd tegen de epidemie, waardoor nieuwe ongelijkheden zullen ontstaan op het vlak van gezondheid.

Tot slot herinneren wij eraan dat een PrEP-*monitoring* altijd minder zal kosten aan de sociale zekerheid dan de *follow-up* van een persoon met hiv, omdat in het eerste geval de *follow-up* kan worden onderbroken (als de risicosituatie verandert) en er in het tweede geval veel meer risico's zijn op fysieke en psychologische comorbiditeit.

ANNEXE 5

AVIS DU DR LEÏLA BELKHIR, CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC, BRUXELLES

Optimiser l'accès à la PrEP à un plus grand nombre de patient.e.s à risque est indispensable. Après lecture de la proposition de résolution et après discussion avec mes collègues infectiologues travaillant au centre de référence VIH des Cliniques universitaires Saint-Luc, voici mes remarques:

Point 2: «(...) notamment en faisant en sorte que, dans certains cas exceptionnels, l'analyse de risque ne soit effectuée qu'après que la PrEP a commencé»

Si les personnes souhaitent une PrEP, c'est qu'elles font partie d'un groupe à risque et qu'elles ont un comportement à risque d'acquisition du VIH. Il serait donc potentiellement dangereux d'entamer une PrEP en donnant une bithérapie antirétrovirale sans s'être assuré au préalable que la personne est bel et bien séronégative pour le VIH. Le vrai problème est l'accessibilité, il ne faut pas «contourner» le problème en risquant de prescrire une PrEP de façon incorrecte.

Point 5: «(...) de généraliser le remboursement de la PrEP lorsque celle-ci a été prescrite par un médecin généraliste»

Impliquer plus et mieux les médecins généralistes est une nécessité. Néanmoins, il faut s'assurer qu'ils aient les compétences requises (formation certifiante?) en termes de santé sexuelle, dépistage correct des infections sexuellement transmissibles (IST), etc. Favoriser des échanges et partenariats avec les centres de référence VIH et permettre (à nouveau) que des médecins généralistes puissent travailler au sein de ces centres de référence devrait également faire partie des solutions.

Point 6: «(...) tout en étant attentif à la prévention des comportements sexuels à risque pendant les moments de suivi trimestriel»

Le suivi doit être adapté au type de PrEP prescrite (fonction elle-même de l'évaluation de la prise de risques). Imposer un dépistage systématique de toutes les IST chaque trimestre que la prise de risque soit occasionnelle ou régulière n'a pas de justification médicale. Par ailleurs, il faut maintenant distinguer, pour les HSH, le dépistage systématique et régulier du VIH, de la syphilis et du virus de l'hépatite C de celui du *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* qui n'est plus

BIJLAGE 5

ADVIES VAN DR LEÏLA BELKHIR, CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC, BRUSSEL

Het is essentieel om de toegankelijkheid tot PrEP voor een groter aantal risicopatiënten te optimaliseren. Na het bovenvermelde voorstel van resolutie te hebben gelezen en na overleg met mijn collega's infectieziekten van het hiv-referentiecentrum *Cliniques Universitaires Saint-Luc*, deel ik u de volgende opmerkingen mee:

Punt 2: «(...) onder meer door de risicoanalyse in uitzonderlijke gevallen pas na de opstart met PrEP te laten plaatsvinden»

Als mensen PrEP willen, dan is dat omdat ze tot een risicogroep behoren en door hun gedrag hiv kunnen oplopen. Het zou daarom gevaarlijk kunnen zijn om PrEP te starten, waarbij dubbele antiretrovirale therapie wordt verstrekt, zonder dat men zich er eerst van vergewist of de betrokkene wel degelijk hiv-negatief is. Het echte probleem is de toegankelijkheid, we mogen het probleem niet «omzeilen» en zo het risico lopen dat PrEP verkeerd wordt voorgeschreven.

Punt 5: «(...) de terugbetaling van PrEP indien dit werd voorgeschreven door een huisarts te veralgemenen»

Huisartsen meer en beter betrekken is een noodzaak. We moeten er echter voor zorgen dat ze over de nodige vaardigheden beschikken (gecertificeerde opleiding?) op het gebied van seksuele gezondheid, inzake correcte opsporing van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's), enz. Uitwisselingen en partnerschappen met hiv-referentiecentra aanmoedigen en (opnieuw) huisartsen laten werken binnen deze referentiecentra, zouden ook een deel van de oplossing moeten zijn.

Punt 6: «(...) waarbij ook aandacht gaat naar de preventie van seksueel risicogedrag tijdens de driemaandelijke opvolgingsmomenten»

De *follow-up* moet worden aangepast aan het type PrEP dat wordt voorgeschreven (wat zelf afhangt van de evaluatie van de gelopen risico's). Het opleggen van een driemaandelijke systematische opsporing van alle soa's, ongeacht of het risico incidenteel of regelmatig is, kan medisch niet worden gerechtvaardigd. Bovendien moet nu, voor MSM, een onderscheid worden gemaakt tussen systematische en regelmatige opsporing van enerzijds, hiv, syfilis en het hepatitis C-virus, en anderzijds,

recommandé qu'en cas de symptômes (*cf. Belgian Guidance on the use of Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP)*).

En espérant que ces commentaires vous soient utiles,

Leïla Belkhir, MD, PhD

Cheffe de clinique, Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles

Professeure clinique, UClouvain

Chlamydia trachomatis en *Neisseria gonorrhoeae*, die nu alleen wordt aanbevolen in geval van symptomen (zie *Belgian Guidance on the use of Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP)*).

Ik hoop u met deze opmerkingen van dienst te zijn geweest.

Leïla Belkhir, MD, PhD

Diensthofd, *Cliniques universitaires Saint-Luc*, Brussel

Klinisch Professor, UClouvain.

ANNEXE 6

AVIS DE LA PLATEFORME PRÉVENTION SIDA

La Plateforme Prévention Sida ne peut que soutenir cette initiative qui touche à un sujet important pour notre association puisque nous constatons sur le terrain une difficulté d'accès à cette stratégie de prévention du VIH efficace, pour les publics les plus vulnérables (femmes issues de la migration, HSH migrants, etc.). Nous espérons vraiment que cette attention politique portée à la PrEP permettra d'en renforcer la connaissance mais aussi d'innover dans des stratégies favorisant son accès, afin d'en faire bénéficier de nouveaux publics.

Nous apprécions particulièrement les points suivants dans les recommandations:

- le point le plus important est sans doute la proposition d'élaborer un modèle de suivi de la PrEP par les médecins généralistes, avec un remboursement de la PrEP lorsqu'elle est en effet prescrite par eux. La Plateforme Prévention Sida soutient cette proposition, qui est aussi recommandée par la *PrEP Task Force* et son groupe de travail sur les soins collaboratifs de la PrEP. Ceci devrait s'accompagner indubitablement de modules de formation et d'actions de soutien aux médecins généralistes dans la prestation de la PrEP, encore trop peu informés et sensibilisés à ce sujet. Ce modèle de délivrance de la PrEP permettrait de réduire le temps d'attente pour avoir un rendez-vous et aussi toucher un public ne fréquentant pas les structures spécialisées comme les Centres de référence VIH;
- il est urgent de renforcer la sensibilisation et l'information sur la PrEP auprès de toutes les populations les plus concernées par le VIH, comme la population des personnes issues de la migration (femmes, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, etc.). Il est à noter que ce public n'est pas mentionné spécifiquement dans les critères de remboursement de l'INAMI, alors que c'est un public prioritaire dans la lutte contre le VIH. Il serait judicieux de revisiter ces critères. Des campagnes, initiées notamment par la Plateforme Prévention Sida et Sensoa, devraient être prévues;
- il convient aussi de mettre à disposition des médecins généralistes et autres professionnels de la santé des modules d'information auprès des professionnels de la santé qui ne connaissent pas la PrEP et/ou qui

BIJLAGE 6

ADVIES VAN HET «PLATEFORME PRÉVENTION SIDA»

Het *Plateforme Prévention Sida* kan dit initiatief, dat een belangrijk onderwerp voor onze vereniging aanbelangt, alleen maar steunen, aangezien wij op het terrein vaststellen dat deze efficiënte hiv-preventiestrategie moeilijk toegankelijk is voor een kwetsbaar publiek (vrouwen met een migratieachtergrond, MSM-migranten, enz.). Wij hopen van harte dat de politieke aandacht voor PrEP niet alleen het onderwerp meer bekendheid zal geven, maar ook tot nieuwe strategieën zal leiden die de toegang tot PrEP bevorderen, zodat een nieuw publiek de voordelen ervan kan plukken.

Wij waarderen in het bijzonder de volgende punten in de aanbevelingen:

- het belangrijkste punt is ongetwijfeld het voorstel om een model voor *PrEP-monitoring* door huisartsen uit te werken, met een terugbetaling van PrEP wanneer die ook door hen is voorgeschreven. Het *Plateforme Prévention Sida* steunt dit voorstel dat ook wordt aanbevolen door de *PrEP Task Force* en zijn werkgroep rond de collaboratieve zorg van PrEP. Dit dient uiteraard gepaard te gaan met opleidingsmodules voor en ondersteuning van huisartsen bij de verstrekking van PrEP, die over dit onderwerp nog te weinig geïnformeerd en bewustgemaakt zijn. Deze verstrekkingwijze van PrEP zou de wachttijd voor een afspraak verkorten en ook een publiek bereiken dat de gespecialiseerde structuren niet bezoekt, zoals hiv-referentiecentra;
- de bewustmaking en informatie over PrEP moet dringend versterkt worden bij alle bevolkingsgroepen die het meest door hiv worden getroffen, zoals mensen met een migratieachtergrond (vrouwen, mannen die seks hebben met mannen, enz.). Er dient opgemerkt te worden dat die groep niet specifiek vermeld wordt in de terugbetalingscriteria van het RIZIV, terwijl het om een groep gaat die prioritair is in de strijd tegen hiv. Het zou verstandig zijn om die criteria te herschrijven. Er zou voorzien moeten worden in campagnes die meer bepaald door het *Plateforme Prévention Sida* en Sensoa worden gelanceerd;
- huisartsen en overige gezondheidswerkers die niet vertrouwd zijn met PrEP en/of die moeilijk kunnen inschatten wie van hun patiënten hier baat bij zou hebben, dienen informatiemodules ter beschikking te

identifiant mal qui pourrait, dans leur patientèle, en bénéficier. Beaucoup pensent encore trop souvent que seuls les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes sont les seuls à pouvoir bénéficier de cette stratégie de prévention;

- nous souhaiterions la mise en place d'un projet pilote exploratoire pour une délivrance communautaire de la PrEP, en partenariat avec des médecins généralistes, à l'attention des personnes les plus éloignées des structures médicales, comme les personnes issues de la migration (femmes, HSH) afin de répondre aux spécificités de ces publics (intersectionnalité) comme cela se fait dans d'autres pays européens. Notre association, avec l'Observatoire du Sida, a réalisé la recherche «FemiPrEP» (Demart S. & Gérard E., «The Construction of Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) by Prevention Professionals as a Tool for Black African Migrant Women... or Not?», *AIDS Education and Prevention*, 2022, vol. 34, n° 6, p. 496-511) qui s'intéressait à la manière dont les professionnels belges de la prévention interrogent la prophylaxie pré-exposition (PrEP) comme outil de prévention pour les femmes migrantes d'Afrique noire ou pas. Alors que les migrants d'Afrique subsaharienne sont reconnus comme une population clé dans l'épidémie de VIH, ils sont absents du système d'administration de la PrEP et en particulier des femmes. Les résultats montrent que différentes causalités sont attribuées à leur absence du système d'administration de la PrEP. Ce pluralisme nous amène à affirmer qu'il y a un véritable flou dans la définition de ce public comme «prioritaire» non seulement en termes de représentations et de pratiques mais aussi d'agenda politique. Cette recherche révèle également que les attitudes et croyances de certains professionnels belges de la prévention du VIH, crée un obstacle important à l'accès de ces femmes à l'information sur la PrEP. Vous trouverez ci-joint une note sur un projet pilote que nous souhaiterions mettre en œuvre;
- il est important aussi d'uniformiser le remboursement des tests de dépistage des IST et du VIH dans le contexte du suivi de la PrEP, et ce dans une optique de réduction des coûts financiers pour les patients;
- la proposition de reporter l'analyse des risques après le début de la PrEP (dans des cas exceptionnels en raison des temps d'attente) est dangereuse selon nous: cette analyse est nécessaire pour éviter de passer à côté d'infections au VIH existantes.

hebben. Velen denken nog te vaak dat alleen mannen die seks hebben met mannen de enigen zijn die baat hebben bij deze preventiestrategie;

- wij zouden een verkennend proefproject willen opzetten voor een gemeenschappelijke verstrekking van PrEP, in samenwerking met huisartsen, dat gericht is op personen die het verst afstaan van medische structuren, zoals mensen met een migratieachtergrond (vrouwen, MSM) om tegemoet te komen aan de specificiteiten van die groepen (intersectionaliteit), zoals in overige Europese landen wordt gedaan. Onze vereniging heeft samen met het *Observatoire du Sida* het onderzoek «FemiPrEP» opgestart (Demart S. & Gérard E., «The Construction of Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) by Prevention Professionals as a Tool for Black African Migrant Women... or Not?», *AIDS Education and Prevention*, 2022, vol. 34, nr. 6, blz. 496-511) dat naging hoe Belgische preventiewerkers *Pre-Exposure Prophylaxis* (PrEP) al dan niet zien als een preventiemiddel voor vrouwen uit zwart Afrika. Hoewel migranten uit Sub-Saharaans Afrika erkend zijn als een kerngroep in de hiv-epidemie, zijn zij, en vrouwen in het bijzonder, niet terug te vinden in het systeem van de PrEP-verstrekking. De resultaten tonen aan dat er verschillende redenen zijn waarom zij niet in het systeem van PrEP-verstrekking zitten. Dit pluralisme wijst erop dat de omschrijving van die doelgroep als «prioritair» erg vaag is, niet alleen in termen van voorstellingen en praktijken, maar ook inzake de politieke agenda. Dit onderzoek toont ook aan dat de houding en ideeën van sommige Belgische hiv-preventiewerkers een grote hindernis vormt voor die vrouwen om toegang te krijgen tot informatie over PrEP. U vindt als bijlage een nota over een proefproject dat wij zouden willen opzetten;
- het is ook belangrijk om de terugbetaling van de testen op SOA's en hiv eenvormig te maken in het kader van de PrEP-*monitoring*, met het oog op kostenbesparing voor de patiënten;
- het voorstel om de risicoanalyse uit te stellen tot na de opstart met PrEP (in uitzonderlijke gevallen vanwege de wachttijd) achten wij gevaarlijk: die analyse is noodzakelijk om te voorkomen dat bestaande hiv-infecties over het hoofd worden gezien.



**Santé Sexuelle
Positive**

Place de la vieille halle aux blés
28/29, 1000 Bruxelles
02 733 72 99

**PROPOSAL:
COMMUNITY-BASED PrEP PROJET FOR PEOPLE WITH
MIGRANT BACKGROUND LIVING IN IRREGULAR AND
REGULAR SITUATION (pilot project)**

Table of Contents

Executive summary

1- Problem statement and background analysis.....	2
1.1. Definition of Target Population.....	2
1.2 Evidence of HIV Burden.....	3
1.3 Evidence on undocumented status as a risk factor for HIV acquisition.....	4
1.4 Migrant as a key population in HIV prevention.....	4
2- PrEP and the migrant population.....	5
2.1 What are the barriers to accessing PrEP?.....	5
2.2 Benefits and interest to use PrEP by migrants.....	7
2.3 Procedure for obtaining PrEP for undocumented migrants in the AMU framework.....	8
3. Proposed approach for the delivery of PrEP in communities.....	10
3.1. Promotion of PrEP to the target population.....	10
3.2. Proposed PrEP Initiation Protocol.....	10
3.3. Estimated target group to be reached.....	13
3.4. Budget estimation.....	15

Executive summary

La prévention combinée est aujourd'hui un outils indispensable de la lutte contre le VIH. Dans ces outils se trouve la PrEP (Prophylaxie Pre Exposition). Cet outils consiste à prendre des médicaments afin de ne pas être contaminé par le VIH. Il s'agit d'un outils remboursé en Belgique et délivré au sein des centres de références VIH depuis 2017. Il s'agit d'un outils efficace mais qui toutefois n'est pas accessible à toutes les catégories de population clés, au vu de certaines barrières tels: la délivrance uniquement dans les centres de référence VIH, le fait de pouvoir disposer d'une mutuelle, le manque d'information au sein des populations clés, etc.... En 2022 près des 99% des prepeurs suivi dans les centres de référence VIH était des HSH. Ce qui montre que les femmes sont très peu touchés par cet outils, tout en sachant qu'elle represente le 1^{er} groupe à risque parmi les contaminations par voie hétérosexuelle.

L'objectif de ce projet est donc d'étendre et de faciliter l'accès de la PrEP à tous les publics qui en ont besoin avec un focus sur les populations issues de la migration (migrant sans papier, migrant en situation régulière européen ou non qui ne sont pas officiellement enregistré dans le système de santé belge) dans un dispositif communautaire, en collaboration avec les centres de référence VIH.

1- Problem statement and background analysis

1.1. Definition of Target Population

"People with migrant background are a heterogeneous group in socio-demographic terms. In Belgium, these are mainly migrants from sub-Saharan Africa and some Latin American, Caribbean and Eastern European countries. In addition, certain sub-groups have social, administrative (in particular linked to the reception system for foreigners), gender, sexual orientation or age-related vulnerabilities that increase their exposure to risk and may accumulate. Migration policies, discrimination within living communities, racism in the general population and difficulties in integrating into a new cultural context compromise their access to care and treatment, social assistance and prevention". (Lion L et al, stratégies concertées IST-SIDA, 2018-2022)

ECDC recognize migrant¹ as a key population affected by HIV across Europe (ECDC, HIV and Migration). This is due to a combination of various factors such as the HIV epidemic status in the countries of origin, the vulnerabilities encountered on their migration journey, but also in the host countries. Migrants represent 12% of the total European population (OIM : world migration report 2020) but account for 44% of new HIV diagnoses in 2020 (ECDC/WHO (2021). HIV/AIDS Surveillance in Europe 2021– 2020 data). In Belgium, migrants represented 17% of the total Belgian population (OIM : world migration report 2020) in 2020, with a variable distribution according to the regions.

Also one in five people in Belgium is belgian citizen with a migrant origin. In Brussels they represent 39.7%, in Wallonia 24.4% and in Flanders 15.8% (Statbel)

¹ Migrant definition : people who move away from his or her place of usual residence, whether within a country or across an international border, temporarily or permanently, and for a variety of reasons (International Organization for Migration 2019)

This group was included as key and priority population in the first national HIV plan (2014-2019) and commitment to reduce inequities between migrants and nationals has been renewed in the current HIV plan 2020-2026, as well as in the concerted HIV strategies (Ref stratégies concertées) with a focus on undocumented migrants. The dynamics of HIV transmission in this group depends closely on the influence of different and intersecting risk and vulnerability factors related to their undocumented status (such as no free access to health care) (Belgian HIV plan). A recent systematic review found that migrants living in precarious circumstances in Europe, and in particular those with undocumented status, have less access to HIV prevention and care services, resulting in poorer HIV outcomes compared to the general population (Nöstlinger C et al, Lancet 2022) The ECDC Dublin monitoring report on migrants mentionne also that an recent investigating migrants diagnosed in 57 clinics across nine countries in Western Europe established that 63% of the sample population acquired HIV after migration (ECDC, HIV and Migration).

For Belgium, the only study that estimated post-migration HIV acquisition among migrants showed that 42% of them acquired HIV after their migration (Alvarez-Del Arco D, et al 2017). While due to methodological difficulties to assess accurate post-migration HIV acquisition rates among those living with an undocumented status, several studies clearly identified living with an undocumented status as a risk factor associated with HIV acquisition, in countries where access to health and HIV care is restricted (Pannetier et Al, Lancet 2018; Desgrees-du-Lou A et al, AIDS 2016)

The project will target also other vulnerable groups like documented migrants (EU or non-EU) who aren't officially registered in the Belgium health system (they may or may not have an insurance in their home countries, or a private one) and asylum seekers staying in open or closed asylum centres.

1.2 Evidence of HIV Burden

- **Situation in Europe**

In 2021 16.624 new HIV diagnoses were reported in 29 countries of UE. 42% of these new diagnosis were migrants with 14% originating from countries in sub-Saharan Africa, 10% from countries in Latin America and the Caribbean (ECDC report 2022). Also, many studies highlight the fact that a high proportion of migrants acquire HIV after migration. For example, an ECDC study estimated that more than one third of HIV infections among migrants in Europe occurred after migration. In this study, 71% were migrants of African origin (Pantazis N et al, June 2021). The same observation was mentioned in a recent review concerning HIV outcomes among migrants from low and middle income countries living in high income countries. The authors also highlight the high proportion of HIV post migration acquisition and the factors that can explain it (stigma, increased risk behaviors, and limited access to HIV prevention services). (Ross J et al)

In France, the PARCOURS study showed that between 35% and 49% of migrants from sub-Saharan Africa living with HIV and residing in the Ile-de-France region were infected after their arrival in France (Gosselin A et al). A recent ANRS study in France among gay and bisexual migrants, showed that 38%-48% of the participants acquired HIV after their arrival in France (Arias Rodriguez et al). This is explained by multiple individual and structural barriers, such as increased sexual risk behaviors, communication barriers, limited access to care, stigma etc... (Ross J et al)

- **Situation in Belgium**

Subsaharan African Migrant (SAM) represented 45% of the new diagnoses among heterosexuals in 2021 and women represented 61% of the new diagnoses among hetero SAM. Among non-Belgian or non-European MSM, there is an increase of the trend of new HIV diagnoses since 2013. (Sciensano, Belgian annual HIV report, 2022)

In a community-based study of people from sub-Saharan African origin living in the greater Antwerp region, an HIV-prevalence of 6.1% (CI95%:3.3%-11.0%) among heterosexual women and 3.0% (CI95%:1.6%-5.7%) among men was observed. In this representative sample, 18% of the study participants were undocumented (Loos J et al).

Regarding HIV acquisition after migration, surveillance data in Belgium between 2007-2016 estimated that 29% of migrants diagnosed with HIV were infected after their arrival in Belgium (Yin Z et al). Also, *“postmigration HIV acquisition was 63%; 72% among MSM, 58 and 51% in heterosexual men and women, respectively. Postmigration HIV acquisition was 71% for Latin America and Caribbean migrants and 45% for people from sub-Saharan Africa”* (Alvarez-Del Arco D, et al 2017)

1.3 Evidence on undocumented status as a risk factor for HIV acquisition

Migrants face a disproportionate risk of HIV infection in their host countries. This is due to a combination of factors that make them more vulnerable: discrimination and stigmatization, increased risk-taking behavior, and limited access to HIV prevention services (Jonathan Ross and al, 2018).

Undocumented migrants in particular face additional risks due to limited access to protection and justice. Women, for example, are more vulnerable to violence or sexual assault because they cannot file complaints with the police. Precarious housing and employment conditions also lead to risky behavior. Such is the case for undocumented women, who may be forced to engage in transactional sex in the context of precarious income, housing and homelessness (Deblonde J et al, 2015).

1.4 Migrant as a key population in HIV prevention

We have seen in many studies below that migrants represent a most group affected by HIV in Europe. This is due to many vulnerabilities facing by them. Also, we note in this group a high number of HIV acquisition in post migration. In Belgium, SAM represent the 1st group in HIV new cases by heterosexual contact. Also migrants are mentioned in Belgium HIV plan as a key population in terms of prevention. So due to this argument, we maintain that migrant must be considered as a key population in the prevention of HIV.

2- PrEP and the migrant population

2.1 What are the barriers to accessing PrEP?

HIV prevention today is based on the Condom-Test-Treat triad. It is clear that access to these different prevention methods is limited among migrants, particularly in those living in an irregular situation, due to several barriers at both individual and structural level.

Access to pre-exposure prophylaxis (PrEP), a new HIV prevention method which is 99% effective when taken as prescribed (CDC), is almost non-existent and little known among this group. Also, the urgent medical care issued by the CPAS/OCMW, the only tool allowing undocumented migrants to benefit from free medical services, poses huge administrative and practical barriers in the process of obtaining and renewing it. These difficulties make the reimbursement of PrEP virtually impossible for migrants in irregular situations. In addition, structural, health care-related and individual barriers also contribute to the difficulty of accessing PrEP, even for migrants who have a health insurance (e.g. long waiting time in HRCs to obtain a PrEP initiation appointment, the difficulty of justifying one's motivation to obtain PrEP from professionals, language barriers, etc.).

In 2021, out of the 2,252 individuals who started PrEP treatment in the HRCs, 98% were MSM and only 1.5% had a nationality of an African country. Women were almost non-existent (Sciensano Report). Yet they represent almost half of the people who migrate and face various vulnerabilities both on their migratory journey and in the host country (domestic/sexual violence, difficulty in negotiating condoms, transactional sex in a context of social and economic insecurity, etc.) (OIM). In 2022 Belgium HIV data, sub-Saharan women represent the first group of HIV new diagnoses by heterosexual transmission and we see an increase of new cases in this group.

Women have a substantially higher risk to acquire HIV than men through unprotected heterosexual contacts. Generally speaking, the risk of HIV seroconversion per heterosexual act has been estimated to be twofold higher for female compared to male partners, and several factors contribute to this including female biology (Scully EP, Current HIV/AIDS reports 2018), and certain socio-cultural gender norms which may disempower

women to use HIV prevention independent of their partners (Brody LR et al, Psychol Women Q 2014). In this sense, PrEP could contribute to female empowerment and gender equality, however, currently there is little guidance available on how to achieve this (Merriman C et al, African Journal of AIDS Research 2023).

An emerging body of scientific and practice-based evidence sheds light on the factors that currently hinder access to PrEP for both male and female migrants:

- Women who participated in the FABSS project (a project aimed at empowering women with a migration background in terms of their sexual health, initiated in 2022 and conducted by the PPS) experienced multiple psychological, physical and sexual violence in Belgium. Being undocumented made them more vulnerable to the actions of certain men who take advantage of this to keep their hold on them. Also due to the fact that they are undocumented, they are afraid of the consequences of disclosing their administrative status (mainly fear of deportation) if they consult medical or social services.
- The societal racism that is rife here, as well as the prevailing sexism, does not facilitate integration and the feeling of security that they have come to seek outside their own country.
- the Platform for AIDS Prevention in collaboration with the Observatory of AIDS and Sexuality have initiated the project entitled FemiPreP in 2021. The results of this project have confirmed migrant women's interest in PrEP but also the barriers that hinder its access, both structural and individual. Factors mentioned were for example the lack of knowledge of PrEP, the difficulty of access, the delay to receive it, the cost, the places of access, the lack of promotion by professionals etc. The needs expressed by these women were: the involving in multipartners relationship, the difficulties to negotiate the condom, the transactional sex, etc...
- The Flemish PROMISE study (2019-2022) included a specific work package on understanding migrants' barriers and facilitators in accessing PrEP and confirmed the above findings. Community-level knowledge about PrEP was found to be low, yet when informed about PrEP there was an interest, as many considered it a prevention method "... for everyone". Participants agreed that sensitisation about PrEP at community-level was needed to make informed choices on an individual level and they provided several concrete recommendations on suitable methods, such as low-threshold delivery in collaboration with community organisations.

The PPS MSM and Safe project also highlighted lack of awareness and low use of PrEP by MSM with a migration background. The most common reason given was the limitation to health services due to the lack of medical coverage or what could be described as precarious medical coverage (EMC), but also to the fact that they struggle with many intersecting vulnerabilities, such as multiple discrimination, economic hardship, difficulties to navigate complex health care systems, the difficulties to express their sexual risk with a health professional or the fact to explain it with many actors etc. (Gerard E et al). Most MSM in this group, left their country to feel safe here in Belgium and they all pointed out that their administrative situation does not allow them to feel safe, nor to fight against the discrimination they may be subject to on the basis of their sexual orientation. These different situations impact on their mental and sexual health and may create risk-taking. With regard to the impact on sexual health, some of them find it difficult to talk openly about their sexual orientation and risk-taking, or even to discuss sexuality-related issues with health professionals.

A recent randomized intervention study conducted in France among recent male and female migrants (Coulibaly K et al, SSM-Population Health 2023) (ref). (i.e. the MAKASI study) showed that an empowerment-based intervention including individual counseling by a social worker from SSA origin could increase knowledge on biomedical HIV prevention tools including PEP and PrEP were poorly known at the start (6% and 5% respectively). For PrEP, this increases to 61% in the intervention condition. This study showed that even within a population suffering from multiple dimensions of precariousness, a pathway to increased prevention knowledge can be created. This can be interpreted as the first step to empowerment created through increased knowledge and skills enabling people to make choices about their sexual health despite their previously low demand for HIV prevention.

2.2 Benefits and interest to use PrEP by migrants

➤ Benefits

PrEP is an evidence-based HIV prevention strategy and access for all individuals at risk of HIV, regardless of legal residence status /or ability to pay is critical to reducing new HIV infections and reach the 95:95:95 targets, as recommended by the National HIV Plan. Other benefits are:

- PrEP users will be in touch with the health care system and community organisations → comprehensive care can be delivered, better integration...
- Increased community level awareness...

- Averting new HIV infections in a group at high risk of HIV acquisition (eg. according to the current PrEP eligibility criteria, 30% of migrants of SSA descent would be eligible, and those with undocumented status were about 3 times more likely to be eligible. (Buffel V et al)
- Cost effectiveness: In 2017 the treatment costs (only for ART) were estimated to be appr. € 1027,-/months so 12.324€/year, while the costs for generic PrEP today is € 1075/year (according to the BELHIVPrEP model/estimates) (Vermeersch S et al, Acta Clinica Belgica 2018) . So there would also be a clear cost advantage for the health insurance/RIZIV to pay for PrEP for the envisaged target group rather than for treatment costs.

Interest

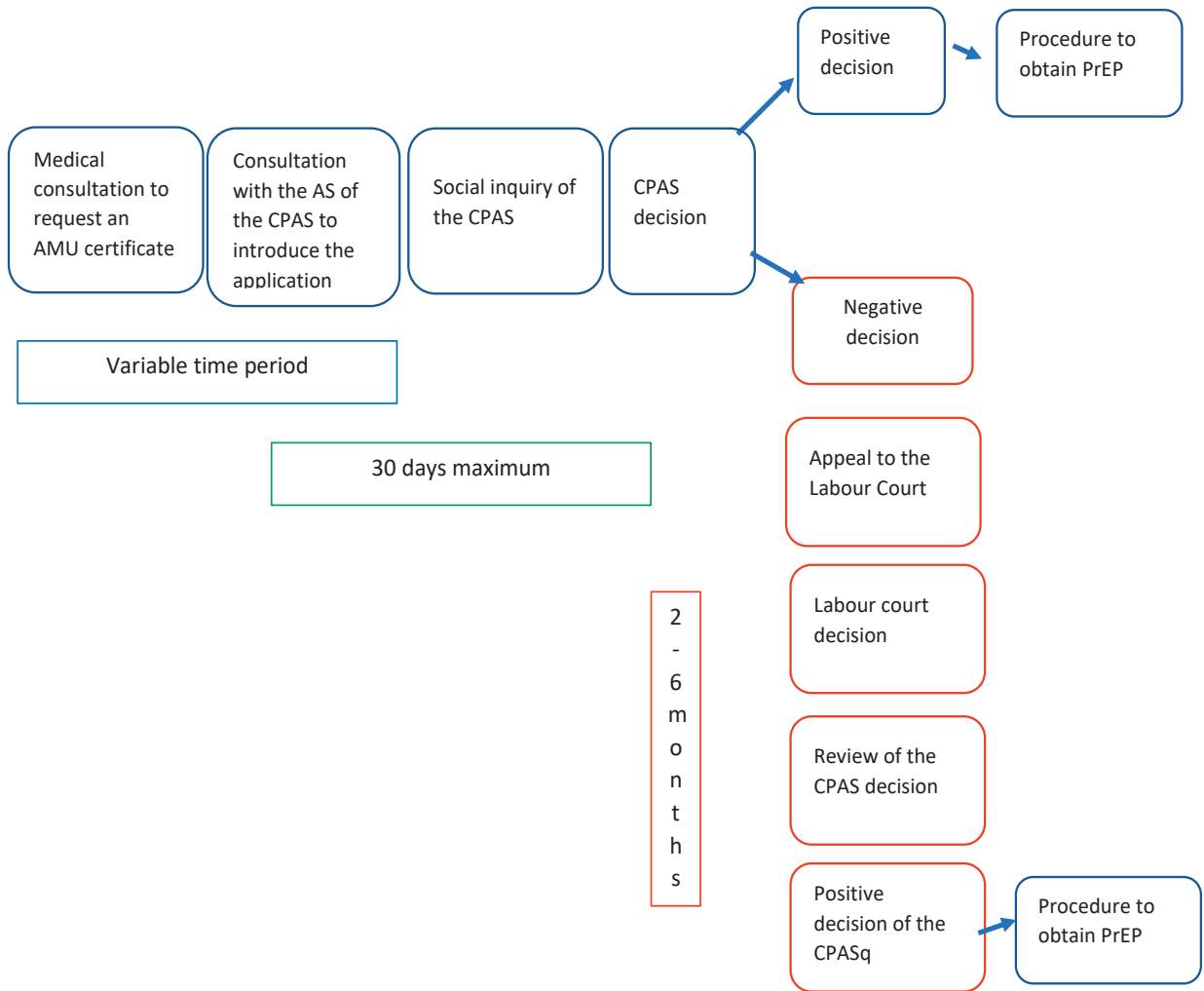
PrEP arouses interest among migrants when it is well explained (Demart S) (Hadj L et al) (Gerard E et al). This has been found by the FemiPrEP and PROMISE studies, but also by the fieldwork of PPS fieldworkers. In 2021, out of 30 individual PrEP interviews organised with migrant populations (African and Latin American origin) during our fieldwork (outreach screening, awareness-raising in living areas):

- 4 people had already used PrEP, mainly MSM
- 18 people declared a real interest in using PrEP, which led to their referral to the HRCs and to the HRCs and to the Social Action Public Center (CPAS) as part of their emergency medical card (EMC). There were 11 men (6 MSM) and 7 women. The reasons for this interest were multi-partnership, chemsex, not using condoms systematically during occasional sex, suspicion of partner infidelity and difficulties in negotiating condoms.
- According to the HIV-SAM project (the sexual health promotion and HIV prevention project for Flanders, commissioned by the Flemish Government) in the first half of 2023, 8 people proactively came forward with a question and related interest in PEP and PrEP.
- Similarly, in the Action Test project (demedicalised HIV screening and medicalised screening for other STIs), aimed at migrant communities (focus on Afro-Latino-Caribbeans), we received requests for access to PrEP in post-test counselling (around 2% of all our testing per year).

2.3 Procedure for obtaining PrEP for undocumented migrants in the AMU framework

In Belgium, the only way for people with a migrant background with an undocumented status to get access to medical care is to request for an emergency medical card. This card is delivered by CPAS. But this procedure presents many administrative barriers for people. For example, they must prove that they are located on the territory of the CPAS, they must give a first document by a GP which proves that they need medical care, the language barrier also when they have an appointment with a social worker, etc... Also the valid period of this card is very variable depending on the CPAS and the fact that

this card include cure and preventive care, but in the real time it is difficult to access to the preventive care, for example PrEP.



3. Proposed approach for the delivery of PrEP in communities

To overcome the above described barriers, the objective of this project is to offer PrEP to migrants with undocumented status with a high HIV risk profile, in a community-based setting during the period when they are in the process of obtaining urgent medical assistance, i.e. for a minimum of 1 month or a maximum of 6 months in theory. (See diagram of the procedure for obtaining PrEP). So during this period, the project will support PrEP delivery (pills and medical follow up) until people get access to EMC. This to avoid that people don't fall without PrEP.

3.1. Promotion of PrEP to the target population

This action will be part of the continuity of the prevention actions of PPS through different community projects (Migrant MSM project, Women's project and Testing project). The aim will be to first raise awareness of PrEP among this population within a comprehensive overall sexual health promotion and empowerment framework, explain it well to enable an informed decision, and to facilitate access to it in case of interest. In order to guarantee accurate and standardised, evidence-based messages to the migrants, training based on most recent scientific evidence on PrEP will be provided to different actors to be involved:

- All CBO employees who work in the field
- All health promotion professionals working in the front line with the target audience (recommendation of the FemiPrEP project)
- Community associations (a community training guide is being developed by the PPS)
- General practitioners who will follow up PreP care (to be mobilised for the project)

These training sessions will be delivered by CBO in collaboration with the HRCs, depending on the target audience. The content, duration and number of sessions will be defined with the HRCs.

3.2. Proposed PrEP Initiation Protocol

➤ HRC & Community Based Organization (CBO) Collaboration

A collaboration between PPS and an HRC (to be defined) through an agreement will be established in order to initiate PrEP among our clients. . A network of community GPs trained in PrEP will also be mobilised to enable PrEP follow-up both within the HRCs and in a community setting where users will feel more comfortable expressing their feelings and needs in terms of sexual health.

➤ **Nurse Pre-PrEP counselling**

Any request for PrEP will be made during a first interview with the nurse at PPS. The purpose of this interview is to:

- Assess also broader prevention needs and social vulnerabilities
- Explain all HIV prevention tools including PEP and PrEP to the user, the follow-up consultations, and also to assess the user's access to healthcare status (mutual insurance, AMU). In the event of non-access to care due to an "undocumented" administrative status, the objective will also be to help the user to acquire an AMU (Aide Médicale Urgente). This AMU will allow him to continue his PrEP in the medium or long term. **The aim of the project is therefore to guarantee access to PrEP for the time it takes for the user to have access to health care via an AMU or a regularisation of their insurance.** A social worker will therefore be mobilised within the framework of the project to work on this aspect of obtaining AMU. To do this, we will either hire a social worker or work in collaboration with social structures such as SIREAS.
- carry out an evaluation of the user's motivation to take PrEP (checklist to be drawn up with all partners: HRC, GP and PPS). This will avoid the user having to tell his or her story at every consultation, which has been identified as a hindrance to those requesting PrEP. This checklist could be forwarded to the general practitioner but also to the HRC doctor in order to understand the user's request.
- carry out the various screening tests (HIV test, Hepatitis B and C, Syphilis) and to take samples for the pre-PrEP assessment. These samples are sent to a partner laboratory and the results are available on a secure platform.

➤ **General practitioner (GP) consultation**

This consultation will be carried out with a general practitioner from the community doctor network. The purpose of the consultation is to:

- Analyse the results of the pre-PrEP tests
- Deliver the medical certificate for the request of an AMU if needed
- Confirmation of the necessity for the client to take PrEP (based on the checklist)

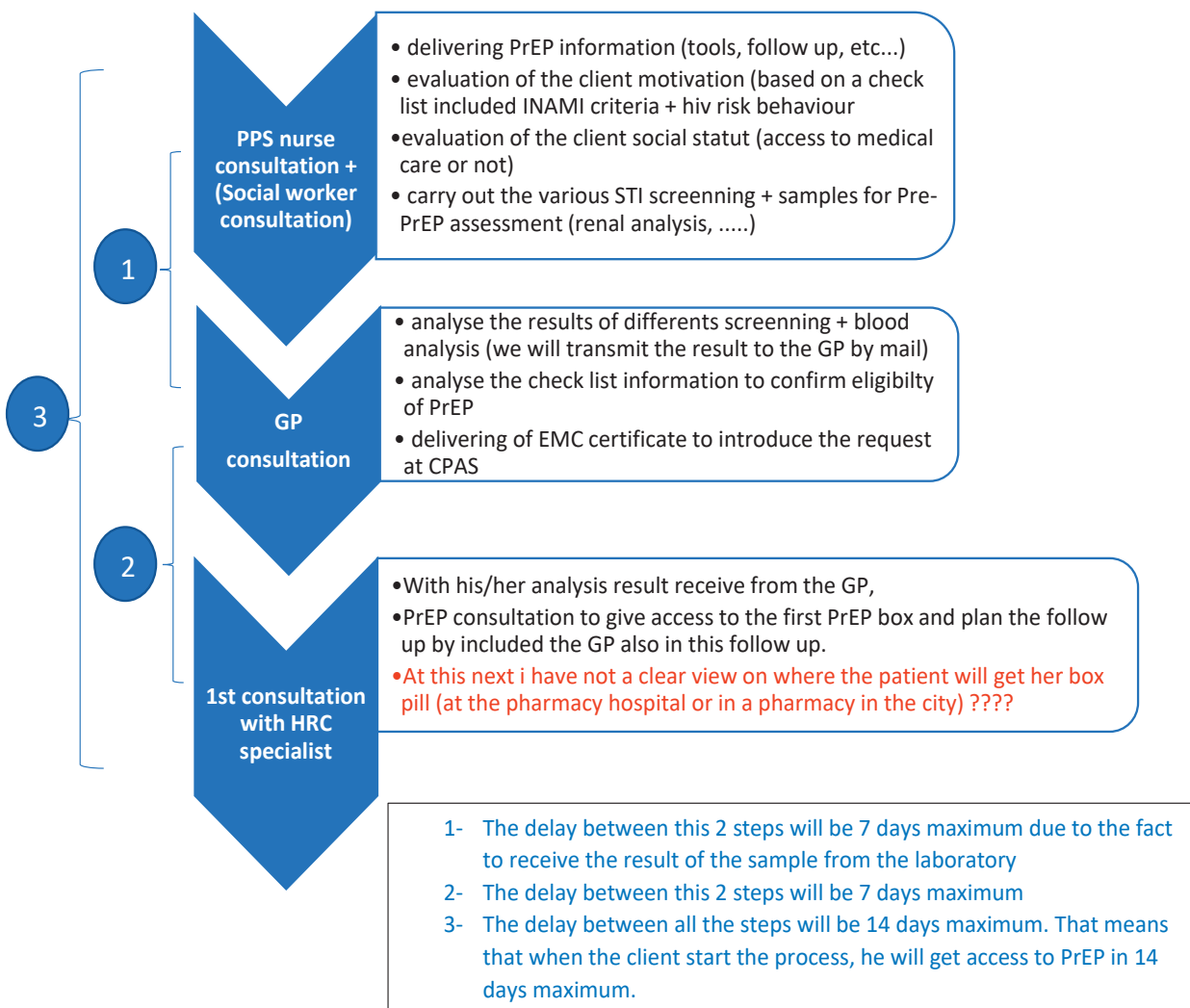
In case of a check-up with no contraindication to PrEP, the clients can then consult the infectiologist to receive their prescription and/or their first box of PrEP.

➤ **HRC medical consultation**

This first consultation aims to deliver PrEP to the client and to plan his follow-up both at the HRC and with the general practitioner.

Note: According to this proposal, all users should receive their PrEP after three (03) contacts with prevention professionals (nurse, general practitioner and infectious disease specialist HRC).

Graphical summary of the different steps



NB: On the one hand the projet will deliver the PrEP access for the client and in on the other we will open the right for EMC (that can continue to support the PrEP medicine and follow up for the client).

➤ **Medical follow-up**

On PrEP, people need 4 medical follow up in the year, so each 3 month. According to the new framework, 2 follow up will be in the HRC and the 2 other by the GP (in our case, by a GP in our community GP network). This follow up will be in alternance.

➤ **Monitoring and evaluation**

In agreement with Sciensano and the HRCs, a range of data will be collected to monitor and evaluate the project. This will enable to learn from the project implementation for scaling up the activity to other regions.

This will be for example:

- Risk assessment according to RIZIV criteria
- Psycho social and demographic vulnerabilities
- Number of new PrEP users
- Number of users (having taken at least one dose of PrEP in the last 12 months)
- Socio-demographic data (age, gender, nationality, country of birth, etc.)
- Number of STIs
- Daily or on-demand PrEP, etc.....

Users' experiences and health care professionals' experiences (perceived challenges, solutions, motivation to take PrEP, etc.)

3.3. Estimated target group to be reached

This estimate is based on fieldwork, community projects and the PPS Action Test project.

	PreP User/year
Heterosexual (women-men)	20
MSM	30
Total	50

3.4. Budget estimation**Medical consultation year 1: 6 consultations**

	Amount	Price per consultation	Total cost
HRC medical consultation	3	46,5	139.5
CBVCT medical consultation	3	27	81
Total			220.5

6 medical consultations per year

Screening consultation (GP)
 Results + supply of PrEP (HRC)
 Kidney function follow up (1 month post PrEP, GP)
 Medical visit 3 months later (HRC)
 Medical visit 6 months later (CBVCT)
 Medical visit 9 months later (CBVCT)

3 Cs HRC (1 initiation of PrEP + 2 Follow up Cs

3 Cs CBO (1 screening + blood analysis + 2 follow up, according to new recommendation)

Follow-up years of PreP care: 4 consultations

	Amount	Price per consultation	Total cost
HRC medical consultation	2	46,5	93
CBVCT medical consultation	2	27	54
Total			147

Laboratory costs /person/ first year

	Testing price
Screening consultation	155,95
1st Month	11,56
3rd Month	107,5
6th Month	98,4
9th Month	107,5
Total	480,91

Laboratory costs follow-up years

	Testing price
1st Month	98,4
3rd Month	107,5
6th Month	98,4
9th Month	107,5
Total	411,8

Total cost /person/first year

	Testing price
Medical consultation	220.5
Laboratory costs	480,91
PreP generic/year	1075
Total	1776,41

Year 1: Total budget for **50 individuals:**
 $50 * 1776.41 = 88.820,5$ euros excluding
the cost of hiring a social worker

NB: work this a social worker is a
option

Total coast follow-up years

	Testing price
Medical consultation	147
Laboratory costs	411.8
PreP generic/year	1075
Total	1633,8

Year 2:

Total budget for **50 individuals follow-up:**

$50 * 1633.8 = 81.690$ euros

If we plan 20 additional new Prep User, they represent
 $20 * 1776,41 = 35.528,2$ euros

So budget year 2: $81.690 + 35.528,2 = 117.218,2$ euros
excluding the cost of hiring a social worker

Extra fees:

- include 0.3 – 0.5 FTE for a 6 months (or so) of a social scientist to conduct a qualitative evaluation?
- Cost of GP training

REFERENCES

- Alvarez-Del Arco D, et al.** High levels of postmigration HIV acquisition within nine European countries. *AIDS*. 2017 Sep 10;31(14):1979-1988. doi: 10.1097/QAD.0000000000001571. PMID: 28857779.
- Arias-Rodriguez A et al.** *High proportion of born-abroad MSM acquire HIV after migration in France: first results from the ANRS-MIE GANYMEDE study.* International Congress on Drug Therapy in HIV Infection (HIV Glasgow), abstract P111, 2022.
- Buffel V, Masquillier C, Reyniers T, Van Landeghem E, Wouters E, Vuylsteke B, Nöstlinger C.** Who falls between the cracks? Identifying eligible PrEP users among people with Sub-Saharan African migration background living in Antwerp, Belgium. *Plos one*. 2021 Aug 18;16(8):e0256269
- Brody LR et al.** Gender roles and mental health in women with and at risk for HIV. *Psychology of women quarterly*. 2014 Sep;38(3):311-26.
- CDC :** <https://www.cdc.gov/hiv/basics/prep/prep-effectiveness.html#:~:text=How%20effective%20is%20PrEP%3F,99%25%20when%20taken%20as%20prescribed>.
- Coulibaly K et al.** Bridging the knowledge gap of biomedical HIV prevention tools among sub-saharan african immigrants in France. Results from an empowerment-based intervention. *SSM-Population Health*. 2023 Jul 23:101468.
- Deblonde J et al.** Restricted access to antiretroviral treatment for undocumented migrants: a bottle neck to control the HIV epidemic in the EU/EEA. *BMC Public Health*. 2015 Dec 10;15:1228. doi
- Desgrees-du-Lou A et al:** PARCOURS Study Group. Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France. *AIDS (London, England)*. 2016 Feb 2;30(4):645.
- Demart S.** «On n'arrive pas à les toucher»: la PrEP, les migrant.e.s africain.e.s et la production de l'ignorance. *Global Health Promotion* 1757-9759; Vol 0(0): 1–4
- ECDC/WHO.** HIV/AIDS Surveillance in Europe 2021– 2020 data
- ECDC:** HIV and Migration: Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2018 progress report
- Gerard E, Kouadio T, Martin T, Kalengayi R ,** article HSH à compléter
- Gosselin A, et al.** *Sex Transm Infect* 2020;96:227–231. doi:10.1136/sextrans-2019-054080
- Hadj L, Desgrées du Loû A, Dupont J, Nguyen VK.** Acceptabilité et freins chez les populations africaines et caribéennes vivant en Île-de-France d'une nouvelle offre de prévention du VIH : le Truvada® en prophylaxie pré-exposition (PrEP). Une enquête exploratoire. *Bull Epidémiol Hebd*. 2017;(6):110-4. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/6/2017_6_2.htm
- Merriman C et al.** Evaluating HIV policy: a gender analysis of the representation of women and men in UNAIDS HIV-prevention guidelines. *African Journal of AIDS Research*. 2023 Jan 2;22(1):9-17

Lion L, Dieleman M, Dongmo C, avec la collaboration de la Plateforme Prévention Sida/Sidaids Migrants (2018). Une analyse commune pour l'action. Cadre de référence 2018-2022 pour la promotion de la santé sexuelle et la prévention du VIH, des hépatites et des autres IST chez les migrants dans la région de Bruxelles-Capitale, Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités.

Loos J, Nöstlinger C, Vuylsteke B, Deblonde J, Ndungu M, Kint I, Manirankunda L, Reyniers T, Adobea D, Laga M, Colebunders R. First HIV prevalence estimates of a representative sample of adult sub-Saharan African migrants in a European city. Results of a community-based, cross-sectional study in Antwerp, Belgium. *PLoS one*. 2017 Apr 5;12(4):e0174677.

Nöstlinger C, Cosaert T, Van Landeghem E, Vanhamel J, Jones G, Zenner D, Jacobi J, Noori T, Pharris A, Smith A, Hayes R. HIV among migrants in precarious circumstances in the EU and European Economic Area. *The Lancet HIV*. 2022 Apr 20.

OIM <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>

OIM : world migration report 2020, <https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2020-interactive/?lang=FR>

Pantazis N et al. *Discriminating between pre-migration and post-migration HIV acquisition using surveillance data*. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, online ahead of print, 25 June 2021. <https://www.aidsmap.com/news/aug-2021/over-third-hiv-cases-among-migrants-europe-were-acquired-after-migration>

Pannetier J et al. Prevalence and circumstances of forced sex and post-migration HIV acquisition in sub-Saharan African migrant women in France: an analysis of the ANRS-PARCOURS retrospective population-based study. *The Lancet Public Health*. 2018 Jan 1;3(1):e16-23.

Ross J, Cunningham CO, Hanna DB. HIV outcomes among migrants from low-income and middle-income countries living in high-income countries: a review of recent evidence. *Curr Opin Infect Dis*. 2018 Feb;31(1):25-32. doi:

Scully EP, Sex differences in HIV infection. *Current HIV/AIDS Reports*. 2018 Apr;15:136-46 **Sciensano**, Belgian annual HIV report, 2022

Statbel, <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/origine#:~:text=Globalement%2C%20une%20personne%20sur%20cinq,en%20R%C3%A9gion%20de%20Bruxelles%2DCapitale>

Vermeersch S et al. Health and budget impact of combined HIV prevention—first results of the BELHIVPREV model. *Acta Clinica Belgica*. 2018 Jan 2;73(1):54-67.

Yin Z et al. Post-migration acquisition of HIV: Estimates from four European countries, 2007 to 2016. *Euro Surveill*. 2021 Aug;26(33):2000161. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2021.26.33.2000161. PMID: 34414881; PMCID: PMC8380976.